



HAL
open science

Le métatarsus varus : indicateurs de choix de la contention

Kristel Landra

► **To cite this version:**

Kristel Landra. Le métatarsus varus : indicateurs de choix de la contention. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03342542

HAL Id: dumas-03342542

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03342542>

Submitted on 13 Sep 2021

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.



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Niçois

Mémoire présenté et soutenu par **Krystel LANDRA**

Avril 2021

Le métatarsus varus :
Indicateurs de choix de la contention

Axe 2 : Les soins primaires – évaluation des pratiques professionnelles en MK

Jury

CHOPLIN Arnaud, PhD – HDR en Sciences de l'Éducation - Directeur de l'IFMKN
DEBRIS Julie, Formatrice de l'IFMKN - Directrice de mémoire - Master en Sciences de
l'Éducation - Masseur-kinésithérapeute
PEUCHEVRIER Grégoire, Tuteur de mémoire - Master en Sciences de l'Éducation -
Masseur-kinésithérapeute

Résumé

Introduction : Le métatarsus varus est une malposition congénitale du pied du nourrisson. Dans la littérature, nous constatons que les contentions utilisées sont extrêmement variables. En effet, le masseur-kinésithérapeute dispose d'un large arsenal d'appareillage. Cependant, d'après la Haute Autorité de Santé, les critères décisionnels du choix de la contention sont peu développés [1]. Objectif : Cette étude qualitative vise à identifier les indicateurs permettant au masseur-kinésithérapeute de choisir le type d'appareillage d'un patient atteint d'un métatarsus varus avec une déformation modérée et partiellement réductible. Méthode : Dix masseurs-kinésithérapeutes experts ont été sélectionnés pour participer, individuellement, à des entretiens semi-directifs de 15 à 30 minutes. Résultats : L'analyse catégorielle a permis de classer les différents propos des interviewés dans les catégories définies *a priori* et basées sur la littérature. Discussion : La plupart des masseurs-kinésithérapeutes interviewés s'accordent à dire qu'ils tiennent compte de l'éducation thérapeutique et de l'observance des parents, ainsi que du moment de prise en charge. Ils se basent aussi sur le diagnostic propre du métatarsus varus, son diagnostic différentiel et les frais du matériel.

Mots-clés : métatarsus varus ; contention ; masseur-kinésithérapeute

Abstract

Introduction: A metatarsus varus is a congenital malposition of an infant's foot. Numerous studies in the literature show that the restraints used are extremely variable. Indeed, the physiotherapist has a large arsenal of equipment. However, according to the French National Authority for Health, the decision-making criteria for the choice of restraint are poorly developed. Objective: This qualitative study aims to identify the indicators that allow the physiotherapist to choose the type of equipment of a patient with metatarsus varus. Method: Ten expert physiotherapists were selected to participate, individually, in semi-directive interviews from 15 to 30 minutes. Results: The categorical analysis made it possible to classify the various statements of the interviewees into categories defined *a priori* and based on the literature. Discussion: Most interviewed physiotherapists agreed that they take into account therapeutic education and observance of parents, as well as the time of care. They are also based on the self-diagnosis of metatarsus varus, its differential diagnosis and the cost of equipment.

Key-words : metatarsus varus ; restraint ; physiotherapist

Liste des abréviations utilisées :

MK : Masseur-Kinésithérapeute

PEC : Prise En Charge

MTV : Métatarsus Varus

HAS : Haute Autorité de Santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômés d'État

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Pratiques

AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute

NEM : Niveau d'Évolution Motrice

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

PMI : Protection Maternelle et Infantile

AME : Aide Médicale de l'État

CMU : Couverture Maladie Universelle

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. La revue de littérature.....	2
2.1 La méthode de recherche bibliographique.....	2
2.2 Réalisation de la revue de littérature.....	3
2.3 Résultats de la revue de littérature.....	4
2.3.1. Généralités.....	4
2.3.2. Epidémiologie et étiologie.....	5
2.3.3. Anatomico-physiopathologie.....	5
2.3.4. Diagnostic.....	5
2.3.5. Examen clinique spécialisé.....	7
2.3.6. Conduite à tenir.....	8
2.3.7. Moyens de rééducation.....	9
2.3.8. Evolution dans le temps.....	10
2.4 Problématique.....	15
3. Etude préliminaire.....	16
3.1. Introduction.....	16
3.2. Choix de la méthode.....	16
3.3. Population.....	16
3.4. Contexte.....	17
3.5. Mise en place et déroulement.....	17
3.6. Résultats.....	18
3.7. Analyse.....	21
4. Méthode de recherche.....	23
4.1 Problématisation.....	23
4.2 Choix de la méthode.....	24
4.1. Population.....	25
4.2. Cadre théorique <i>a priori</i>.....	26
4.2.1. Pertinence biomécanique.....	27
4.2.2. Innocuité :.....	27
4.2.3. Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents :.....	27
4.2.4. Coût :.....	28
4.2.5. Age de découverte et de début du traitement :.....	29

4.3.	Mise en place et déroulement des entretiens	29
4.4.	Analyse de contenu	30
5.	Recueil des données et résultats.....	31
5.1.	Lecture flottante.....	32
5.2.	Fréquentage.....	32
5.2.1.	Entretien n°1	32
5.2.2.	Entretien n°2	32
5.2.3.	Entretien n°3	33
5.2.4.	Entretien n°4	34
5.2.5.	Entretien n°5	35
5.2.6.	Entretien n°6	35
5.2.7.	Entretien n°7	36
5.2.8.	Entretien n°8	37
5.2.9.	Entretien n°9	38
5.2.10.	Entretien n°10	38
5.2.11.	Entretien n°11	39
5.3.	Synthèse des résultats	40
6.	Analyse des résultats.....	41
6.1.	Analyse catégorielle	41
6.1.1.	Entretien n°2	41
6.1.2.	Entretien n°3	43
6.1.3.	Entretien n°4	45
6.1.4.	Entretien n°5	47
6.1.5.	Entretien n°6	50
6.1.6.	Entretien n°7	52
6.1.7.	Entretien n°8	54
6.1.8.	Entretien n°9	56
6.1.9.	Entretien n°10	58
6.1.10.	Entretien n°11	60
7.	Discussion	62
7.1.	Interprétation des résultats.....	62
7.2.	Intérêt dans le champ de la kinésithérapie.....	66
7.3.	Les biais, les limites et les difficultés	67

8. Conclusion	68
Bibliographie	70
Annexes	76

1. Introduction

Durant notre formation à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nice, nous avons eu l'opportunité de réaliser un mémoire portant sur la thématique de notre choix. J'ai donc choisi le champ de la pédiatrie, car j'ai eu l'occasion d'expérimenter ce domaine, lors d'un stage dans un hôpital pour enfants. J'ai remarqué l'importance du masseur-kinésithérapeute (MK) dans la rééducation des patients atteints de déformations ou malpositions des pieds du nourrisson. L'opportunité m'a aussi été donnée d'observer la prise en charge (PEC) des patients présentant un métatarsus varus (MTV), durant un stage mémoire de six semaines dans un cabinet libéral.

Nous avons débuté notre travail par une étude préliminaire, à l'aide d'un questionnaire de pré-enquête. Il nous a permis d'obtenir les modalités actuelles du traitement du MTV et la place qu'occupe le MK dans cette PEC.

Certaines études se sont intéressées aux différents moyens de PEC à proposer aux enfants atteints de MTV. Il en ressort que les techniques de mobilisations sont bien codifiées, alors que les contentions utilisées sont extrêmement variables. Le MK dispose d'un large arsenal de contentions : la contention adhésive seule, la contention adhésive avec plaquette ou attelle postérieure ou latérale laissant le genou libre, recommandées en 2004 par la Haute Autorité de Santé (HAS). D'autres contentions sont évoquées, comme le chausson articulé, l'attelle de Denis Browne, l'attelle de Friedman, le botillon 3A et la chaussure type Bébax [1]. Je me suis rendu compte qu'il n'était pas toujours facile pour les MK de choisir la contention. Ils le font le plus souvent en fonction de leur expérience, pour ceux spécialisés dans ce domaine.

Parmi le peu d'études menées jusqu'à aujourd'hui, presque aucune ne développe les critères décisionnels de la contention la plus adaptée. Elles se concentrent, pour la plupart, sur la gravité de la malposition et sur l'âge du jeune patient. De plus, les protocoles varient d'une étude à l'autre et peuvent également se contredire.

A partir de ce constat, ce travail propose d'étudier les indicateurs de choix de la contention. Nous avons, par conséquent, effectué des entretiens semi-directifs, afin de recueillir le point de vue des MK experts qui reçoivent régulièrement des enfants avec ce type de malposition.

2. La revue de littérature

2.1 La méthode de recherche bibliographique

La première étape est d'établir une liste de mots-clés en regard de mon sujet. Ces mots-clés doivent être les plus pertinents possibles, afin que ma revue de littérature soit la plus exhaustive et précise possible. Ils doivent être discriminants, mais pas trop, pour éviter les bruits et les silences de la littérature. Les mots-clés ont été déterminés grâce au thésaurus de référence dans le domaine biomédical, appelé le Medical Subject Headings ou MeSH. Avec l'aide des thésaurus documentaires internationaux spécifiques des mots-clés, comme le Grand Dictionnaire Terminologique, TermSciences et de HeTOP, nous avons élargi nos mots-clés en français et en anglais.

Mots clés + synonymes MeSH (en français)	Mots clés + synonymes MeSH (en anglais)
Metatarsus varus	Metatarsus varus
Metatarsus adductus	Metatarsus adductus
Metatarsus adductovarus	Metatarsus adductovarus
Kinésithérapeute	Physiotherapist
Rééducation	Therapy
Traitement	Treatment
Appareillage	Device/bracing
Contention	Contention/ restraint

L'équation de recherche revient donc à :

- En français → (Metatarsus varus OR « Metatarsus adductus » OR « Metatarsus adductovarus ») AND (traitement OR « rééducation » OR « kinésithérapeute ») AND (appareillage OR « contention »)
- En anglais → (Metatarsus varus OR “Metatarsus adductus” OR “Metatarsus adductovarus”) AND (treatment OR “therapy” OR “physiotherapist”) AND (device OR “contention” OR “restraint”)

Nous avons associé ces différents mots-clés, à l'aide d'opérateurs booléens qui sont connecteurs logiques, comme « OR » et « AND », afin d'étayer nos investigations sur les différentes interfaces de recherche. Le « OR » permet d'avoir un des termes et le « AND » permet d'avoir tous les termes connectés qui apparaissent dans la recherche. Nous avons, donc, dû l'affiner en combinant des mots-clés.

2.2 Réalisation de la revue de littérature

Les sources d'informations utilisées sont des bases de données médicales, comme MEDLINE, EMBASE et CENTRAL. Ainsi, l'investigation a été effectuée avec les interfaces de recherche suivantes : Pubmed, Cochrane Library, Science Direct, EM-Consulte et Google Scholar.

Bases de données	Equation utilisée	Nombres de résultats obtenus	Nombres de résultats sélectionnés/relevés
PubMed	Equation de base (en anglais)	102	25
Cochrane Library	Equation de base (en anglais)	13	3
Science Direct	Equation de base (en anglais)	430	5
	Equation de base (en français)	51	7
EM-Consulte	Equation de base (en anglais)	73	8
	Equation de base (en français)	297	11
Google Scholar	Equation de base (en anglais)	5 000	31
TOTAL		5966	90

Dans le but d'éviter un biais de publication, une recherche dans la littérature grise est effectuée avec l'interface OpenGrey. Par ailleurs, une autre est réalisée dans les registres d'essais cliniques avec le site [clinicalTrials.gov](http://clinicaltrials.gov). Ceci permet d'améliorer l'exhaustivité de la recherche.

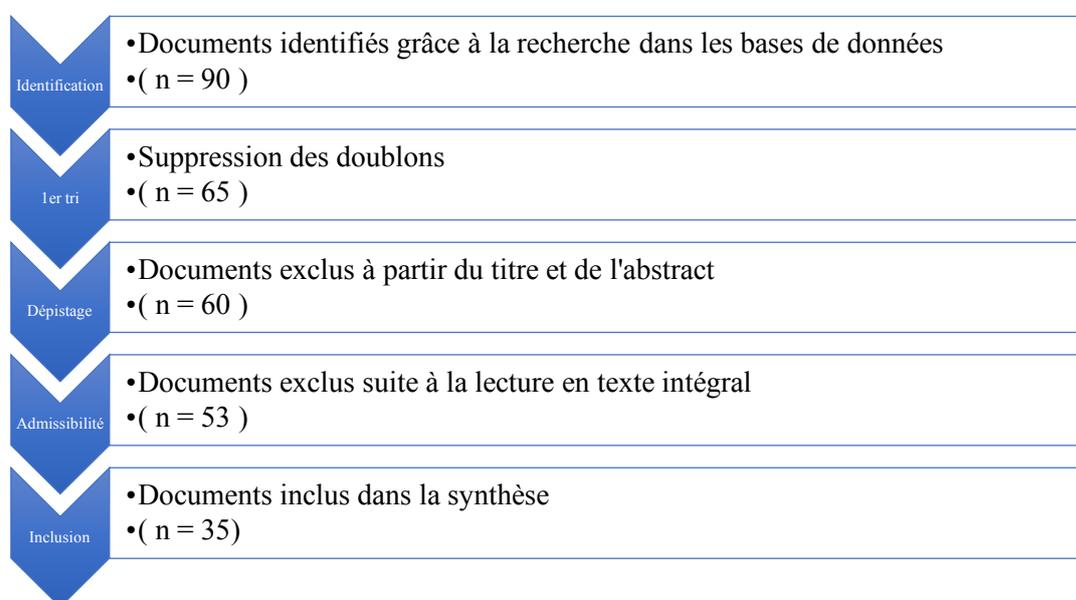
Concernant le processus de sélection des articles, tous les résultats obtenus sont enregistrés dans le logiciel de gestion des données bibliographiques, Zotero. Par la suite, les doublons ont été supprimés et une première sélection a été faite, à partir de la lecture des titres ou des abstracts. Ce dépistage exclut les hors-sujets. L'admissibilité des études a été réalisée durant un deuxième tri, avec une lecture intégrale des articles. De ce fait, les critères d'exclusion sont la description d'autres affections congénitales du pied qui n'incluaient pas le métatarsus

varus, les études basées sur les adultes et les enfants de plus de 2 ans, ainsi que tous les traitements chirurgicaux.

Ensuite, j'ai classé mes références dans un fichier Excel sous les catégories suivantes : moteur de recherche, mots-clés, auteurs, éditeur, année, typologie d'étude, population, intérêt pour le mémoire, indicateurs et traitements énoncés.

L'extraction des informations de chaque étude a été faite à l'aide d'un tableau, dans une fiche de lecture reprenant le titre de l'article, les noms des auteurs, l'année de publication, la typologie, les idées principales, les traitements énoncés, les résultats identifiés et les citations.

Résumé de la méthodologie de recherche :



2.3 Résultats de la revue de littérature

2.3.1. Généralités

Les anomalies congénitales des pieds, représentant entre 1 et 6,7 %, peuvent être de deux types [1]. Premièrement, les malformations surviennent pendant la période embryonnaire. L'anomalie est définitive et son traitement est palliatif et différé. Deuxièmement, les déformations surviennent pendant la période fœtale. Elles peuvent être précoces, comme le pied bot varus équin, le pied convexe et le pied serpent. Les déformations tardives, appelées malpositions, sont le MTV, le pied calcaneus, le pied varus et le pied supinatus. Les déformations précoces sont raides et justifient rapidement une PEC spécialisée. Leur pronostic fonctionnel est variable. Les malpositions sont les plus fréquentes à la naissance

et ne nécessitent qu'une PEC simple, si le pied s'assouplit progressivement. Il faut savoir reconnaître, dès les premières semaines de vie, les déformations qui nécessitent une PEC spécialisée précoce [2].

L'examen d'une anomalie congénitale de pied est statique, palpatoire, puis dynamique et suppose une triple démarche diagnostique. L'analyse clinique, rigoureuse sur le plan terminologique, permet le diagnostic positif [1]. La réalisation du bilan articulaire, musculaire et cutané-trophique, ainsi que l'analyse de la réductibilité, permettent d'établir le diagnostic de gravité. L'examen clinique global et répété rend possible le diagnostic différentiel [3]. Ce dernier est essentiel, car il va permettre de poser un diagnostic, sans qu'il soit nécessaire de faire appel à des examens d'imagerie. L'inspection du pied permet de décrire les déformations de l'arrière et de l'avant-pied dans les trois plans de l'espace. Il faut ensuite manipuler le pied, afin de juger de la réductibilité des déformations visibles [4].

2.3.2. Epidémiologie et étiologie

Le MTV est une malposition congénitale fréquente, qui peut être unilatérale ou bilatérale. Son incidence chez le nouveau-né oscille entre 4 et 13 % ; elle est bilatérale dans 60 % des cas. En France, environ 21 000 enfants naissent chaque année avec un MTV. La forme bilatérale est plus fréquemment retrouvée pour les MTV que pour les autres pathologies [1][3]. Son étiologie reste inconnue. Certains auteurs disent que de nombreux cas sont présumés être causés par un positionnement anormal in utero. Cependant, il en existe de multiples dans une même fratrie et parmi des parents au premier et au second degré. Cela suggère qu'il peut y avoir une composante héréditaire [5][6].

2.3.3. Anatomo-physiopathologie

Le MTV est une malposition congénitale du pied du nourrisson avec une attitude en adduction de l'avant-pied, et l'arrière-pied en position neutre ou en léger valgus physiologique [1][7]. Elle apparaît comme une déviation médiale de l'avant-pied au niveau des articulations tarsométatarsiennes (articulation de Lisfranc), avec des contractures des tissus mous associés qui peuvent entraîner des modifications osseuses, au fil du temps [8].

2.3.4. Diagnostic

Une fois le diagnostic de pathologie isolée du pied établi par le pédiatre ou le médecin généraliste avant la sortie de maternité, il est important de définir la gravité de la pathologie.

Cela nous permettra de déterminer la démarche thérapeutique la plus appropriée. Selon l'HAS, le diagnostic se fait à la naissance entre 28 et 48,6 % [1]. Certains auteurs évoquent qu'en l'absence de diagnostic à la naissance, c'est la maman qui signale au médecin traitant ou au pédiatre une déviation du pied, surtout au moment de l'acquisition de la marche [9]. Le diagnostic du MTV est, généralement, effectué à l'aide du test V-Finger et de la méthode de Bleck datant de 1983 (cf annexe I). Ce test est le premier examen clinique réalisé. Le talon du pied est placé entre l'index et le majeur de l'évaluateur, avec le bord médial contre l'index et le bord latéral contre le majeur. Cela permet d'évaluer le degré de déviation de la face latérale du pied. Dans le cas d'un MTV, l'avant-pied va s'écarter du majeur. Plus l'écart entre celui-ci et le processus styloïde du pied est grand, plus la malposition est grave.

La classification de Bleck est, généralement, le deuxième examen clinique effectué. La malposition peut être totalement réductible, partiellement réductible ou non réductible. Cette classification permet d'évaluer la gravité. Elle est facile à reproduire et à réaliser, lors de l'inspection. Elle tient compte d'éléments morphologiques, telle que la déviation du bord latéral du pied en attitude spontanée, et articulaires comme la réductibilité de l'adduction de l'avant-pied, au cours d'une manœuvre de mobilisation passive [1]. Elle détermine la bissectrice du talon, c'est-à-dire l'axe passant par le milieu du talon. Cette ligne se projette normalement entre le deuxième et le troisième orteil. La déformation est légère lorsque l'axe passe au milieu du troisième orteil, modérée lorsqu'il passe entre le troisième et le quatrième orteil, et sévère au-delà du quatrième orteil [7][10][11][12]. Cette mesure étant une évaluation manuelle qui ne nécessite aucun équipement, elle est considérée comme simple et moins coûteuse que la mesure radiologique [8]. La radiographie mesure la déviation mais pas la raideur [13].

Pour rendre le diagnostic plus clair, un examen plus approfondi est effectué avec une évaluation radiologique [14][15]. Cependant, le tarse est radiographiquement silencieux dans les premières années de la vie. En effet, le tarse est invisible sur des clichés simples à la naissance. Le cuboïde est le premier à apparaître au cours de la première année, puis les cunéiformes médial, intermédiaire et latéral entre un et trois ans. Enfin, vers quatre ans, le naviculaire débutera son ossification [16]. D'après plusieurs auteurs, les radiographies ne sont pas essentielles. Cependant, elles peuvent aider à confirmer la présence de déformations complexes ou la présence d'une compensation de l'arrière-pied [15][17].

2.3.5. Examen clinique spécialisé

L'examen clinique spécialisé comprend les points suivants. Tout d'abord, l'examen statique et palpatoire du pied, c'est-à-dire l'observation de la morphologie globale du pied, sa position de repos, les saillies osseuses et les sillons cutanés. La palpation vérifie et confirme les observations, quand la coque talonnière est remplie par le calcanéum, la tête du talus est alignée avec la rotule, le vide est absent sous la malléole latérale et la peau est mobile au niveau des sillons cutanés. Ensuite, l'examen de la mobilité passive de la cheville et du pied englobe l'amplitude passive de la flexion dorsale, la course articulaire totale de la cheville et la réductibilité d'une mauvaise position. Enfin, l'examen dynamique du pied et du nouveau-né, qui comprend l'observation de la mobilité spontanée, de la musculature tonique ou hypotonique, de la réactivité musculaire et du développement moteur. Au niveau musculaire, il existe une prédominance du groupe interne (adducteur-supinateur) par rapport au groupe externe (abducteur-pronateur) [9].

Selon le groupe de travail de l'HAS, l'examen spécialisé peut être réalisé par un chirurgien, un MK ou un pédiatre, avant la sortie de la maternité. En effet, ils ont l'aptitude pour réaliser cet examen clinique spécifique [1]. L'examen clinique se fait par la face plantaire : les orteils sont déviés vers l'intérieur avec, parfois, un écart marqué entre le premier et le deuxième orteil. Le bord externe du pied est convexe en dehors. Le bord interne est concave en dedans, souvent marqué par un sillon cutané transversal. La présence de ce sillon est un signe de gravité. La base du cinquième métatarsien est saillante. La cheville et l'articulation sous-talienne sont libres et mobiles. L'arrière-pied est normo-axé [3][7][11]. Il n'existe pas de déformation dans le plan frontal et sagittal [18][19].

Selon plusieurs auteurs, le bilan de masso-kinésithérapie est important dès les premiers jours de la vie, dans le but de pouvoir définir les démarches thérapeutiques, ainsi que le choix des techniques de rééducation [20][21].

Certains auteurs décrivent des formes graves en fonction de certains critères cliniques : un sillon cutané transversal au bord médial, un varus supérieur à 20 ou 30°, une supination de l'avant-pied associée à un valgus de l'arrière-pied, un pied en serpent, des rétractions musculaires et la translation du tarse, une crosse métatarsienne et le parallélisme de l'axe du talus [1][22].

2.3.6. Conduite à tenir

En général, lorsque nous sommes face à une pathologie du pied du nouveau-né, notre conduite à tenir va dépendre du diagnostic médical, de la gravité évaluée à l'examen clinique et de son évolution spontanée.

Selon Jean-Pierre Delaby, il est important pour le traitement de prendre en compte trois points : la connaissance de l'enfant, le respect de sa maturation psychomotrice et celui de la maquette cartilagineuse [23].

La conduite à tenir semble surtout fonction de la classification de Bleck. Une simple surveillance par un médecin généraliste ou un pédiatre, sans traitement, est recommandée pour les MTV légers et souples. Cette surveillance permet de s'assurer de la résolution spontanée de la malposition en deux mois. Les MTV rigides, modérés ou sévères devraient être traités, dès la première semaine de vie. Le traitement fonctionnel est proposé en première intention. Il consiste en la mise en place d'une contention correctrice évitant l'hypercorrection et les compensations de l'arrière-pied, le réalignement de l'os cunéiforme et du métatarse par mobilisation passive et l'étirement passif des muscles médiaux du pied [1]. En cas d'échec après trois mois de rééducation, il est complété par un traitement mixte ou par plâtres successifs pour les formes sévères [11][24][25].

Deux études ont été réalisées, afin d'étudier l'impact du début de la PEC sur les résultats. Selon le suivi de cohorte de Fedele, un début tardif de traitement augmente sa durée par la suite. Dans l'étude rétrospective de Bleck, les pieds sont corrigés chez 75,6 % des nourrissons avant huit mois contre 53,3 % après. La correction semble d'autant plus efficace que le traitement est commencé avant l'âge de huit mois [9][12]. En effet, la PEC devient plus difficile devant un nourrisson avec des rétractions et dont le comportement est moins coopératif [1]. Selon certains auteurs, il est important d'agir précocement et de traiter dès la naissance, afin d'éviter toutes les malpositions devenues raides à l'âge de la marche [20][26]. Le recours à la chirurgie reste exceptionnel [24]. La PEC chirurgicale se fait, habituellement, après l'âge de trois ans. Cependant, 95 % des MTV n'ont pas de traitement chirurgical [27].

2.3.7. Moyens de rééducation

La kinésithérapie est le traitement de référence. En effet, une PEC rééducative par un MK spécialisé est préconisée par de nombreux auteurs.

Les moyens de rééducation énoncés dans les recommandations HAS de 2004 sont les mobilisations passives et actives, les contentions, le risque iatrogène, l'information et la participation des parents.

Les mobilisations passives consistent à effectuer une traction de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied axé, puis à amener progressivement en abduction l'avant-pied décoapté. Dans le but d'étirer le muscle tibial antérieur, il est conseillé de placer le bloc calcanéopédieux en flexion plantaire [20][21]. Les mobilisations actives vont solliciter les muscles extenseurs des orteils et stimuler le bord latéral du pied, afin de recruter les fibulaires. Lors des mobilisations, il est important d'établir un échange avec l'enfant en étant à l'écoute de ses réactions et de travailler dans une ambiance calme avec un contact sécurisant [1].

Selon Delaby, l'appareillage est considéré comme un moyen de contention et non pas de correction. Il doit être bien positionné entre chaque séance, en tenant compte des réactions de l'enfant et de son développement psychomoteur. La littérature énonce des principes non consensuels, tels que vérifier la contention le lendemain de la première pose, protéger la peau, préserver la circulation, ne pas immobiliser le genou et maintenir la correction en dessous de la position maximale. Dans le but d'éviter toutes réactions défensives de l'enfant au niveau musculaire, cartilagineux et articulaire, il est préférable de privilégier l'hypo-correction à l'hyper-correction. Le MK doit être le seul maître dans le choix du type de contention le mieux adapté à l'enfant [23].

Une fois la déformation corrigée et ce, quel que soit le type de traitement, il est important d'entretenir, jusqu'au moment de la verticalisation de l'enfant, la rééquilibration du tonus musculaire par stimulation externe [28].

Le plus souvent, cet appareillage est utilisé en deuxième intention, en association avec les mobilisations. Il doit être personnalisé et indolore, en respectant la fragilité des cartilages de conjugaison par la limitation des contraintes. De plus, il doit également impliquer une surveillance cutanée avec la mise en place de protections et être réalisé en l'absence de contre-indications (lésions cutanées, affection dermatologique). Dans le choix de la

contention par le MK, la déviation du pied, le schéma moteur du membre inférieur et la tonicité de l'enfant sont pris en compte [23]. Le MK doit connaître la biomécanique des malpositions, afin d'adapter au mieux les techniques aux pathologies rencontrées, ainsi qu'à l'enfant et à l'évolution. Pour finir, l'éducation des parents est primordiale, notamment sur les objectifs de l'appareillage et sur la conduite à tenir en cas d'intolérance [29]. Les recommandations HAS préconisent de s'assurer que les parents soient bien informés des critères de surveillance cutanée et vasculaire et des critères de positionnement adéquat de toute contention [1].

Les options de contention proposées sont le strapping, le strapping avec la plaquette et l'attelle postérieure ou latérale laissant le genou libre. Les plaquettes sont, d'abord, à bord latéral rectiligne, puis à bord concave de type anti-adduction, une fois le gain de mobilité obtenu. Des chaussures articulées au niveau des articulations tarso-métatarsiennes sont préconisées par certains auteurs [1][29].

Au moment du diagnostic, le premier entretien est primordial. En effet, pour assurer la confiance et la coopération des parents, il est indispensable de les informer et les déculpabiliser. Le MK est là pour rassurer les parents qui s'inquiètent sur le pronostic fonctionnel et esthétique du pied de leur enfant, ainsi que sur l'étiologie, dont les risques de transmissions génétiques [1]. Il va également informer les parents durant les séances régulières et cela tout au long de la PEC. Il les aidera aussi à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, comme les vêtements, les bains ou la charge financière du matériel [30]. C'est pourquoi, en fonction de la démarche thérapeutique, les informations concernant le plan, les étapes et la durée sont fondamentales. De plus, l'HAS évoque un manque voire une absence, de remboursement pour les straps et les moyens de protection de la peau. Une participation des parents au traitement est envisageable, notamment pour la régularité aux consultations, la surveillance cutanée et vasculaire et le positionnement des contentions [1].

2.3.8. Evolution dans le temps

Dans le passé, l'attelle externe ou l'attelle d'Aubrespy paraissait, être, pour le MK le dispositif le plus efficace dans le traitement du MTV. Cette attelle était réalisée en matériaux thermoplastiques basse température. Ses zones d'appui et de contre-appui permettaient une correction de l'avant-pied dans les trois plans, afin de lutter contre l'adduction, la supination et le cavus. Un suivi de cohorte a été réalisé sur 464 cas de MTV, en associant la

kinésithérapie et l'attelle externe. La durée du traitement était d'environ quatre mois pour les moins d'un an. Les pieds ont été classés selon l'angle d'adduction, l'axe de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied et la réductibilité passive et active. D'excellents résultats ont été obtenus dans 92,7 % des cas. Cependant, ils n'ont pas été comparés selon la gravité initiale. Les mauvais résultats ont été expliqués par un début de traitement après un an. Si le diagnostic était établi précocement, l'attelle était portée en permanence avec une ablation en fin de traitement progressive sur quinze jours, c'est-à-dire la nuit, puis une nuit sur deux. Les nombreux avantages sont la possibilité de faire des corrections successives grâce au remodelage, sans perdre ses qualités, et de l'enlever pour faire la toilette. De plus, elle possède une grande solidité, ainsi qu'une bonne tolérance, à l'exception de quelques allergies au matériau. En effet, seulement quatre cas sont apparus en dix ans. Suite à la génération de lésions cutanées, le pied a été recouvert d'une chaussette. Il est important de bien serrer l'attelle sans le comprimer. Les inconvénients sont, dans le cas d'un diagnostic tardif, une correction partielle et statique, ainsi que la difficulté de la laisser en permanence chez un enfant marchant [9][31].

De 1970 à 1983, une analyse rétrospective a été menée sur 795 patients avec un MTV. L'objectif de cette approche standardisée en ambulatoire était d'évaluer l'efficacité du dispositif de barre de métal droite et de chaussures attachées, appelé attelle type Denis Browne. Le traitement avait, pour phase finale, le port de chaussures droites suivi de chaussures normales. En effet, les inconvénients associés au plâtre en série ont incité les auteurs à rechercher un mode de traitement alternatif. Certains ont contesté ce dispositif orthopédique, suite à la production d'un valgus secondaire de l'arrière-pied. Cependant, cette étude n'a pas constaté de valgus secondaire auprès de ces patients. L'observation de routine de la peau est disponible avec l'utilisation de ce dispositif. Cette technique est, donc, plus économique et moins perturbatrice et encombrante pour l'enfant et les parents, à l'exception du fait que les deux pieds soient fixés ensemble [32]. D'excellents résultats ont été obtenus avec une probabilité de 99% de corriger complètement un pied. Or, ces résultats concernent particulièrement les enfants âgés de moins d'un an [33].

En 1981, Bonnat publie une étude rétrospective sur 164 pieds d'enfants atteints de MTV. Le traitement a été réalisé sur une durée de cinq mois et demi. Plus de 150 d'entre eux, ont eu de la kinésithérapie passive et active. Elle a été suivie d'une contention par bande adhésive élastique sur dix pieds ou plaquette sur 148 pieds. La classification s'est faite par

goniométrie, en fonction de l'angle mesuré de l'adduction de l'avant-pied. De bons résultats ont été obtenus, tels que des pieds alignés, souples et sans récurrence quel que soit le traitement. Cependant, quelques incidents ont été signalés, comme des phlyctènes, des plaquettes mal posées par certains parents, une suspension précoce du traitement et de l'hypercorrection [34].

Selon une étude rétrospective réalisée de 1986 à 1988, la chaussure Bébox© est un appareil léger, pratique, sûr et, à la fois, rentable et efficace. Il s'agit d'une orthèse en deux parties, avec des charnières multidirectionnelles réglables entre les parties de l'arrière-pied et de l'avant-pied. Ses résultats sont difficiles à interpréter dans la littérature, du fait de l'inclusion d'autres déformations plus compliquées du pied. De plus, il n'y avait pas de méthode uniforme pour évaluer la gravité de la déformation. Cette étude a, donc, strictement limité ses résultats au MTV. Cette orthèse permet un mouvement indépendant des jambes, contrairement au dispositif de barre et de chaussures. De plus, elle n'a pas de tendance au développement de déformations secondaires comme la production d'un valgus de l'arrière-pied. Or, ces deux contentions ont été proposées comme aussi efficaces l'une que l'autre. Ces avantages, par rapport aux autres options dont les plâtres, sont l'absence d'irritations cutanées et la possibilité de prendre le bain. Dans cette étude, 96% des cas avec un âge moyen de quatre mois et demi ont été complètement résolus. La satisfaction des parents a été constatée [32].

Le but d'une étude comparative réalisée de 1997 à 2001 était d'évaluer l'efficacité du traitement orthopédique précoce ou différé, ainsi que l'efficacité entre l'orthèse statique de type Bébox© et dynamique. Cette dernière est composée de deux parties, une pour l'arrière-pied et l'autre pour l'avant-pied. Contrairement à la statique, elles sont reliées par des articulations avec un seul degré de liberté sur le plan horizontal permettant des mouvements actifs limités de l'avant-pied. Cette étude concernait les enfants de moins de huit mois qui présentaient un MTV de gravité modérée ou sévère, selon Bleck. Le diagnostic était basé sur les critères cliniques suggérés par Kite [35]. L'évaluation s'est faite sur trois temps : le diagnostic, la fin du traitement et le suivi sur au moins deux ans. Cette étude a montré que les orthèses statiques et dynamiques étaient aussi efficaces les unes que les autres, et que les meilleurs résultats étaient obtenus avec un traitement précoce. Or, de meilleurs scores, liés à la satisfaction parentale, la fonction du pied, la position du talon et le mouvement passif du pied, sont notables avec l'orthèse dynamique. Lors du suivi, aucun signe clinique ne

gênait les enfants dans les activités quotidiennes, telles que la marche, le jeu et la course. Néanmoins, la confirmation de ces données sur un plus grand échantillon de patients serait intéressante. Cela permettrait de tirer des conclusions plus définitives [36].

Une étude rétrospective a été conçue avec des enfants présentant un MTV semi-rigide, au cours des années 2010-2011, qui ont été traités avec un bandage correctif. Ses objectifs étaient d'analyser l'évolution du bandage et de recommander l'intervalle d'âge où commencer le traitement, sans avoir besoin d'attelles postérieures. La séance type de traitement consistait en des mobilisations correctives, des stimulations des fibulaires et l'application de bandages correcteurs renouvelée tous les deux jours. Les critères de correction étaient basés sur la correction complète de la convexité externe du pied, l'absence de protubérance de la base du cinquième métatarse et l'équilibre musculaire du pied. Ces bandages ont montré, dans l'ensemble, une grande efficacité, lorsqu'ils ont été posés dès le premier mois de vie. Alors que pour ceux où le traitement était initié relativement tard, les résultats montraient que les pieds n'étaient pas complètement corrigés avec un bandage et nécessitaient l'utilisation d'attelles postérieures. Ces résultats confirment, donc, l'importance du diagnostic et du traitement précoce. Les avantages rapportés sont la possibilité de mobiliser, d'avoir une correction quotidienne, de réduire le temps de PEC et le coût du traitement. Les limites de cette étude montrent une analyse seulement à court et moyen terme [37].

Pour donner suite à une revue systématique qualitative de la littérature, datant de 2011, les plâtres en série, les attelles et le port de chaussures ont été considérés comme des options thérapeutiques conservatrices pour les enfants. La pose d'attelles a été recommandée pour une utilisation après correction du plâtre, pour le maintien de la position corrigée [17].

Dans une revue systématique format PICO, datant de 2013, les données recueillies démontrent des contradictions dans le traitement du MTV semi-flexible. Les auteurs de cet article précisent que les cliniciens mettent à profit leur expérience clinique pour compléter les données de recherche, afin de décider du plan de traitement le plus approprié pour chaque patient. Les traitements énoncés sont la surveillance des postures assises et de sommeil (grade D), le port d'attelle (grade D) ou le moulage en série (grade C) [38].

Un essai contrôlé, randomisé, publié en 2014, a comparé les plâtres en série et l'orthèse Bebox©, pour des MTV résistants. Le traitement est, généralement, sous la forme d'un

moulage en série appliqué toutes les deux semaines. Il est parfois suivi d'une attelle de dérotation du pied, comme une barre Denis-Browne. Le protocole par Bebax demandait de retourner à la clinique toutes les deux semaines, afin d'ajuster le mécanisme et de fournir une force correctrice progressive. Les meilleurs résultats de traitement concernent les nourrissons de moins de huit à neuf mois. En effet, l'orthèse Bebax© n'est pas conçue pour les enfants marchant. L'âge moyen de cette étude était de quatre mois et demi pour l'orthèse et six mois pour les plâtres. Ils ont émis l'hypothèse que les résultats cliniques de ces deux techniques seraient comparables. Il n'existe aucune étude randomisée sur le traitement du MTV. Nous ne trouvons pas, non plus, de différence statistiquement significative entre les plâtres et l'orthèse Bebax© pour les paramètres suivants : âge d'entrée, durée du traitement, nombre de visites, suivi et traitements d'entretien. Les critères d'évaluation ont été déterminés en fonction de l'aspect du pied et des empreintes. Une amélioration de l'empreinte et des mesures radiographiques après le traitement, sans aggravation du valgus du talon, a été montrée dans chacun des groupes. Une plus grande amélioration dans la mesure de la bissectrice du talon concernait le groupe Bebax. Cependant, ce traitement nécessitait une observance de la part du patient et une participation parentale plus active, car ils devaient réaliser des exercices d'étirement tous les jours. L'analyse simulée des coûts du matériel et des frais de visite a révélé que ce traitement était nettement moins cher, environ la moitié du coût du moulage. Les aléas des modes de remboursement et des barèmes de prix dans les différentes zones géographiques sont à prendre en compte. Cette étude nous rapporte que les plâtres gênent le bain et l'hygiène et sont coûteux et longs. Or, certains régimes d'assurance peuvent prendre en charge ces derniers, contrairement aux orthèses [39][40].

Dans la littérature, le traitement de choix concerne, généralement, des moulages en série. Cela se reflète dans les études du milieu du 20^{ème} siècle où des résultats acceptables apparaissent pour la correction de la déformation. La durée de traitement est de six à douze semaines, favorisant ainsi la bioplasticité du pied. En effet, la majeure partie du squelette aux jonctions tarso-métatarsiennes est encore du cartilage chez l'enfant. Les plâtres permettent l'abduction des métatarses et modifient la forme de leur base, grâce aux principes de remodelage du cartilage en réponse aux forces appliquées [5]. Cependant, ce traitement primaire présente de sérieux inconvénients, notamment des moulages répétés et coûteux et des problèmes vasculaires et de pression cutanée.

Dans les années 1990, les chaussures correctrices étaient principalement utilisées et prescrites pour maintenir le pied dans la bonne position après correction des moulages, afin d'éviter toute récurrence. Elles n'étaient pas recommandées comme traitement primaire [7][41].

Une autre méthode de traitement couramment proposée était l'application d'orthèses type Bebox©. Les résultats de la dernière étude rétrospective ont montré que les deux méthodes fournissaient des corrections similaires [37].

Ensuite, des dispositifs alternatifs d'immobilisation et de correction du pied sont apparus. Prenons l'exemple des orthèses, des barres de métal droites et des chaussures réglables ou pas. Leur efficacité a été démontrée pour être comparable au traitement par plâtre [36]. Cependant, aucune étude ne prouve que ces traitements soient supérieurs à aucun autre. Il n'existe aucune étude comparative des plâtres en série avec contrôle et indiquant quel appareil est plus efficace chez les enfants avant la marche [36][42].

2.4 Problématique

Nous pouvons voir dans la littérature qu'il existe plusieurs options thérapeutiques en fonction de l'âge et de la gravité de la déformation du patient et que, d'une équipe à l'autre, les protocoles sont variables [15][39]. Peu d'études prospectives existent pour les autres pathologies congénitales isolées du pied du nourrisson.

Les traitements conservateurs les plus largement cités dans la littérature sont le moulage en série, l'orthèse, le port de chaussures modifiées. Or, les options de contention proposées par l'HAS sont le strapping, le strapping avec la plaquette et l'attelle postérieure ou latérale.

Les contentions adhésives sont seulement citées dans quelques articles. Cependant, très peu d'études ont été réalisées sur ce type de traitement.

Il semblerait que le MK fasse l'objet de décisions non consensuelles. De plus, les démarches thérapeutiques peuvent varier et parfois se contredire pour une même pathologie. Les critères décisionnels du choix de la contention sont peu développés [1].

Cette réflexion nous a alors amenés à nous questionner sur le rôle du MK concernant l'indication du protocole.

3. Etude préliminaire

3.1. Introduction

Suite à cette revue de littérature, nous pouvons voir que les dernières recommandations datent de 2004. Nous pouvons imaginer que, depuis 17 ans, les procédés ont évolué et qu'il existe des modifications dans la PEC.

Cela nous conduit aux questions suivantes : En considérant les recommandations HAS de 2004, quelles sont les modalités actuelles de traitement des MTV ? Quelle place occupe le MK dans la prise en charge initiale du métatarsus varus avec une déformation modérée et partiellement réductible selon l'échelle de Bleck ?

C'est pourquoi, nous avons décidé de mettre en place une étude préliminaire dans le but de prendre connaissance de la situation actuelle concernant la PEC des MTV par les MK, ainsi que leur rôle.

3.2. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthodologie du questionnaire de pré-enquête, car elle nous permettait de toucher une population plus importante en le diffusant sur les réseaux sociaux, dont des groupes de MK exerçant dans le domaine de la pédiatrie. Selon François De Singly, « le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite. Il permet de voir la manière dont les individus vivent leur propre situation et dont ils rendent compte de leurs préférences. » La réduction de la réalité et la sélection des informations les plus pertinentes permettent de réaliser un questionnaire. Il faut, donc, décider en fonction de ce que l'on veut savoir, et non en fonction de la réalité. La première partie du questionnaire est centrée explicitement sur l'objet de l'enquête, avec des questions de fait et d'opinion. Les premières cernent une dimension de la pratique et les secondes demandent un jugement sur cette pratique ou même sur une idée en général. Il est plus approprié de commencer par des questions explicites sur l'objet de l'étude et de finir par des questions sur les déterminants sociaux [43].

3.3. Population

La population cible est les MK Diplômés d'État (MKDE) en position de pouvoir répondre aux questions proposées. Les MKDE inclus sont ceux prenant en charge des enfants porteurs de MTV et travaillant en tant que salarié et/ou libéral.

3.4. Contexte

Le cadre théorique le plus approprié est notre revue de littérature, dont les recommandations HAS de 2004 et les articles R4321-1 à R4321-13 du Code de la Santé Publique, datant de 2010 et concernant les actes professionnels du MK. Selon l'article 2, le MK doit tenir compte de la personnalité de chaque patient à tous les âges de la vie, et communiquer au médecin traitant toutes les informations qui pourraient lui être utiles pour adapter le traitement. Ce que nous pouvons retenir de ses compétences est que, dans le cadre de la prescription médicale, le MK « établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ». Selon l'article 7, « le MK est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants : la réalisation et l'application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de posture » [44]. Il est, donc, autorisé à choisir son traitement. Nous avons remarqué que cela n'était pas très clair dans les recommandations HAS de 2004.

3.5. Mise en place et déroulement

Une fois le cadre théorique finalisé, nous avons formulé les différentes questions. « Le questionnaire sur une pratique ou un ensemble de pratiques doit comprendre deux parties : celle sur l'objet proprement dit et celle permettant d'en approcher les déterminants sociaux » [43]. Pour les variables indépendantes, nous avons axé les questions sur le nombre de patients reçus par an, les départements, la taille de la commune où ils exercent, leur tranche d'âge, le temps d'exercice depuis leur diplôme et les formations suivies. Pour les variables dépendantes, nous avons centré les questions sur la tranche d'âge du patient, qui décide du traitement ou protocole avec un patient type et la décision du traitement après le bilan initial. Au départ, il n'y avait qu'une seule question ouverte, celle de la formation. Nous nous sommes rendu compte que la question concernant le mode d'exercice pouvait également être intéressante.

Nous avons lancé un pré-test auprès de sept personnes et nous avons recueilli six réponses. Pour donner suite à ce pré-test, nous avons reçu certaines remarques. Nous avons, donc, modifié quelques questions, dont celle de la PEC envisagée avec un patient type. Nous avons décidé de la faire ouverte, car il était très difficile pour certains MK de se reconnaître dans une proposition. En prenant en considération la littérature très diversifiée, tout regrouper sous forme de quatre propositions devenait complexe. Nous avons aussi choisi de la faire

sous forme de cas clinique. En effet, ceux qui répondaient à la question précédente sur la décision du traitement par « médecin » ou « chirurgien » ne pouvaient, probablement pas, y répondre. Nous avons également rajouté une précision sur l'âge du patient car, en fonction de ce dernier, la PEC n'est pas la même, selon les remarques faites par les MK. Nous avons, donc, choisi de nous intéresser aux patients entre 0 et 3 mois. De plus, nous avons fait le choix de nous intéresser plus particulièrement à la déformation modérée et partiellement réductible. En effet, dans la littérature, il existe beaucoup de diversité dans sa PEC.

Le projet de recherche n'a pas entraîné de risque ou de désavantage prévisible pour le répondant, hormis d'avoir à consacrer le temps nécessaire au questionnaire. Les résultats obtenus ont pu contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la PEC du MTV. Le questionnaire n'a demandé aucun renseignement personnel. Les données seront conservées sur une période de deux ans, puis détruites par la suite. Pour participer à l'étude, les participants ont dû répondre à toutes les questions.

La diffusion du questionnaire final (annexe II) a été réalisée sur les réseaux sociaux à l'aide de GoogleForm, afin de faciliter la collecte et l'organisation des données.

3.6. Résultats

Une fois la diffusion de ce questionnaire effectuée, nous avons obtenu 42 réponses. Nous avons choisi de représenter, par souci de lisibilité, les résultats à travers des graphiques. Les questions fermées sont représentées par la proportion de chaque item en pourcentage ; les questions ouvertes, quant à elles, par la comptabilisation du nombre d'occurrences par catégorie.

Les histogrammes, les diagrammes circulaires et les tableaux de retranscription vous sont présentés en annexe III.

La majorité des répondants à la question n°1, soit 81 %, reçoivent le plus fréquemment des patients âgés de 0 et 3 mois, suivis de la tranche d'âge de 3 à 6 mois avec 14,3 %. De 6 à 12 mois et de 12 à 18 mois, les résultats sont de 2,4 % chacun (cf histogramme n°1).

Les résultats obtenus à la question n°2, concernant le nombre de patients traités par an, sont de 45,3 % pour 1 à 5 patients, suivis de 19 % pour plus de 15 patients. Parmi les répondants,

21,4 % d'entre eux traitent entre 6 et 10 patients et 14,3 % entre 11 et 15 patients (cf histogramme n°2).

Plus de la moitié des répondants à la question n°3, soit 52,4 %, décident eux-mêmes du traitement. Puis, 31 % choisissent avec le médecin prescripteur. Seulement 9,5 % répondent le pédiatre ou le généraliste, et 7,1 % le chirurgien orthopédiste (cf histogramme n° 3).

La question ouverte n°4 concerne la prise en charge d'un patient entre 0 et 3 mois atteint d'un MTV avec une déformation modérée et partiellement réductible. Nous avons décidé de l'analyser comme un entretien. Nous avons, donc, regroupé en cinq catégories différentes les items qui se ressemblent, pour comptabiliser le nombre d'occurrences par catégorie :

- Le travail manuel du MK avec les mobilisations, les massages, les étirements et le renforcement musculaire ;
- L'immobilisation avec les différentes contentions dont les straps, les bandages, les plaquettes, les attelles thermo-formables et les postures ;
- La stimulation motrice ;
- La réorientation et la PEC pluridisciplinaire avec le médecin, l'orthopédiste ou l'ostéopathe ;
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les conseils aux parents.

Les 42 MK ont donné plusieurs réponses qui peuvent se retrouver dans les différentes catégories. La majorité des répondants préconise le travail manuel et l'immobilisation. Une dizaine d'entre eux font des stimulations, réorientent ou travaillent en pluridisciplinarité. L'ETP et les conseils aux parents sont faits par six MK. Cependant, parmi les réponses, sept occurrences ne sont pas interprétables (cf diagramme circulaire et tableau n°1).

Nous pouvons voir à la question n°5 que 69 % des répondants ont suivi des formations concernant l'orthopédie infantile (cf histogramme n°4).

Nous avons décidé d'analyser cette question ouverte n°6 comme un entretien, en comptant le nombre d'occurrences par catégories. Pour cela, nous avons formé huit différentes catégories pour chaque nom de formation :

- ARB Formation ;
- FormatKiné ;
- Arkope Formation ;

- DIU de kinésithérapie pédiatrique à Descartes ;
- FC santé ;
- Cefips ;
- SoFoP ;
- Association des kinésithérapeutes de l'enfant.

Parmi les réponses obtenues par les trente MK, certains d'entre eux ont donné plusieurs noms de formation. Une majorité des répondants a suivi la formation ARB. Six professionnels ont été formés avec FormatKiné et FCsanté. Une minorité a fait l'ArkopeFormation, un DIU de kinésithérapie pédiatrique, Cefips, SoFop et l'association des kinésithérapeutes de l'enfant. Cependant, huit occurrences ne sont pas interprétables (cf diagramme circulaire et tableau n°2).

Nous avons obtenu à la question n°7, 9,2 % pour les Alpes-Maritimes puis 7,1 % pour l'Isère, l'Oise, le Rhône et les Hauts-de-Seine. La Haute-Garonne, la Gironde, la Loire-Atlantique, le Nord, le Pas-de-Calais, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise représentent 4,8 % chacun. La Côte-d'Or, l'Eure, l'Eure-et-Loir, le Finistère, l'Hérault, la Saône-et-Loire, la Savoie, la Haute-Savoie, Paris, la Somme, le Var et la Seine-St-Denis sont à 2,4 % chacun (cf diagramme circulaire n°3).

Parmi les répondants à la question n°8, 42,9 % exercent dans des communes de moins de 50 000 habitants et 28,6 % dans des communes entre 50 000 et 100 000 habitants. Pour 16,7 %, il s'agit de communes de plus de 250 000 habitants. Pour finir, 11,8 % travaillent dans des communes entre 100 000 et 250 000 habitants (cf histogramme n°5).

A la question n°9, nous pouvons voir que 33,3 % des MK ont entre 30 et 39 ans, 28,6 % entre 20 et 29 ans, 21,4 % 50 ans et plus et 16,7 % entre 40 et 49 ans (cf histogramme n°6).

Nous pouvons remarquer que presque la moitié des répondants à la question n°10, soit 47,6 % ont entre 5 et 15 ans d'exercice après le diplôme, 21,4 % ont plus de 25 ans, 16,7 % ont moins de 5 ans et 14,3 % ont entre 16 et 25 ans d'expérience (cf histogramme n°7).

La majorité des répondants à la question n°11 sont des MK libéraux avec 71,4 %, suivis des MK à la fois salariés en milieu pédiatrique et libéraux avec 14,3 %. Seuls 9,5 % sont autres salariés et libéraux puis 4,8 % sont MK salariés en milieu pédiatrique (cf histogramme n°8).

3.7. Analyse

Nous pouvons voir que la majorité des enfants reçus ont entre 0 et 3 mois. Or, les recommandations HAS de 2004 préconisent une simple surveillance par le médecin généraliste ou le pédiatre pour les MTV légers et souples, en s'assurant de la résolution spontanée de la malposition en deux mois. Contrairement aux malpositions rigides, modérées ou sévères qui sont traitées dès la première semaine de vie et sont orientées vers un MK. Mais, plusieurs auteurs indiquent de la masso-kinésithérapie dès la naissance. En effet, les six premières semaines de vie sont une période favorable pour la réductibilité et la survenue de la réactivité de l'enfant après cette période. Nous pouvons remarquer que très peu d'enfants sont reçus après six mois. Or, dans plusieurs études l'âge moyen de PEC se situe entre 5 et 6 mois. De plus, l'HAS n'aborde pas la prise en charge après les six premiers mois de la vie [1].

Il semble exister un décalage entre les recommandations HAS, l'âge moyen de PEC et la PEC précoce de nos jours.

La plupart des MK reçoivent d'un à cinq patients par an. Ensuite, nous pouvons voir un équilibre de six à plus de quinze enfants par an. Nous pouvons, donc, émettre les deux hypothèses suivantes : soit ils ne sont pas beaucoup pris en charge, soit il n'y a pas beaucoup de pathologies de ce type.

Une minorité des répondants signale que ce sont le pédiatre, le généraliste et le chirurgien orthopédiste qui décident du traitement. En effet, le pédiatre pose le diagnostic médical de pathologie isolée du pied, avant la sortie de la maternité. Puis, il définit sa gravité afin de déterminer la démarche thérapeutique appropriée, à l'aide d'un examen spécialisé [1]. Cependant, nous pouvons voir que la grande majorité des MK choisit elle-même le traitement mis en place et qu'une autre partie travaille en pluridisciplinarité avec le médecin prescripteur.

Nous avons pris l'exemple d'un cas concret avec un patient entre 0 et 3 mois atteint d'une déformation modérée et partiellement réductible, envoyé par le médecin traitant pour un avis. Le traitement qui revient le plus est le travail manuel du MK et l'immobilisation. Il est suivi par les stimulations et la réorientation ou la PEC pluridisciplinaire. Une minorité concerne l'ETP et les conseils aux parents. Certains MK évoquent le traitement fonctionnel, sans bien le préciser. Selon l'HAS, le traitement fonctionnel représente les mobilisations

passives et actives, ainsi que la mise en place d'une contention, comme le strapping, strapping et plaquette ou attelles. D'autres ont utilisé le terme « contention », mais ils n'ont pas précisé le type dont il est question. Les réponses non interprétables obtenues sont, par exemple, « mise en place du traitement », « prise en charge » ou bien « prise en charge une fois par semaine ». Il s'agit d'une question bien précise et beaucoup de possibilités sont citées. De plus, la plupart des réponses sont données dans le désordre. Nous pouvons en déduire un manque de clarté dans la façon de procéder. Le fait qu'il s'agisse d'une question ouverte, à laquelle il est peut-être plus long et plus pénible de répondre, expliquerait les réponses non interprétables et le manque d'exhaustivité. Les moyens de rééducation énoncés dans les recommandations HAS de 2004 sont les mobilisations passives avec étirement, les mobilisations actives avec stimulation et la pose de contention. De plus, l'information et la participation des parents fait partie intégrante du traitement.

Nous avons remarqué que la majorité des MK répondants a suivi des formations en orthopédie infantile. Nous pouvons voir que les MK ont été formés à différents endroits et nous en déduisons qu'il n'existe pas qu'une seule voie de traitement.

La question des divers départements de France nous permet d'avoir une vue d'ensemble sur la prise en charge des MTV et de constater les éventuelles différences. Nous pouvons également savoir si les options de prise en charge sont différentes en fonction de la taille de la commune. Il apparaît aussi qu'au sein d'un même département, la PEC varie également. Ce qui tend à montrer qu'il n'y a pas un modèle unique de traitement.

La tranche d'âge des différents MK est plus ou moins bien répartie. Nous notons tout de même une prédominance pour les 30-39 ans et une infériorité pour les 40-49 ans. Si nous comparons aux statistiques de l'ordre, nous pouvons voir que la tranche d'âge prédominante est représentative [45]. Le nombre d'années d'expérience majoritaire est entre 5 et 15 ans contre une minorité dans les tranches supérieures et inférieures. La très grande majorité des MK exerce en cabinet libéral contre une petite partie en exercice mixte ou salarié en milieu pédiatrique. Cependant, nous n'avons obtenu aucune réponse de salarié hors milieu pédiatrique. Ces informations propres au MK nous permettent de savoir si la PEC diffère en fonction de l'âge, l'expérience et le type d'exercice (libéral, salarié ou mixte). De plus, nous pouvons constater que la plupart des enfants sont pris en charge dans les cabinets libéraux et faiblement dans les structures en milieu pédiatrique.

Nous pouvons noter de nombreux biais liés à la population et méthodologiques. Le nombre restreint de réponses nous fait comprendre que nous ne pouvons pas conclure par des résultats probants et qu'il faut les prendre avec précaution. Cela ne permet donc pas une étude représentative de la population. Le choix de diffusion du questionnaire à l'aide des réseaux sociaux exclut toutes les personnes qui n'ont pas accès à ce type de communication. Cette méthode ne nous a pas permis de recueillir plus de 50 réponses dans les délais impartis. De plus, de par mon manque d'expérience, le recueil d'informations est certainement incomplet. Malgré le pré-test avant le lancement du questionnaire, nous trouvons, avec du recul que certaines questions sont mal formulées.

4. Méthode de recherche

4.1 Problématisation

Cette revue de littérature et cette étude préliminaire ont permis de mettre en évidence l'importance du nombre de moyens existants dans la PEC de MTV. Mais, ils nécessitent des précisions, quant aux modalités permettant leur choix.

Les conclusions, tirées de cette étude préliminaire, semblent montrer l'existence d'une discordance entre les recommandations HAS et l'âge moyen de PEC. Elles laissent, également, apparaître le choix du traitement par le MK ou le travail en pluridisciplinarité avec le médecin prescripteur. Un manque de clarté reste notable dans la manière de traiter cette malposition, qui comprend le travail manuel et l'immobilisation. Nous constatons, aussi, l'absence d'une seule voie de traitement, par suite de la multiplicité des protocoles existants liés aux habitudes et aux cultures des chirurgiens orthopédistes avec lesquels les MK travaillent. Mais, nous remarquons, également, une tendance à des éventuelles différences de PEC entre les divers départements de France, et en fonction de la taille de la commune. Enfin, la PEC semble plutôt être libérale que structurale sur cet échantillon.

Ce questionnaire de pré-enquête constitue une base, afin d'appuyer davantage le contexte de ce mémoire. Cela va nous amener au cœur de notre travail de recherche, qui a pour objectif principal d'identifier les indicateurs permettant au MK de choisir le type de contention pour un patient atteint de MTV.

Notre problématique est, donc, la suivante : Quels sont les indicateurs permettant au masseur-kinésithérapeute de critériser les choix de la contention dans la prise en charge initiale du métatarsus varus, en considérant une déformation modérée et partiellement réductible selon l'échelle de Bleck ?

Dans cette problématique, nous pouvons noter la présence d'une variable dépendante, qui est le choix de la contention dans la PEC initiale du MTV, et de plusieurs variables indépendantes, les différents indicateurs pris en compte par le MK.

Pour répondre à cette problématique, la méthode la plus pertinente est l'entretien semi-directif.

4.2 Choix de la méthode

L'objectif principal de notre recherche est d'identifier les indicateurs permettant au MK de choisir le type de contention d'un patient atteint de MTV.

Une méthodologie de recherche qualitative semble la plus pertinente. En effet, ce processus de recherche qualitative s'avère particulièrement adapté au champ de la santé. De plus, le recueil de données sur une « façon de faire » est un phénomène subjectif. Selon Geneviève Imbert, cette méthode a pour objectif « de saisir le sens d'un phénomène complexe, tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens » [46].

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi la méthode de l'entretien semi-directif, qui semble être la plus pertinente. Dans ce mode d'entretien, la personne interrogée argumente librement à partir de la question inaugurale, et l'investigateur le relance sur certains points qu'il juge important d'approfondir. Ceci va permettre une meilleure compréhension des arguments du sujet interrogé. Avant tout, la revue de littérature effectuée permet la réalisation d'un cadre théorique *a priori*. Celui-ci est composé de différentes catégories, elles-mêmes divisées en divers indicateurs [47].

La réalisation des entretiens semi-directifs comprend différentes étapes, telles que :

- La partie préalable au terrain dont le choix des critères d'inclusion et de non-inclusion
- Le pré-test et la validation du guide d'entretien
- Leur contexte de réalisation

- Leur déroulement
- Le traitement et l'analyse des données [46]

Un guide d'entretien a été réalisé avant, pour permettre de structurer l'entretien et le rendre le plus efficace possible. Il vise à référencer les principales thématiques à aborder, et les potentielles questions de relance à poser sur ces catégories. Cela incite le répondant à faire un retour réflexif sur ce qu'il vient de dire en argumentant, en affirmant ou en nuancant. Il s'agit d'un *memento* qui doit être facilement et rapidement consultable. Cependant, l'entretien doit tout de même suivre sa propre dynamique (cf annexe IV) [48]. La notion de dynamique conversationnelle est importante. De plus, ce moment privilégie l'écoute, l'empathie et le partage entre l'interviewé et l'étudiant intervieweur. [46]

4.1. Population

La population cible est les MKDE, experts dans le domaine pédiatrique, en position de pouvoir répondre aux questions proposées. En effet, l'étymologie du mot « expert » se rapporte à la compétence fondée sur un savoir-faire acquis à force d'expérience. *Expertus* en latin est tiré du verbe *experiri* et représente celui « qui a fait ses preuves, qui a de l'expérience, qui est habile » [49]. Selon Le Boterf, le stade d'expertise constitue le troisième niveau du professionnalisme. Le MK « dispose d'une pleine maîtrise de ses compétences mais est en mesure de construire des compétences dans l'instantané à partir d'une vive intelligence des situations ». De plus, pour avoir une certaine expertise des aptitudes dans le métier et avoir un certain recul sur sa propre pratique, il faut pouvoir développer des schèmes opératoires [50]. Les professionnels sont choisis en fonction de l'expérience professionnelle en pédiatrie, de la PEC régulière de patients atteints de MTV, de leur lieu de travail et de la faisabilité pratique des interviews.

Les critères d'inclusion sont les MKDE prenant régulièrement en charge des enfants porteurs de MTV, travaillant en milieu hospitalier ou en milieu libéral, et ayant plus de cinq années d'exercice dans le domaine pédiatrique. Cependant, ils ne doivent pas exercer dans le même lieu de travail pour ne pas créer de consensus. Les professionnels exclus sont les MKDE ne prenant pas régulièrement en charge des enfants porteurs de MTV et ayant moins de cinq années d'exercice dans le domaine pédiatrique. En effet, pour qualifier d'expert dans son domaine un MK, certaines publications ont fixé comme valeur une limite inférieure à cinq ans [51][52]. C'est pourquoi, nous avons choisi cinq ans d'expérience pour ne pas exclure trop de professionnels de santé, sachant qu'il s'agit d'une pathologie très spécifique.

4.2. Cadre théorique *a priori*

La réalisation des entretiens nécessite une revue de littérature exhaustive concernant le sujet de l'étude, dans le but de créer un guide d'entretien, lui-même construit à partir du cadre théorique établi *a priori*.

La catégorisation fournit par condensation une représentation simplifiée des données brutes [53].

Les catégories et indicateurs ci-dessous ont été définis *a priori* et basés sur la littérature. Cependant, toute modification au cours de l'analyse est envisageable.

Catégories	Indicateurs
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant Examen statique et palpatoire du pied Examen passif et dynamique du pied Diagnostic / diagnostic différentiel
Innocuité	Douleur / Inconfort Blessures / Allergies Tolérance vasculaire et nerveuse
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial Education thérapeutique / Observance patient et parents Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage Niveau d'évolution motrice
Coût	Situation socioéconomique Base de remboursement Frais d'honoraires Frais du matériel
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur Moment de PEC Pointure

4.2.1. Pertinence biomécanique

Il s'agit de l'évaluation des dysfonctionnements de l'appareil locomoteur humain, dont le pied chez l'enfant conduisant à des pathologies, à l'aide de paramètres biomécaniques pertinents.

Avant de poser le diagnostic d'une pathologie isolée du pied, une recherche de pathologies neurologiques ou orthopédiques associées, telles que les pathologies du genou, de la hanche, du rachis et des membres supérieurs, est effectuée [1]. Comme déjà vu dans la revue de littérature, le diagnostic est effectué à l'aide du test du V-Finger et de la méthode de la bissectrice du talon de Bleck [12][38]. Le MTV a pour diagnostic différentiel le pied serpentin et le pied en « Z » [54]. Une fois le diagnostic établi, l'examen clinique spécialisé fait suite. Il comprend, tout d'abord, l'examen statique et palpatoire du pied. Puis, vient l'examen passif avec la mobilité de la cheville et du pied. Enfin, l'examen dynamique concerne la mobilité spontanée observée et l'utilisation de stimuli cutanés pour évaluer la réactivité musculaire [1].

4.2.2. Innocuité :

Il s'agit de définir la qualité de la contention qui ne doit pas blesser l'enfant et être inoffensive pour lui.

La mise en place d'une contention nécessite une surveillance accrue des conséquences qu'elle peut avoir sur le pied de l'enfant. En effet, le MK doit être vigilant à la protection de la peau avant la pose et à la préservation de la vascularisation. Prenons comme exemples, la coloration normale des orteils, l'absence d'œdème, de douleurs, d'érosion cutanée et d'irritation nerveuse [1][32][38]. Les allergies aux matériaux utilisés sont possibles [9]. Le MK doit être en mesure de régler et de doser la tension, afin que le pied ne soit ni comprimé, ni en train de flotter dans la contention. Cela peut, en effet, engendrer de l'inconfort à l'enfant. Par conséquent, le MK doit manipuler en favorisant la détente maximale du jeune patient [20].

4.2.3. Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents :

Il s'agit des conséquences du port de la contention sur le quotidien de l'enfant et de sa famille.

Les MK et l'équipe pluridisciplinaire doivent s'adapter à l'environnement social et au contexte familial. Selon le lieu de résidence et le métier des parents, l'accès aux soins peut

être différent [55][56]. L'éducation thérapeutique vise à aider les parents avec leur enfant à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin, pour gérer au mieux leur vie avec cette malposition [29][57][58]. En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la notion d'observance thérapeutique comme « la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé » [59]. A la naissance ou lors de la découverte de la malposition, la rencontre avec le bébé réel peut être beaucoup plus difficile que prévue [60]. En effet, « tout un processus de rêverie se déploie et les futurs parents s'emplissent petit à petit d'images, d'attentes, de désirs, quant à l'enfant à venir » [61]. Les parents, qui ont connu des difficultés pour enfanter, auront tendance à considérer leur enfant comme un bien précieux, dont l'intégrité devra absolument être conservée. Ils redouteront davantage le regard des autres, par crainte de stigmatisation [62]. Selon la contention, la qualité de l'hygiène ne sera pas la même. En effet, la toilette et l'habillement seront ou non facilités [55][56]. Une mauvaise tolérance de l'appareillage peut même agir sur la qualité du sommeil de l'enfant. La contention peut avoir un impact sur le développement de l'enfant et, notamment, sur les Niveaux d'Évolution Motrice (NEM). Michel Le Metayer a défini douze NEM allant de la position décubitus dorsal à la position debout et la marche [63]. Il est, donc, important d'avoir le meilleur rapport contrainte-efficacité pour le choix de la PEC [20].

4.2.4. Coût :

Il s'agit de l'ensemble des frais engagés et pouvant être supportés par la famille.

Tout d'abord, la situation socio-économique des parents permet d'orienter le type de PEC. Les frais d'honoraires par le MK sont déterminés selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) [64]. L'acte de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques est désigné par la lettre clé AMS. Pour « la rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée », c'est-à-dire un pied, l'AMS est de 7,5, soit 16,13 € la séance. Pour « la rééducation de tout ou une partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres », c'est-à-dire deux pieds, l'AMS est de 9,5, soit 20,43 € la séance [65]. Le taux de remboursement des honoraires pris en charge par l'Assurance Maladie est de 60 %, soit 9,68 € pour un pied et 12,26 € pour deux pieds. Les 40 % restant sont appelés le « ticket modérateur ». Il peut être pris en charge par la mutuelle ou la complémentaire santé en fonction du contrat souscrit auprès d'elle. Une franchise médicale de 50 cents est également retenue et restera à la charge des parents, car

la mutuelle ne peut pas la rembourser [66]. Les frais du matériel varient d'une contention à une autre. Pour la contention en bandage, le MK a besoin de Leukoplast® (6,23 € remboursés en totalité), de Tensoplast® (5,85 € dont 1,85 € remboursés) et de Tubifast® rouge (2,35 € non remboursés). Cependant, ces prix sont donnés à titre indicatif, car ils peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. De plus, l'HAS évoque un manque de remboursement pour les straps et les moyens de protection de la peau [1]. Pour l'orthèse Bébox©, le prix est, en moyenne, de 90 € pour une chaussure, dont 30,86 € remboursés par la Sécurité Sociale.

4.2.5. Age de découverte et de début du traitement :

Il s'agit du moment où le thérapeute découvre la pathologie et débute le traitement, qu'il adapte en fonction du développement psychomoteur de l'enfant.

Ce dernier représente le stade auquel se trouve l'enfant. L'échelle de développement de Brunet-Lézine Révisée comprend plusieurs épreuves réparties en quatre domaines : moteur ou postural, la coordination oculomotrice, le langage et les relations sociales [67]. Cette échelle, qui va de 0 à 24 mois, décrit en détails les étapes d'acquisitions du jeune patient [68][69]. Pendant les quatre à six premières semaines, le nouveau-né présente un schéma préférentiel de triple flexion, puis développe un schéma cinétique de triple extension [1][20]. La pointure de l'enfant a également un impact sur la contention. En effet, il existe une pointure minimale pour les chaussures type Bebox©, par exemple [20].

4.3. Mise en place et déroulement des entretiens

Notre étude concerne toute la France. En effet, nos entretiens ont été réalisés avec des MK de différents départements.

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai tout d'abord pris contact sur les réseaux sociaux ou bien par mail avec les MK exerçant dans le domaine pédiatrique. Une fois les retours positifs obtenus pour donner suite aux critères correspondants, nous avons fixé des rendez-vous aux MK afin de les interroger.

Le recueil des données a été effectué par enregistrement audio. Pour cela, nous avons rédigé une autorisation pour l'enregistrement et l'exploitation des données enregistrées, ainsi qu'un consentement de participation, que nous avons envoyé en amont de l'entretien pour pouvoir le réaliser dans les conditions requises (cf annexes V et VI).

Le projet de recherche n'entraîne pas de risque ou désavantage prévisible pour l'interviewé, hormis d'avoir à consacrer le temps nécessaire à l'entretien. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de la PEC du MTV. Aucun renseignement personnel n'est demandé pour l'entretien. De plus, toute parole pouvant nuire à l'anonymat de l'interviewé, telle que la ville, la structure ou toute autre information personnelle sera remplacée par un terme générique. Par exemple, si un MK cite la ville dans laquelle il exerce, nous remplacerons le nom de cette ville par [Ville].

La conservation des données se fait sur une période d'un an, puis elles seront détruites. Pour participer à l'étude, les participants doivent répondre à toutes les questions de l'entretien.

La réalisation des entretiens s'est déroulée du 28 septembre au 6 novembre 2020. Onze entretiens ont été effectués. Cependant, nous en comptons dix exploitables et donc retenus pour notre travail. La durée des entretiens est comprise entre quinze et trente minutes. Ils se sont déroulés avec l'accord de l'interviewé sur son lieu de travail ou en visioconférence avec l'application « Zoom ». Selon ses disponibilités spatiale et temporelle, la date et le lieu des entretiens ont été définis avec lui.

Chacun des entretiens a débuté par la question inaugurale suivante : « Vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de MTV. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible, quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ? ». Ensuite, j'ai relancé l'interviewé, afin de reprendre en écho ses propos mêmes et l'encourager à les développer et à en préciser des aspects.

4.4. Analyse de contenu

L'analyse de contenu est définie comme « un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages » [53].

Les données sont retranscrites à l'écrit sous forme de corpus de texte avec les lignes numérotées, en essayant d'être le plus proche du discours authentique et le plus exhaustif possible. Pour cela, nous sommes régulièrement revenus sur la retranscription des entretiens. Ce n'est que quelques jours après, en deuxième ou troisième intention, que nous avons réalisé l'analyse catégorielle. Afin de respecter la confidentialité des identités, nous avons utilisé l'abréviation « K » pour désigner l'étudiant intervieweur et « I » pour l'interviewé.

Pour réaliser une analyse catégorielle, il faut découper le texte en différentes unités, puis les classer en catégories selon des regroupements analogiques. Selon Laurence Bardin, l'analyse de contenu est composée de trois phases (cf annexe VII) :

1. La pré-analyse
2. L'exploitation du matériel
3. Le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation

Dans la pré-analyse, nous retrouvons la lecture flottante qui permet de s'imprégner de notre matériau d'analyse, en essayant de le comprendre de l'intérieur, et en se rapprochant de notre questionnement et de nos intuitions de départ. C'est là que nous mettons en ordre et consolidons nos hypothèses.

L'exploitation du matériel comprend le travail du texte en profondeur, à l'aide d'opérations de codage, décompte ou énumération, dans le but de concevoir des catégories communes entre les différents entretiens. Cela permettra de confirmer ou infirmer les hypothèses émises. Selon O.R.Holsti , « le codage est le processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu ».

Le traitement des résultats consiste en l'analyse des résultats bruts par des opérations statistiques, à l'aide de graphiques qui regroupent les informations retrouvées. L'interprétation des résultats obtenus se fera en fonction de la problématique et des objectifs de départ. A l'aide des différentes catégories définies *a priori* dans la littérature, les entretiens seront confrontés entre eux [53].

Afin de classer nos occurrences de façon positive ou négative, nous réaliserons un tri différentiel. L'analyse des occurrences se fera sous forme de tableau, dans le but de faciliter l'interprétation.

5. Recueil des données et résultats

La retranscription des entretiens réalisée, nous avons trié dans un tableau de retranscription les verbatims de chacun d'eux. Notre choix s'est porté sur l'apparition des catégories et indicateurs définis *a priori*, ainsi que le nombre d'occurrences positives et négatives, afin de faciliter le traitement des données brutes et leur interprétation. Les résultats ont ensuite été représentés sous forme de graphiques, dont un dévoilant la proportion de chaque catégorie en pourcentage et l'autre faisant la distinction entre le nombre d'occurrences positives et négatives de chaque indicateur. Il faut savoir que les occurrences sont positives, lorsque le

MK prend en compte les indicateurs dans sa PEC et, au contraire, négatives lorsqu'il ne se base pas dessus. Cette partie regroupe les résultats bruts et le tri à plat.

5.1. Lecture flottante

A la lecture des entretiens, nous ressentons que cette malposition du pied peut être perçue de deux façons différentes. En effet, certains MK pensent que ce n'est pas grave et que le rétablissement est rapide, alors que d'autres semblent croire que cette malposition est importante et qu'il ne faut pas perdre de temps pour débiter le traitement. Une grande partie considère que la PEC doit être précoce, c'est-à-dire dès la naissance. En ce qui concerne le bilan, pour beaucoup, l'enfant est pris dans sa globalité. On remarque que le coût du matériel ne doit pas être un frein à la PEC. Il apparaît que la qualité de vie des parents et de l'enfant doit aussi être prise en considération. Il est intéressant de constater que les parents ont aussi un rôle à jouer dans la guérison de leur enfant. En effet, il est souligné plusieurs fois que l'éducation thérapeutique et l'observance des parents contribuent au bon déroulement du traitement.

5.2. Fréquentage

Les histogrammes vous sont présentés en annexes VIII à XVII.

5.2.1. Entretien n°1

Le premier entretien réalisé a servi d'entraînement, à cause de mon manque d'expérience en tant qu'intervieweur. En effet, l'entretien s'est effectué de manière imprévisible, à la suite d'un appel téléphonique dans le service de kinésithérapie d'un hôpital. Un MK se trouvait dans le service seulement pour la journée et c'était l'occasion pour moi de réaliser mon entretien « test ». Cet entretien n'est, donc, pas exploitable car l'interviewé n'appartenait pas à tous les critères d'inclusion, dont les cinq années d'exercice dans le domaine pédiatrique. De plus, l'entretien n'a pas été correctement mené, car il contenait des relances influençant trop le répondant. Il n'a pas pu être enregistré, c'est pourquoi la transcription et le traitement de cet entretien n'apparaissent pas au sein de ce travail.

5.2.2. Entretien n°2

Le deuxième entretien expose la vision d'une MK qui exerce en tant que salariée en maternité. Son nombre d'années d'exercice est de trente-quatre ans (cf annexe VIII).

La pertinence biomécanique illustre 26 % de ses dires, avec 17 occurrences positives. Le bilan global de l'enfant contient 2 occurrences, l'examen statique et palpatoire du pied 4, l'examen passif et dynamique du pied 8 et le diagnostic 3.

14 % des propos de l'interviewée concernent l'innocuité, avec 9 occurrences totalement positives. Les indicateurs « douleur/inconfort » et « blessures/allergies », sont constitués de 5 et 4 occurrences. La tolérance vasculaire et nerveuse ne présente aucune occurrence.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » représente 35 % du discours total, dont 23 occurrences totalement positives. Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et « éducation thérapeutique/observance patient et parents » sont composés de 6 et 12 occurrences. Le « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage » en dénombrent 4 et 1. Le niveau d'évolution motrice ne compte aucune occurrence.

La catégorie « coût » occupe 21 % de l'entretien avec 13 occurrences, dont 1 négative. L'indicateur « situation socio-économique » a 4 occurrences positives. Les frais du matériel représentent 7 occurrences positives et 1 seule négative. Les frais d'honoraires possèdent 1 occurrence positive. Aucune occurrence n'apparaît pour la base de remboursement.

L'âge est la catégorie qui figure dans 5 % du discours avec 3 occurrences, dont 1 négative. Pour le « développement psychomoteur », il s'agit d'une occurrence négative. Les indicateurs « moment de la PEC » et « pointure » sont représentés avec une 1 occurrence positive chacun.

5.2.3. Entretien n°3

Le troisième MK interrogé est un homme exerçant dans un hôpital pédiatrique, en tant que salarié. Son nombre d'années d'exercice depuis l'obtention de son diplôme est de vingt-huit ans (cf annexe IX).

La catégorie « pertinence biomécanique » présente un pourcentage de 30 %, avec 19 occurrences totalement positives. Les indicateurs « bilan global de l'enfant », « examen statique et palpatoire du pied » et « examen passif et dynamique du pied » possèdent 3 occurrences chacun. Le « diagnostic/diagnostic différentiel » contient 10 occurrences.

La catégorie « innocuité » concerne 17 % des propos, avec 11 occurrences positives, au total. L'indicateur « douleur/inconfort » dénombre 2 occurrences, « blessures/allergies » 5 et « tolérance vasculaire et nerveuse » 4.

L'impact sur la qualité de vie est la catégorie qui représente 16 % du corpus avec, au total, 10 occurrences positives. Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et

« éducation thérapeutique/observance » ont respectivement 1 et 7 occurrences. Les autres indicateurs « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage » se retrouvent sans occurrence. Le niveau d'évolution motrice regroupe 2 occurrences.

17 % des dires illustrent le coût, avec 11 occurrences totalement positives. Les indicateurs « situation socio-économique » et « base de remboursement » ont, chacun, 2 et 7 occurrences. Aucune occurrence n'apparaît pour les frais d'honoraires. Les frais du matériel, quant à eux, présentent 2 occurrences.

L'âge figure dans 20 % de son discours avec, au total, 13 occurrences positives. Le développement psychomoteur a 3 occurrences, le moment de PEC 10 et la pointure aucune. Deux indicateurs apparaissent *a posteriori*, tels que « habitudes personnelles » et « expérience professionnelle », avec 1 et 2 occurrences positives.

5.2.4. Entretien n°4

Le quatrième corpus retranscrit l'interview d'une MK exerçant en milieu libéral et présentant dix ans d'expérience (cf annexe X).

La pertinence biomécanique représente 23 % de ses dires, avec 10 occurrences entièrement positives. L'indicateur « bilan global de l'enfant » ne dénombre pas d'occurrence. L'examen statique et palpatoire du pied a 6 occurrences. L'examen passif et dynamique du pied et le diagnostic présentent 2 occurrences chacun.

L'innocuité représente 7 % du corpus avec 3 occurrences positives, au total. Les indicateurs « douleur/inconfort » et « blessures/allergies » ont, respectivement, 0 et 3 occurrences. La tolérance vasculaire et nerveuse » comptabilise zéro occurrence.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » comprend 32 % du discours total, avec 14 occurrences positives. Aucune occurrence n'apparaît pour l'environnement social et le contexte familial. L'indicateur « éducation thérapeutique/observance patient et parents » dénombre 5 occurrences, « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » 2, 4 pour « hygiène/qualité du sommeil/habillage » et 3 pour « niveau d'évolution motrice ».

Le coût figure dans 18 % de l'entretien avec, au total, 8 occurrences positives. L'indicateur « situation socio-économique » en possède zéro. Les indicateurs « base de remboursement » et « frais d'honoraires » dénombrent, chacun, 4 et 0 occurrences. Les frais du matériel ne détiennent pas d'occurrence.

20 % des propos sont illustrés par la catégorie « âge », avec 9 occurrences totalement positives. Le développement psychomoteur recense 3 occurrences, le moment de PEC 5, et la pointure une seule.

Un nouvel indicateur, appelé « évolution du traitement », apparaît avec 3 occurrences positives.

5.2.5. Entretien n°5

Le cinquième entretien concerne un MK exerçant en milieu mixte, c'est-à-dire en maternité et en libéral. Il exerce depuis dix-sept ans (cf annexe XI).

La pertinence biomécanique figure dans 21 % du corpus, avec 16 occurrences entièrement positives. Le bilan global de l'enfant possède 4 occurrences, l'examen statique et palpatoire du pied 2 et 4 pour l'examen passif et dynamique du pied. L'indicateur « diagnostic/diagnostic différentiel » détient 6 occurrences.

La catégorie « innocuité » représente 13 % des dire, avec 10 occurrences positives au total. Les « blessures/allergies » et « douleur/inconfort » en dénombrent 4 chacun ; la « tolérance vasculaire et nerveuse » en a 2.

28% des dire sont dédiés à l'impact sur la qualité de vie avec, au total, 22 occurrences positives. Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et « éducation thérapeutique/observance patient et parents » dénombrent, respectivement, 10 et 8 occurrences. Ceux restant, « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage » se composent de 1 et 3 occurrences. Le niveau d'évolution motrice se retrouve sans occurrence.

21 % des propos du MK illustrent le coût, avec 16 occurrences totalement positives. La situation socioéconomique comptabilise 3 occurrences, la base de remboursement 4, les frais d'honoraires 2 et les frais du matériel 7.

La catégorie « âge » occupe 17 % du discours intégral avec 13 occurrences positives. Le développement psychomoteur en a 3, le moment de PEC 10 et la pointure zéro.

L'indicateur « évolution du traitement » apparaît avec 5 occurrences positives.

5.2.6. Entretien n°6

Le sixième entretien développe la vision d'un MK à la retraite qui exerçait en milieu hospitalier. Il présente quarante années d'exercice, dont trente-quatre ans en pédiatrie (cf annexe XII).

24 % des dires de ce MK sont dédiés à la catégorie « pertinence biomécanique », avec 12 occurrences entièrement positives. Le bilan global de l'enfant dénombre 1 occurrence, l'examen statique et palpatoire du pied 7, l'examen passif et dynamique du pied 1 et le diagnostic 3.

La catégorie « innocuité » représente 20 % de l'entretien, avec 10 occurrences positives au total. L'indicateur « douleur/inconfort » a 7 occurrences, « blessures/allergies » 2 et « tolérance vasculaire et nerveuse » une seule.

L'impact sur la qualité de vie illustre 22 % du corpus avec, au total, 11 occurrences positives. L'environnement social et le contexte familial se composent d'une seule occurrence. Les indicateurs « éducation thérapeutique/observance patient et parents » et « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » n'en comptent aucune. Celui de « hygiène/qualité du sommeil/habillage » a 4 occurrences et le niveau d'évolution motrice en a 6.

Le pourcentage du coût est de 10 % avec, au total, 5 occurrences positives. Les frais du matériel et les frais d'honoraires en dénombrent 3 et 2. Aucune occurrence n'apparaît dans les indicateurs « situation socio-économique » et « base de remboursement ».

L'âge occupe 22 % du discours, avec 11 occurrences totalement positives. Le développement psychomoteur et le moment de PEC contiennent, respectivement, 5 et 6 occurrences. L'indicateur « pointure » n'en possède aucune.

5.2.7. Entretien n°7

Le septième corpus retranscrit les dires d'une femme exerçant en milieu mixte depuis six ans, c'est-à-dire en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) pédiatrique et en libéral (cf annexe XIII).

La pertinence biomécanique illustre 26 % de ses dires, avec 17 occurrences totalement positives. Le bilan global de l'enfant dénombre 7 occurrences, l'examen statique et palpatoire et l'examen passif et dynamique du pied 4 chacun, puis 2 pour le diagnostic.

11 % des propos concernent l'innocuité avec, au total, 7 occurrences positives. L'indicateur « douleur/inconfort » a une seule occurrence et ceux restant, c'est-à-dire, « blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse » en ont 3 chacun.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » représente 37 % avec 23 occurrences, dont 1 négative. L'environnement social dénombre 3 occurrences positives et l'éducation thérapeutique et l'observance, 13. Aucune occurrence n'apparaît pour l'indicateur « regard

des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel ». L'hygiène se retrouve avec 2 occurrences positives contre 1 négative et le niveau d'évolution motrice 4 positives.

La catégorie « coût » figure dans 15 % du corpus avec 10 occurrences, dont 8 négatives. La situation socioéconomique et la base de remboursement ne possèdent aucune occurrence. Les frais d'honoraires ont 1 occurrence positive et 1 autre négative. Les frais du matériel comptabilisent 7 occurrences négatives contre 1 seule positive.

L'âge représente 11 % de l'entretien, avec 7 occurrences positives au total. Le développement psychomoteur contient 1 occurrence et le moment de PEC en a 6. La pointure ne dénombre pas d'occurrence.

L'indicateur « évolution du traitement » a seulement 1 occurrence positive.

5.2.8. Entretien n°8

La huitième MK interrogée exerce en libéral et est diplômée depuis dix-sept ans (cf annexe XIV).

La pertinence biomécanique figure dans 25 % des dires, avec 21 occurrences complètement positives. Le bilan global de l'enfant contient 8 occurrences, l'examen statique et palpatoire du pied, 3, puis 5 pour « l'examen passif et dynamique du pied » et « diagnostic/diagnostic différentiel ».

14 % du corpus appartient à la catégorie innocuité, avec 12 occurrences positives au total. Aucune occurrence n'appartient à l'indicateur « douleur et inconfort ». Les blessures et les allergies détiennent 11 occurrences et la tolérance vasculaire et nerveuse en a une seule.

L'impact sur la qualité de vie occupe 39 % du discours, avec 32 occurrences totalement positives. En effet, l'environnement social dénombre 4 occurrences, l'indicateur « éducation thérapeutique/observance patient et parents », 13, le regard des parents, 2, l'hygiène, 3, et 10 pour le niveau d'évolution motrice.

La catégorie « coût » se retrouve dans 12 % du corpus, avec 10 occurrences, dont 1 négative. Les indicateurs « situation socioéconomique » et « base de remboursement » présentent 1 occurrence positive chacun. Les frais d'honoraires en recensent zéro. Les frais du matériel comptabilisent 7 occurrences positives et 1 seule négative.

L'âge comprend 10 % de l'entretien, avec 8 occurrences entièrement positives. Le développement psychomoteur a une seule occurrence et le moment de PEC en a 7. La pointure ne possède aucune occurrence.

L'indicateur "évolution du traitement" dénombre, quant à lui, 2 occurrences positives.

5.2.9. Entretien n°9

Le neuvième entretien est réalisé avec un MK exerçant depuis dix-neuf ans en milieu libéral (cf annexe XV).

La catégorie « pertinence biomécanique » compose 32 % de son discours avec, au total, 14 occurrences, dont 2 négatives. Le bilan global de l'enfant a 2 occurrences positives contre 1 seule négative. Aucune occurrence n'apparaît dans les indicateurs « examen statique et palpatoire du pied » et « examen passif et dynamique du pied ». Le « diagnostic/diagnostic différentiel » dénombre 10 occurrences positives et 1 seule négative.

L'innocuité illustre 9 % des propos du MK. Au total, les 4 occurrences négatives appartiennent à l'indicateur « douleur/inconfort ». Tous ceux restant, c'est-à-dire, « blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse » présentent 0 occurrence.

L'impact sur la qualité de vie représente 30 % des dires du professionnel, avec 13 occurrences au total, dont 3 négatives. L'environnement social et le contexte familial se composent d'une seule occurrence négative. L'éducation thérapeutique et l'observance n'ont aucune occurrence. L'indicateur « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » possède 8 occurrences positives, et celui de « hygiène/qualité du sommeil/habillage » 1 seule. Les NEM dénombrent 2 occurrences négatives contre 1 positive.

18 % du discours est dédié à la catégorie « coût ». Le nombre total d'occurrences est de 8, avec 3 négatives. La situation socioéconomique ne présente pas d'occurrence. La base de remboursement a autant de positives que de négatives, soit 1 de chaque. Les frais d'honoraires comprennent 2 occurrences négatives, et les frais du matériel 4 positives.

La catégorie « âge de découverte » détient 11 % du discours. Au total, 5 occurrences sont présentes. L'indicateur « développement psychomoteur » ne possède pas d'occurrence. Le moment de PEC en compte 3 positives contre 2 négatives et la pointure aucune.

L'indicateur « expérience professionnelle » est apparu *a posteriori* avec 1 seule occurrence positive.

5.2.10. Entretien n°10

Le dixième MK interrogé est une femme exerçant en milieu mixte, à la fois dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) et en libéral. Elle a obtenu son diplôme il y a sept ans (cf annexe XVI).

La pertinence biomécanique représente 22 % des dires de cette thérapeute avec, au total, 17 occurrences positives. Le bilan global de l'enfant dénombre 6 occurrences. L'indicateur

« examen statique et palpatoire du pied » en comprend 5, « l'examen passif et dynamique du pied », 2, et le « diagnostic /diagnostic différentiel », 4.

La catégorie « innocuité » figure dans 13 % du discours global avec 10 occurrences positives au total. Les trois indicateurs sont « douleur/inconfort » avec 4 occurrences, puis « blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse » qui en dénombrent 3 chacun.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » détient 30 % du discours, avec 23 occurrences au total, dont 1 seule négative. L'indicateur « environnement social/contexte familial » a 3 occurrences positives. L'éducation thérapeutique et l'observance patient et parents en dénombrent 12. Les indicateurs « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage » possèdent, respectivement, 3 et 1 occurrences positives. Le niveau d'évolution motrice en a 3 positives et 1 négative.

Le coût compose 13 % de l'entretien avec, au total, 10 occurrences, dont 1 seule négative. La situation socio-économique compte 2 occurrences positives et la base de remboursement, 4. Aucune occurrence n'apparaît dans l'indicateur « frais d'honoraires ». Les frais du matériel se retrouvent avec 3 positives et 1 négative.

L'âge de l'enfant illustre 21 % des propos de cette MK, avec 16 occurrences positives, au total. Les indicateurs « développement psychomoteur » et « moment de PEC » présentent 8 occurrences chacun. Celui de la pointure ne possède aucune occurrence.

5.2.11. Entretien n°11

Le onzième corpus retranscrit l'interview d'un MK exerçant en milieu libéral et qui présente quinze ans d'expérience (cf annexe XVII).

La pertinence biomécanique compose 25 % de ses propos, avec 17 occurrences entièrement positives. Le bilan global de l'enfant détient 7 occurrences, l'examen statique et palpatoire, 3, l'examen passif et dynamique 1 seule et le diagnostic 6.

La catégorie « innocuité » figure dans 15 % des dires du répondant avec, au total, 10 occurrences, dont 1 négative. L'indicateur de la « douleur/inconfort » est constitué de 3 occurrences positives et 1 négative. « Blessures/allergies » dénombre 6 occurrences positives. La tolérance vasculaire et nerveuse en compte zéro.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » représente 32 % du corpus avec, au total, 22 occurrences, dont 1 négative. L'indicateur « environnement social/contexte familial » se compose de 6 occurrences positives et « éducation thérapeutique/observance », 4. Le « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » n'en présente aucune.

L'indicateur « hygiène/qualité du sommeil/habillage » se compose de 5 occurrences positives et 1 négative. Le niveau d'évolution motrice en contient 6 positives.

Le coût illustre 19 % des propos du MK avec, au total, 12 occurrences positives. Les indicateurs « situation socioéconomique » et « base de remboursement » dénombrent, respectivement, 1 et 5 occurrences. Les frais d'honoraires en ont 1 seule et les frais du matériel, 5.

L'âge de découverte correspond à 9 % du discours total, avec 6 occurrences positives. Le développement psychomoteur contient 1 occurrence, le moment de PEC, 3, et la peinture, 2. L'indicateur « expérience professionnelle » est apparu *a posteriori* avec une seule occurrence positive.

5.3. Synthèse des résultats

Les histogrammes vous sont présentés en annexe XVIII.

Pour obtenir l'histogramme n°29, nous avons fait la moyenne des résultats bruts de toutes les catégories définies *a priori* et abordées dans l'ensemble des entretiens. La pertinence biomécanique représente 25 % du corpus, l'innocuité, 14 %, l'impact sur la qualité de vie, 30 %. Les catégories « coût » et « âge de découverte » illustrent, respectivement, 17 % et 14 % du discours total.

Pour obtenir l'histogramme n°30, nous avons calculé la moyenne des répartitions des occurrences par indicateur défini *a priori*. Nous pouvons voir que les occurrences positives composent l'ensemble des indicateurs avec, cependant, quelques occurrences négatives, surtout pour « douleur/inconfort » et « frais du matériel ». Nous pouvons remarquer que l'indicateur « diagnostic/diagnostic différentiel » détient 51 occurrences positives, « l'éducation thérapeutique/observance patient et parents », 74, les « frais du matériel », 43 positives contre 10 négatives, et le « moment de PEC », 60 positives contre 2 négatives.

Trois indicateurs sont apparus *a posteriori*, tels que « les habitudes personnelles », « l'expérience professionnelle » et « l'évolution du traitement ». Ce dernier peut être classé dans la pertinence biomécanique. Sur l'ensemble des entretiens réalisés, 1 occurrence positive concerne le premier, 4 le deuxième et 11 le troisième (cf histogramme n°31).

6. Analyse des résultats

6.1. Analyse catégorielle

Les tableaux de retranscription vous sont présentés en annexes VIII à XVII.

6.1.1. Entretien n°2

Le type de contention utilisé est, pour les formes modérées à sévères, une petite attelle avec un strap. Elle est globalement légèrement corrigée. Ce n'est qu'en deuxième intention qu'une hyper-correction modérée est envisagée. Pour les formes bénignes, seulement des stimulations cutanées au niveau des fibulaires sont réalisées. Nous avons l'impression que le MTV n'est pas considéré comme un problème grave par la MK, mais plutôt comme une affection qui se rétablit en un ou deux mois maximum, grâce au traitement. D'ailleurs, elle met l'accent sur ce point en disant : « c'est terminé et c'est totalement terminé ».

Nous pouvons supposer que l'impact sur la qualité de vie est largement pris en compte, car il prédomine dans tout le discours. En effet, cette salariée en maternité attache plus d'intérêt à l'éducation thérapeutique et l'observance, car le traitement est réalisé par les parents tous les jours. Elle explique la malposition et enseigne « quel mécanisme a fait que l'enfant a abouti à cette mauvaise position ». Elle expose que « ce traitement il est très efficace en un mois » et souligne l'intérêt de sa mise en place. Elle précise bien qu'il est efficace « à partir du moment où l'observance est vraiment bonne ». De plus, elle préconise les stimulations sur le bord latéral du pied. L'indicateur « environnement social/contexte familial » se démarque ensuite. Elle aborde le niveau social. En effet, des solutions d'accompagnement, type Protection Maternelle et Infantile (PMI), sont proposées aux parents dits « déficients ». Cependant, elle insiste bien que ce n'est que dans de « rares cas ». En dernier recours, elle propose une PEC kinésithérapique ou une méthode alternative qu'elle n'a pas développée. A propos de la localisation géographique, elle confie que « les parents qui sont socio-économiquement très défavorisés n'auront pas forcément les moyens d'aller chez un kiné, de se déplacer ». L'indicateur du regard des parents suit de près le précédent. Des inquiétudes apparaissent, notamment sur le développement moteur, dont la future marche et la correction du pied. C'est pourquoi, elle insiste sur la « réassurance » des parents concernant la malposition et l'avenir de la marche. L'hygiène est très faiblement représentée. Lorsque ce sont les parents qui réalisent les bandages, ils ont la possibilité de faire le bain quand ils le souhaitent. Le niveau d'évolution motrice est absent dans le corpus.

Elle semble, ensuite, s'attarder sur la pertinence biomécanique et, plus particulièrement, sur l'examen passif et dynamique du pied qui prédomine largement le discours. En effet, elle recherche des « éventuels déséquilibres musculaires », dont un adducteur du gros orteil très hypertonique et des corrections à la stimulation. Elle rapporte mettre l'enfant en godille et visualiser le positionnement du pied sur le sol. Les indicateurs restant sont quasiment homogènes. Pour l'examen statique et palpatoire du pied, elle regarde « la morphologie générale du pied » et la position spontanée au repos. Elle ne donne pas plus de précisions à ce sujet. Elle repère la présence de sillons et si la base du cinquième métatarsien est saillante. Ensuite, elle précise regarder la position de l'enfant à J2, qui n'est « pas la position juste à la naissance ». Pour le diagnostic, elle se base sur la classification de Bleck et s'assure de ne pas être sur « un pied bot à minima ».

La catégorie « coût » arrive en troisième position, avec la prédominance des frais du matériel où une occurrence négative est présente. Puis, vient l'indicateur « situation socio-économique ». La MK paraît insister sur le coût du matériel utilisé, qui est « le gros écueil de ce traitement ». Mais, de nombreuses solutions sont proposées aux parents, pour éviter que leur situation financière ne soit un obstacle. Elle nous fait part que « des arrangements avec la pharmacie de l'hôpital » se font pour les parents « démunis ». Elle semble, partiellement, tenir compte de ces frais. En effet, d'un côté, l'attelle est fournie par l'hôpital, mais, de l'autre, il faut prendre en considération le coût de l'Elasto®. Par conséquent, les parents peuvent soit trouver du matériel moins cher, soit en récupérer à l'hôpital. Les frais d'honoraires ne sont évoqués qu'une seule fois. En effet, elle explique que tout est compris dans le prix de l'hospitalisation. La base de remboursement est absente dans cet entretien.

Les indicateurs « douleur/inconfort » et « blessures/allergies » sont présents en proportion quasi-équivalente et prédominant dans la catégorie « innocuité ». Le premier écueil mis en avant est la période de canicule. C'est pourquoi, elle a « tendance à différer un peu le début du traitement pour pas que les enfants aient trop chaud ». De plus, elle précise rester « dans du tout à fait tolérable par l'enfant ». Elle relate ne pas rencontrer de problème cutané, comme des blessures ou des irritations, à partir du moment où une protection a été mise en place. La tolérance vasculaire et nerveuse n'est pas citée au cours de l'entretien.

Pour finir, l'âge est la catégorie la moins mentionnée par la MK. Les indicateurs « moment de la PEC » et « pointure » sont représentés avec une occurrence positive chacun, et une

négative pour le « développement psychomoteur ». En effet, elle ne tient pas compte du stade de développement, car le traitement ne dure qu'un seul mois. De plus, les enfants sont vus pendant leur séjour en maternité. Elle aborde la pointure à travers le cas d'un enfant réadressé par le médecin traitant au bout d'un mois. Une deuxième attelle plus grande et à sa taille est donc réalisée.

6.1.2. Entretien n°3

Le thérapeute semble cadré et clair dans sa tête. Il parle de plusieurs cas de figures, avec des solutions adéquates à chaque fois. Il donne l'impression de ne surtout pas vouloir perdre de temps, en particulier lorsqu'il s'agit d'une malposition importante. Il évoque les différents types de contentions à sa disposition, c'est-à-dire la contention souple ou moins souple, une chaussure de bottillon correcteur et même un plâtre. Dans le cas isolé d'un MTV, qui est partiellement réductible et unilatéral, le traitement réalisé est un appareillage par plaquette simple de type strapping avec zéro degré de liberté. Pour des MTV bilatéraux avec un pli médio-tarsien adhérent, l'attelle Denis-Browne est utilisée. Chez un enfant marchant, une prescription de chaussures correctives anti-adductus et de bottillons de nuit est faite.

Nous faisons l'hypothèse qu'il s'attarde, plus particulièrement, sur la pertinence biomécanique, car c'est la catégorie la plus citée. Or, les autres catégories ont des pourcentages inférieurs relativement proches. Le thérapeute semble montrer une attention particulière pour le diagnostic qui prédomine dans le discours. Il se base sur la classification de Bleck. De plus, il insiste beaucoup sur le diagnostic différentiel entre le MTV et « autre chose ». Il révèle que « c'est de façon assez régulière et il arrive qu'il y ait des métatarsus adductus qui ressemblent tellement à des pieds bots, qu'en fait il s'avère que ça en soit ». Il ajoute que pour un MTV « normalement » on ne va pas rencontrer de syndromes compliqués. Les indicateurs restant sont les moins représentés avec une proportion équivalente. Lors du bilan initial, il est intéressant de voir qu'il prend l'enfant dans sa globalité. En effet, il recherche de la tête aux pieds la présence d'autres problèmes orthopédiques. Selon lui, « dès qu'il y a un problème orthopédique, y'a toujours un certain pourcentage (...) de risque qu'il y ait une déformation associée ou que le pied soit dans un cadre plus syndromique ». Pour les deux examens restant, il évalue tout le pied, malgré le diagnostic de MTV. C'est pourquoi, il évoque le bilan de Diméglio. Cependant, il s'agit d'une classification spécifique au pied bot varus équin. Il clarifie que cette dernière examine aussi l'avant-pied. Il vérifie également la mobilité de l'arrière-pied. De plus, il explique que, lors d'une malposition, le

ped « va avoir envie de repartir dans sa position initiale ». Il observe également les sillons cutanés et, plus précisément, le pli cutané médial.

L'âge est la deuxième catégorie la plus citée, avec l'indicateur « moment de PEC » qui est largement évoqué. En effet, il possède un panel de contentions dans lequel il va « piocher », en fonction de la précocité de la PEC. Il la qualifie de tardive, à partir d'un mois jusqu'à plus d'un an. Il raconte avoir eu de nombreuses premières PEC à l'âge de six mois. Il justifie que « personne n'a rien vu, parce que personne n'a voulu voir ». Pour l'indicateur « développement psychomoteur », qui est le moins représenté, le thérapeute confie qu'un dépistage de malposition chez un enfant marchant équivaut à un MTV raide. De plus, ce n'est pas la bonne solution, selon lui, de mettre une attelle Denis-Browne chez un enfant dissocié pendant six mois.

Nous pouvons remarquer une répartition quasi-égale entre l'innocuité, le coût et l'impact sur la qualité de vie.

Dans l'innocuité, les indicateurs qui prédominent sont « blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse », suivis en minorité par « douleur/inconfort ». Il révèle ne pas avoir constaté de blessures, sauf un cas d'eczéma, quand une protection a été mise en place. Cependant, il énonce des problèmes de pieds secs et de peau qui se craquelle suite à la mise en tension. A propos de la coloration des orteils, il vérifie la « bonne qualité circulatoire des extrémités ». Il confie également qu'il garde les nouveau-nés une demi-heure dans le service. Il précise que « si y'a pas eu de problème pendant la première semaine, y'aura pas de problème après ». Il dénonce qu'un problème de circulation serait dû à un mauvais appareillage par le professionnel. A propos de l'inconfort, il explique que les chaussures correctives n'ont pas été proposées à un enfant marchant, car il ne les aurait pas supportées à cause de la raideur. C'est pourquoi, il propose d'autres moyens plus supportables.

L'indicateur « base de remboursement » prime dans la catégorie « coût ». En effet, il explique que le MTV ne rentre pas dans le cas de la PEC à 100%. Il confie qu'il est plus difficile d'avoir un grand nombre de séances auprès d'un médecin de ville plutôt que de l'hôpital. En effet, il explique qu'« il faut que le prescripteur soit d'accord de re-prescrire, ce qui, évidemment, ne sera pas toujours aussi automatique et simple que ça ». Nous pouvons remarquer une minorité des indicateurs « situation socio-économique » et « frais du matériel » et l'absence des frais d'honoraires. Il qualifie la PEC de « plutôt mauvaise ». Dans ce cas-là, il n'aura pas recours aux attelles « à plusieurs centaines d'euros », c'est-à-dire à

700 euros en moyenne. Cela nécessite une adaptation, de la part du MK aux capacités financières de la famille. Il choisit « très souvent » les plaquettes collées, plutôt que des bottillons correcteurs, pour les parents qu'il qualifie « d'indigents ».

L'impact sur la qualité de vie est la catégorie qui présente le plus d'indicateurs non mentionnées, comme « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage ». Or, l'éducation thérapeutique et l'observance sont largement citées. Il avoue privilégier le strap, car il aura « la certitude qu'au moins la contention va être restée posée », contrairement aux chaussures. De plus, il a remarqué que le discours du chirurgien orthopédique permet de rajouter un poids au message. Le fait qu'il préconise de s'adresser directement à un chirurgien orthopédiste, plutôt qu'à un pédiatre, tend à prouver que cette malposition doit être traitée avec beaucoup de sérieux. Il dit avoir enseigné « la façon d'observer l'aspect circulatoire des extrémités », ainsi que la surveillance de potentielles récurrences. Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et « niveau d'évolution motrice » sont en minorité dans le discours. Il dit faire en sorte de ne demander aux parents que ce qu'ils sont en mesure de faire, pour ne pas rompre la communication et le suivi. Il rapporte, ensuite, que l'attelle de Denis-Browne solidarise les membres inférieurs, sans pour autant empêcher de tendre une jambe et plier l'autre. Or, il ajoute que les bottillons Bebox© « sont incompatibles avec la mise debout ».

D'après les dires de ce MK, deux indicateurs apparaissent *a posteriori*. En effet, il dit prendre en compte ses habitudes personnelles et son expérience professionnelle.

6.1.3. Entretien n°4

Le traitement qu'elle préconise, dans le cas d'un MTV léger ou modéré, est le bandage avec plaquette en attachant le pied au segment jambier ou les attelles thermo-formables. Elle réalise une correction en miroir, c'est-à-dire qu'elle emmène le pied vers l'extérieur autant qu'il est vers l'intérieur. Son traitement a trois phases : correction, maintien et sevrage.

La professionnelle libérale semble davantage s'inquiéter de la qualité de vie des parents, que ce soit au niveau des coûts et des gestes quotidiens de l'enfant. En effet, cette catégorie est majoritairement abordée. L'éducation thérapeutique et l'observance priment. Elle prend le temps d'expliquer aux parents le protocole, la conduite à tenir et les contraintes. Lorsque le moment des attelles de nuit arrive, elle les forme sur leur mise en place. Au sujet de

l'observance, elle insiste sur la rigueur des séances. Ensuite, nous avons l'indicateur « hygiène/qualité du sommeil/habillage » qui suit. Elle avoue que « ce qui est un peu contraignant » ce sont les bains, qui ne sont pas possibles avec les bandages. Or, elle peut proposer de mettre en place des attelles thermo-formables, la nuit, permettant de réaliser des bains. Il se pose, également, le problème de l'habillage, avec la contrainte des plaquettes sur les « petits pyjamas ». Pour les NEM, le strap ne semble pas entraver le développement moteur. Elle dit « qu'au contraire, ils se débrouillent très bien » pour la position assise, le quatre pattes et les retournements. L'indicateur « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » est le moins représenté. Elle rassure également les parents, en leur notifiant que le traitement va s'alléger petit à petit. Elle leur explique que, lorsqu'on remet une chaussette par-dessus la contention, « ça ne se voit plus ». Le seul indicateur qui n'est pas mentionné est l'environnement social et le contexte familial.

La deuxième catégorie la plus citée est la pertinence biomécanique. Nous pouvons voir que la MK s'attarde davantage sur l'examen statique et palpatoire du pied, avec son nombre élevé d'occurrences. Or, le bilan global de l'enfant n'est pas mentionné dans son discours. Elle paraît plus démonstrative dans les explications de son bilan et sur sa façon de procéder. Elle positionne l'enfant sur le dos avec les genoux au zénith et le pied qui pend. Elle révèle que « c'est pas qu'une adduction, c'est aussi un varus ». Elle ajoute que, dans un pied normal, le bord latéral doit être aligné et pas convexe comme dans le MTV. Elle regarde, ensuite, « l'axe du talon par rapport à la jambe » et vérifie la présence d'un valgus physiologique. Les indicateurs « examen passif et dynamique du pied » et « diagnostic/diagnostic différentiel » sont présents en minorité. Selon elle, le MTV n'est « pas une question euh que du pied intrinsèque ». Elle relate que le tibial postérieur, qui s'insère dans la jambe, intervient dans la malposition et engendre un déséquilibre à l'inversion. Pour établir son diagnostic, elle semble se baser sur le test V-Finger.

L'âge est relativement proche de la catégorie précédente avec une seule occurrence de différence. Elle insiste sur le moment de PEC qui doit être le plus précoce possible, c'est-à-dire à la sortie de la maternité mais, surtout, avant la marche. Elle expose deux PEC très tardives à deux et dix ans. De plus, elle confie que la contention dépend de l'âge auquel arrive l'enfant. Pour le développement moteur, elle met en place les straps, les plaquettes ou les attelles, jusqu'à ce que l'enfant se mette debout. L'indicateur « pointure » est très peu représenté. En effet, elle décrit les différentes déviations et tailles de plaquettes et dit : « quand l'enfant grandit, je change moi-même la plaquette ».

La catégorie coût possède également une occurrence de différence avec celle au-dessus. Elle est dominée équitablement par les indicateurs « base de remboursement » et « frais du matériel », contrairement à « situation socioéconomique » et « frais d'honoraires » qui ne sont pas évoqués. Elle précise que les ordonnances faites par les MK sont moins bien remboursées que celles des pédiatres. C'est pourquoi, elle demande au médecin de retranscrire l'ordonnance, afin que les parents soient mieux remboursés. Pour le matériel, elle révèle que « c'est surtout quand je fais des attelles que ça coûte un peu plus cher parce que les plaquettes je les fournis moi-même ».

Enfin, la MK semble accorder peu d'importance à l'innocuité, car elle est faiblement mentionnée dans son discours. En effet, elle a seulement cité l'indicateur « blessures/allergies ». Elle dit surveiller l'état de la peau après le retrait de la contention et la qualifie de « fragile ». Elle précise que, si des irritations apparaissent, une protection plus épaisse est envisagée.

Nous voyons apparaître un nouvel indicateur appartenant à la catégorie « pertinence biomécanique ». En effet, la professionnelle libérale évalue et prend en compte l'évolution du traitement, grâce à l'observation pour l'adapter. Pour cela, elle présente différents types de plaquettes, allant de celle incurvée à celle droite. Par la suite, elle entame avec les parents un retrait progressif du bandage avant la séance, pour tester si la correction tient.

6.1.4. Entretien n°5

Ce MK révèle que cette pathologie n'est pas très courante. Le type de contention utilisé, pour les malpositions facilement ou partiellement réductibles, est différent. En effet, une immobilisation est d'emblée réalisée, pour le cas d'un MTV partiellement réductible. Il met en place une contention souple avec du Mepore®. En fonction du résultat, des contentions plus rigides peuvent être proposées, comme l'ajout d'une plaquette en carton ou d'une attelle thermo-formable faite en libéral. Or, dans le premier cas, il ne fait pas d'immobilisation et voit l'évolution les premiers jours à la maternité. Pour les plus sévères, la méthode orthopédique avec plâtres est faite pendant un mois, avec un changement toutes les semaines. Ensuite, la main est reprise en libéral.

L'impact sur la qualité de vie semble largement être pris en compte et obtient la première place. Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et « éducation

thérapeutique/observance » prédominant, avec un nombre d'occurrences quasi-équivalent. Il dévoile que plusieurs facteurs entrent en jeu pour moduler la façon dont il va traiter l'enfant. Il insiste, en particulier, sur la distance et la localisation géographique des parents. Il explique que, dans le cas d'une PEC par plâtres, les parents sont contraints de faire un grand nombre de kilomètres, une fois par semaine. Il qualifie cela d' « extrêmement lourd », même si les trajets en ambulance sont possibles. Il semble toujours se mettre à la portée des parents et s'adapter à leur environnement social. De plus, suivant leur métier, il n'est pas toujours facile d'amener leur enfant chez le MK. Il rapporte que « c'est bien beau en théorie, mais après y'a la pratique ». Cela peut également être compliqué pour une famille nombreuse.

Il va solliciter les parents sur de nombreux points. En fin de PEC, par exemple, il fait mettre des chaussures à l'envers ou des contentions rigides la nuit, dans le but de diminuer « l'impact que ça peut avoir sur tout le monde ». Il donne également des conseils et des exercices sur la stimulation motrice ou la façon de porter l'enfant. En effet, il semble donner un rôle important aux parents, qui ne doivent pas rester passifs entre deux séances. Nous pouvons voir qu'il fait beaucoup d'ETP. Il insiste bien sur le fait d'enlever la contention « au moindre signe de gêne ». Il essaie de faire comprendre à la maman de téléphoner « au moindre doute », et il revoit l'enfant « ne serait-ce que pour lui dire que y'a pas de raison de s'inquiéter ». Tout ceci, dans le but de surveiller les potentielles récives. Pour l'observance, il préfère partir sur un traitement orthopédique ou sur une attelle plus restrictive, si « le message ne passe pas » et que l'implication des parents n'est pas suffisante. Les indicateurs restant sont minoritaires. Il confie qu'il « essaye le plus possible d'améliorer la qualité de vie du petit ». Par exemple, les attelles thermo-formables ne sont portées que le jour ou la nuit. De plus, il autorise les bains, car il veut que les parents fassent « comme s'ils n'avaient rien ». Pour l'indicateur « regard des parents », il souligne que la découverte de la malposition n'est pas évidente, car « ils s'attendaient pas forcément à ça ». Pour finir, le niveau d'évolution motrice n'est pas abordé dans le corpus.

La seconde catégorie prise en compte par le thérapeute est le « coût ». Les frais du matériel priment au sein de cette catégorie et la base de remboursement arrive en seconde position, contrairement aux indicateurs « situation socioéconomique » et « frais d'honoraires », qui sont faiblement présents. Il confie qu'il y a seulement un « petit coût » pour les attelles thermo-formables. En effet, il rapporte ne pas faire payer le matériel pour les straps en avouant, honnêtement, compter un bilan. C'est pourquoi le traitement ne coûte rien de plus

que le prix des séances, qui sont totalement prises en charge. Il insiste bien sur ce point de remboursement et rapporte que, pour la méthode par plâtres, les trajets en ambulance sont également compris. Lorsque le côté financier n'est pas un problème, il réalise une contention à partir de strappal® ou de leukotape®. Or, dans le cas contraire, il rapporte que cela peut être compliqué avec des familles « en situation un peu précaire ».

La catégorie « pertinence biomécanique » arrive en troisième position avec une occurrence en moins et le diagnostic en tête. En effet, le MK insiste grandement sur la notion de réductibilité pour établir son diagnostic. Il recherche également une origine neurologique et déclare qu'il vaut mieux « investiguer le reste » plutôt que de traiter la malposition. Ensuite, les indicateurs « bilan global de l'enfant » et « examen passif et dynamique » présentent la même proportion d'occurrences. Il réalise un examen complet à la recherche d'autres malpositions associées, telles que les torticolis ou les dysplasies de hanche. Il s'intéresse, aussi, à l'état d'éveil et une épine irritative qui pourrait gêner, mais sans plus de précisions. Pour l'examen passif et dynamique, le thérapeute recherche une contraction des releveurs en les stimulant avec une brosse à dent. De plus, il utilise le terme « rétractions » pour désigner les déséquilibres musculaires. L'examen statique et palpatoire, quant à lui, est faiblement représenté, avec la mention de l'axe de l'avant par rapport à l'arrière-pied et l'observation de l'état cutané.

Le moment de PEC se démarque le plus dans la catégorie « âge ». Il dit avoir constaté que la nouvelle génération de médecins ne passe plus à côté du MTV et que l'âge de la PEC est de plus en plus précoce. Il utilise les termes « inquiétant » et « gênant » pour qualifier la première intention en dehors de la maternité. Quelques rares cas semblent être découverts tardivement et nécessitent une chirurgie. L'indicateur « développement psychomoteur » est faiblement cité et la pointure n'est pas mentionnée. Il explique que la récupération est majeure dans les trois premiers mois et, ensuite, décline rapidement de manière « très très inquiétante ». Ce dernier préconise aux parents des séances de bilan aux différents stades, par exemple, à la marche autonome. Il rajoute à ce sujet que « plus proche on sera de la future marche et pire ça sera ».

La catégorie « innocuité » n'est présente qu'en minorité dans ce discours. Les « blessures/allergies » et « douleur/inconfort » priment et dénombrent la même proportion d'occurrences. Il dit mettre en place des contentions en respectant « la limite de ce que le

petit peut supporter ». De plus, il semble dire que le port de plâtres est inconfortable pour l'enfant. Il expose des blessures dues à la colle ou bien au Leukotape®. La tolérance vasculaire et nerveuse est la dernière représentée. Il confie que le Leukotape® comprime la peau à chaque angulation.

Nous pouvons voir apparaître l'indicateur « évolution du traitement » avec un grand nombre d'occurrences. En effet, il choisit de débiter par une contention souple et, si cela ne suffit pas, il augmente la restriction. Il rapporte, qu'en maternité, il fait une gradation de l'évolution sur cinq jours, à « un moment de la vie où y'a une évolution majeure ». Lorsqu'il est au cabinet, il observe l'évolution entre deux séances, c'est-à-dire une « amélioration » ou un « retour à la position tout de suite à la position vicieuse ».

6.1.5. Entretien n°6

Ce MK retraité évoque trois types de contention dans le cas d'un MTV modéré et partiellement réductible. Lorsque le pied était assez souple au niveau de l'avant-pied, il posait une simple contention souple. La petite plaquette était utilisée, lorsqu'il voulait mieux maintenir la correction de l'adduction de l'avant-pied. Selon lui, il est important de bien solidariser l'arrière-pied de l'avant-pied pour éviter qu'il se valgise. De plus, une petite attelle postérieure pouvait être posée, mais seulement la nuit. Il insiste bien sur le fait qu'il ne mettait pas d'attelle cruro-pédieuse genou fléchi, car cela allait à l'encontre du schéma moteur de l'enfant, lorsqu'il devait se mettre en extension.

Les catégories présentent des pourcentages quasi-équivalents, à l'exception du coût qui est très faiblement cité.

La pertinence biomécanique se démarque avec un discours surtout axé sur l'examen statique et palpatoire. En effet, il confie que ce dernier c'est surtout de la palpation, notamment de la base du cinquième métatarsien et de l'arrière-pied. Il insiste sur le fait que « dans le vrai métatarsus varus, il n'y a pas de déviation de l'arrière-pied ». Il complète que « parfois on a un petit équin du premier rayon qui est dû à l'adduction et la supination de l'avant-pied ». Il parle également de deux notions : un cavus au niveau de l'articulation de Lisfranc et une griffe des orteils. L'indicateur suivant est le diagnostic. Il révèle que tous les appareillages vont être adaptés à la déviation du pied. Il confie qu'une déviation de l'arrière-pied correspond à un pied en Z. Il s'agit, donc, du diagnostic différentiel du MTV. Les indicateurs

restant sont très faiblement représentés. Il testait seulement les mobilités de l'avant-pied. Il semble penser que la tonicité est un critère à ne pas négliger pour adapter l'appareillage.

L'impact sur la qualité de vie et l'âge de découverte arrivent tous deux en seconde position. Le niveau d'évolution motrice prime. En effet, il rapporte avoir fait un montage afin de « garder la fonction dans le pied ». Il explique, également, que les appareillages doivent être mis dans le sens du schéma et pas l'inverse, afin d'éviter toute forme de lutte. Il ajoute que les contentions qui bloquent l'articulation sont seulement mises la nuit pour « ne pas gêner l'enfant et le laisser gesticuler ». Pour l'habillement, il insiste sur le fait que l'on peut habiller l'enfant normalement, avec même des chaussettes ou des petites chaussures. Il confie que le traitement ne doit pas gêner les parents dans leur vie quotidienne, mais ne donne aucune précision. Les indicateurs « éducation thérapeutique/observance patient et parents » et « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » n'ont pas été abordés.

Ensuite, nous pouvons voir, dans la catégorie « âge », qu'il insiste bien sur le moment de PEC, c'est-à-dire dès la naissance, où la malposition pourra être réglée très rapidement. Contrairement à l'enfant, dépisté au moment de la mise debout, qu'il a dû traiter pendant deux ans. Il préconise, d'ailleurs, de sensibiliser tout le personnel soignant dans les maternités, pour éviter que cette malposition ne soit découverte trop tard. Il semble beaucoup s'appuyer sur le développement moteur, pour décider du traitement adéquat. En effet, il explique que, pendant les quatre à six premières semaines, le nouveau-né présente un schéma préférentiel de triple flexion, puis développe un schéma cinétique de triple extension. Selon lui, les attelles cruro-pédieuses genou fléchi vont à l'encontre de ce schéma. Seule la pointure n'a pas été mentionnée par le MK.

La catégorie « innocuité » arrive à la troisième place avec l'indicateur « douleur/inconfort » et son nombre élevé d'occurrences. Il rapporte que « si on fait bien notre boulot, y'a pas d'inconfort parce que c'est pas douloureux ». Il prétend que la seule explication à la possible douleur est due au professionnel qui fait mal, lors des manœuvres ou lors de la pose de la contention. Il insiste bien sur le fait que « ça ne doit pas faire mal ! ». Nous pouvons noter dans son discours une contradiction. Les attelles pédieuses nocturnes sont, donc, contraignantes mais très bien supportées par l'enfant. Les « blessures/allergies » et la « tolérance vasculaire et nerveuse » sont très peu mentionnées. En effet, il semble radical sur le fait qu'il n'y a pas de blessure possible et qu'il faut protéger la peau. Pour éviter les problèmes circulatoires, il ne mettait pas de tension dans la mise en place des bandes.

Nous présumons que ce MK retraité prend en compte les différentes catégories, mais donne une importance moindre à celle du coût. Seuls les indicateurs « frais du matériel » et « frais d'honoraires » ont été évoqués. Il énumère le matériel nécessaire pour le bandage avec les prix. Il persiste en disant que « ça ne coûte presque rien ».

6.1.6. Entretien n°7

Dans le cas d'un MTV modéré, la MK fait une contention souple avec de l'Elasto® et du Strappal®. Une plaquette est rajoutée, lorsque le pied est moins bien réductible ou en présence d'un pli médial au niveau de la jonction métatarsienne du médio-pied. Elle permet de travailler l'ouverture de ce pli. L'Elasto® souple corrige mieux en distal qu'au niveau du médio-pied. Lorsqu'un tibial antérieur majore la malposition, elle rajoute une plus grande composante d'abaissement et d'abduction, au niveau de la tête du premier métatarse. Son but est de démarrer par une contention, la plus souple possible, et de rigidifier par la suite, si cela n'est pas suffisant.

La catégorie mise en avant est l'impact sur la qualité de vie. En effet, elle accorde une grande importance à l'ETP des parents, en proposant différents jeux à faire à la maison pour stimuler le pied. Elle confie que c'est surtout « à la maison qu'il y a beaucoup de choses qui se passent ». Elle insiste bien sur le fait qu'ils peuvent enlever la contention, au moindre problème circulatoire détecté. Pour l'observance, elle relate ne pas avoir de difficulté d'adhésion, à partir du moment où elle explique bien « pourquoi on le fait, comment on le fait etc ». Cependant, elle s'interroge sur un potentiel changement d'adhésion, si les parents étaient amenés à payer la contention. Les indicateurs « niveau d'évolution motrice », « environnement social/contexte familial » et « hygiène/qualité du sommeil/habillage » sont minoritaires. Le strap ne semble pas entraver les NEM, tels que le quatre pattes et le ramper. De plus, elle réalise un bandage souple pour permettre « aux muscles d'être le plus actif possible quand même ». A propos du contexte familial, le thérapeute explique ne pas avoir de difficulté d'adhésion par rapport à l'organisation familiale. Pour l'hygiène, elle ne semble pas tenir compte des bains, car c'est aux parents d'adapter les jours. Dans le cas du bandage sans plaquette, elle n'a eu aucun retour négatif de parents « comme quoi c'était gênant ou autre, parce que généralement ça se met dans le pyjama sans souci, enfin chez les tout-petits ». Elle rapporte que « les grandes phases de sommeil » du nouveau-né favorisent la

détente, lors des séances. Par contre, l'indicateur « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » n'a pas été abordé.

La pertinence biomécanique est la seconde catégorie la plus représentée, avec le bilan global qui prime. En effet, elle prend, apparemment, l'enfant dans sa globalité. Elle vérifie, d'abord, surtout les hanches et les cervicales. Elle confie regarder la tonicité et les postures de l'enfant au repos. Les examens statique, palpatoire, passif et dynamique font suite. Sur le plan statique, elle signale la présence d'un pli cutané médial et que l'hallux peut partir en adduction. Elle confie qu'en la présence de ce pli, elle met en place une plaquette, dans le but de travailler son ouverture. Sur le plan passif, elle vérifie la mobilité du calcaneum et, notamment, son ascension et sa descente. De plus, elle précise regarder au niveau de l'hallux, car souvent le tibia antérieur est rétracté. Selon elle, cela majore la malposition. Sur le plan musculaire, elle mesure toutes les longueurs.

La catégorie « coût », quant à elle, arrive en troisième position. Elle ne tient pas compte des frais du matériel. Elle est en pleine réflexion sur le fait de le faire payer aux parents. Actuellement, elle le fournit à « titre gratuit ». Elle paraît craindre une perte d'adhésion des parents, si elle venait à leur demander d'acheter eux-mêmes les bandes. A propos des frais d'honoraires, elle facture juste la séance. La situation socioéconomique et la base de remboursement ne sont pas évoquées par le répondant.

L'innocuité et l'âge de l'enfant sont les plus faiblement représentés.

« Blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse » priment dans la catégorie « innocuité ». En effet, elle rapporte mettre une protection sous les bandes, pour ne pas abîmer la peau et éviter les rougeurs. Elle fait en sorte de ne pas mettre de tension, afin d'éviter tout « risque compressif ». Ensuite, elle incite les parents à retirer le strap, s'ils remarquent « un inconfort général de l'enfant »

Le moment de PEC est l'indicateur qui prédomine dans la catégorie « âge ». En effet, la PEC débute généralement quelques jours après la sortie de l'hôpital. Or, elle rapporte le cas d'une PEC plus longue pour un diagnostic de MTV à quatorze mois. Pour le développement, elle confie qu'elle voit les enfants jusqu'au ramper, c'est-à-dire à quatre mois environ. La pointure n'est pas évoquée dans le discours de l'interviewée.

Nous pouvons voir apparaître l'indicateur « évolution du traitement ». En effet, elle choisit de débiter par une contention souple, puis rigidifie, si nécessaire.

6.1.7. Entretien n°8

Cette MK utilise, dans le cas d'un MTV modéré et partiellement réductible, un strap avec plaquette ou une attelle thermo-formable qu'elle fait elle-même au cabinet. Son choix s'oriente plutôt vers une attelle, lorsqu'il s'agit d'un tout-petit avec une malposition facilement réductible. De plus, les parents auront plus de facilités à la mettre et à l'enlever, et ne seront pas obligés de venir au cabinet quatre à cinq fois par semaine. L'attelle a la particularité de pouvoir être mise la nuit, surtout pour les enfants marchant.

L'impact sur la qualité de vie est la catégorie mise en lumière. La MK semble beaucoup solliciter les parents du point de vue de l'observance. En effet, elle leur apprend comment faire un strap grâce à des petits supports photos, lorsqu'elle les sent capables. Ils peuvent même la filmer en train de le faire, pour pouvoir répéter ses gestes à la maison. Elle s'adapte, donc, en fonction de ce qu'elle perçoit des parents et de l'enfant. Elle semble insister sur le besoin de dédramatiser, quand ils ont peur de mal faire. A l'inverse, elle les inquiète pour les forcer à réagir et à s'impliquer davantage, lorsque l'enfant a déjà un âge avancé. Elle ajoute que « c'est maintenant qu'il faut faire quelque chose ». Ensuite, elle semble beaucoup se questionner et s'adapter à l'impact de la contention sur les NEM. Elle confie que son choix de contention dépend des besoins de l'enfant et du stade auquel il se trouve. Elle précise qu'elle ne va pas avoir « la même stratégie si c'est un enfant qui a un âge moteur où il a besoin de crapahuter, de grimper ». C'est pourquoi, elle laisse le choix aux parents. De plus, elle affirme « en général, que ce soit les attelles ou les straps, ça ne les encombre pas ». Elle propose de mettre les attelles thermo-formables pendant la nuit et les moments de calme et de sieste, pour que les pieds soient libres le reste de la journée. Les indicateurs « environnement social/contexte familial », « hygiène/qualité du sommeil/habillage » et « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » sont minoritaires. Concernant la disponibilité des parents, elle demande à voir l'enfant, en moyenne, trois fois par semaine. Par conséquent, une attelle thermo-formable est proposée au lieu des straps, dans le but d'alléger les déplacements au cabinet. Elle propose d'espacer les séances si le traitement est plus long et surtout lorsque les parents reprennent le travail. A propos du bain, elle leur demande de le donner juste avant de venir en séance. Encore une fois, elle les rassure, s'ils rencontrent des difficultés pour mettre ou enlever l'attelle thermo-formable. De plus, elle

essaie de leur expliquer les dangers du couchage sur le ventre. En l'occurrence, elle rapporte ne pas avoir de familles perturbées, mais plutôt « stressées à l'idée de mettre l'attelle » ou dans la peur de mal la mettre.

La seconde position revient à la pertinence biomécanique avec le bilan global de l'enfant, qui est cité en majorité. Il semble être, plus particulièrement, axé sur la motricité. Elle commence par effectuer un interrogatoire auprès des parents, concernant la position de l'enfant pendant le sommeil. Elle réalise un contrôle des hanches et des genoux. Pour les réactions neuro-motrices, elle vérifie la motricité spontanée, puis guidée. Elle utilise le terme « bébé moulé », sans donner plus de précision. Les indicateurs « examen passif et dynamique » et « diagnostic/diagnostic différentiel » font suite. Elle regarde dans les manœuvres en godille, si l'enfant présente des réactions automatiques des releveurs et s'il « passe son temps à frotter ses pieds l'un contre l'autre lors du jeu moteur ». Elle réalise une évaluation de la réactivité musculaire, dans le but de rechercher une possible correction à la stimulation « en actif, partiellement, totalement ». Elle semble s'intéresser à l'avant par rapport à l'arrière-pied, afin de voir si le pli médial se mobilise bien. A propos du diagnostic, la recherche d'une origine neurologique semble être un élément important. En effet, elle utilise le terme « autre chose » pour désigner une autre origine à ce diagnostic. Elle vérifie, également, l'arrière-pied du nouveau-né, afin de voir s'il n'est pas « un peu varus-équin ». Elle semble s'intéresser à la position spontanée au repos. Pour cela, elle évalue la gravité et la réductibilité du pied. L'examen statique et palpatoire est le moins évoqué. Il comprend seulement l'observation des sillons cutanés.

Les trois dernières catégories ont des proportions quasi-égales.

Tout d'abord, les blessures et les allergies prédominent dans la catégorie « innocuité ». En effet, elle paraît insister sur la protection de la peau, et sa correction va dépendre d'une fragilité particulière de l'épiderme. Elle relate ne pas avoir de problème cutané, suite à la pose du strap. Cependant, elle met soit du Duoderm®, soit du Leukoplast®, pour protéger les zones de blessures ou de traction. Elle confie avoir eu une réaction allergique à un type de bandes utilisées. Concernant la tolérance vasculaire et nerveuse, la thérapeute semble avoir la possibilité de remodeler l'attelle, dès qu'elle commence à serrer d'un côté. L'indicateur « douleur/inconfort » n'a pas été mentionné dans son discours.

Ensuite, les frais du matériel priment dans la catégorie « coût ». Les autres indicateurs, comme les frais d'honoraires, sont faiblement, voire pas du tout, cités. Elle expose que les bandages ont un coût « évident » pour les parents. C'est pourquoi elle propose qu'ils se les fassent prescrire, mais « tout n'est pas remboursé », ou bien elle met en place une attelle thermo-formable. Dans ce cas-là, les parents ont à payer une « participation matérielle de l'ordre de 10 € l'attelle ou la paire d'attelles chez un nouveau-né ». Elle conclut, donc, que les attelles coûtent moins cher que les straps. Elle ne prête pas attention aux frais de ces derniers, lorsqu'elle veut juste essayer. Elle met, donc, en balance le choix entre les deux types de contention.

Enfin, le moment de PEC domine la catégorie « âge ». Le développement psychomoteur n'est mentionné qu'une seule fois, alors que la pointure ne l'est pas du tout. Elle explique que la contention dépend de l'âge auquel arrive l'enfant. Elle a l'impression d'avoir de moins en moins de dépistages tardifs. Or, il lui est déjà arrivé « de récupérer des enfants à deux ans » avec un MTV qui persiste. De plus, elle déclare, pour le développement, que l'occupation prioritaire, à cet âge-là, est le plat ventre et le fait de se frotter les pieds.

Nous pouvons voir apparaître, *a posteriori*, l'indicateur « évolution du traitement ». Elle explique mettre en place un strap dans le cas d'un MTV partiellement réductible et, en fonction de l'évolution, elle renforce ou réduit les bandages.

6.1.8. Entretien n°9

Dans le cas d'un MTV modéré, le traitement utilisé par ce MK est une contention souple avec du strap. Il précise ne pas faire cela à chaque fois, mais dès que « ça ne revient pas tout seul ». Pour expliquer sa manière de poser les straps, son langage a l'air moins médical. Cette malposition ne nécessite pas, pour lui, la pose d'attelles thermo-formables ou de plaquettes, car réservées pour des malformations. Il paraîtrait que le MTV soit une pathologie mineure, puisqu'il n'estime pas nécessaire de faire un suivi régulier.

La PEC du thérapeute semble être axée sur la pertinence biomécanique. En effet, le « diagnostic/diagnostic différentiel » se démarque. Il dit se baser sur la « fameuse classification de Bleck » pour établir son diagnostic. De plus, il utilise le terme « autre chose » pour désigner une autre origine. Il pense que le MTV n'est pas comme le pied bot varus équin qui peut être lié ou isolé. Selon lui, étant donné qu'il s'agit d'une malposition,

cela devrait revenir tout seul, « sauf des cas très raides ou des cas peut-être c'est un métatarsus varus un peu compliqué ». Le MK nous confie, par une occurrence négative, qu'il ne s'attarde « pas plus que ça parce que souvent c'est vraiment qu'un problème de pied ». Il semble avouer ne pas faire de bilan complet de l'enfant. Or, il évalue les réactions en mélangeant les bilans de Le Métayer et Amiel-Tison. Il révèle, à l'aide d'une occurrence négative, ne pas être « très bilan, bilan à fond ». De plus, les indicateurs qui concernent les examens du pied ne sont pas mentionnés dans son discours.

L'impact sur la qualité de vie arrive en seconde position, avec un pourcentage très proche de la catégorie « pertinence biomécanique ». L'indicateur « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » prédomine dans le discours du professionnel. Il déclare faire en sorte que la correction s'effectue plus vite par la mise en place de la contention, dans le but de rassurer les parents et de soulager leur appréhension. Les indicateurs « niveau d'évolution motrice » et « environnement social/contexte familial » illustrent faiblement les propos du MK, et sont davantage des occurrences négatives que positives. Selon lui, le strap ne semble pas entraver le développement moteur. En effet, « vers 2/3 mois il commence à pédaler ». Cependant, il ne tient pas compte des NEM, car il prend en charge des nouveau-nés et que « du coup très vite ça va bien ». Il dit, avec une occurrence négative, prendre en compte l'indicateur « environnement social/contexte familial », seulement dans le cas d'un pied bot varus équin et non pas pour le MTV. L'ETP et l'observance n'ont pas été abordées.

En termes de coût, nous pouvons voir qu'il se trouve à la troisième place. Il semblerait que, depuis un an, les parents ne fournissent plus les bandes, car les prescripteurs ne font plus d'ordonnance. Le MK fournit, donc, gratuitement le matériel. Des occurrences négatives ont été découvertes dans les indicateurs « frais d'honoraires » et « base de remboursement », au cours de son discours. En effet, il atteste que « sincèrement, c'est pas un coût énorme » et ce n'est pas ça qui « ruine la sécu ». Cela nous montre qu'il ne s'attarde pas sur le coût de la PEC. L'indicateur « situation socio-économique » n'a pas été cité par le professionnel.

A propos de l'âge, nous pouvons voir que ce dernier ne nous présente aucun cas dit « tardif ». En effet, il rapporte toujours avoir les nouveau-nés avant un mois de vie. L'indicateur « développement psychomoteur » n'apparaît pas. Il semblerait que les jeunes patients pris en charge n'aient pas encore acquis les premières étapes du développement moteur.

L'innocuité est la plus faiblement représentée avec seulement des occurrences négatives. En effet, il ne pense pas qu'il y ait vraiment de douleur ou d'inconfort, mais « plus que voilà au bout d'un moment ils sont tous petits et ils en ont marre ». Pour lui, ces derniers dorment beaucoup et pleurent peu. Les indicateurs « blessures/allergies » et « tolérance vasculaire et nerveuse » n'ont pas été mentionnés.

Au cours de cet entretien où nous pouvons noter un grand nombre d'occurrences négatives, le MK nous fait part des expériences vécues durant ses années de pratique.

6.1.9. Entretien n°10

Dans cet avant-dernier entretien, la MK utilise un vocabulaire moins médical pour expliquer sa PEC. Pour un MTV modéré, le type de contention utilisé est le strap avec du Tensoban® et de l'Elastoplast®, mais elle n'a jamais recours aux plaquettes. Lorsqu'il s'agit d'une malposition légère, elle fait seulement des mobilisations et des stimulations tactiles.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » se distingue du discours total, avec l'éducation thérapeutique et l'observance qui prédominent. Elle réalise une importante ETP auprès des parents, afin de les solliciter pour surveiller les bandes qui risquent de blesser l'enfant. Elle leur recommande de vérifier, à chaque change, la coloration et les fils qui risquent de s'effiloche et de « s'enrouler autour des orteils ». Elle insiste bien sur le fait de retirer la contention à la moindre gêne et de « tout de suite l'enlever ».

Elle aborde également la surveillance des potentielles récurrences. Elle préconise des stimulations sur le bord latéral du pied pour travailler « les releveurs ». Elle demande aux parents de surveiller, dès que l'enfant se met debout et autour de l'acquisition de la marche. La MK explique la malposition et rassure, en justifiant que c'est assez mineur et que « y'a pas de raison que ça entrave le développement moteur ». Seule une occurrence négative a été retrouvée dans l'indicateur « niveau d'évolution motrice ». En effet, elle confie ne pas savoir si, au début, le strap a un grand impact sur les NEM. De plus, elle pense « qu'au niveau bah tout ce qui est sensoriel, schéma corporel, ça a peut-être une incidence », mais ce n'est pas sur du long terme. Il semblerait que le strap n'endigue pas le développement moteur, car une certaine mobilité du pied est gardée.

Les indicateurs « environnement social/contexte familial » et « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » sont équivalents. Elle semble, donc, tenir compte de l'impact sur leur qualité de vie. En effet, elle paraît se mettre à la place des parents, pour qui

des rendez-vous réguliers chez un MK, pour un si jeune enfant, peuvent être déroutants. D'autant plus, lorsqu'il s'agit du premier. Elle explique que « normalement ça doit être un moment où on est à la maison, qu'on doit apprendre à connaître son enfant ». La question sur la disponibilité des parents se pose aussi, car la professionnelle demande à voir l'enfant, en moyenne, trois fois par semaine. L'indicateur « hygiène/qualité du sommeil/habillage » est le plus faiblement représenté. Elle relate que le bain est fait juste avant de venir en séance.

Le bilan global de l'enfant prime dans la catégorie « pertinence biomécanique ». Elle donne l'impression de faire un bilan complet. Elle rapporte vérifier la tête et les hanches, à la recherche de torticolis, plagiocéphalie ou dysplasie associés. Elle semble penser que la tonicité est un critère non négligeable pour adapter l'appareillage. En effet, elle précise évaluer le tonus global périphérique et axial. Selon elle, l'évaluation neurologique de l'enfant comprend le « bilan du développement et de la motricité globale ». Pour cela, elle fait un mélange entre les bilans de Le Métayer et d'Amiel-Tison. Elle mesure les « angles » des membres supérieurs et inférieurs. Ce bilan global est suivi de près par « l'examen statique et palpatoire », puis par le « diagnostic /diagnostic différentiel ». Elle vérifie surtout la position du calcanéum et observe les sillons cutanés et, plus précisément, les plis « en-dessous des métas », au niveau de la voûte plantaire. Elle confie se baser sur la « sévérité de la déviation ». De plus, elle recherche un stretch au niveau du pied qui, dans ce cas, peut être un signe neurologique. Pour l'examen dynamique, qui est le plus faiblement représenté, elle recherche seulement la réponse aux stimulations.

Ensuite, la professionnelle semble accorder une attention particulière à la catégorie « âge », qui arrive en troisième place dans son discours. Les indicateurs « développement psychomoteur » et « moment de PEC » priment et sont à égalité parfaite. La majorité des consultations se font à la sortie de la maternité et débutent à « 15 jours de vie ». Elle révèle avoir récupéré des enfants après trois mois, lorsque les stimulations par les parents n'ont pas suffi et, plus rarement, ceux avec une attitude d'avant-pied en dedans pendant la marche, vers douze mois. De plus, elle révèle que la rééducation sera différente avec un enfant marchant, afin de privilégier un travail « un peu plus actif ». En l'occurrence, elle précise que, chez le nouveau-né, « les premières étapes du développement normalement sont pas encore acquises ». La pointure n'a pas été citée au cours de l'entretien.

Le coût est l'une des catégories les moins citées. La base de remboursement prédomine avec les frais du matériel. Elle précise que les séances sont prises intégralement en charge par la Sécurité Sociale et la mutuelle, contrairement au matériel. En effet, selon elle, les straps coûtent environ 15 €. Elle affirme n'avoir rencontré aucun souci, suite à cette PEC intégrale. Elle énonce que les parents apportent le matériel, dès le premier rendez-vous ou au suivant. Nous pouvons voir la présence d'une seule occurrence négative. En effet, elle rajoute n'avoir jamais connu de refus de PEC, à cause du matériel à apporter. Cependant, nous nous posons la question suivante : est-ce qu'elle le prendrait en compte si c'était le cas ?

La situation socio-économique apparaît deux fois dans le discours, contrairement aux frais d'honoraires qui sont absents. Elle confie avoir une population de patients « assez précaires », c'est-à-dire avec des aides médicales de l'état (AME) ou bien des couvertures maladie universelle (CMU).

La catégorie innocuité est la moins évoquée. Les trois indicateurs sont répartis de manière homogène, avec « douleur/inconfort » qui se démarque légèrement. Elle pense que les straps ne sont pas douloureux, mais qu'ils peuvent être perçus comme une gêne. Elle fait, donc, en sorte de ne pas trop serrer sa contention. A propos de la coloration des orteils, elle précise qu'il ne « faut pas que ce soit ou rouge très foncé, voire violacé, ou alors très clair, voire blanc ». Elle notifie s'être déjà retrouvée avec des qualités différentes d'Elastoplast® ; certains risquant de couper la circulation à cause des fils qui s'effilochent. Elle souligne la surveillance de l'état de la peau après le retrait de la contention et insiste sur sa protection systématique. Pour les allergies, elle dit ne pas avoir vu de réactions avec le Tensoplast®.

6.1.10. Entretien n°11

Trois types de traitement existent en fonction de la sévérité du MTV. Pour un léger, le MK ne met pas de contention. Cependant, dans le cas d'un modéré, un bandage type strap avec de l'élasto-mousse ou du Tensoplast® est réalisé. L'objectif n'est pas de le mettre en correction maximale. Pour finir, un cas sévère sera suivi par un chirurgien orthopédiste, avec la mise en place d'une attelle de nuit ou toute la journée. Il pense que le checkup au moment de la marche est très important pour éviter un risque de récurrence.

La catégorie « impact sur la qualité de vie » détient la première place dans ce corpus. Nous pouvons constater que les indicateurs « environnement social/contexte familial », « niveau

d'évolution motrice » et « hygiène / qualité du sommeil / habillage » priment. Ce dernier possède une occurrence négative. Le MK semble insister sur les contraintes d'adaptabilité, car « suivant les métiers des parents c'est des fois compliqué de pouvoir faire deux à trois séances semaine ». Il paraît reconnaître que le poids des attelles retarde le développement moteur. Il expose le cas d'une petite fille avec un MTV sévère. Cette dernière a eu un petit retard de marche et une difficulté au déplacement, suite à un port d'attelle avec un certain poids nuit et jour. Ce thérapeute insiste, particulièrement, sur « l'adaptabilité » des enfants. A propos des bains, il confie que l'on conseille d'en prendre tous les deux jours. Donc, lorsqu'ils ne peuvent pas être pris avant la séance, « y'a un bain où ils sont obligés de faire au gant ». Le MK dit, à l'aide d'une occurrence négative, ne pas avoir de témoignage des parents où l'enfant dort mieux ou moins bien. Nous pouvons nous demander s'il en tiendrait compte. L'éducation thérapeutique et l'observance mineurent. Il semble mettre au clair le traitement avec les parents en les conseillant pour stimuler leur enfant, surtout dans le cas où il porte une attelle un peu lourde. De plus, il les informe sur les problèmes cutanés dus au strap, notamment sur le fait de l'enlever « si malheureusement ils doivent mouiller les bandages ». L'indicateur « regard des parents/image bébé imaginaire versus bébé réel » ne figure pas dans le discours.

La pertinence biomécanique est la seconde catégorie la plus citée. Le bilan global de l'enfant prime et dépasse, très légèrement, le diagnostic et le diagnostic différentiel. Il semble débiter par un interrogatoire auprès des parents concernant l'accouchement, mais il consulte aussi les données sur le carnet de santé. Il a l'air de penser que ces critères peuvent être utiles pour comprendre la malposition. Il poursuit par l'observation de l'enfant en général et, plus particulièrement, la tête, les ceintures scapulaires et lombaires et les hanches. Il vérifie également les NEM, malgré le suivi par les pédiatres. Concernant le diagnostic, il dit se baser sur la gravité du MTV. Il explique bien comment il réalise son diagnostic, à l'aide de la méthode de la bissectrice. De plus, il insiste sur le fait qu'il peut y avoir des pieds « très peu déviés mais très peu réductibles et des pieds très déviés et très réductibles ». Les deux types d'exams restant sont faiblement évoqués. Il rapporte partir de l'arrière-pied pour arriver à l'avant-pied. En effet, il commence par l'arrière-pied avec le talus et le calcanéum et vérifie sa bonne mobilité. Puis, il s'attarde sur le médio-pied « au niveau du varus et du valgus », pour finir, par l'avant-pied avec les orteils.

La catégorie « coût » arrive en troisième position avec la prédominance des indicateurs « base de remboursement » et « frais du matériel ». Le MK retrace alors le fonctionnement du taux de remboursement des honoraires et de la franchise médicale. Il rajoute qu'« une famille qui a une mutuelle ça lui coûte 0 » pour les séances. Le souci relevé est l'absence de remboursement pour les bandages. Il énumère le matériel nécessaire avec les prix et précise « ça a quand même un coût pour les parents ». Les frais d'honoraires et la situation socioéconomique sont faiblement représentés. En effet, il cite l'effort financier que les parents doivent faire et donne en détail le coût de la PEC.

Nous avons, ensuite, l'indicateur « blessures/allergies » qui se démarque des deux autres dans la catégorie innocuité. Il relate ne jamais avoir eu de problèmes cutanés. Il avoue faire attention à ne pas former de plis et protéger la peau au moment de la réalisation du strap. Il confie que, si le strap vient à être mouillé, il se rétracte. La douleur et l'inconfort sont constitués à la fois d'occurrences positives et négatives. En effet, le MK semble tenir compte du confort de l'enfant. De plus, il ne voit pas de gêne particulière et pense qu'il ne sent pas le bandage. Il rapporte ne pas avoir de témoignage des parents concernant une quelconque gêne ou l'augmentation des pleurs. Nous nous demandons, donc, s'il les prendrait en compte, si c'était le cas. La tolérance vasculaire et nerveuse n'a pas été mentionnée dans cet entretien.

L'âge de découverte est le moins décrit. Le moment de PEC prend largement l'avantage sur le développement psychomoteur et la pointure. Ce dernier répondant dit que la contention dépend de l'âge auquel arrive l'enfant. Selon lui, il semblerait que les déplacements se fassent à quatre pattes ou assis entre neuf et douze mois. Il précise utiliser une bande, plutôt que deux, dans le cas d'un tout petit pied, et même la couper en deux.

Pour finir, nous avons un indicateur qui apparaît *a posteriori*. Il s'agit de l'expérience professionnelle. En effet, ce libéral nous en fait part au cours de cet entretien.

7. Discussion

7.1. Interprétation des résultats

Dans cette étude, nous pouvons en déduire que les MK prennent en compte, dans un premier temps, l'éducation thérapeutique et l'observance. De façon unanime, les MK nous déclarent mettre en place de l'ETP auprès des parents. Comme vu dans la littérature, ils les informent

sur la surveillance du traitement, notamment sur les critères de surveillance cutanée et vasculaire, les critères de positionnement de la contention et la conduite à tenir en cas de mauvaise tolérance [1]. Les parents ont également pour mission d'être attentifs aux éventuelles récurrences. L'observance détient une place primordiale dans le traitement du MTV. En effet, dans certaines villes de France, il arrive que le traitement soit fait par les parents. C'est pourquoi, il est indispensable, d'après l'HAS, d'obtenir leur confiance et coopération.

Le moment de PEC se trouve être le deuxième indicateur le plus mentionné dans l'ensemble des entretiens réalisés. En effet, la majorité des professionnels se sont mis d'accord sur le fait que la contention dépend de l'âge auquel arrive l'enfant. La totalité des MK reçoivent les nouveau-nés dès la maternité. Finalement, il semblerait que la PEC soit de plus en plus précoce, comme préconisé par certains auteurs. D'après une étude rétrospective, les bandages ont montré une grande efficacité au cours du premier mois de vie [37]. Or, certains MK constatent qu'il existe encore des dépistages tardifs. Effectivement, certaines études sont réalisées sur des enfants avant l'âge de 8 mois, et non pas dès la naissance.

Troisièmement, il semblerait que le diagnostic différentiel, comme le diagnostic propre au MTV, soit un paramètre important dans le choix du type de contention. Les thérapeutes évaluent la réductibilité et la sévérité, comme retrouvées dans la classification de Bleck. A propos du diagnostic différentiel, les deux déformations les plus citées sont le pied bot varus équin et le pied en Z. Or, dans la littérature, nous avons le pied serpentin et le pied en Z [54]. La recherche d'une origine neurologique semble être un élément important, comme nous pouvons le voir dans le diagnostic médical du pédiatre [1].

En quatrième position, nous avons les frais du matériel qui semblent être, pour les MK, un élément non négligeable. Nous remarquons que deux groupes se distinguent. Certains thérapeutes font payer, et d'autres fournissent le matériel. En parcourant les entretiens, nous pouvons voir que les prix des contentions varient d'un professionnel à un autre. Cela peut s'expliquer par la fluctuation des prix selon les pharmacies et les différences de base de remboursement et de barèmes de prix en fonction de la zone géographique [40]. Selon une étude, le bandage a pour avantage le coût du traitement [37]. Tous les éléments sus-cités semblent démontrer que les avis concernant les frais du matériel divergent.

Les blessures et les allergies paraissent être le cinquième indicateur souligné par les MK. En effet, ils rejoignent la littérature sur la surveillance des conséquences de la contention sur le pied de l'enfant et la protection de la peau [23][32][38]. Ils exposent avoir, comme dans les études, très peu de problèmes cutanés dans l'ensemble. Il semblerait que tous les thérapeutes préviennent le risque de blessures et d'allergies dû à la pose de la contention et s'y adaptent.

La sixième position suit, de très près, la précédente avec le bilan global de l'enfant. Les MK semblent commencer par l'observation de l'enfant en général, à la recherche de pathologies orthopédiques associées, comme citée dans les recommandations HAS. La dysplasie de hanche et le torticolis congénital sont largement mentionnés. De plus, très peu d'études réalisent une évaluation neurologique de l'enfant, contrairement aux thérapeutes interviewés. De manière générale, il semblerait qu'ils s'intéressent à l'enfant en globalité, avant de se focaliser directement sur son pied et, plus particulièrement, avec les examens statique, palpatoire, passif et dynamique. Ces examens paraissent donner des indications non négligeables pour la décision du type de contention. Par exemple, en présence d'un pli cutané médial et d'un pied moins souple, une plaquette est mise en place pour travailler l'ouverture de ce pli et maintenir la correction de l'adduction de l'avant-pied. Dans le cas contraire, une simple contention souple est envisagée. Il semblerait que l'Elasto® corrige mieux en distal qu'au niveau du médio-pied, et inversement pour la plaquette.

Les MK semblent se questionner et aller dans la même direction que la littérature au sujet de l'impact du traitement sur les stades du développement moteur. En effet, les différentes contentions peuvent ne pas convenir aux enfants marchant ou gêner les NEM. Cependant, les thérapeutes ont l'air de dire que le strap n'entrave pas leurs acquisitions.

Nous nous apercevons que des indicateurs sont faiblement pris en compte par les MK. En effet, il me semble que la pointure n'est pas un indicateur trop important, car les contentions peuvent être faites sur mesure. De plus, les toutes petites pointures n'existent pas. Quant aux frais d'honoraires, ils sont généralement remboursés en intégralité par la Sécurité Sociale et la mutuelle. De plus, très peu d'articles abordent ces sujets.

L'environnement social et le contexte familial semblent également peser dans la balance. Les MK voient l'enfant, pour la plupart, en moyenne trois fois par semaine. C'est pourquoi, suivant la disponibilité des parents et la localisation géographique, cela peut être compliqué.

Selon une étude de la DRESS sur l'accès aux soins, la variable géographique peut devenir un frein à la rééducation, si elle est associée à d'autres facteurs, tels que la rigidité de l'emploi du temps professionnel des patients, les capacités de mobilité, les charges familiales et les ressources sociales [70].

Nous pouvons voir que d'autres indicateurs ont été abordés au cours des entretiens. Celui qui revient le plus est l'évolution du traitement. Les MK semblent commencer par une contention la plus souple possible, puis rectifient, si nécessaire. Ensuite, nous avons l'apparition des indicateurs « habitudes personnelles » et « expérience professionnelle ». D'après le Larousse, l'habitude est « une aptitude à accomplir avec facilité et sans effort particulier d'attention tel ou tel genre d'actions, acquises par une pratique fréquente ». Elle découle de l'expérience, c'est-à-dire de la pratique [71]. L'expérience fait appel au rôle d'expert du MK et à ses constatations sur l'efficacité du traitement au cours des séances.

Pour finir, de nombreux autres éléments permettraient plus ou moins d'orienter le choix de l'appareillage.

Des inquiétudes apparaissent dans le regard des parents, notamment sur le développement moteur, dont la future marche, et sur la correction du pied.

L'hygiène, l'habillement et le sommeil, quant à eux, sont plus ou moins pris en compte par les thérapeutes, avec une prédominance pour l'hygiène. Cette étude rejoint la littérature sur la possibilité de donner des bains avec certaines contentions. Dans le cas du strap, ils se font généralement avant de venir en séance.

Les capacités financières de la famille et les bases de remboursement aiguilleraient le type de contention. Le remboursement du matériel, quant à lui, est beaucoup controversé. Certains répondants exposent que les bandages ne sont pas remboursés, et d'autres qu'ils le sont un peu. A ce propos, l'HAS évoque un manque, voire une absence, de remboursement pour les straps et les moyens de protection de la peau [1].

Il semblerait que les MK s'adaptent au développement moteur de l'enfant, comme la mise debout et la marche.

Ils se baseraient sur le confort et la possible douleur engendrée par la contention mise en place. Ils utilisent, d'ailleurs, à plusieurs reprises dans les entretiens, les termes « tolérable », « agréable » et « supportable ».

A la pose de la contention, les MK semblent porter une attention particulière au côté vasculaire, contrairement au côté nerveux qui n'est pas cité au cours des entretiens. Cependant, dans la littérature, la surveillance des deux est préconisée [36].

7.2. Intérêt dans le champ de la kinésithérapie

Tout d'abord, il est important de prendre avec précaution les résultats obtenus lors de ce travail, compte tenu du nombre de biais.

Ce travail a pour objectif de permettre aux MK d'avoir, en pratique clinique, une idée des indicateurs à prendre en considération dans le choix de l'appareillage d'un MTV modéré et partiellement réductible.

Nous avons pu observer, grâce à l'analyse des différents entretiens, que le MK est acteur principal de la décision et que la contention va dépendre de nombreux indicateurs.

Ceux qu'il faudrait prendre en compte dans notre pratique future seraient les suivants : L'éducation thérapeutique et l'observance permettraient la surveillance, la mise en place et le suivi du traitement par les parents. Par exemple, le strap va être privilégié par rapport aux chaussures, car nous aurons la certitude qu'il restera en place entre deux séances. De plus, si l'implication des parents n'est pas suffisante, il est préférable de choisir une attelle plus restrictive ou un traitement orthopédique. Le moment de PEC et le développement moteur de l'enfant donneraient des informations sur le choix de l'appareillage. En effet, pour les enfants marchant, il vaut mieux laisser les pieds libres la journée et mettre des attelles thermo-formables pendant la nuit et les périodes de repos. Il faudrait établir notre propre diagnostic, notamment à partir de la classification de Bleck qui évalue la réductibilité et la sévérité de la malposition. Selon le degré de gravité du MTV, nous allons pouvoir utiliser des contentions souples jusqu'à restrictives. Cependant, la recherche d'un diagnostic différentiel et d'une autre origine, neurologique ou orthopédique, serait à prendre en compte. L'enfant diagnostiqué avec un MTV devrait être pris en globalité pour, ensuite, se focaliser sur le pied avec un examen bien spécifique. Les frais du matériel sont mis en balance, en fonction de la situation financière des parents. En effet, des straps seront privilégiés par rapport à des attelles à plusieurs centaines d'euros. Par contre, des plaquettes avec des bandages fournis sont moins chères que des attelles thermo-formables. Les blessures et les allergies seraient à prévenir et à surveiller. En effet, une protection plus épaisse de la peau

sera envisagée, si des problèmes cutanés apparaissent. Nous avons également la possibilité de remodeler l'attelle, dès qu'elle commence à serrer.

Pour finir, une PEC précoce s'avère indispensable, afin d'éviter au mieux les dépistages tardifs et les complications qui peuvent en découler. Le rôle des parents est primordial et ils entrent dans une triade thérapeutique avec le MK et leur enfant.

7.3. Les biais, les limites et les difficultés

De nombreux biais sont apparus au cours de ce travail de recherche. Tout d'abord, ceux liés à la population. Aucun tirage au sort n'a été réalisé pour sélectionner la population cible, comme préconisé dans la littérature. Cela peut s'expliquer par un manque de moyens et de temps. La recherche d'entretiens avec des MKDE experts, à l'aide des réseaux sociaux exclut toutes les personnes qui n'ont pas accès à ce type de communication. De plus, la crise sanitaire a constitué un frein considérable à l'étude. En effet, un seul entretien a pu être effectué en contact direct, contre neuf en visioconférence. La participation d'un faible nombre de départements de France et le nombre restreint de répondants ne permet pas une étude représentative.

A propos des biais méthodologiques, le choix des catégories et des indicateurs reste critiquable et pourrait probablement varier avec un autre investigateur. Mon manque d'expérience démontre un recueil de données sûrement incomplet. Cela peut s'expliquer par la mauvaise formulation des questions ou l'orientation des réponses, lors des entretiens. Au cours de l'analyse de contenu, la variabilité interindividuelle interfère avec la collecte des données. Lors d'une analyse catégorielle, le classement des verbatims se fait de façon subjective par l'investigateur. Ce dernier est le seul à avoir trié et analysé les résultats. Nous avons également remarqué que des indicateurs ne sont pas cités dans certains entretiens, malgré la création d'un guide.

Ensuite, des limites de temps et de moyens émergent. Un approfondissement plus poussé aurait pu être réalisé, si je n'avais pas manqué de temps et rencontré des difficultés pour produire ce mémoire. Une meilleure application aurait aussi été envisageable, avec plus de temps pour la compréhension de la méthode de recherche. Nous aurions aussi pu réaliser davantage d'entretiens dans les différents départements de France et avoir une étude plus

extrapolable. Nous avons seulement dix réponses éligibles pour un nombre important de mails envoyés.

Finalement, la recherche qualitative est complexe, suite au manque d'expérience de l'investigateur pour la méthodologie de revue de littérature et l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs. Nous avons été confrontés à un manque de MK spécialisés dans le MTV ou qui en recevaient peu en consultation. Le faible nombre d'études sur le MTV a rendu la revue de littérature fastidieuse. Nous avons remarqué que les avis divergeaient. Le manque de consensus dans ce domaine pourrait être lié au manque de résultats obtenus.

8. Conclusion

L'objet de ce travail de recherche est de mettre en exergue les indicateurs qui permettent au MK de critériser les choix de la contention chez un enfant avec un MTV modéré et partiellement réductible.

Nous pouvons voir que les résultats des entretiens réalisés rejoignent certaines études trouvées lors de la revue de littérature. Les propos des MK laissent penser que, l'éducation thérapeutique et l'observance des parents, orientent grandement leur choix. L'ETP s'adresse au patient et à ses proches, dans la mesure du possible. Les parents doivent absolument être intégrés au processus éducatif et leurs besoins propres pris en compte, autant que ceux du jeune patient. De là, peut en découler une meilleure observance. Une relation triangulaire, appelée triade, s'installe, donc, entre le MK, l'enfant et ses parents. Pour être de qualité, cette alliance thérapeutique doit être basée sur la confiance [72]. Lors du bilan, le MK semble toujours confronter son diagnostic à celui du médecin. Il fait sa propre évaluation en fonction de ce qu'il observe en palpant et en manipulant l'enfant dans sa globalité. Les résultats obtenus nous montrent que le MK s'intéresse particulièrement au diagnostic différentiel.

En ce qui concerne le moment de la PEC, il semblerait qu'elle soit particulièrement précoce, mais il persiste encore des dépistages plus tardifs. Il serait intéressant de mettre en place, dans les maternités, une sensibilisation auprès des sages-femmes, des pédiatres et des internes pour permettre de réduire les mauvais diagnostics et les retards de PEC.

D'autre part, les frais de matériel semblent être variables d'un professionnel à l'autre et d'une contention à l'autre. En effet, l'exécution du montage des bandages ou des attelles thermoformables diffère entre les divers répondants. Cela conforte l'idée d'un manque de consensus.

Le travail réalisé aujourd'hui sert d'étude préliminaire pour comprendre les critères de choix de contention retenus par les MK. Il serait intéressant de reprendre cette étude avec une méthodologie plus rigoureuse, une population cible plus grande et plus représentative, en éliminant les biais méthodologiques rencontrés. Si cela était vérifiable à l'aide d'une étude statistiquement significative, un consensus de la PEC du MTV pourrait voir le jour.

Cela pourrait être poursuivi d'une étude expérimentale comparative entre les contentions les plus utilisées, à partir des catégories obtenues lors de notre étude qualitative, et en tenant compte des MK salariés et libéraux. [1]

Bibliographie

- [1] Recommandation ANAES. Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie. 2004.
- [2] Delpont M, Lafosse T, Bachy M, Mary P, Alves A, Vialle R. Anomalies des pieds à la naissance. *Archives de Pédiatrie* 2015;22:331–6.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.11.009>.
- [3] Chotel F, Parot R, Bérard J. Déformations congénitales des pieds. *Archives de Pédiatrie* 2005;12:797–801. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2005.04.007>.
- [4] Launay F, Jouve J-L. Dépistage et traitement des anomalies orthopédiques à la naissance. //www.em-premium.com/data/traites/pem/04-84552/ 2019.
- [5] Harris E. The Intoeing Child. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery* 2013;30:531–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2013.07.002>.
- [6] Eamsobhana P, Rojjananukulpong K, Ariyawatkul T, Chotigavanichaya C, Kaewpornawan K. Does the parental stretching programs improve metatarsus adductus in newborns? *Journal of Orthopaedic Surgery* 2017;25:230949901769032.
<https://doi.org/10.1177/2309499017690320>.
- [7] Docquier P-L, Rombouts J-J, Maldague P, Devos Bevernage B, Lintz F, Colombier J-A. Notion de pathologie congénitale. In: Leemrijse T, editor. *Pathologie du pied et de la cheville*, Paris: Elsevier Masson; 2015, p. 79–112. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-73893-7.00005-7>.
- [8] Marshall N, Ward E, Williams CM. The identification and appraisal of assessment tools used to evaluate metatarsus adductus: a systematic review of their measurement properties. *Journal of Foot and Ankle Research* 2018;11:25.
<https://doi.org/10.1186/s13047-018-0268-z>.
- [9] Fedele J-M, Aubrespy P, Seriat-Gautier B, Derlon S, Baiada A. Le métatarsus varus congénital traité par attelle externe en thermoplastique basse température. *Ann Kinésithér* 1991:489–97.
- [10] Bohne W. Metatarsus adductus. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1987;63:835–8.
- [11] Petitjean E. Les malpositions des pieds du nouveau-né – Dépistage. *La Revue Sage-Femme* 2007;6:117–24. [https://doi.org/10.1016/S1637-4088\(07\)92603-6](https://doi.org/10.1016/S1637-4088(07)92603-6).
- [12] Bleck E. Metatarsus adductus: Classification and relationship to outcomes of treatment. *Journal of Pediatric Orthopedics* 1983;3.

- [13] Karami M, Ebrahimpour A, Aminizadeh Y, Moshiri F, Karimi A, Radyn majd A. Foot scan assessment of metatarsus adductus: A useful adjunct to Bleck's classification. *The Foot* 2018;34:74–7. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2017.11.007>.
- [14] Dawoodi AIS, Perera A. Radiological assessment of metatarsus adductus. *Foot and Ankle Surgery* 2012;18:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.fas.2011.03.002>.
- [15] Dalal A, Pimentel-Tejeda A, Kim A. Literature Review of Metatarsus Adductus in Children 2011.
- [16] Mainard-Simard L. Examen radiologique et échographique du pied de l'enfant 2020:11.
- [17] Hutchinson B. Pediatric Metatarsus Adductus and Skewfoot Deformity. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery* 2010;27:93–104. <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2009.09.005>.
- [18] Rampal V, Giuliano F. Forefoot malformations, deformities and other congenital defects in children. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 2020;106:S115–23. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.021>.
- [19] Wan SC. Metatarsus Adductus and Skewfoot Deformity. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery* 2006;23:23–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2005.10.008>.
- [20] Chedeville R, Courties X, Delaby J. La rééducation du pied de l'enfant : où en sommes nous? *Kinésithér Sci* 2000;6–14.
- [21] Chastan B. Rééducation des pieds bots -Du pied talus au pied bot. 1ère édition. Paris: 1993.
- [22] Collet LM. Anomalies de l'avant-pied chez l'enfant. *Conférences d'enseignement 2000*, Paris: Elsevier; 2000, p. p.239-264.
- [23] Delaby J. L'appareillage du pied de l'enfant dans le traitement fonctionnel du pied bot varus équin. *Kinésithér Sci* 2000:17–25.
- [24] Badina A, Vialle R. Anomalies des pieds à la naissance. *EMC - Traité de médecine AKOS* 2012;7:1–7. [https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(12\)56929-2](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(12)56929-2).
- [25] Najdi H, Mouarbes D, Makhour F. Forefoot Adduction in Children : Management and Treatment. *LMJ* 2016;64:134–41. <https://doi.org/10.12816/0031521>.
- [26] Bronfen C, Riss L, Le Roux C, Abu Amara S. Les malpositions du pied du petit enfant : description clinique et examen. *Archives de Pédiatrie* 2010;17:824–5. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70130-5](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70130-5).
- [27] Launay F. Malpositions et malformations congénitales du pied de l'enfant. *EMC - Podologie* 2014;10.

- [28] Launay F, Viehweger E, Hamel A, Lehors-Albouze H, Jacquemier M, Jouve J-L, et al. Les anomalies du pied chez le nouveau-né. *Archives de Pédiatrie* 2004;11:60–3. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2003.09.042>.
- [29] Riss L, Bronfen C, Le Roux C, Abu Amara S. L'appareillage à disposition dans les malpositions du pied chez le petit enfant. *Archives de Pédiatrie* 2010;17:829–30. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70133-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70133-0).
- [30] Delaby J. Conditions de prise en charge kinésithérapique d'un enfant. *Profession Kiné Plus* 1996:19–22.
- [31] Aubrespy P. Traitement du métatarsus varus primitif par l'attelle externe 1991.
- [32] Allen WD, Weiner DS, Riley PM. The Treatment of Rigid Metatarsus Adductovarus with the Use of a New Hinged Adjustable Shoe Orthosis. *Foot & Ankle* 1993;14:450–4. <https://doi.org/10.1177/107110079301400804>.
- [33] Pentz AS, Weiner DS. Management of Metatarsus Adductovarus. *Foot & Ankle* 1993;14:241–6. <https://doi.org/10.1177/107110079301400501>.
- [34] Bonnat H, Bensabel H, Thémar-Noël C. Le métatarsus varus congénital : considérations anatomiques et thérapeutiques. *Chir Pédiatr* 1981:405–9.
- [35] Madier J, Manssart R. Étude anatomique du metatarsus varus congénital. *Bull Mem Soc Anat* 1923:119–32.
- [36] Camin M, Vangelista A, Cosentino A, Fiaschi A, Smania N. Early and delayed orthotic treatment in congenital metatarsus varus- effectiveness of two types of orthoses. *Europa Medicophysica* 2004;40.
- [37] Utrilla-Rodriguez E, Guerrero-Martinez-Canavete MJ, Albornoz-Cabello M, Munuera-Martinez PV. Corrective Bandage for Conservative Treatment of Metatarsus Adductus: Retrospective Study. *Physical Therapy* 2016;96:46–52. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140443>.
- [38] Williams CM, James AM, Tran T. Metatarsus adductus: Development of a non-surgical treatment pathway: Metatarsus adductus. *J Paediatr Child Health* 2013;49:E428–33. <https://doi.org/10.1111/jpc.12219>.
- [39] Rerucha CM, Dickison C, Baird DC. Lower Extremity Abnormalities in Children. *AFP* 2017;96:226–33.
- [40] Herzenberg JE, Burghardt RD. Resistant metatarsus adductus: prospective randomized trial of casting versus orthosis. *Journal of Orthopaedic Science* 2014;19:250–6. <https://doi.org/10.1007/s00776-013-0498-7>.
- [41] Wenger DR, Leach J. Foot Deformities in Infants and Children. *Pediatric Clinics of*

North America 1986;33:1411–27. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)36151-X](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)36151-X).

[42] Hossain M, Davis N. Evidence-Based Treatment for Metatarsus Adductus. In: Alshryda S, Huntley JS, Banaszkiwicz PA, editors. Paediatric Orthopaedics, Cham: Springer International Publishing; 2017, p. 167–70. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41142-2_18.

[43] De Singly F. Le questionnaire. 4^e édition. 2016.

[44] Code la Santé Publique : Actes professionnels du masseur kinésithérapeute (Articles R4321-1 à R4321-13). Légifrance 2010.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190616/2010-11-22/> (accessed February 3, 2021).

[45] Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rapport démographie des kinésithérapeutes. 2020.

[46] Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers 2010;N° 102:23–34.

[47] Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Armand Colin; 2010.

[48] Combessie J-C. II. L'entretien semi-directif. Reperes 2007;5e éd.:24–32.

[49] Calafat G. Expertise et compétences. Hypotheses 2011;14:95–107.

[50] Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences. Paris: Eyrolles - Ed. d'organisation; 2008.

[51] Lennon S. Physiotherapy practice in stroke rehabilitation: a survey. Disabil Rehabil 2003;25:455–61. <https://doi.org/10.1080/0963828031000069744>.

[52] Dunford F, Reeve J, Larmer P. Determining differences between novice and expert physiotherapists in undertaking emergency on-call duties. New Zealand Journal Of Physiotherapy 2011.

[53] Bardin L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France. 2013.

[54] Amara SA, Lechevallier J. Les malpositions du pied du petit enfant : Diagnostic différentiel et pièges. [//www.em-premium.com/data/revues/0929693X/v17i6/S0929693X10701317/](http://www.em-premium.com/data/revues/0929693X/v17i6/S0929693X10701317/) 2010.

[55] Manificat S. Qualité de vie du nourrisson : critères des parents et des professionnels. Elaboration d'un instrument d'évaluation n.d.:8.

[56] Manificat S, Dazordl A, Langue J, Danjouj G, Bauche P, Bovet F, et al. Evaluation de la qualité de vie du nourrisson et du très jeune enfant : validation d'un questionnaire. Etude multicentrique européenne n.d.:10.

- [57] Le Roux C, Riss L, Bronfen C, Abu Amara S. Les malpositions du pied du petit enfant : le rôle du kinésithérapeute. *Archives de Pédiatrie* 2010;17:827–8.
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70132-9](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70132-9).
- [58] Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. *Obes* 2007;4:39–43. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>.
- [59] World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies : evidence for action. WHO 2003.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (accessed September 22, 2020).
- [60] Sparrow JS. Le développement du bébé imaginaire. *Le bébé d’hier, d’aujourd’hui, de demain et de toujours*, ERES; 1997, p. 67–78.
- [61] Bolomey L, Habersaat S, Peter C, Borghini A, Pierrehumbert B, Despars J, et al. Honte et culpabilité. Naissance d’un enfant avec une malformation faciale. *La psychiatrie de l’enfant* 2013;Vol. 56:127–45.
- [62] Lazaratou H, Golse B. Du désir à l’acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La psychiatrie de l’enfant* 2006;Vol. 49:573–99.
- [63] Le Métayer M. Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant. 2ème. Masson; n.d.
- [64] Sécurité Sociale. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) - Version 29/08/20. Ameli 2020.
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/697957/document/ngap-assurance-maladie-29-aout-2020.pdf>.
- [65] Sécurité Sociale. Tarifs conventionnels - Masseur kinésithérapeute. Ameli 2018.
<https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs> (accessed September 21, 2020).
- [66] Sécurité Sociale. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement. Ameli 2020.
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement> (accessed September 21, 2020).
- [67] Brunet O, Lézine I. Le développement psychologique de la première enfance. Editions et applications psychologiques. 1983.
- [68] Gassier J. Développement psychomoteur de l’enfant. 4ème édition. Elsevier Masson; 1998.
- [69] Bucher H. Développement et examen psychomoteur de l’enfant. Elsevier Masson. 2004.
- [70] Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours: Etude sur le

vécu des patients. 2021.

[71] Larousse. Dictionnaire de français n.d. <https://www.larousse.fr/> (accessed March 29, 2021).

[72] Colson S, Gentile S, Côté J, Lagouanelle-Simeoni M-C. Spécificités pédiatriques du concept d'éducation thérapeutique du patient : analyse de la littérature de 1998 à 2012. *Sante Publique* 2014;Vol. 26:283–95.

Annexes

Annexe I : Illustrations revue de littérature



Figure 1 : Le test V-Finger

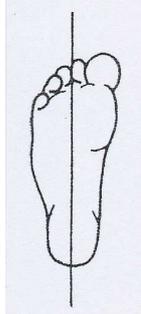
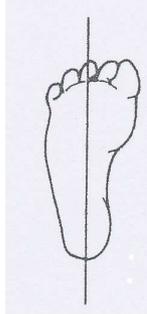
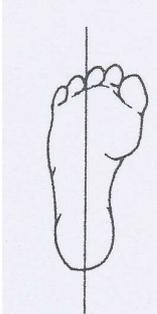
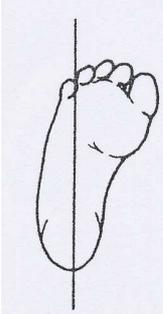
SÉVÉRITÉ DE LA DÉFORMATION	Pied normal	Déformation légère	Déformation modérée	Déformation sévère
À observer en attitude spontanée	La bissectrice du talon passe entre le 2 ^e et le 3 ^e orteil = position neutre 	La bissectrice du talon passe au niveau du 3 ^e orteil 	La bissectrice du talon passe entre le 3 ^e et le 4 ^e orteil 	La bissectrice du talon passe au-delà du 4 ^e orteil 
RAIDEUR DE LA DÉFORMATION	Mobilité normale	Souple	Partiellement réductible	Non réductible
Observer la réductibilité de la déformation lors de la mobilisation passive de l'avant-pied	Abduction tarso-métatarsienne complète	Le pied peut être amené passivement en abduction au-delà de la position neutre anatomique	Le pied peut être corrigé passivement jusqu'à la position neutre anatomique	Le bord latéral du pied reste convexe lors de la mobilisation vers l'abduction La position neutre anatomique ne peut être obtenue

Figure 2 : La classification des MTV selon Bleck [12]

Annexe II : Questionnaire de l'étude préliminaire

1) Quelle est la tranche d'âge des patients avec un métatarsus varus que vous recevez le plus fréquemment ?

- 0 – 3 mois
- 3 – 6 mois
- 6 – 12 mois
- 12 – 18 mois

2) Combien de patients porteurs de métatarsus varus traitez-vous par an ?

- De 1 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 15
- Plus de 15

3) Lorsque vous recevez un patient (entre 0 et 3 mois) porteur d'un métatarsus varus avec une déformation modérée et partiellement réductible sur la classification de Bleck, qui décide du traitement/protocole ?

- Le pédiatre ou le généraliste
- le chirurgien orthopédiste
- Vous-même
- Ensemble (médecin prescripteur + vous) d'un commun accord

4) Vous recevez un patient (entre 0 et 3 mois) atteint d'un métatarsus varus avec une déformation modérée et partiellement réductible sur la classification de Bleck, envoyé par le médecin traitant pour un avis. Que décidez-vous de faire après votre bilan initial ?

.....

5) Avez-vous suivi des formations concernant l'orthopédie infantile ?

- Oui
- Non

6) Si oui, lesquelles ?

.....

7) Dans quel département exercez-vous ? (Liste déroulante de 01 à 976)

.....

8) Quelle est la taille de la commune dans laquelle vous exercez ?

- Moins de 50 000 habitants
- Entre 50 000 et 100 000 habitants
- Entre 100 000 et 250 000 habitants
- Plus de 250 000 habitants

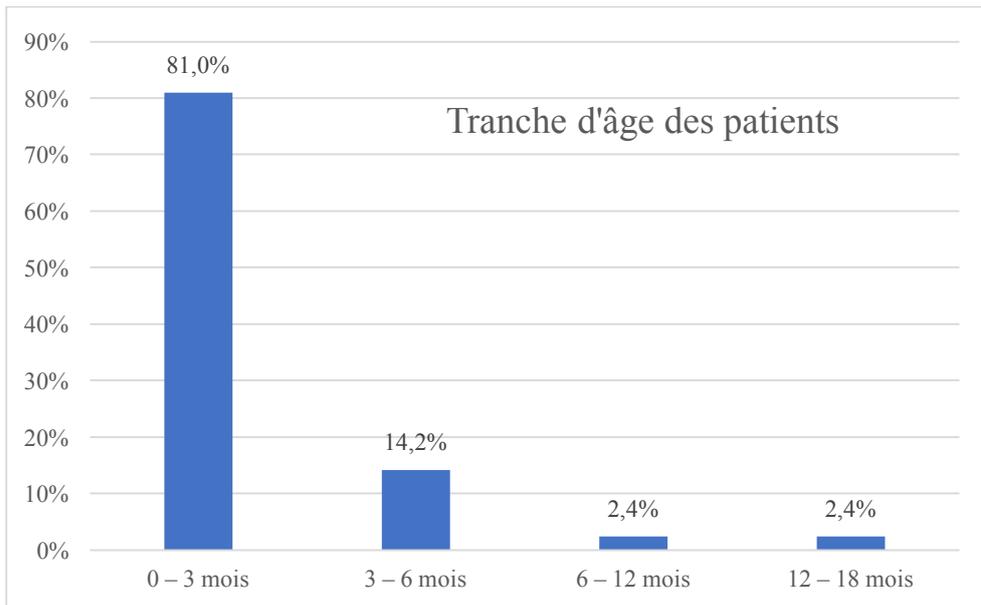
9) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 ans et plus

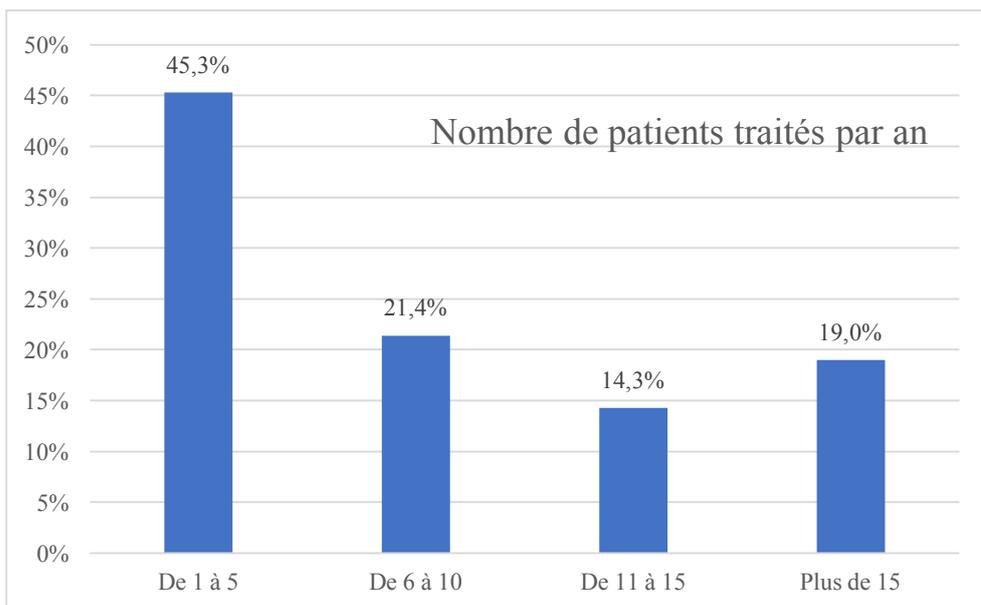
10) Depuis quand exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 15 ans
- Entre 16 et 25 ans
- Plus de 25 ans

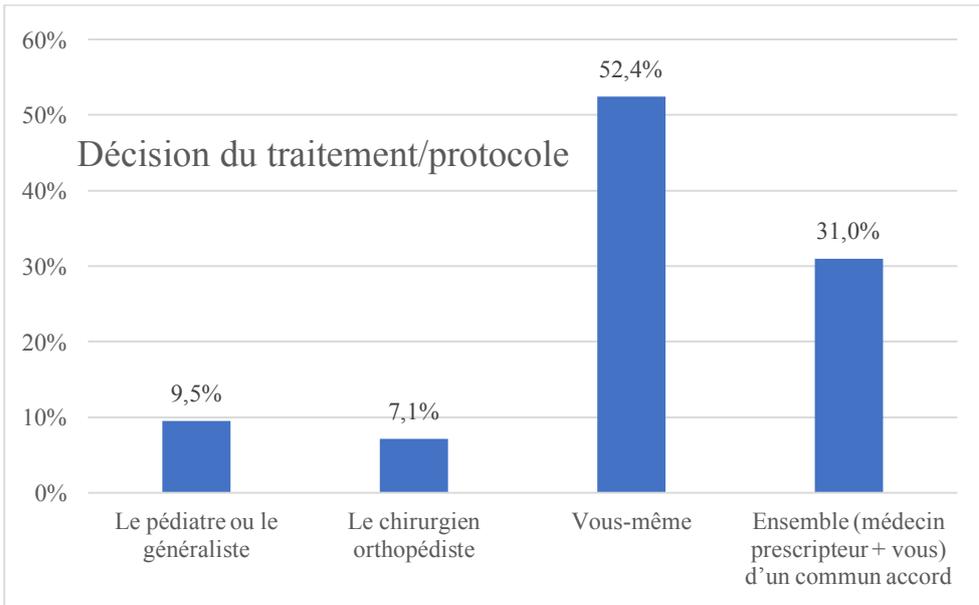
Annexe III : Résultats de l'étude préliminaire



Histogramme n°1 : Résultats bruts de la question n°1



Histogramme n°2 : Résultats bruts de la question n°2



Histogramme n° 3 : Résultats bruts de la question n°3

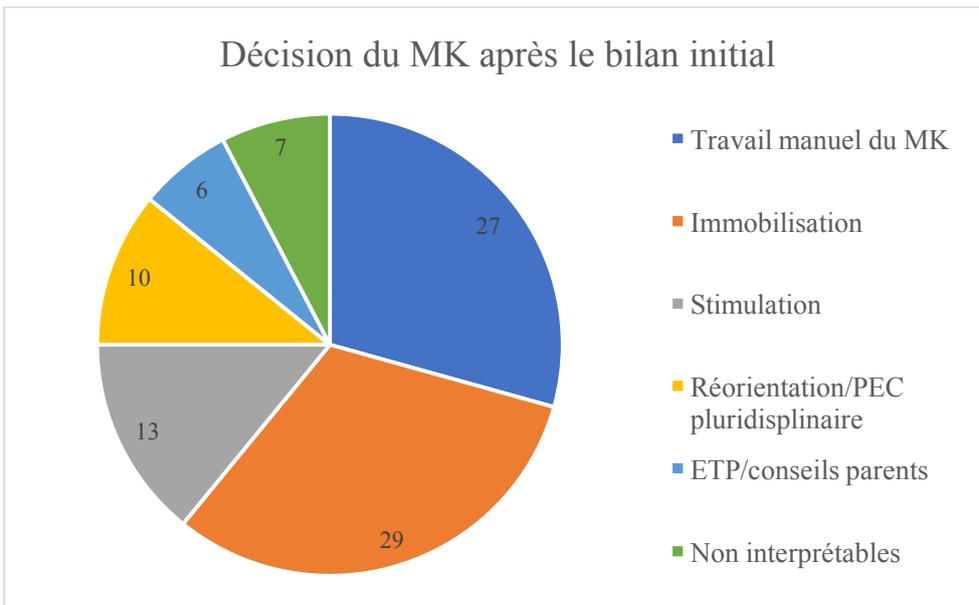


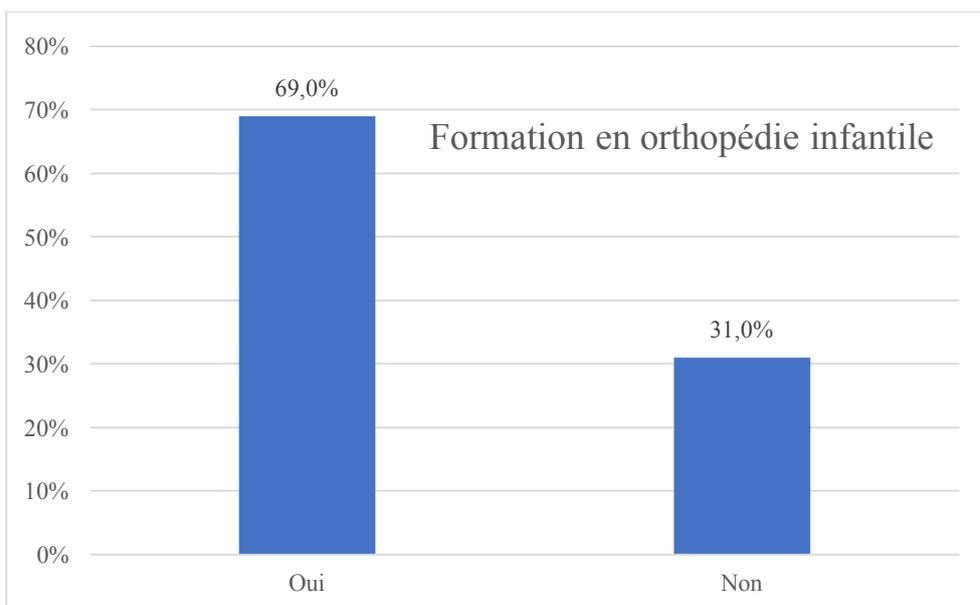
Diagramme circulaire n°1 : Résultats bruts de la question n° 4

Tableau n°1 : Retranscription de la question n°4

Catégorie	Nombre	Occurrences
Travail manuel du MK	27	<p>« Mobilisation » (1) « Seance de kine de mobilisation active et passive » (2) « Prise en charge kiné mob passive et mob active » (4) « Manipulations » (5) « Traitement fonctionnel » (6) « Mob passive et étirements » (7) « Mobilisation, assouplissement » (10) « Rééducation passive » (11) « mobilisation » (13) « Mobilisation » (14) « Mobi, étirements doux » (15) « Mobilisation passive » (16) « Manipulations » (17) « Mobilisation en 3 étapes: correction de la supination, étirement de la voûte plantaire, correction de l'adduction (en maintenant les étapes précédentes) » (18) « Mobilisations du tarse » (19) « Traitement par mobilisations du pied » (20) « Mobilisations » (22) « Rééducation avec massage étirement » (23) « Mob » (26) « Mob » (28) « mobilisations » (29) « Selon le bilan, mob douce » (30) « Il y a la mobilisation qui fait la plus grande partie de mon traitement » (31) « mobilisation » (35) « mob » (36) «Mobilisation passive, mobilité accessoire, étirements, "renforcement musculaire » (38) « Mob passive » (41) « pendant le séjour en maternité » (14/15) « déjà plus grande parce que l'enfant aura grandi » (46)</p>

Immobilisation	29	<p>« Strapping » (1) « pose de bandage » (2) « E tpetit strap ou Ktap de rappel » (4) « pose de plaquettes pour contention entre les séances (2 à 3 par semaine selon souplesse du pied) » (5) « Traitement fonctionnel » (6) « mises en place de plaquettes adaptées, si non supporté, mise en place d'un rappel strap en fonction du cas » (7) « Correction du pied avec bandage et plaquette » (9) « contention souple (strapping) » (10) « Strap » (13) « éventuellement strapping » (14) « strap en fonction du bilan » (15) « pose de plaquette avec strapping » (16) « postures » (17) « pose de bandage. (Avec iou sans plaquettes) » (18) « bandage (si accord des parents) » (19) « strapp+plaquettes » (20) « strap » (22) « Bandages - plaquettes ou bandages seuls » (25) « bandage » (28) « Strap » (29) « strap/plaquettes » (30) « cela dépend de l'enfant, sa gesticulation, sa tonicité et surtout comment il réagit lorsque je le touche ou essaye un appareillage. je met une contention souple et en fonction de tous mes paramètres cela peut aller d'une plaq » (31) « Strap » (34) « strapping sur plusieurs séances » (35) « pose contention » (36) « avec pose de strap et éventuellement plaquettes » (37) « si accord attelles termo » (40) « contention en position corrigée » (41) « plaquettes ou bandages seuls » (42)</p>
Stimulation	13	<p>« avec stimulation » (4) « stim des muscles rétractés et déficitaires » (7) « stimulation » (11) « stimulation musculaire » (14) « stimulation fibulaires » (16) « stiumulation vers le valgus » (19) « stimulation » (23) « rééducation sur base tactile » (26) « stim fibulaires » (28) « stimulation +++ » (30) « Conseil de stimulations » (33) « stimulation environ 2 séances par semaine » (34) « stimulation » (41)</p>

Réorientation/ PEC pluridisciplinaire	10	<p>« Direction l orthopediste » (3)</p> <p>« je l envoie faire une seance d osteo » (4)</p> <p>« Je conseille aux parents de prendre rendez-vous avec un médecin orthopediste pour le suivi » (8)</p> <p>« appel médecin » (12)</p> <p>« Discussion avec le médecin » (27)</p> <p>« Adresser le bilan au médecin » (32)</p> <p>« Revoir l'enfant à distance d un mois si le prescripteur le juge nécessaire pour debuter un tt,pas forcément utile dans les cas mineurs » (33)</p> <p>« courrier Doc » (36)</p> <p>« Donne le bilan au medecin en conseillant reeducation fonctionnelle » (37)</p> <p>« Contact au médecin » (40)</p>
ETP/conseils parents	6	<p>« education des parents » (4)</p> <p>« conseils aux parents » (14)</p> <p>« conseils de stimulations a faire quotidien a la maison par les parents » (19)</p> <p>« conseils parents » (21)</p> <p>« éducation parentale » (26)</p> <p>« Explication parents » (36)</p>
Non interprétables	7	<p>« programme d'ores et déjà des RDV de kiné en attendant le-dit RDV » (8)</p> <p>« Mise en place traitement » (12)</p> <p>« Prise en charge Kine » (21)</p> <p>« Une prise en charge une fois par semaine » (24)</p> <p>« Mise en place d'un traitement après retour » (27)</p> <p>« si ce bilan montre une nécessité de prise en charge je débute la prises en charge » (32)</p> <p>« prise en charge » (39)</p>



Histogramme n°4 : Résultats bruts de la question n°5

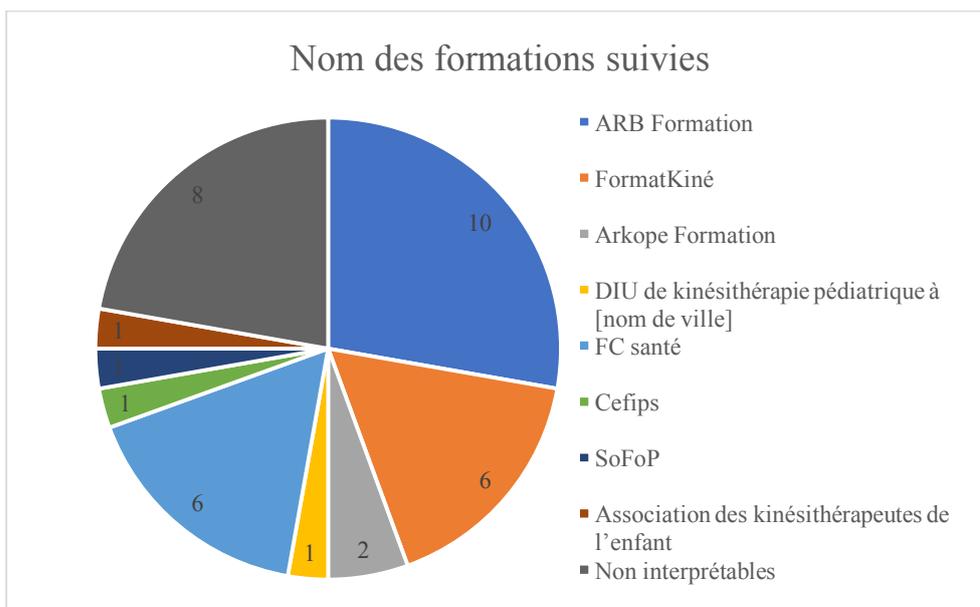


Diagramme circulaire n°2 : Résultats bruts de la question n°6

Tableau n°2 : Retranscription de la question n°6

Catégorie	Nombre	Occurrences
ARB Formation	7	« programme d'ores et déjà des RDV de kiné en attendant le-dit RDV » (8) « Mise en place traitement » (12) « Prise en charge Kine » (21) « Une prise en charge une fois par semaine » (24) « Mise en place d'un traitement après retour » (27) « si ce bilan montre une nécessité de prise en charge je débute la prises en charge » (32) « prise en charge » (39)
FormatKiné	6	« [nom de formateur] format kiné » (3) « Format kine » (6) « FormatKiné » (16) « FormatKiné » (17) « Formatkine » (26) « Formatkine » (27)
Arkope Formation	2	« Arkope » (4) « Arkope formation » (5)
DIU de kinésithérapie pédiatrique à [nom de ville]	1	« DIU de kinésithérapie pédiatrique à [nom de ville] » (6)
FC santé	6	« Fc santr » (8) « FC santé avec [nom de formateur] » (9) « FC santé » (14) « FormatKiné » (15) « Malformations et malpositions des pieds du nourrisson avec FC santé » (24)

		« Malposition des pieds du nourrisson (FC SANTE) » (25)
Cefips	1	« Cefips malposition du pied et appareillage » (15)
SoFoP	1	« Sofop » (29)
Association des kinésithérapeutes de l'enfant	1	« Association des kinésithérapeutes de l'enfant » (30)
Non interprétables	8	« Stage en orthopédie pédiatrique » (1) « 35 ans d'expérience et 3 ans de [nom de centre] » (7) « Paris Toulouse » (10) « [nom de formateur] » (19) « [nom d'hôpital] » (21) « Oublié le nom de l'organisme » (23) « [nom d'hôpital] » (26) « [nom d'hôpital et ville] » (28)

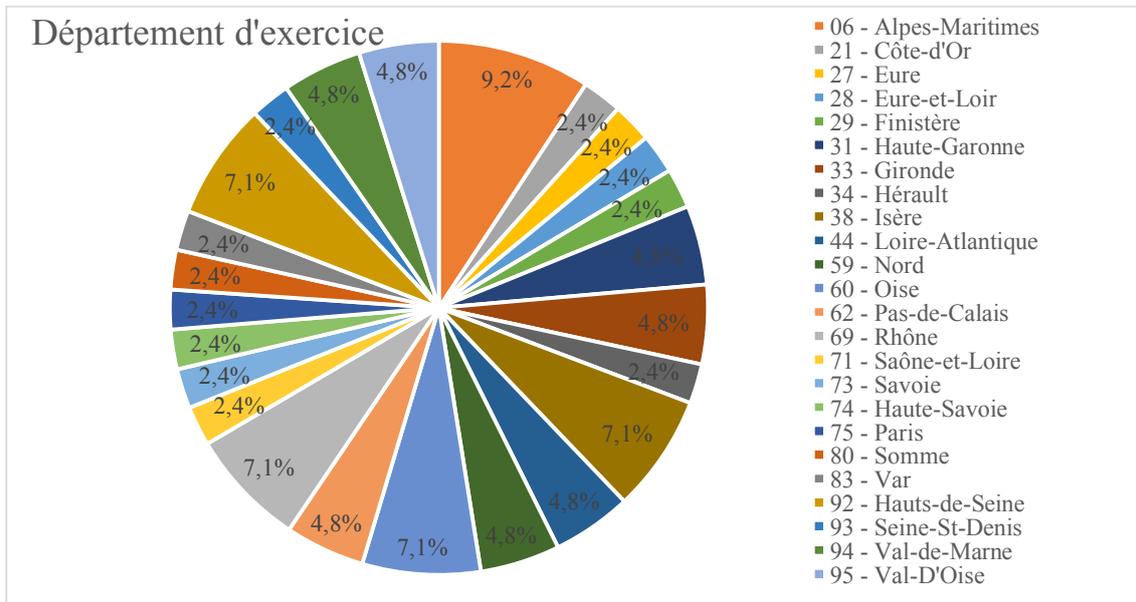
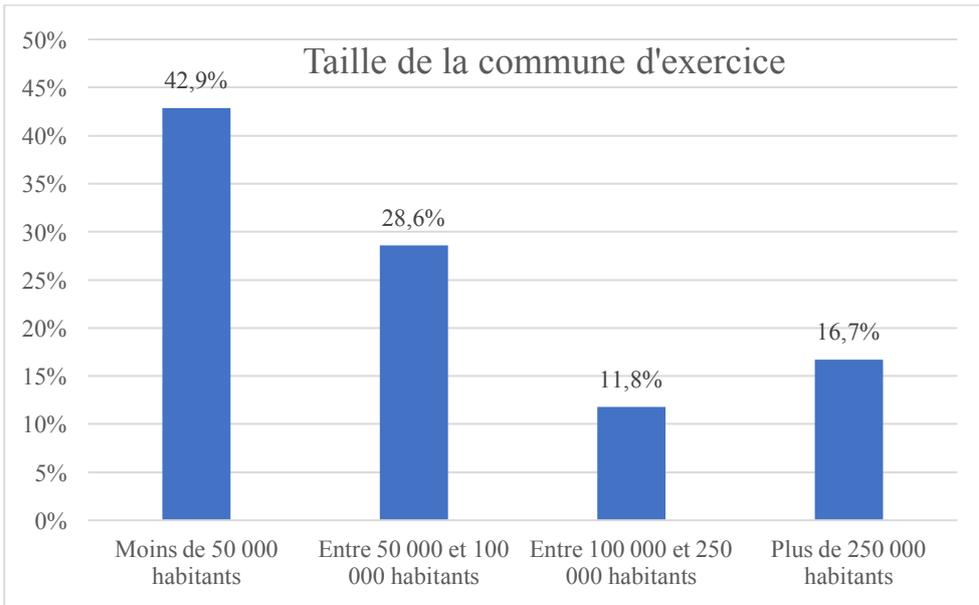
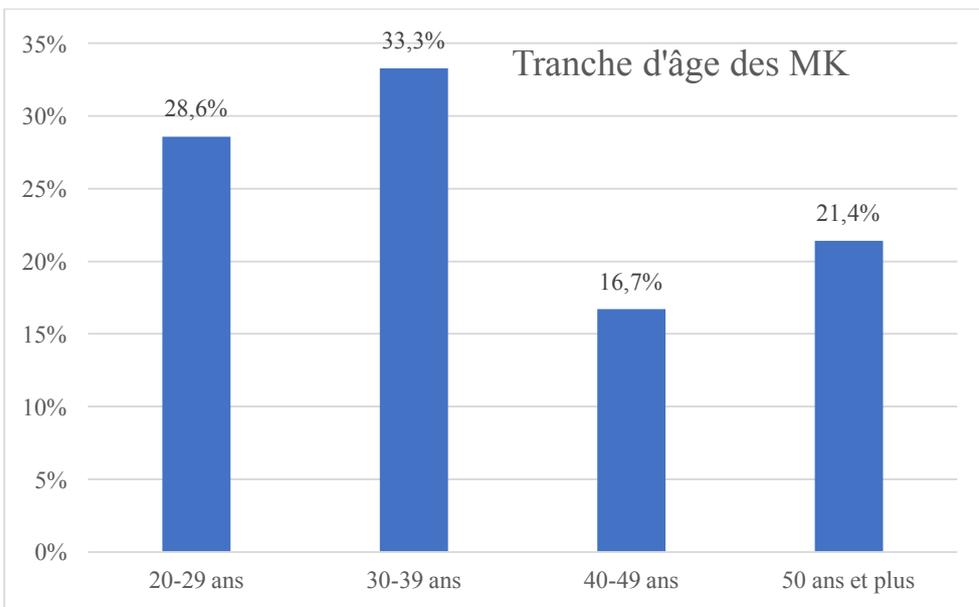


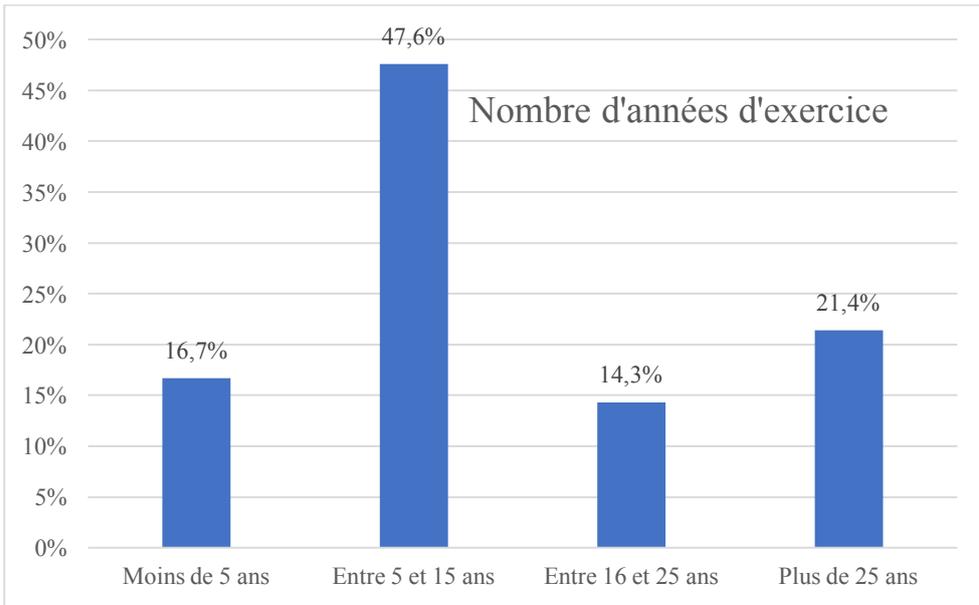
Diagramme circulaire n°3 : Résultats bruts de la question n°7



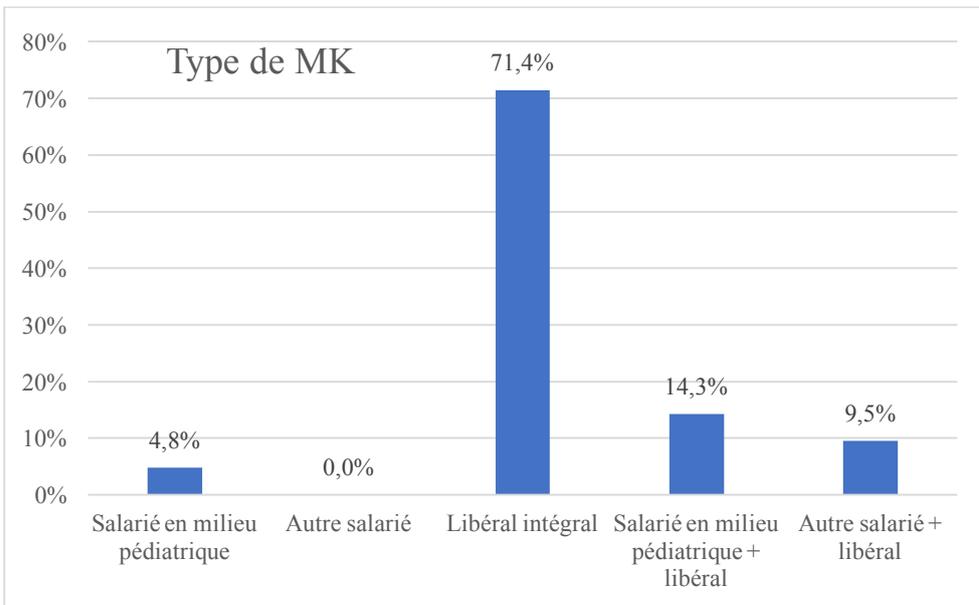
Histogramme n°5 : Résultats bruts de la question n°8



Histogramme n°6 : Résultats bruts de la question n°9



Histogramme n°7 : Résultats bruts de la question n°10



Histogramme n°8 : Résultats bruts de la question n°11

Annexe IV : Guide d'entretien

Date	
Interwievé(e)	
Présentation de la recherche	<p>Bonjour, merci d'avoir accepté mon entretien. Dans le cadre de mon travail écrit de fin d'études, je m'intéresse à la prise en charge du métatarsus varus. Cet entretien a pour but de comprendre les modalités de choix de la contention. Pour faciliter le traitement des données issues de cet entretien, celui-ci sera enregistré. Ces données figureront dans mon travail écrit de manière totalement anonyme.</p> <p>Avec cette étude, nous voudrions faire une analyse statistique entre les réponses récoltées lors de plusieurs entretiens pour trouver des réponses à notre problématique.</p>
Question inaugurale	<p>Vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de MTV. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible, quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?</p>
Thèmes	Question générique + relances
Pertinence biomécanique	<p>→ Que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérez-vous le bilan articulaire, musculaire et cutanéotrophique ? • Vous appuyez-vous sur l'observation de la déformation ? • Tenez-vous compte de l'examen clinique du pied dont le statique et palpatoire, passif et dynamique ?
Innocuité	<p>→ Quelle implication peut avoir l'innocuité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenez-vous également compte de la tolérance vasculaire, cutanée et nerveuse ? • Adaptez-vous votre choix en fonction de l'inconfort ressenti ? • Pensez-vous que la douleur et les blessures orientent votre choix de contention ? • Vous appuyez-vous sur les allergies de l'enfant ?
Impact sur la qualité de vie de l'enfant et des parents	<p>→ Que pouvez-vous me dire de l'impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptez-vous votre choix de contention en fonction du contexte familial ? • L'hygiène et la qualité du sommeil sont-ils des indicateurs envisageables ? • Prenez-vous en compte l'environnement social ? • Considérez-vous l'image du bébé imaginaire versus du bébé réel ? • Tenez-vous compte de l'observance du patient et des parents ? • Adaptez-vous votre choix en fonction du regard des autres ou des parents ?
Coût	<p>→ Quelle implication peut avoir le coût ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenez-vous en compte la situation socio-économique ? • Adaptez-vous votre choix en fonction de la base de remboursement ? • Tenez-vous également compte des frais d'honoraires ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Considérez-vous le rapport qualité/prix ?
Age de découverte et de début du traitement	<ul style="list-style-type: none"> → Quelle implication peut avoir l'âge de l'enfant ? • Tenez-vous compte du niveau d'évolution moteur de l'enfant ? • Vous appuyez-vous sur les niveaux d'acquisition de l'enfant ? • Adaptez-vous votre choix en fonction de la peinture ? • Considérez-vous le développement psychomoteur ?
Conclusion	<p>Y-a-t-il des points que nous n'avons pas abordés et dont il vous semble important de parler pour compléter cet entretien ?</p> <p>Je vous remercie de votre participation et reste à votre disposition pour toute question consécutive à cet entretien.</p>

Annexe V : Autorisation enregistrement audio et exploitation des données enregistrées

Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche en kinésithérapie. L'enquête porte sur la prise en charge du métatarsus varus et plus particulièrement sur les modalités de choix de la contention. Cette recherche est menée par _____ et encadrée par Madame _____ et Monsieur _____. Elle est uniquement possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) :

Autorise par la présente à enregistrer en audio le à

Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique

Prend acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront *anonymisées*. Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Lieu et date :

Signature :

Annexe VI : Consentement de participation

De Mademoiselle, Madame, Monsieur (nom, prénom) :

Mail :

Dans le cadre de son mémoire de kinésithérapie (réalisé à l'Université de Nice Sophia Antipolis), Mademoiselle m'a proposé de participer à une étude dont l'objectif est de comprendre les modalités de choix de la contention dans la prise en charge d'un métatarsus varus.

J'ai reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cet entretien et exposant notamment les éléments suivants :

- L'entretien se fera sur environ 30 minutes.
- Toutes les données recueillies seront anonymisées.
- Ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles sur les modalités, et a répondu à toutes les questions que je souhaitais lui poser. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision. On m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser, que ma décision ne changera en rien mes relations avec le ou les soignants. Dans ces conditions, j'accepte de participer à cet entretien dans les conditions précisées. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe VII : Illustrations méthode de recherche

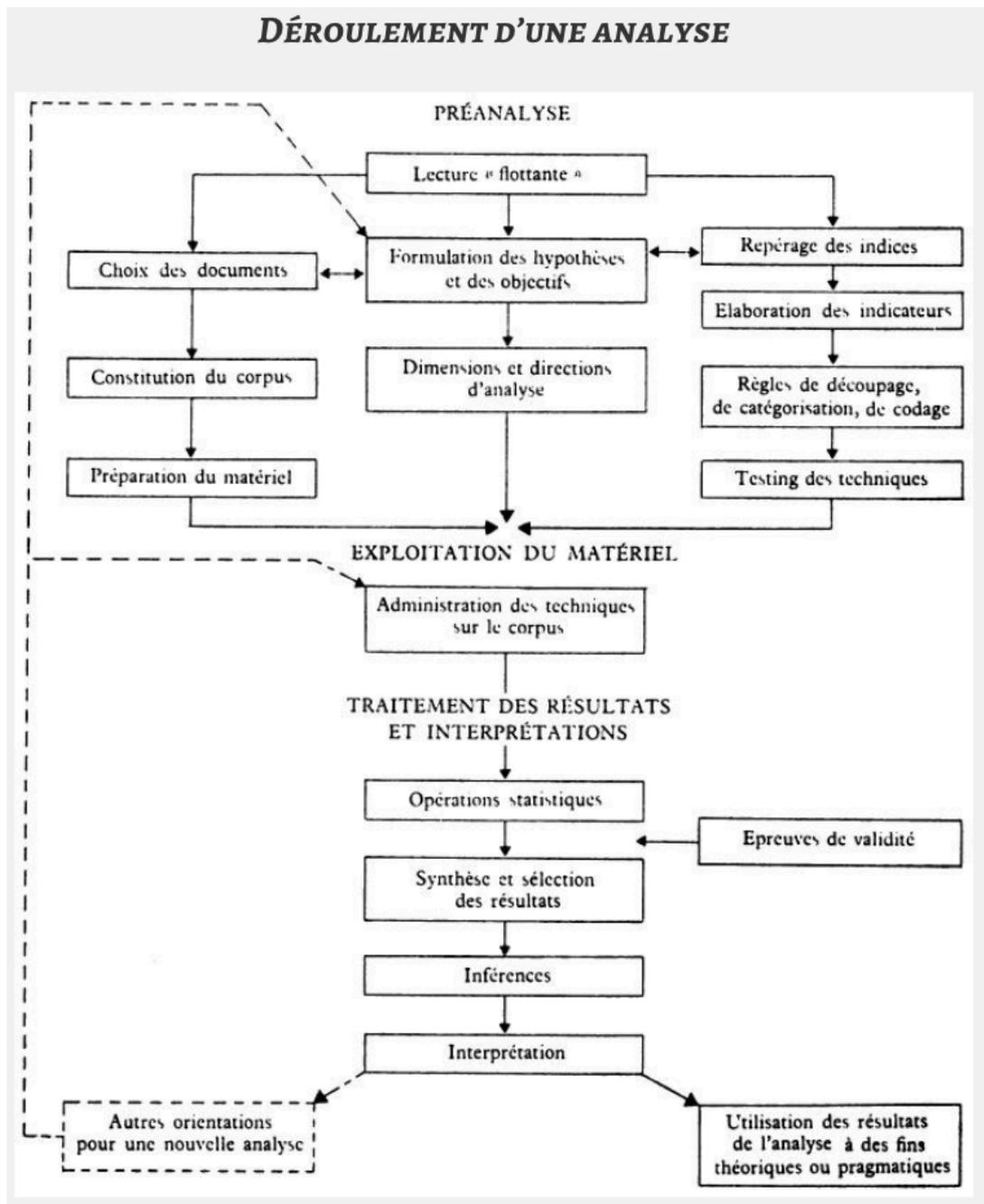


Figure 3 : Déroulement de l'analyse de contenu selon Laurence Bardin [53].

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des patients atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Alors nous on se base sur la classification de Bleck... voilà donc euh on suit globalement
5 les recommandations HAS. Donc, dans les formes bénignes on fait des stimulations...
6 cutanées au niveau des fibulaires et puis pour les formes modérées à ... sévères... on met en
7 place une contention à type de ... de petite attelle euh avec un strap. Je vous en ai même
8 amené enfin j'en ai piqué une pour vous la montrer. Je ne sais pas si vous la voyez où est-
9 elle ? voilà ça c'est pour un pied droit voilà... Voilà donc on met ça en place euh pendant 1
10 mois. Enfin, on met ça euh c'est retiré tous les jours c'est mis en place par les parents pendant
11 un mois avec un contrôle par le médecin traitant au bout d'un mois.

12 **K : D'accord. Quand vous dites que c'est les parents qui les mettent là c'est juste une**
13 **plaquette à mettre et ils font le strap ? C'est eux qu'ils le font ?**

14 I : Ouais, on leur apprend à faire le strap pendant leur... on met ça en place pendant le séjour
15 en maternité euh en général on essaye de faire notre bilan à J2... ce qui permet à l'enfant de
16 se déplier et de... voilà... de pas être en position... enfin on estime qu'à J2 euh ce qu'on voit
17 c'est globalement la position de l'enfant et c'est pas la position juste à la naissance. Et donc
18 on euh sur J2/J3 vu que les sorties se font en général à J3 on fabrique notre petite attelle. On
19 apprend aux parents à la poser. C'est très facile à poser en général les parents y arrivent
20 toujours et donc tous les jours ils l'enlèvent ils font le bain ou si y'a pas de bain enfin ils font
21 les soins euh classiques et ils la remettent derrière. Donc, ils la mettent en place eux pendant
22 un mois. Donc, il n'y a pas de prise en charge kiné.

23 **K : D'accord, quand vous dites que vous faites un bilan, vous pouvez me dire ce que**
24 **vous prenez en compte ?**

25 I : Alors bah on prend en compte l'attitu... enfin la position spontanée de l'enfant euh au
26 niveau des pieds, la position euh à la stimulation c'est ce que l'on arrive à corri... donc
27 l'indice de Bleck bien évidemment en position spontanée. euh la correction éventuelle euh
28 à la stimulation, les éventuels déséquilibres musculaires c'est à dire qu'un pied.. on va dire
29 bénin à modéré mais avec un adducteur du gros orteil qui est très hypertonique nous fera
30 plutôt pencher du côté de la petite at.. de l'attelle de la contention. Voilà euh donc tout ce
31 qui est déséquilibre musculaire et puis la morphologie générale du pied, la mobilisation
32 passive s'assurer qu'on est bien dans le cadre d'un métatarsus et pas d'un pied bot à

33 minima... pour les formes sévères en particulier. Voilà euh repérer les sillons, les... la creuse
34 de la base du cinquième méta enfin voilà on fait un examen euh un examen... morphologique
35 du pied... voilà

36 **K : D'accord. Tout à l'heure, vous disiez que vous mettiez le traitement pendant 1 mois**
37 **et si ça persiste encore vous changez la contention ? Vous utilisez un autre système ?**

38 I : Non, alors les premières attelles comme ça sont euh globalement.. alors légèrement hyper..
39 légèrement corrigées mais pas hypercorrigée en général... On fait plus qu'un mois parce
40 qu'on s'est rendu compte avant on faisait deux mois et la plupart du temps à un mois les
41 pieds étaient en bonne position. Donc maintenant notre protocole on traite pendant un mois.
42 Au bout d'un mois, c'est le médecin traitant qui fait la visite de contrôle s'il nous les ré-
43 adresse ou si les parents ont vraiment des doutes on les revoit au bout du mois.
44 Eventuellement, on peut refaire une deuxième paire d'attelle ou une deuxième attelle bon
45 déjà plus grande parce que l'enfant aura grandi et si c'est un petit peu... un peu raide un peu
46 marqué on peut les hyper-corriger pour le coup. Mais, qu'en deuxième intention.. la..
47 l'hyper-correction enfin modérée hein l'hyper-correction hein bien évidemment on reste
48 dans du... dans du tout à fait tolérable par l'enfant.

49 **K : D'accord. Donc, quand vous dites que vous faites par rapport à l'enfant c'est que**
50 **vous tenez compte de son inconfort est-ce que vous tenez compte d'autre chose ? S'il a**
51 **des blessures..**

52 I : Alors, normalement on a jamais de blessures pour la bonne raison que sous le strap on
53 met du Tensoban®. Je sais pas si vous voyez ce que c'est ? C'est une petite bande de mousse
54 très très fine qui fait euh protection de la peau par-dessus on met le strap. Nos attelles sont
55 faites de euh de telle façon que euh on a pas de partie euh de partie qui peut éventuellement
56 blesser l'enfant. Euh la partie qui euh là voilà qui est vraiment le bord ext.. ça c'est sous le
57 bord externe. Elle est toujours en dessous des malléoles. Donc, en gros on a juste une semelle
58 avec un rebord qui va maintenir le gros orteil donc tout le premier rayon axé dans l'axe de
59 l'arrière pied et on est toujours euh en dessous des malléoles. Donc, normalement il y a
60 aucun risque d'avoir des blessures. Voilà. Et pas... et pour finir en général aucun n'a un
61 inconfort non plus pour la bonne raison qu'on ne fait que réaxer avec l'attelle la réaxation
62 qu'on a euh de façon euh assez passive sous la main euh en mobilisant en mettant le pied..
63 l'avant pied dans l'axe de l'arrière pied.

64 **K : D'accord, ensuite quelle implication peut avoir la qualité de vie du nourrisson et**
65 **des parents sur votre choix de la contention ?**

66 I :alors (rires) ... euh quand vous parlez de qualité de vie c'est il y a euh... dans quel
67 euh... ?

68 **K : Par rapport au contexte familial, tout ce qui est environnement social, l'observance**
69 **des parents...**

70 I : Alors euh ce que l'on explique vraiment aux parents c'est que ce traitement il est très
71 efficace en un mois. À partir du moment où l'observance est vraiment bonne. euh c'est sûr
72 qu'une paire d'attelle qui n'est jamais mise en place ne sera pas efficace. euh on essaie de
73 vraiment bien prendre le temps de brieffer les parents de leur apprendre de leur euh faire
74 comprendre comment on la pose quel est l'intérêt de euh de la mise en place et autre pour
75 que ça soit.. ça soit clair pour eux dans la réalisation des choses. Après.. on a deux écueils le
76 premier écueil c'est en période de canicule où là on rajoute bah la bande euh le Tensoban®
77 c'est quand même un truc purement synthétique. On met nos bandes d'Elasto® qui sont euh
78 quand même assez contraignantes donc c'est vrai qu'en période de canicule. euh ça dure
79 quoi ? quinze jours dans l'année hein euh on aurait plutôt tendance à différer un peu le début
80 du traitement pour pas que les enfants aient trop chaud. Et les rares cas où vraiment on a des
81 parents très très déficients et où on les sent euh inc.. incapables de poser des attelles. C'est
82 vraiment rare. C'est très très très très rare et en général quand les parents sont déficients y'a
83 souvent des mesures d'accompagnement type euh PMI type éducation à la maison
84 éventuellement centre maternel. Donc, des parents enfin des mamans qui du coup vont
85 forcément être entourées mais c'est vraiment rare.

86 **K : D'accord. Dans ce cas-là, si vous êtes confrontés à des parents déficients vous restez**
87 **sur votre protocole et vous changez pas le type de contention ?**

88 I : ... alors euh non dans le sens où ça nécessiterait l'implication des parents. Si vraiment on
89 euh on est face à des parents très très déficients mais très autonomes avec leur enfant. À ce
90 moment-là, on essaie de jouer la carte euh juste de la stimulation. Bon sauf dans le cas d'un
91 métavarus sévère hein. Mais, si on est vraiment limite euh là on va essayer de jouer la carte
92 de la stimulation et redonner pour le coup un rendez-vous pour revoir l'enfant pour être sûr
93 que les stimulations suffisent. Et si vraiment c'est pas bon à ce moment-là on peut soit mettre
94 en place de la kiné soit trouver une méthode alternative pour euh pour pallier à la déficience
95 des parents.

96 **K : D'accord...**

97 I : Mais c'est vraiment ... très très rare je pense que si ça nous arrive deux fois dans l'année
98 c'est vraiment le grand maximum.

99 **K : D'accord. Ensuite, que pouvez-vous me dire sur le coût ? Est-ce que vous en tenez**
100 **compte ?**

101 I : Ah ouais... alors le coût l'attelle en elle-même euh globalement ne coûte rien aux parents
102 parce que c'est nous qui la mettons en place. C'est nous qui la fabriquons avec du
103 thermoformable. Enfin voilà c'est dans le prix de l'hospit... après effectivement les parents
104 doivent ach... pour un traitement pour un mois pour deux pieds... doivent acheter euh deux
105 rouleaux de Tensoban® et euh dix rouleaux de Tensoplast® 3 cm. Donc, effectivement ça
106 représente un coût. Alors euh le Tensoban® bah on essaye de donner déjà un rouleau aux
107 parents. Ça fait la moitié du traitement euh en gros le rouleau que l'on démarre pendant
108 l'hospit on leur laisse et ça fait déjà la moitié du traitement... il y a des arrangements euh
109 avec la pharmacie de l'hôpital euh pour les parents qui sont vraiment très très démunis pour
110 euh pour leur... pour leur donner du matériel. Ça c'est aussi possible ça nous est arrivé il y a
111 pas longtemps... voilà euh... il faut avouer que c'est un peu l'écueil. Le gros écueil de ce
112 traitement c'est que ça a un coût... de... d'Elasto®.

113 **K : Comment vous faites pour les personnes qui n'ont pas une situation socio-**
114 **économique qui permet de suivre un traitement comme celui-ci, vous changez pas le**
115 **protocole ?**

116 I : ... bah le problème c'est que euh bah toujours pareil ça après ça veut dire aller chez le
117 kiné. Mais, les parents qui sont socio-économiquement très défavorisés n'auront pas
118 forcément les moyens d'aller chez un kiné euh de se déplacer euh de tout ça euh... donc
119 après bah c'est soit essayer de trouver du matériel qui coûte un peu moins cher ou alors je
120 vous dis passer par le biais de la pharmacie de l'hôpital euh qui peut euh avancer enfin
121 avancer... donner aux parents carrément euh par le biais de ... oh je sais pas si ça fait partie
122 de la CMU ou si ça fait partie des... comment y'a des trucs de euh situations précaires
123 médicales précaires je crois que ça s'appelle comme ça et euh du coup ça peut être pris en
124 charge par le euh par l'hôpital.

125 **K : D'accord... Ensuite, dans votre choix est ce que vous vous basez sur les niveaux**
126 **d'évolution moteurs de l'enfant ? une fois qu'il arrive à l'acquisition de la marche...**
127 **en fait vous faites juste les straps et après une fois qu'il avance dans l'âge vous ne faites**
128 **pas un suivi régulier ?**

129 I : Alors normalement pour les métatarsus non... euh alors par contre euh dans notre bilan
130 initial euh dans l'équilibre musculaire euh observé sur le pied. On met euh je ne vous en ai
131 pas parlé on met l'enfant en godille pour vraiment voir un peu comment le pied se positionne
132 au sol, comment l'enfant va rééquilibrer son pied et comment ça va bouger en situation de

133 déséquilibre ? Donc, ça fait vraiment partie de notre bilan initial ... après euh nous dès que
134 c'est mis en place on passe vraiment la main au médecin traitant ou au pédiatre en sachant
135 qu'ils ont de toute façon un numéro de téléphone à joindre si soit le médecin traitant ou le
136 pédiatre a des inquiétudes soit les parents ont des inquiétudes quant à la correction du pied.
137 Mais, en règle générale en un mois deux mois maxi c'est terminé et c'est totalement terminé.

138 **K : D'accord, je pense que pour moi c'est tout. Est-ce que vous voyez d'autres points**
139 **importants à aborder ? Si je récapitule ce que vous m'avez dit, vous avez parlé du bilan**
140 **avec tout ce que vous prenez en compte, tout ce qui est la qualité de vie de l'enfant et**
141 **des parents par rapport à l'observance et l'éducation thérapeutique que vous faites.**
142 **Vous avez parlé pour le coût que c'était plutôt conséquent et que vous en tenez compte**
143 **et que s'ils n'ont pas les moyens nécessaires vous allez les diriger vers la pharmacie de**
144 **l'hôpital pour qu'ils puissent récupérer du matériel gratuitement si c'est possible.**
145 **Ensuite, vous avez parlé par rapport à la pointure si le pied grandi vous changez le**
146 **matériel...**

147 I : Y'a un point qui euh qui n'a pas été abordé mais qui à mon avis est essentiel c'est euh
148 expliquer donc en amont hein au moment du bilan expliquer aux parents le mécanisme de la
149 malposition euh les rassurer sur le fait que euh que ça n'est qu'une malposition et que donc
150 euh leur bébé n'a pas de malformation de chose comme ça à long terme. C'est vraiment leur
151 expliquer quel mécanisme a fait que l'enfant a abouti à cette mauvaise position et comment
152 nous on va corriger ça. Mais, surtout les rassurer quant à l'avenir et quant à... parce que
153 souvent ce qui revient c'est euh c'est bah est ce que ça aura des implications plus tard pour
154 la marche ? Est-ce que euh est-ce que c'est grave ? Est-ce qu'on va réussir à le corriger ? et
155 voilà et la réassurance... l'explication du mécanisme et du coup la réassurance des parents
156 pour moi c'est quand même un point fondamental. Voilà

157 **K : D'accord, je vous remercie d'avoir participé.**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°2 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	2	« en général on essaye de faire notre bilan à J2.. ce qui permet à l'enfant de se déplier et de.. voilà... de pas être en position.. » (15/16) « enfin on estime qu'à J2 euh ce qu'on voit c'est globalement la position de l'enfant et c'est pas la position juste à la naissance » (16/17)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	4	« on prend en compte l'attitu... enfin la position spontanée de l'enfant euh au niveau des pieds » (25/26) « puis la morphologie générale du pied » (31) « repérer les sillons, les... la creuse de la base du cinquième méta » (33/34) « on fait un examen euh un examen... morphologique du pied... » (34/35)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	8	« la position euh à la stimulation » (26) « la correction éventuelle euh à la stimulation » (27/28) « les éventuels déséquilibres musculaires » (28) « un adducteur du gros orteil qui est très hypertonique » (29) « donc tout ce qui est déséquilibre musculaire » (30/31) « la mobilisation passive » (31/32) « dans l'équilibre musculaire euh observé sur le pied » (130) « on met l'enfant en godille pour vraiment voir un peu comment le pied se positionne au sol, comment l'enfant va rééquilibrer son pied et comment ça va bouger en situation de déséquilibre ? » (131-133)
		-	0	
	Diagnostic /diagnostic différentiel	+	3	« Alors nous on se base sur la classification de Bleck » (4) « donc l'indice de Bleck bien évidemment en position spontanée » (26/27) « s'assurer qu'on est bien dans le cadre d'un métatarsus et pas d'un pied bot à minima... » (32/33)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	5	« on reste dans du... dans du tout à fait tolérable par l'enfant » (47/48) « pour finir en général aucun n'a un inconfort non plus » (60/61) « le premier écueil c'est en période de canicule où là on rajoute bah la bande euh le Tensoban® c'est quand même un truc purement synthétique » (76/77) « on met nos bandes d'Elasto® qui sont euh quand même assez contraignantes donc c'est vrai qu'en période de canicule » (77/78) « on aurait plutôt tendance à différer un peu le début du traitement pour pas que les enfants aient trop chaud » (79/80)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	4	« on a jamais de blessures pour la bonne raison que sous le strap on met du Tensoban® » (52/53) « une petite bande de mousse très très fine qui fait euh protection de la peau » (53/54) « Nos attelles sont faites de euh de telle façon que euh on a pas de partie euh de partie qui peut éventuellement blesser l'enfant » (54-56) « Donc, normalement il y a aucun risque d'avoir des blessures » (59/60)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	0	
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	6	« Et les rares cas où vraiment on a des parents très très déficients » (80/81) « en général quand les parents sont déficients y'a souvent des mesures d'accompagnement type euh PMI type éducation à la maison éventuellement centre maternel » (82-84) «.. alors euh non dans le sens où ça nécessiterait l'implication des parents. » (88) « Si vraiment on euh on est face à des parents très très déficients mais très autonomes avec leur enfant » (88/89) « Et si vraiment c'est pas bon à ce moment-là on peut soit mettre en place de la kiné soit trouver une méthode alternative pour euh pour pallier à la déficience des parents » (93-95) « n'auront pas forcément les moyens (...) euh de se déplacer euh de tout ça » (117/118)
		-	0	

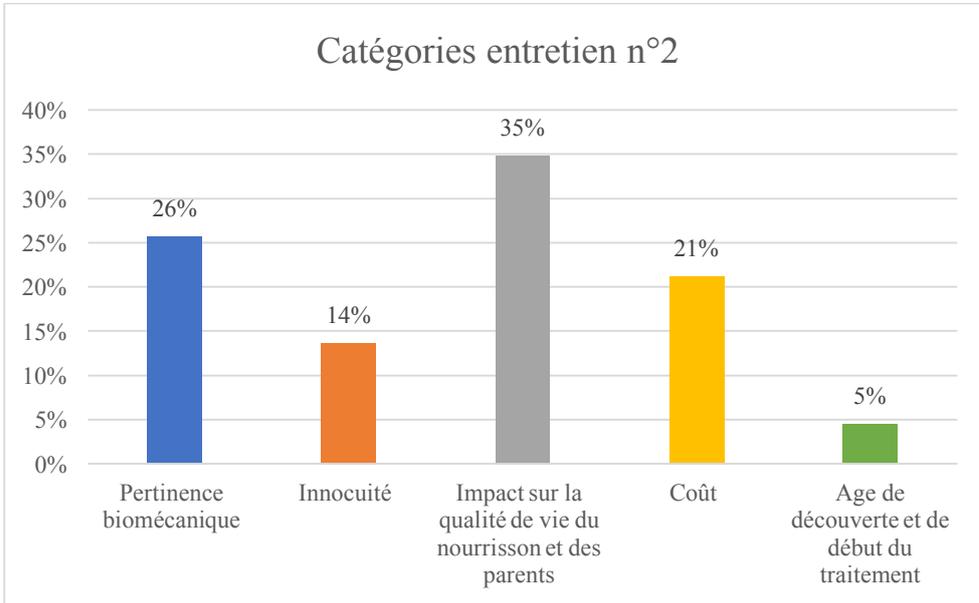
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	12	<p>« c'est mis en place par les parents pendant un mois » (10/11)</p> <p>« on leur apprend à faire le strap » (14)</p> <p>« On apprend aux parents à la poser » (19)</p> <p>« Donc, ils la mettent en place eux pendant 1 mois. » (21/22)</p> <p>« ce que l'on explique vraiment aux parents c'est que ce traitement il est très efficace en un mois. » (70/71)</p> <p>« À partir du moment où l'observance est vraiment bonne » (71)</p> <p>« on essaie de vraiment bien prendre le temps de brieffer les parents de leur apprendre de leur euh faire comprendre comment on la pose quel est l'intérêt de euh de la mise en place et autre » (72-74)</p> <p>« À ce moment-là, on essaie de jouer la carte euh juste de la stimulation » (90)</p> <p>« Mais, si on est vraiment limite euh là on va essayer de jouer la carte de la stimulation » (91/92)</p> <p>« expliquer donc en amont hein au moment du bilan expliquer aux parents le mécanisme de la malposition » (148/149)</p> <p>« C'est vraiment leur expliquer quel mécanisme a fait que l'enfant a abouti à cette mauvaise position et comment nous on va corriger ça » (150-152)</p> <p>« l'explication du mécanisme » (155)</p>
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	4	<p>« soit les parents ont des inquiétudes quant à la correction du pied » (136)</p> <p>« les rassurer sur le fait que euh que ça n'est qu'une malposition et que donc euh leur bébé n'a pas de malformation de chose comme ça à long terme » (149/150)</p> <p>« surtout les rassurer quant à l'avenir et quant à.. parce que souvent ce qui revient c'est euh c'est bah est ce que ça aura des implications plus tard pour la marche ? est-ce que euh est-ce que c'est grave ? est-ce qu'on va réussir à le corriger ? » (152-154)</p> <p>« la réassurance des parents pour moi c'est quand même un point fondamental » (155/156)</p>
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	1	« ils font le bain ou si y'a pas de bain enfin ils font les soins euh classiques » (20/21)
		-	0	

	Niveau d'évolution	+	0	
	motrice	-	0	

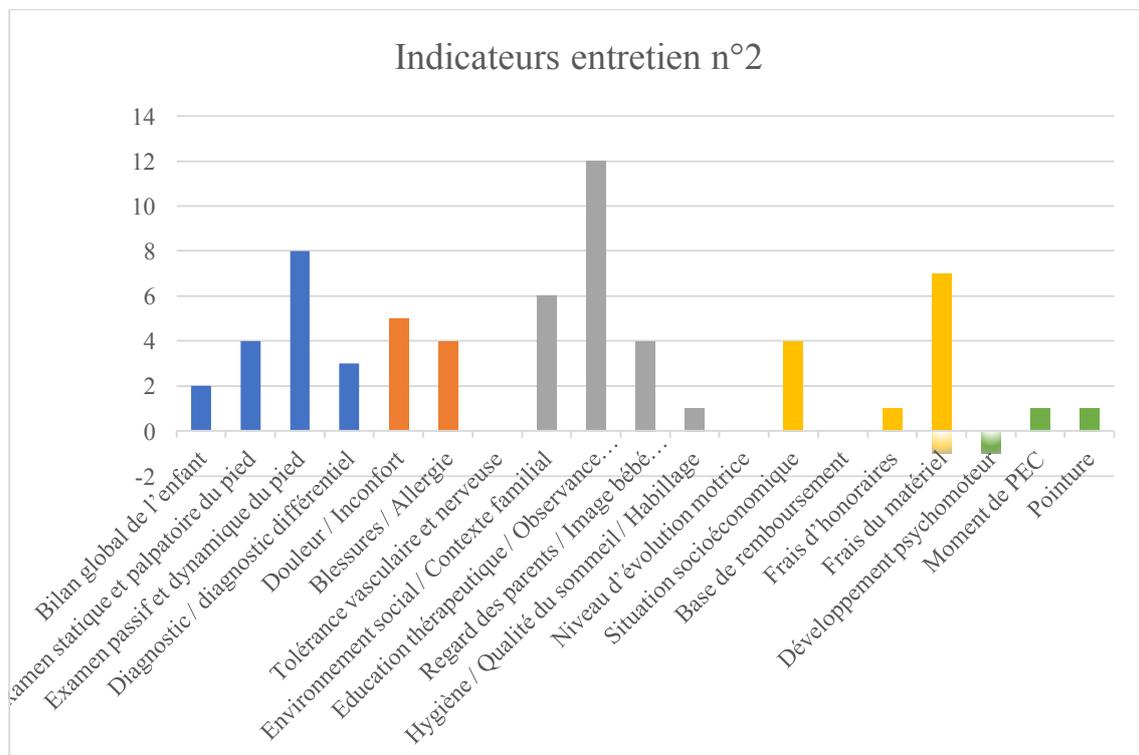
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	4	« il y a des arrangements euh avec la pharmacie de l'hôpital euh pour les parents qui sont vraiment très très démunis » (108/109) « les parents qui sont socio-économiquement très défavorisés n'auront pas forcément les moyens d'aller chez un kiné » (117/118) « ou alors je vous dis passer par le biais de la pharmacie de l'hôpital » (119/120) « comment y'a des trucs de euh situations précaires médicales précaires je crois que ça s'appelle comme ça » (122/123)
		-	0	
	Base de remboursement	+	0	
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	1	« Enfin voilà c'est dans le prix de l'hospit... » (103)
		-	0	
	Frais du matériel	+	7	« après effectivement les parents doivent (...) acheter euh deux rouleaux de Tensoban® et euh dix rouleaux de Tensoplast® 3 cm » (103-105) « Donc, effectivement ça représente un coût » (105/106) « qui sont vraiment très très démunis pour euh pour leur.. pour leur donner du matériel » (109/110) « Le gros écueil de ce traitement c'est que ça a un coût.. de... d'Elasto® » (111/112) « c'est soit essayer de trouver du matériel qui coûte un peu moins cher » (119) « pharmacie de l'hôpital euh qui peut euh avancer enfin avancer.. donner aux parents carrément » (120/121) « du coup ça peut être pris en charge par le euh par l'hôpital » (123/124)
		-	1	« alors le coût l'attelle en elle-même euh globalement ne coûte rien aux parents » (101)

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte	Développement psychomoteur	+	0	
		-	1	« normalement pour les métavarus non » (129)

et de début du traitement	Moment de PEC	+	1	« pendant le séjour en maternité » (14/15)
		-	0	
	Pointure	+	1	« plus grande parce que l'enfant aura grandi » (45)
		-	0	



Histogramme n°9 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°2



Histogramme n°10 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n°2

Annexe IX : Retranscription entretien n°3

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Alors modéré et partiellement réductible alors plusieurs cas de figure. Premier cas de
5 figure, je suis appelé en maternité pour voir un bébé qui a une déviation du pied qui en
6 général n'est pas étiqueté ni diagnostiqué par un chirurgien orthopédiste mais qui a été repéré
7 soit par la puéricultrice soit par la sage-femme soit encore par le pédiatre. Si il s'agit d'un
8 métatarsus varus métatarsus adductus c'est la même chose qui est bien réductible. En
9 général, je propose de ne rien faire du tout attendre un petit peu que le pied se déplie et on
10 voit à la consultation avec le pédiatre à l'âge d'un mois. On demande aux parents de rappeler
11 qu'effectivement l'enfant avait eu un petit quelque chose à la naissance mais qui n'avait pas
12 occasionné plus d'inquiétudes que ça en tout cas de ma part. Si la la classification Bleck tout
13 ça tu la connais donc on va pas s'apesantir sur le sujet. Si je vois que la classification de
14 Bleck est relativement importante et que le pied n'est pas réductible là euh on commence un
15 examen un peu plus poussé sur le plan orthopédique et strictement le pied pour savoir s'il
16 s'agit pas tout simplement d'un pied bot parce que ça arrive quand même plusieurs fois par
17 an que euh des pieds bots soient sous diagnostiqués à la naissance euh pas par les
18 orthopédistes hein mais par les pédiatres. C'est de façon assez régulière et il arrive qu'il y
19 ait des métatarsus adductus qui ressemblent tellement à des pieds bots qu'en fait il s'avère
20 que ça en soit. Donc, on fait bien le diagnostic différentiel entre le métatarsus adductus et
21 autre chose. Dès qu'on a un métatarsus adductus qui est un petit peu allez que partiellement
22 réductible, on regarde si y'a pas autre chose associé puisqu'on sait très bien que dès qu'il y
23 a un problème orthopédique y'a toujours un certain euh pourcentage euh un certain
24 pourcentage euh de risque qu'il y ait une déformation associée ou que le pied soit dans un
25 cadre euh plus syndromique. Alors, je sais que sur un métatarsus adductus normalement on
26 ne va pas en rencontrer dans les syndromes compliqués. Mais, il faut en tout cas avoir les
27 yeux suffisamment bien ouverts pour faire un examen qui soit méticuleux... de routine quoi
28 voilà. Il faut regarder bien entendu si y'a pas ni le torticolis, ni une malformation au niveau
29 des épaules, si le bassin va bien si les hanches vont bien, si le dos va bien, si le pied va bien.
30 Enfin bref si tout va bien partout. Si on est bien dans le cas isolé d'un métatarsus qui est
31 partiellement réductible unilatéral, traitement par plaquette simple. Ce que j'appelle
32 plaquette simple, c'est que on prend une plaquette métallique ou en plastique peu importe

33 euh le choix est guidé uniquement par ce qui nous tombe sous la main en premier lieu. On
34 met une petite chaussette c'est à dire du pansement tubulaire soit du pansement tubulaire
35 pour doigt pour les touts touts petits soit du pansement tubulaire tubifast® euh redline euh
36 et pour protéger la peau. On fait un appareillage de type strapping euh tout à fait équivalent
37 à celui qu'on fait euh dans un pied bot varus équien. Par exemple, si y'a deux métatarsus
38 adductus c'est là qu'il faut réfléchir soit ils sont selon moi partiellement réductibles mais
39 plutôt déjà pas mal réductibles pas vraiment méchants. A ce moment-là, je mettrais deux
40 plaquettes simples. Si je trouve que y'a alors soit pied en Z soit euh au moins un euh un pli
41 médio-tarsien un petit peu adhérent je me complique pas la vie je les mets sur Denis Browne
42 parce que en réalité euh on n'risque strictement rien à le faire à part gagner du temps. Donc,
43 c'est mieux de gagner du temps là on est toujours dans le cas d'une prise en charge plutôt
44 (rires) j'ai envie de dire normale après la naissance c'est à dire dans les premiers jours de
45 vie hein. On est en gros à la louche dans la première semaine. En première intention, je ne
46 dégage plus le thermo formable basse température pour une raison un peu simple c'est que
47 c'est pas si évident que ça à faire sur des nouveau-nés ça prend du temps et que la valeur
48 ajoutée ne me saute pas immédiatement aux yeux comme dans le cas d'un métatarsus varus.
49 Si j'ai pas un varus de l'arrière pied un petit peu raide si l'arrière pied est souple euh j'ai
50 envie de dire que je m'enquiquine pas à faire euh du thermo-formable à basse température
51 pour ça. Après, tu as les cas où on va se trouver face à des enfants qui sont pris un peu
52 tardivement voire très tardivement. Alors là, c'est embêtant parce que il va falloir d'office
53 bien sûr dans le.. dans le premier cas aussi hein je l'ai peut-être pas dit hein. Mais, dans le
54 premier cas aussi il faut qu'il soit vu par un chirurgien orthopédiste non pas pour confirmer
55 un diagnostic qui est quand même tout à fait évident mais pour qu'il y'ait un suivi. J'ai
56 remarqué que si on voulait que les parents prennent au sérieux ce qu'on leur disait ça allait
57 quand même mieux si le message était renforcé par le discours du chirurgien. Lorsqu'ils sont
58 pris plus tardivement, il arrive qu'on en prenne à un mois, deux mois, trois mois, six mois,
59 un an ça arrive ! C'est à se demander comment c'est possible mais ça arrive là euh c'est des
60 fois plus compliqué parce que imaginons qu'on prenne un enfant à l'âge de six mois. J'en ai
61 quand même eu pas mal euh première prise en charge six mois parce que personne n'a rien
62 vu, parce que personne n'a voulu voir hein euh maman a peut-être dit qu'il y avait quelque
63 chose et le pédiatre euh n'en a pas tenu compte ou maman n'avait rien vu non plus. Enfin
64 bon bref y'a tout le monde qui a regardé ailleurs pour faire simple. Euh si tu les mets sur
65 Denis Browne, y'a de fortes chances que l'enfant ne supporte pas parce que ça fait six mois
66 qu'il est dissocié euh ses deux membres inférieurs et si on les lui solidarise.. alors on les

67 solidarise pas tant que ça hein parce qu'avec un Denis Browne t'arrive à tendre une jambe
68 et plier l'autre c'est pas trop un souci. Mais par contre, l'abduction/ adduction euh non ça on
69 n'y arrive pas donc globalement ça ne sera pas ça la solution. A cet âge-là six mois, on peut
70 attaquer sur du collé d'ailleurs y'aura plutôt intérêt à ce qu'on attaque sur des attelles collées.
71 Y'a deux raisons à ça. La première raison, c'est que c'est la contention qui est la plus euh la
72 plus solide euh qui va être beaucoup plus correctrice que les petits bottillons. La deuxième
73 raison, c'est que d'une fois à l'autre tu auras la certitude qu'au moins la contention va être
74 restée posée. Sinon rien ne te dit que les parents n'auront pas enlevé la chaussure une demi-
75 heure après être sortie de chez toi. Euh auquel cas faudra pas s'étonner si de rendez-vous en
76 rendez-vous la situation n'évolue pas tellement. Quand ils sont plus grands, le cas de l'enfant
77 déjà marchant. Bah alors là de deux choses l'une soit euh on tombe sur un métatarsus qui..
78 j'ai envie de dire par miracle serait resté réductible en réalité ça existe pas ça non un
79 métatarsus si c'est un vrai qui est encore réductible ça n'existe pas. Mais bon, admettons que
80 on tombe sur vraiment un cas plutôt sympa. On va prescrire à la fois des chaussures type
81 CHUP'S correctives anti-adductus et dans l'idéal des bottillons correcteurs de nuit. Le souci
82 étant que les enfants qui ont un métatarsus adductus ne rentrent pas dans le cas des prises en
83 charge à 100% et que tout ce petit matériel qui est quand même bien cher. Euh ne sera pris
84 en charge que euh remarque c'est un petit idiot ce que je dis parce que de toute manière
85 même pris à 100% la pri.. la prise en charge reste plutôt mauvaise par la sécurité sociale et
86 mutuelle. Et le dernier en date qu'on a vu qui avait si mes souvenirs sont bons à peu près un
87 an. Il a bien dû rester 10 minutes dans le service avant d'être réenvoyé à l'orthopédiste pour
88 qu'il soit plâtré parce qu'en fait c'était un métatarsus qui était extrêmement raide chez un
89 enfant déjà marchant. Donc, tout ce que je viens de dire-là ne servait strictement à rien
90 puisque ça aurait été insuffisant et l'enfant n'aurait pas supporté de toute façon les
91 chaussures correctives avec des pieds qui sont trop euh qui sont trop raides. A partir de ce
92 moment-là et ben c'est quelque chose qui va ressembler un petit peu à un protocole Ponseti
93 mais de l'avant-pied c'est à dire qu'il aura quelques plâtres successifs pour arriver à mettre
94 le pied dans l'axe. Donc, correction de l'adduction hein je ne reprécise pas tout ça mais je
95 pense que dans le contexte de l'enregistrement on sait de quoi en parle. Euh lorsque le pied
96 sera assoupli à ce moment-là on pourra commencer à faire de la rééducation et passer à des
97 moyens de contention diurne et nocturne qui soient acceptables par l'enfant à ce moment-là
98 ...voilà euh. Il y a un certain nombre de cas mais très restreints de métatarsus adductus qui
99 deviennent chirurgicaux quand ils sont pris en charge tardivement ou et ils étaient raides et
100 on a pas fait ce qu'il fallait. D'ailleurs, le dernier auquel je fais allusion il n'est pas du tout

101 exclu que y'ait besoin d'un recours à la chirurgie à un moment ou à un autre pas en première
102 intention évidemment on va déjà essayer de le déplier avec les plâtres et puis de voir ce que
103 l'on va arriver à maintenir avec des euh des orthèses du commerce. Donc, si je devais
104 conclure un petit peu ce euh ce propos je dirais que on a à notre disposition le thermo-
105 formable basse température auquel je n'ai vraiment pas recours volontiers dans des cas
106 comme cela parce que en général euh il est pas d'usage si simple que ça et on préfère le
107 réserver vraiment à des indications plus type pied bot invétéré compliqué ou malformation
108 de pied tout à fait inhabituelle pour lesquelles les protocoles standards ne s'appliqueraient
109 pas. Euh quand on va avoir des types plaquettes qu'on va mettre à bord rectiligne ou en dans
110 le sens d'une correction euh de l'abduction, il y aura des petites chaussures bottillons qu'on
111 appelle 2A qui sont des petits bottillons euh en cuir avec une seule (inaudible) soit à bord
112 rectiligne soit à bord corrigé anti-adductus qu'on peut mettre dans... je suis en train d'en
113 montrer une à bord rectiligne ici hein ça c'est des produits de chez (inaudible) qu'on utilise
114 volontiers. Euh on a des chaussures qui sont ici celles-ci c'est une gauche à bord corrigé et
115 on a euh des bottillons bébax. Des bottillons bébax qui ont la caractéristique de pouvoir avoir
116 une correction 3D de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied à l'aide d'un système articulé
117 avec des petites euh avec des petites vis BTR euh qui sont incompatibles avec la mise debout
118 mais qui sont très efficaces euh pour des déformations qu'on a déjà bien pris en charge et
119 qui ont été bien assouplies ou pour des déformations qu'on prend en charge peut-être vers
120 deux/trois mois mais qui ont tendance à perdurer manifestement si ils viennent nous voir à
121 cet âge-là mais qui pour autant sont relativement souples et qui ne justifie pas d'avoir un
122 collage sur plaquette. Le collage sur plaquette étant vraiment l'équivalent quasiment du
123 plâtre hein il faut vraiment le raisonner comme ça. Euh le collage qu'on fait sur une plaquette
124 avec du strapping inextensible y'a zéro degré de liberté là-dedans sauf si on a raté le
125 strapping (rires) et qu'il s'en va tout seul. Mais, si il ne s'en va pas tout seul euh y'a très très
126 peu de tolérance et on va réserver ces cas-là donc à des métatarsus qui alors euh tu disais au
127 début partiellement réductibles mais partiellement réductibles plutôt vers le moins que euh
128 que vers le plus voilà. Donc, on a cet éventail de petits matériels qui vont donc depuis la
129 stimulation simple de la maman à la maternité sur le bord externe du pied alors j'dis bord
130 externe du pied par habitude. Mais, je rajoute souvent ou n'importe où ailleurs si ça
131 fonctionne parce que (rires) c'est pas toujours aussi simple que ça euh jusqu'au plâtre en
132 passant par de la contention souple, de la contention moins souple, de la chaussure du
133 bottillon correcteur. Enfin, tout ça ça existe et on a qu'à piocher là-dedans en fonction des
134 critères de réductibilité et de précocité de prise en charge. En conclusion, qu'est ce qui nous

135 fait déterminer l'un plutôt que l'autre ? Probablement des habitudes personnelles et aussi et
136 ça c'est compliqué dans.. à dire et à mesurer parce que c'est l'expérience que l'on a parce
137 que plus on en voit, plus on a vu, plus on sait que parfois on a été sur des protocoles un peu
138 un peu plus hard j'ai envie de dire. Mais pour autant il était pas franchement indispensable
139 et d'autres qui auraient été plus compliant au début et un peu gentil se rendent compte que
140 il vaut mieux ne pas l'être trop. Donc, c'est pour ça que finalement euh on finit tous par se
141 euh se retrouver sur les euh les points de vue euh hum evidence based pas franchement plus
142 que ça vraiment beaucoup liés à la pratique des différents individus et euh c'est aussi ce qui
143 fait le plaisir et le mérite du professionnel de santé.

144 **K : D'accord. Donc, si j'ai bien compris tout ce que vous venez de me dire. Vous m'avez**
145 **donné plusieurs exemples de contentions possibles. Euh au niveau de sur quoi vous**
146 **vous basez pour faire votre choix, vous avez parlé de tout ce qui est examen**
147 **orthopédique du pied, plus ou moins la qualité de vie de l'enfant pour savoir si il**
148 **supporte ou pas la contention, le fait si les parents sont plus ou moins observants en**
149 **réalisant des stimulations également sur le coût de la contention..**

150 I : OUI, OUI, ce que tu viens de dire est très important parce que encore une fois lorsque on
151 se trouve face à une malformation claire du pied qui rentre dans le cas du 100% on a une
152 latitude quant à la prescription euh y compris le grand appareillage hein l'attelle nocturne
153 sur moulage par un orthoprothésiste auquel on n'aura pas recours puisqu'on est là sur des
154 attelles à plusieurs centaines d'euros hein de l'ordre de 700, 900 € euh. Bien sûr, on aura pas
155 recours à ces techniques-là pour un enfant qui n'est pas suivi à 100 %. Il m'est arrivé très
156 souvent pour des indigents d'utiliser d'avoir recours à des plaquettes collées là où dans
157 d'autres cas j'aurais utilisé des chaussures ou bottillons correcteurs bien sûr. Tout
158 simplement parce que je voyais bien que si je demande aux gens quelque chose qui ne sont
159 pas en mesure de faire ils préféreront rompre la communication en quelque sorte et ne plus
160 amener l'enfant et finalement ne plus le suivre. Donc, c'est à nous aussi d'être un petit peu
161 fins et de nous adapter aux capacités de la famille.

162 **K : D'accord. Ensuite, vous m'avez parlé de l'examen orthopédique du pied. Qu'est-ce**
163 **que vous examinez ? Enfin, quel type de bilan vous faites et qu'est-ce que vous prenez**
164 **en compte ?**

165 I : Bilan standard euh bilan standard. On prend le bilan de diméglio. Le bilan de diméglio
166 correspond euh enfin comprend plutôt aussi un examen de l'avant du pied et on examine pas
167 un pied juste sur l'avant. On va examiner tout le pied même si si euh on veut tracer on ferait
168 une la classification de Bleck ça veut dire qu'on va prendre l'axe de l'arrière-pied et on va

169 regarder par quel orteil il passe généralement entre le premier et le deuxième. Un pied qui
170 serait franchement qui passe par le troisième, je vais pas m'affoler on pourra toujours
171 attendre un petit peu. Alors que on a quand même régulièrement des axes qui passent au
172 cinquième voire au-delà du cinquième et où là y'a pas de question à se poser il faut les traiter
173 immédiatement fussent-ils souples.

174 **K : Que vous pouvez me dire sur l'innocuité par rapport à la contention ?**

175 I : Y'a jamais de problème, y'a jamais de problème à partir du moment où on a mis une
176 couche protectrice. Alors, jamais il faut jamais dire jamais. J'ai eu un cas ... alors sur
177 quelques centaines d'enfants hein donc euh qui avait une espèce de réaction d'eczéma de
178 contact malgré le.. malgré la couche protectrice pour vraiment très particulière très atopique
179 euh. Mais pffff ! Sinon non qu'est-ce qui peut y avoir comme ennuis ? Il peut y avoir des
180 pieds qui sont un petit peu secs avec une peau qui peut se craqueler euh là où elle est mise
181 en tension. A ce moment-là, on met un petit euh petit morceau de pansement euh Duoderm®
182 comme on l'utilise quand on fait des randonnées des ampoules aux pieds. Ca va protéger, on
183 met pas une grande surface hein la zone lésée et plus un petit pourtour hein histoire que le
184 la euh le petit pansement colle bien. Mais non, y'a pas.. il peut pas y avoir de problème à
185 partir du moment où euh la personne qui appareille vérifie après la bonne euh la bonne
186 qualité circulatoire des extrémités. Evidemment, il peut y avoir des soucis si euh on a trop
187 serré. Le problème c'est que les contentions non extensibles c'est presque la même
188 problématique qu'un plâtre à partir du moment où on a trop serré ça ne se détendra pas après.
189 Mais, en même temps comme on sait que ça ne se détendra pas après il y a pas de piège
190 particulier. Si y'a pas eu de soucis moi les les tous bébés les tout nouveau-nés je les garde
191 une demi-heure dans le service pour vraiment être sûr de vérifier que tout va bien. Si y'a pas
192 eu de problème pendant la première semaine, y'aura pas de problème après et on a euh
193 enseigné si je puis dire aux parents la façon d'observer l'aspect circulatoire des extrémités
194 des pieds de l'enfant et on leur a donné les petits trucs de stimulation du gros orteil vers le
195 petit de façon à ce que l'enfant fasse travailler les extenseurs. Un enfant qui aurait une
196 déformation alors c'est très corrélé à la.. à la raideur de la déformation euh il va avoir envie
197 de repartir dans sa position initiale. Donc, il va avoir tendance à faire travailler beaucoup les
198 muscles agonistes et si il les fait travailler en permanence comme nous si on serrait le poing
199 on finirait par avoir les extensions nos extrémités pardon qui ne vascularisent pas bien. Les
200 bébés ont la particularité lorsqu'on on chatouille on stimule depuis le gros orteil vers le petit
201 d'avoir une extension immédiate et euh un retour à la circulation normale. Si ce n'était pas
202 le cas à ce moment-là bah ça voudrait dire que on a mal appareillé notre (inaudible). Il faut

203 recommencer à ce moment-là et dans le doute il faut recommencer c'est pas grave ça arrive
204 j'ai envie de dire quasiment jamais mais ça peut arriver comme on sait que techniquement
205 ça peut arriver on prend pas le risque et on vérifie.

206 **K : D'accord, pour moi je pense que c'est bon. Est-ce que vous voyez d'autres points**
207 **que l'on n'a pas abordé et que vous voulez développer ?**

208 I : Euh il y a euh un point qu'on a pas abordé. On a abordé la prise en charge. On a pas
209 abordé la fin de la prise en charge et euh la difficulté notamment lorsque on est prescrit par
210 un médecin de ville c'est que y'a un nombre de séances quand on est prescrit par un médecin
211 de l'hôpital on se fiche complètement du nombre de séances. Euh il faudrait pas le dire hein
212 mais on sait très bien que y'a pas y'a pas de soucis la sécurité sociale ne va jamais venir
213 nous demander pourquoi vous avez fait tant de séances. Ca ça n'existe pas à l'hôpital. Mais
214 en ville le médecin prescrit dix séances et au bout des dix séances bing on arrête bien entendu
215 et euh si on estime que il faut continuer il faut que le prescripteur soit d'accord de re-prescrire
216 ce qui évidemment euh ne sera pas toujours aussi automatique et simple que ça. Euh le
217 conseil qui est à donner c'est qu'on arrête jamais une prise en charge d'orthopédie infantile
218 de façon binaire à savoir je vois l'enfant x fois par semaine ou par mois et puis bim j'arrête.
219 Non faut jamais arrêter comme ça. Il faut arrêter euh je dis aux parents on arrête avec un
220 élastique c'est à dire que on se voyait deux fois par semaine, après on va se voir une fois,
221 après on va se voir une fois toutes les deux/trois semaines et puis après, on va se revoir dans
222 un mois ou deux et puis après, on se reverra encore un petit peu plus tard de façon à observer
223 si une euh une déformation.. j'ai pas dit une malformation mais une déformation de quelque
224 nature qu'elle soit aurait éventuellement envie de récidiver. Ca se voit ça se voit ça se voit
225 même euh bien régulièrement j'ai envie de dire y compris dans des cas euh où euh on aurait
226 pas eu de raisons d'être particulièrement suspicieux puisque on avait pas une gravité
227 particulière au départ et où on a eu un bon succès hum une bonne facilité à pouvoir le traiter.
228 Mais, il faut se méfier du facteur croissance c'est la croissance peut nous aider beaucoup et
229 peut parfois se montrer particulièrement adverse.

230 **K : Quand vous parlez de croissance, vous tenez compte de l'âge du nourrisson et vous**
231 **le suivez jusqu'à ce qu'il ait fini sa croissance ?**

232 I : Nooon parce que on ne va pas suivre un métatarsus adductus jusqu'à dix-huit ans hein là
233 ta question est tout à fait intelligente. Euh je vais partir du principe que à partir du moment
234 où j'ai arrêté et si avec un intervalle d'un mois tout va bien. Bon ok, ce n'est pas nécessaire.
235 Mais par contre, si vous voyez la moindre chose vous n'attendez pas trois mois pour nous
236 recontacter vous nous recontactez rapidement pour qu'on puisse se revoir et éventuellement

237 euh euh réorganiser une consultation avec euh le chirurgien. Alors je crois qu'il faut vraiment
238 insister sur le fait qu'en matière d'orthopédie infantile l'interlocuteur du kinésithérapeute. Il
239 faut que ce soit le chirurgien orthopédiste et dans les déformations isolées de l'avant-pied
240 c'est un peu le souci c'est que ça peut être jugé pas suffisamment important pour aller
241 embêter un chirurgien orthopédiste avec ça pour autant celui qui est formé dans ses études
242 médicales en orthopédie c'est le chirurgien orthopédiste. Ce n'est pas le pédiatre pour une
243 raison très simple qu'un jour nous avait dit un chirurgien alors qu'on faisait une matinée de
244 formation ensemble euh quelqu'un demandait : « mais pourquoi est-ce que il y a autant de
245 cas qui passent à l'as par les pédiatres de ville ? » et le médecin qui était avec moi a dit :
246 « mais pour une raison extrêmement simple les pédiatres n'ont pas de cours d'orthopédie
247 infantile » et devant le « ooooh » de l'assemblée elle avait dit : « mais sisi je sais parce que
248 c'est moi qui leur donne le seul cours qui est l'examen clinique de l'enfant normal et qu'à
249 partir de là c'est un peu compliqué quand même de voir toutes les déformations qu'il peut y
250 avoir ». J'en terminerais là-dessus par une petite boutade. C'est que en général quand on
251 nous appelle pour un pied varus c'est un peu un terme générique qui veut dire y'a quelque
252 chose au niveau du pied mais je ne sais pas ce que c'est viens voir. D'ailleurs en général, tu
253 vas voir c'est peut-être tout sauf un pied varus (rires) mais disons que les statistiques sont
254 avec eux puisque dans 90% des cas on a des malformations ou des déformations à schéma
255 interne pour a peu près 10% à schéma externe. Donc, en disant dans le sens du varus on a
256 moins de chance de se tromper mais (rires) c'est parce que souvent c'est à peu près le le seul
257 élément euh lié à l'orthopédie infantile que (rires) certains connaissent voilà

258 **K : D'accord, merci beaucoup d'avoir accepté l'entretien.**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°3 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	3	« on regarde si y'a pas autre chose associé puisqu'on sait très bien que dès qu'il y a un problème orthopédique y'a toujours un certain euh pourcentage euh un certain pourcentage euh de risque qu'il y ait une déformation associée ou que le pied soit dans un cadre euh plus syndromique » (22-25) « Mais, il faut en tout cas avoir les yeux suffisamment bien ouverts pour faire un examen qui soit méticuleux... de routine quoi voilà » (26-28) « Il faut regarder bien entendu si y'a pas ni le torticolis, ni une malformation au niveau des épaules, si le bassin va bien si les hanches vont bien, si le dos va bien, si le pied va bien. Enfin bref si tout va bien partout » (26-30)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	3	« on commence un examen un peu plus poussé sur le plan orthopédique et strictement le pied » (14/15) « soit euh au moins un euh un pli médio-tarsien un petit peu adhérent » (40/41) « on examine pas un pied juste sur l'avant. On va examiner tout le pied » (166/167)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	3	« Si j'ai pas un varus de l'arrière pied un petit peu raide si l'arrière pied est souple » (49) « Bilan standard euh bilan standard. On prend le bilan de diméglio. Le bilan de diméglio correspond euh enfin comprend plutôt aussi un examen de l'avant du pied » (165/166) « Un enfant qui aurait une déformation alors c'est très corrélé à la raideur de la déformation euh il va avoir envie de repartir dans sa position initiale. Donc, il va avoir tendance à faire travailler beaucoup les muscles agonistes » (195-198)
		-	0	
	Diagnostic/diagnostic différentiel	+	10	« si la la classification Bleck tout ça tu la connais » (12/13) « si je vois que la classification de Bleck est relativement importante et que le pied n'est pas réductible » (13/14) « pour savoir s'il s'agit pas tout simplement d'un pied bot » (15/16) « ça arrive quand même plusieurs fois par an que euh des pieds bots soient sous diagnostiqués à la naissance » (16/17) « C'est de façon assez régulière et il arrive qu'il y ait des métatarsus adductus qui ressemblent

			tellement à des pieds bots qu'en fait il s'avère que ça en soit » (18-20) « donc, on fait bien le diagnostic différentiel entre le métatarsus adductus et autre chose » (20/21) « Alors, je sais que sur un métatarsus adductus normalement on ne va pas en rencontrer dans les syndromes compliqués » (25/26) « Si je trouve que y'a alors soit pied en Z » (40) « on a qu'à piocher là-dedans en fonction des critères de réductibilité » (133/134) « si euh on veut tracer on ferait une la classification de Bleck ça veut dire qu'on va prendre l'axe de l'arrière-pied et on va regarder par quel orteil il passe généralement entre le premier et le deuxième » (167-169)
	-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	2	« l'enfant n'aurait pas supporté de toute façon les chaussures correctives avec des pieds qui sont trop euh qui sont trop raides » (90/91) « passer à des moyens de contention diurne et nocturne qui soient acceptables par l'enfant à ce moment-là » (96/97)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	5	« On met une petite chaussette c'est à dire du pansement tubulaire (...) pour protéger la peau » (34-36) « Y'a jamais de problème, y'a jamais de problème à partir du moment où on a mis une couche protectrice » (175/176) « J'ai eu un cas ... alors sur quelques centaines d'enfants hein donc euh qui avait une espèce de réaction d'eczéma de contact malgré le.. malgré la couche protectrice pour vraiment très particulière très atopique » (176-178) « Il peut y avoir des pieds qui sont un petit peu secs avec une peau qui peut se craqueler euh là où elle est mise en tension » (179-181) « moi les les tous bébés les tout nouveau-nés je les garde une demi-heure dans le service pour vraiment être sûr de vérifier que tout va bien. Si y'a pas eu de problème pendant la première semaine, y'aura pas de problème après » (190-192)
		-	0	
	Tolérance vasculaire	+	4	« il peut pas y avoir de problème à partir du moment où euh la personne qui appareille vérifie après la bonne la bonne qualité circulatoire des extrémités » (184-186)

	et nerveuse			<p>« Evidemment, il peut y avoir des soucis si euh on a trop serré » (186/187)</p> <p>« moi les les tous bébés les tout nouveau-nés je les garde une demi-heure dans le service pour vraiment être sûr de vérifier que tout va bien. Si y'a pas eu de problème pendant la première semaine, y'aura pas de problème après » (190-192)</p> <p>« Les bébés ont la particularité lorsqu'on on chatouille on stimule depuis le gros orteil vers le petit d'avoir une extension immédiate et euh un retour à la circulation normale. Si ce n'était pas le cas à ce moment-là bah ça voudrait dire que on a mal appareillé » (200-202)</p>
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	1	« Tout simplement parce que je voyais bien que si je demande aux gens quelque chose qui ne sont pas en mesure de faire ils préféreront rompre la communication en quelque sorte et ne plus amener l'enfant et finalement ne plus le suivre » (158-160)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	7	<p>« J'ai remarqué que si on voulait que les parents prennent au sérieux ce qu'on leur disait ça allait quand même mieux si le message était renforcé par le discours du chirurgien » (56/57)</p> <p>« que d'une fois à l'autre tu auras la certitude qu'au moins la contention va être restée posée » (73/74)</p> <p>« Sinon rien ne te dit que les parents n'auront pas enlevé la chaussure une demi-heure après être sortie de chez toi » (74/75)</p> <p>« on a cet éventail de petits matériels qui vont donc depuis la stimulation simple de la maman à la maternité sur le bord externe du pied alors j'dis bord externe du pied par habitude » (128-130)</p> <p>« on a euh enseigné si je puis dire aux parents la façon d'observer l'aspect circulatoire des extrémités des pieds de l'enfant » (192-194)</p> <p>« on leur a donné les petits trucs de stimulation du gros orteil vers le petit de façon à ce que l'enfant fasse travailler les extenseurs » (194/195)</p> <p>« si vous voyez la moindre chose vous n'attendez pas trois mois pour nous recontacter vous nous recontactez rapidement pour qu'on puisse se revoir et éventuellement euh euh réorganiser une consultation avec euh le chirurgien » (235-237)</p>
		-	0	

	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	0	
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	0	
		-	0	
	Niveau d'évolution motrice	+	2	« si on les lui solidarise.. alors on les solidarise pas tant que ça hein parce qu'avec un Denis Browne t'arrive à tendre une jambe et plier l'autre c'est pas trop un souci. Mais par contre, l'abduction/adduction euh non ça on n'y arrive pas donc globalement ça ne sera pas ça la solution » (67-69) « Des bottillons bébax qui ont la caractéristique de pouvoir avoir une correction 3D de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied à l'aide d'un système articulé avec des petites euh avec des petites vis BTR euh qui sont incompatibles avec la mise debout » (115-117)
-		0		

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
	Situation socio-économique	+	2	« Il m'est arrivé très souvent pour des indigents d'utiliser d'avoir recours à des plaquettes collées là où dans d'autres cas j'aurais utilisé des chaussures ou bottillons correcteurs bien sûr » (155-157) « Donc, c'est à nous aussi d'être un petit peu fins et de nous adapter aux capacités de la famille » (160/161)
		-	0	
Coût	Base de remboursement	+	7	« Le souci étant que les enfants qui ont un métatarsus adductus ne rentrent pas dans le cas des prises en charge à 100% » (81-83) « même pris à 100% la pri.. la prise en charge reste plutôt mauvaise par la sécurité sociale et mutuelle » (85/86) « encore une fois lorsque on se trouve face à une malformation claire du pied qui rentre dans le cas du 100% on a une latitude quant à la prescription » (150-152) « Bien sûr, on aura pas recours à ces techniques-là pour un enfant qui n'est pas suivi à 100% » (154/155)

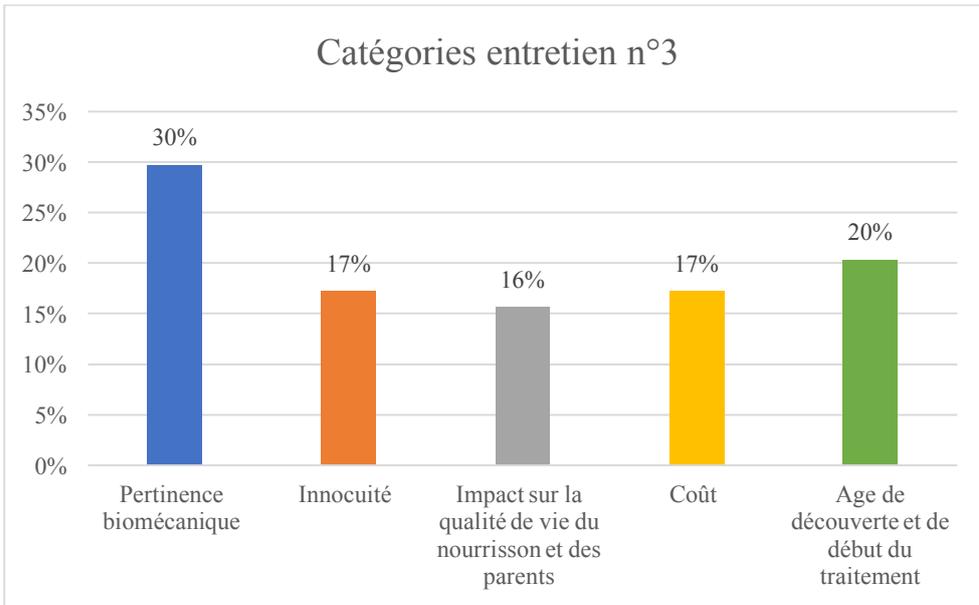
				<p>« la difficulté notamment lorsque on est prescrit par un médecin de ville c'est que y'a un nombre de séances » (209/210)</p> <p>« quand on est prescrit par un médecin de l'hôpital on se fiche complètement du nombre de séances » (210/211)</p> <p>« Mais en ville le médecin prescrit 10 séances et au bout des 10 séances bing on arrête bien entendu et euh si on estime que il faut continuer il faut que le prescripteur soit d'accord de re-prescrire ce qui évidemment euh ne sera pas toujours aussi automatique et simple que ça » (214-216)</p>
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	0	
		-	0	
	Frais du matériel	+	2	<p>« tout ce petit matériel qui est quand même bien cher » (83)</p> <p>« auquel on n'aura pas recours puisqu'on est là sur des attelles à plusieurs centaines d'euros hein de l'ordre de 700, 900€ euh » (153/154)</p>
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	3	<p>« Euh si tu les mets sur Denis Browne, y'a de fortes chances que l'enfant ne supporte pas parce que ça fait six mois qu'il est dissocié euh ses deux membres inférieurs » (64-66)</p> <p>« le cas de l'enfant déjà marchant » (76/77)</p> <p>« c'était un métatarsus qui était extrêmement raide chez un enfant déjà marchant » (88/89)</p>
		-	0	
	Moment de PEC	+	10	<p>« je suis appelé en maternité pour voir un bébé qui a une déviation du pied » (5)</p> <p>« là on est toujours dans le cas d'une prise en charge plutôt (rires) j'ai envie de dire normale après la naissance c'est-à-dire dans les premiers jours de vie hein » (43-45)</p> <p>« En première intention, je ne dégage plus le thermo formable basse température pour une raison un peu simple c'est que c'est pas si évident que ça à faire sur des nouveau-nés ça prend du temps » (45-47)</p> <p>« Après, tu as les cas où on va se trouver face à des enfants qui sont pris un peu tardivement voire très tardivement » (51/52)</p> <p>« Lorsqu'ils sont pris plus tardivement, il arrive qu'on en prenne à un mois, deux mois, trois mois, six mois, un an ça arrive ! » (57-59)</p>
		-	0	

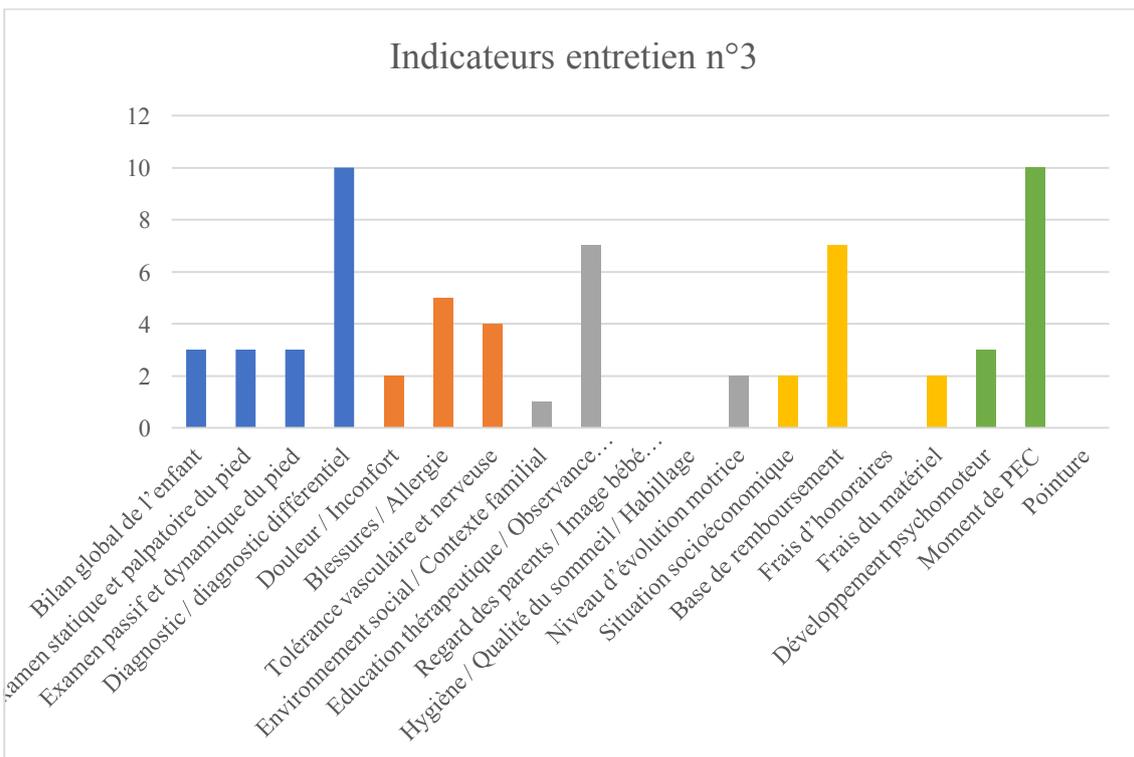
				« première prise en charge six mois parce que personne n'a rien vu, parce que personne n'a voulu voir hein » (61/62) « Quand ils sont plus grands » (76) « Et le dernier en date qu'on a vu qui avait si mes souvenirs sont bons à peu près un an » (86) « pour des déformations qu'on prend en charge peut-être vers deux/trois mois » (119/120) « on a qu'à piocher là-dedans en fonction (...) précocité de prise en charge » (133/134)
		-	0	
	Pointure	+	0	
		-	0	

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
	Habitudes personnelles	+	1	« Probablement des habitudes personnelles » (135)
		-	0	
	Expérience professionnelle	+	2	« et aussi et ça c'est compliqué dans.. à dire et à mesurer parce que c'est l'expérience que l'on a parce que plus on en voit, plus on a vu, plus on sait que parfois on a été sur des protocoles un peu un peu plus hard j'ai envie de dire » (135-138) « Mais pour autant il était pas franchement indispensable et d'autres qui auraient été plus compliant au début et un peu gentil se rendent compte que il vaut mieux ne pas l'être trop » (138-140)
-		0		



Histogramme n°11 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°3



Histogramme n°12 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 3

Annexe X : Retranscription entretien n°4

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Alors déjà ça dépend de l'âge de l'enfant de l'âge à laquelle il arrive le plus.. le plus facile
5 c'est quand ils sortent de la maternité. J'en ai qui m'appellent juste euh à leur sortie de
6 maternité. Ça a été diagnostiqué par le pédiatre lors du premier examen. Donc quand c'est
7 léger ou modéré euh je mets je une euh une contention euh je mets euh du Leukoplast® euh
8 enfin je sais pas si vous voyez tous les... différents types de euh contentions. Mais je fais
9 euh des petits bandages souvent avec des plaquettes même quand c'est ... même quand c'est
10 euh quand c'est léger modéré en général je mets des petites plaquettes.

11 **K : D'accord, comment vous faites votre bandage ? Pouvez-vous m'expliquer un peu ?**

12 I : Ouais, alors c'est vraiment complexe à expliquer comme ça mais après je pourrais
13 éventuellement vous envoyer des photos ou des vidéos mais bon. euh alors en gros euh déjà
14 je protège toujours la peau euh avec... des protections de peau que ce soit double peau ou
15 bien un petit tissu collant qui s'appelle Fixomull®. euh ensuite euh en fait le plus important
16 c'est de regarder quand je fais mon diagnostic sur quoi je me base. C'est euh je mets euh
17 l'enfant euh devant moi euh sur le dos et je mets son genou au zénith et là je prends son talon
18 dans ma main et je vois enfin... je prends même pas son talon mais plutôt son mollet et je
19 laisse pendre le pied. Je vois de dessous en fait si le pied il est droit ou si il est euh je peux
20 même pas le faire... mais si y'a un angle entre l'arrière-pied et l'avant-pied. En fait c'est sur
21 ça que je me base. Tout à l'heure la question c'était sur quoi vous vous basez bah c'est sur
22 l'observation voilà de dessous du pied. euh normalement le bord externe doit être aligné
23 donc normalement on met son doigt comme ça. En fait euh je sais pas si je vais y arriver
24 y'a... je mets mon doigt le long du bord externe du talon et si l'avant-pied suit mon bord de
25 doigt bah c'est que c'est tout droit et si y'a un angle c'est que y'a une déviation en fait. Donc
26 le strap ça va surtout être pour corriger ça. Donc euh souvent ça s'accompagne aussi d'une
27 rotation un petit peu des métatarsus c'est-à-dire d'une d'un varus bah oui c'est un métatarsus
28 varus mais enfin c'est pas qu'une adduction c'est aussi un varus. Du coup en fait je prends
29 une grande bande large j'entoure les métas euh par la face interne et je viens tirer ouvrir les
30 métas vers l'extérieur tout en fixant mon talon. Donc ça permet de réduire l'angle et en gros
31 une fois que j'ai réduit cet angle j'le je fixe la plaquette. Je sais pas si vous voyez ce que
32 c'est les petites plaquettes en plexi ?! C'est la forme du pied c'est transpa enfin transparent

33 non mais les miennes elles sont transparentes. Mais en gros c'est des plaquettes dures en
34 pléxi et euh bah ça permet corriger un pied bien droit et donc je f... je pose ma plaquette...
35 je tends bien ma bande je pose ma plaquette et là j'enroule l'avant-pied pour bien fixer
36 comme ça mais c'est un peu plus complexe parce que je dois... Donc en fait ça ça corrige
37 la... le varus l'adduction des métas mais je fixe aussi bien le talon avec une bande... face
38 interne pour euh pour bien fixer en fait le talon... pour pas que le talon il vienne avec parce
39 que si j'ai pas de contre prise euh bah tout vient avec. Donc je fais ça et après y'a encore des
40 bandes supplémentaires c'est vraiment pas évident de d'imaginer en décrivant comme ça
41 mais bon. En gros je mets une bande sur le talon postérieure que je laisse pendre après je
42 fais une bande euh des bandes fines qu'on appelle des spartiates qui sont censées fixer le
43 médio-pied euh qui passent au niveau du milieu du pied sur le médio-pied et après qui
44 passent derrière le talon. Une fois que j'ai fixé mes bandes spartiates bah là ma bande qui
45 pendait je la tire à fond je tire le talon vers le bas et je l'accroche à la plaquette. Je le fixe
46 bien à la plaquette pour que le talon il soit vraiment très très solidaire de la plaquette et après
47 donc bien dans l'axe et après bah mon avant-pied il est remis dans l'axe avec la rotation qui
48 va avec, voilà.

49 **K : D'accord, si je reprends un peu ce que vous m'avez dit. Vous avez dit que vous vous**
50 **barez sur tout ce qui est diagnostic, l'observation savoir s'il y a une adduction ou un**
51 **varus du pied. Est-ce que vous faites autre chose pour l'examen clinique ?**

52 I : Je regarde aussi euh la position de la cheville c'est à dire le talon parce que il faut regarder
53 le pied en lui-même c'est à dire le l'arrière-pied par rapport à l'avant-pied. Il faut aussi
54 regarder euh l'axe du talon par rapport à la jambe. Ca euh on l'observe avec l'enfant sur le
55 ventre et euh il plie un petit peu ses genoux sur ses fesses. Du coup en fait on voit si euh le
56 euh bah calcanéum il est dans l'axe dans le bon axe. Ca doit pas être exactement tout droit
57 mais euh ça doit être un petit peu en valgus normalement et on voit si c'est vraiment en
58 varus. Des fois y'a des pieds qui rentrent en plus de l'adduction du méta y'a le pied qui la
59 cheville qui tourne vraiment très fort vers l'intérieur... donc ça pour corriger ça euh je fixe..
60 donc la plaquette elle corrige vraiment le pied en lui-même et après la plaquette je l'attache
61 au mollet euh soit avec des... un strap un Tensoplast® un Elasto® soit euh maintenant je fais
62 plus trop ça. Maintenant je fais euh je fais des attelles en fait dans mon cabinet j'ai des
63 attelles thermo formables. Du coup je les moule sur mesure et je corrige bien l'axe du de la
64 cheville. En fait avec les attelles quoiqu'il arrive il faut jamais poser une plaquette euh sans
65 attacher le pied à la jambe au segment jambier. On fait pas parce qu'en fait le métatarsus
66 varus c'est pas une question euh que du pied intrinsèque. C'est aussi euh ça fait intervenir

67 en fait euh le... le tibial postérieur et tout enfin ceux qui sont euh inverseurs c'est ça hein
68 ouais ! Du coup eux ils s'insèrent dans la jambe donc euh il faut maintenir la enfin ouvrir le
69 pied par rapport à la jambe parce que si on corrige même si y'a que un métatarsus varus et
70 qu'on met que une petite plaquette bah ça va quand même partir vers l'intérieur. Les mu...
71 les les tensions musculaires elles sont trop fortes pour ça. Ça tire depuis la jambe en gros en
72 fait. Donc il faut forcément ouvrir la cheville et maintenir la cheville... et surtout les
73 plaquettes il faut qu'elles soient vraiment dures. Enfin la formation que j'ai fait à [Nom de
74 formation] ils préconisent vraiment les plaquettes en plexi les transparentes là. Elles sont
75 dures j'ai vu des montages faits avec des euh des calendriers par exemple des planches de
76 calendrier en carton là dans laquelle on découpait ça vraiment ça tient pas du tout. Enfin
77 c'est pas du tout assez rigide pour corriger un pied un métatarsus ça tient pas.

78 **K : D'accord, vous m'avez parlé aussi de la protection de la peau. Vous tenez compte**
79 **de tout ce qui est innocuité pour l'enfant. Ensuite, que pouvez-vous me dire sur la**
80 **qualité de vie de l'enfant et des parents ?**

81 I : C'est à dire le la contrainte que ça implique ? Bah en fait je les je leur explique bien quel
82 est le protocole quelle est la conduite à tenir. C'est assez rigoureux parce qu'il faut se voir
83 deux à trois fois par semaine. C'est toujours moi qui enlève les bandes qui mets les bandes
84 au début. Donc euh il faut bien observer comment la peau réagit parce que quand c'est un
85 tout petit nourrisson c'est vrai que la peau elle est assez fragile. Donc euh parfois ça irrite
86 un peu donc on change la protection de peau. Je passe à une protection plus épaisse. Donc
87 euh voilà je leur explique bien après petit à petit quand même ça s'allège c'est à dire que
88 c'est vrai que ce qui est un peu contraignant c'est que les parents ne peuvent pas donner un
89 bain par exemple parce qu'il ne faut pas mouiller les plaquettes. euh ou alors ils ne peuvent
90 pas mettre les petits pyjamas qu'ils ont acheté. C'est plus ça qui me... que les parents
91 retiennent en fait euh on peut pas lui mettre ses petits pyjamas parce que ça fait des grosses
92 plaquettes avec des attelles. Ou alors le bain ouais mais euh bon en général quand ils sont
93 vraiment tout petits c'est pas des phases qui durent très longtemps. Ça peut durer ouais trois
94 semaines un mois mais euh mais après rapidement ça s'allège. Le montage s'allège j'enlève
95 je retire quelques bandes. Par exemple si je vois qu'il y'a plus la rotation à faire j'enlève la
96 bande rotatoire et donc après quand on enlève les plaquettes ça va mieux. Mais c'est vrai
97 que au début. au début c'est vrai que c'est pas évident il faut bien expliquer aux parents pour
98 les contraintes que ça implique ouais.

99 **K : D'accord. Ensuite que pouvez-vous me dire sur le coût de la prise en charge ?**

100 I : Combien ça coûte ? Si je tiens compte du prix des bandes et tout ça ? Oui, après bon ben
101 moi je prescris toutes les bandes à acheter aux parents. euh ils vont acheter ça en pharmacie
102 et ils sont remboursés.

103 **K : En totalité ?**

104 I : Non ! Non parce que par là si c'est une pr... si c'est une ordonnance de kiné ils sont moins
105 bien remboursés que si c'est une ordonnance de médecin. Donc euh ça ça pose un peu un
106 problème. D'ailleurs on essaie un petit peu de faire bouger les choses au niveau du
107 remboursement parce que en tant que kiné on peut prescrire des ceintures lombaires des
108 cannes et tout. Mais des straps on pourrait aussi avoir le droit de prescrire parce que c'est
109 complètement de notre champ de compétences. Enfin ça c'est une autre histoire mais euh
110 voilà ils sont remboursés un petit peu. euh c'est surtout quand je fais des attelles que ça coûte
111 un peu plus cher parce que les plaquettes je les fournis moi-même. Je me suis achetée tout
112 un jeu de plaquettes une vingtaine. Du coup c'est moi qui les pose et à la fin les parents me
113 les rendent parce que en fait y'a des plaquettes incurvées y'a des plaquettes droites suivant
114 l'évolution du traitement et puis y'a des petites plaquettes, des grandes plaquettes. Quand
115 l'enfant grandit je change moi-même la plaquette. Mais euh il faut par contre acheter le
116 matériel qui fait les attelles et ça ça coûte un peu plus cher. Mais bon euh quand c'est comme
117 ça je prescris et je dis aux gens de demander à leur médecin de retranscrire telle quelle
118 l'ordonnance et puis ils sont mieux remboursés voilà.

119 **K : D'accord. Ensuite, vous avez parlé par rapport à l'âge. Que prenez-vous en compte**
120 **au sujet des niveaux d'acquisition de l'enfant ?**

121 I : Hum en gros jusqu'à ce qu'il se mette debout tout seul je fais toujours ça parce que c'est
122 vraiment ce qui a de plus efficace. Je mets les straps les plaquettes les attelles euh jusqu'à
123 ce qu'il se mette debout. Donc ils marchent très bien à quatre pattes avec, ils arrivent très
124 bien à se retourner à s'asseoir. Au contraire, ils se débrouillent très bien. Je préfère vraiment
125 miser sur la correction du pied plutôt que... que de ne pas le faire en fait et après d'avoir un
126 pied qui soit pas corrigé parce qu'après moi j'ai des enfants qui arrivent à l'âge de deux ans
127 qui ont les pieds comme ça. J'en ai même une qui à dix ans là c'est plus possible. Enfin là
128 on peut plus corriger enfin après c'est chirurgical ou alors je sais pas mais ou alors on laisse
129 comme ça. Mais c'est trop dommage quoi alors que les résultats qu'on a quand on est de
130 zéro à dix/douze mois jusqu'à ce qu'ils se mettent debout c'est vraiment euh c'est vraiment
131 très positif quoi... Après quand c'est donc ça vraiment enfin je veux dire 80% du temps voilà
132 des straps avec tout le montage les plaquettes et les attelles. euh si c'est vraiment très léger
133 ou si c'est pas vraiment un métatarsus varus que le pied est bien corrigé mais que ça vient

134 beaucoup de la cheville là je mets juste un petit strap de rappel c'est à dire que je mets un
135 Elasto® élastique là euh sur le dessus du pied. Je viens prendre le premier rayon je passe en
136 dessous et là je tends sur le côté de la jambe. J'entoure sur la jambe et je viens faire un rappel
137 juste sur le côté. Ça c'est juste un petit Elasto®. Bon après c'est rien du tout parce que quand
138 on remet une chaussette par-dessus ça se voit plus et tout. Mais quand vraiment pour
139 reprendre la question du début est-ce que si c'est vraiment très léger et euh voilà je fais ça
140 mais euh ça dure oui trois semaines un mois.

141 **K : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres points que vous voulez aborder ?**

142 I : Euh.... Oui j'avais des trucs en tête... je sais plus mais... non en fait ouais donc je mets
143 ça je sais plus ce que je voulais dire ouais ! En fait y'a trois phases dans le traitement. euh
144 y'a une phase de correction, une phase de maintien et une phase de sevrage. En fait la
145 correction, c'est quand le pied arrive avec vraiment un métatarsus varus et du coup je corrige
146 euh ass... je corrige assez fort c'est à dire que j'essaye de faire un petit peu en miroir autant
147 que c'est vers l'intérieur je mets vers l'extérieur. Enfin dans l'idée mais.. et du coup ça c'est
148 avec plaqu... pour les plaquettes incurvées en haricot un peu. Du coup je la mets incurvée
149 dans le sens de l'ouverture. euh après quand on a bien récupéré le bord et que le bord est
150 bien droit on adapte toujours le traitement avec ce qu'on observe euh quand j'enlève tout le
151 montage là. Hum après je mets une plaquette à bord droit donc là c'est la phase de maintien
152 parce que faut pas arrêter du jour au lendemain parce que vraiment si ça revient ça a tendance
153 à revenir. Donc c'est pour ça que c'est assez long parce qu'il faut garder le plus longtemps
154 possible la correction jusqu'à ce que l'enfant grandisse un peu et que son pied maintienne
155 bien bien la correction. euh donc ça c'est la phase de maintien plaquette à bord droit et on
156 maintient encore un peu comme ça trois/quatre semaines. euh et après c'est la phase de
157 sevrage. On arrête pas du jour au lendemain on arrête progressivement. En fait je dis aux
158 parents bah voilà désormais vous allez devoir enlever ça à la maison trois heures avant deux
159 trois heures avant de venir me voir. Comme ça je vois si pendant deux heures si ça revient
160 ou pas. Si ça revient pas bah je dis bah maintenant vous l'enlevez une demi-journée ou la
161 veille. Petit à petit, on enlève comme ça et à la fin on finit on fait que l'attelle la nuit. En
162 général, je dis bah là on va mettre les attelles que la nuit ça dérange beaucoup moins les
163 parents déjà parce que la journée ils peuvent être les pieds libres, ils peuvent prendre des
164 bains etc.. et après voilà on enlève une nuit sur deux.

165 **K : Quand vous dites les attelles de nuit c'est tout le montage que vous faites avec le**
166 **bandage ou c'est des attelles spécifiques ?**

167 I : Hum alors en fait quand y'a les plaquettes c'est toujours le montage tout spécifique. Mais
168 quand on en est à la phase de sevrage, je change un peu la... enfin je modifie un peu l'attelle,
169 je la moule sur un pied nu sans plaquette ni rien. Je mets juste une bande qui tracte un peu
170 le pied vers l'avant juste qui tracte le pied dans l'axe. Ça c'est juste une bande sur le pied
171 qui fait que on tracte dans l'axe et qu'on vient coller à l'attelle. Du coup euh ça c'est très
172 facile à faire par les parents et y'a juste à mettre le pied dans l'attelle et mettre une bande de
173 velpeau pour tenir. Mais euh voilà j'explique bien aux parents je les forme pendant la séance.

174 **K : D'accord, c'est une attelle thermo-formable c'est ça ?**

175 I : ouais ouais c'est du c'est du Xlite. C'est une sorte de résine euh des rouleaux de résine.
176 En fait quand on le met dans le chaud après ça se moule bien sur l'enfant et on a une minute
177 pour en gros bien apporter la correction au pied. Donc je tiens bien la cheville et je corrige
178 exactement comme je veux corriger. Et voilà en une minute ça durcit et puis après bah je le
179 découpe des bords ronds pour que ce soit voilà pour que ce soit facile mais voilà c'est ce
180 type d'attelle ouais en résine un peu en plastique.

181 **K : D'accord, je pense que pour moi c'est bon ! Merci d'avoir accepté l'entretien.**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°4 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	0	
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	6	<p>« je mets euh l'enfant euh devant moi euh sur le dos et je mets son genou au zénith et là je prends son talon dans ma main et je vois enfin.. je prends même pas son talon mais plutôt son mollet et je laisse pendre le pied. Je vois de dessous en fait si le pied il est droit ou si il est (...) mais si y'a un angle entre l'arrière-pied et l'avant-pied » (16-20)</p> <p>« bah c'est sur l'observation voilà de dessous du pied. euh normalement le bord externe doit être aligné » (21/22)</p> <p>« Donc euh souvent ça s'accompagne aussi d'une rotation un petit peu des métatarsus c'est à dire d'une d'un varus (...) mais enfin c'est pas qu'une adduction c'est aussi un varus » (26-28)</p> <p>« Je regarde aussi euh la position de la cheville c'est à dire le talon parce que il faut regarder le pied en lui-même c'est à dire le l'arrière-pied par rapport à l'avant-pied » (52/53)</p> <p>« Il faut aussi regarder euh l'axe du talon par rapport à la jambe. Ca euh on l'observe avec l'enfant sur le ventre et euh il plie un petit peu ses genoux sur ses fesses. Du coup en fait on voit si euh le euh bah calcanéum il est dans l'axe dans le bon axe. Ca doit pas être exactement tout droit mais euh ça doit être un petit peu en valgus normalement et on voit si c'est vraiment en varus » (53-58)</p> <p>« Des fois y'a des pieds qui rentrent en plus de l'adduction du méta y'a le pied qui la cheville qui tourne vraiment très fort vers l'intérieur » (58/59)</p>
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	2	<p>« le métatarsus varus c'est pas une question euh que du pied intrinsèque. C'est aussi euh ça fait intervenir en fait euh le.. le tibial postérieur et tout enfin ceux qui sont euh inverseurs c'est ça hein ouais !! Du coup eux ils s'insèrent dans la jambe » (65-68)</p> <p>« les tensions musculaires elles sont trop fortes pour ça. Ca tire depuis la jambe en gros » (71)</p>
		-	0	
		+	2	<p>« en fait le plus important c'est de regarder quand je fais mon diagnostic sur quoi je me base » (15/16)</p> <p>« je mets mon doigt le long du bord externe du talon et si l'avant-pied suit mon bord de doigt bah c'est</p>

	Diagnostic /diagnostic différentiel			que c'est tout droit et si y'a un angle c'est que y'a une déviation en fait » (24/25)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	0	
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	3	« euh alors en gros euh déjà je protège toujours la peau euh avec ... des protections de peau que ce soit double peau ou bien un petit tissu collant qui s'appelle Fixomull® » (13-15) « Donc euh il faut bien observer comment la peau réagit parce que quand c'est un tout petit nourrisson c'est vrai que la peau elle est assez fragile » (84/85) « Donc euh parfois ça irrite un peu donc on change la protection de peau. Je passe à une protection plus épaisse » (85/86)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	0	
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	0	
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	5	« Bah en fait je les je leur explique bien quel est le protocole quelle est la conduite à tenir » (81/82) « C'est assez rigoureux parce qu'il faut se voir deux à trois fois par semaine » (82/83) « au début c'est vrai que c'est pas évident il faut bien expliquer aux parents pour les contraintes que ça implique ouais » (97/98) « Du coup euh ça c'est très facile à faire par les parents et y'a juste à mettre le pied dans l'attelle et mettre une bande de velpeau pour tenir. » (171-173) « j'explique bien aux parents je les forme pendant la séance » (173)
		-	0	
	Regard des parents / Image	+	2	« Donc euh voilà je leur explique bien après petit à petit quand même ça s'allège » (87)

	bébé imaginaire versus bébé réel			« Bon après c'est rien du tout parce que quand on remet une chaussette par-dessus ça se voit plus et tout » (137/138)
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	4	« c'est vrai que ce qui est un peu contraignant c'est que les parents ne peuvent pas donner un bain par exemple parce qu'il ne faut pas mouiller les plaquettes » (88/89) « ils ne peuvent pas mettre les petits pyjamas qu'ils ont acheté. C'est plus ça qui me.. que les parents retiennent en fait euh on peut pas lui mettre ses petits pyjamas parce que ça fait des grosses plaquettes avec des attelles » (89-92) « Ou alors le bain ouais » (92) « en général, je dis bah là on va mettre les attelles que la nuit ça dérange beaucoup moins les parents déjà parce que la journée ils peuvent être les pieds libres, ils peuvent prendre des bains etc.. » (162-164)
		-	0	
	Niveau d'évolution motrice	+	3	« Donc ils marchent très bien à quatre pattes avec » (123) « ils arrivent très bien à se retourner à s'asseoir » (123/124) « au contraire ils se débrouillent très bien » (124)
		-	0	

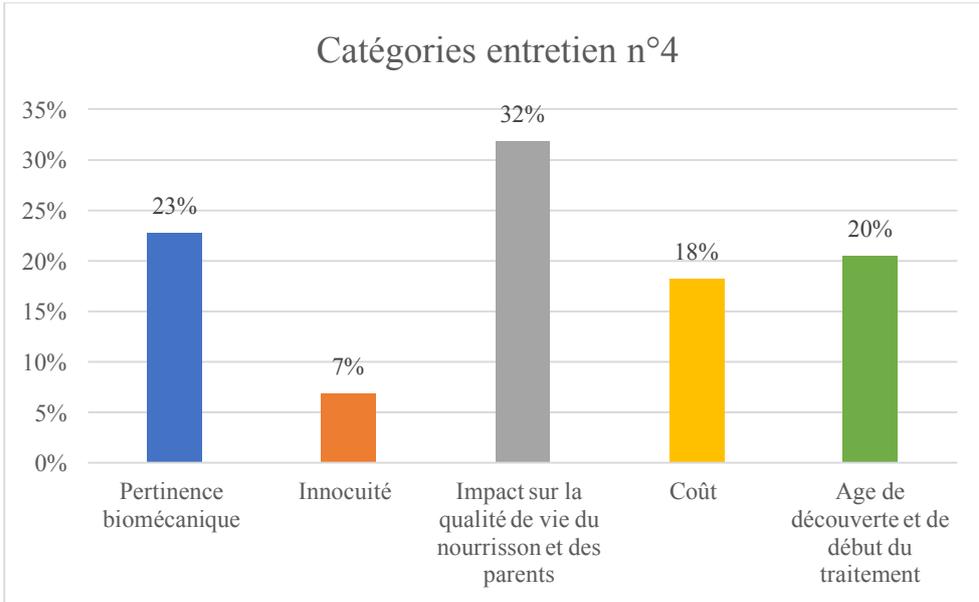
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	0	
		-	0	
	Base de remboursement	+	4	« ils sont remboursés » (102) « Non parce que par la si c'est une pr.. si c'est une ordonnance de kiné ils sont moins bien remboursés que si c'est une ordonnance de médecin » (104/105) « voilà ils sont remboursés un petit peu » (110) « Mais bon euh quand c'est comme ça je prescris et je dis aux gens de demander à leur médecin de retranscrire telle quelle l'ordonnance et puis ils sont mieux remboursés voilà » (116-118)
		-	0	
		Frais d'honoraires	+	0
		-	0	
	Frais du matériel	+	4	« Oui, après bon ben moi je prescris toutes les bandes à acheter aux parents » (100/101) « euh ils vont acheter ça en pharmacie » (101)

				« euh c'est surtout quand je fais des attelles que ça coûte un peu plus cher parce que les plaquettes je les fournis moi-même » (110/111) « Mais euh il faut par contre acheter le matériel qui fait les attelles et ça ça coûte un peu plus cher » (115/116)
		-	0	

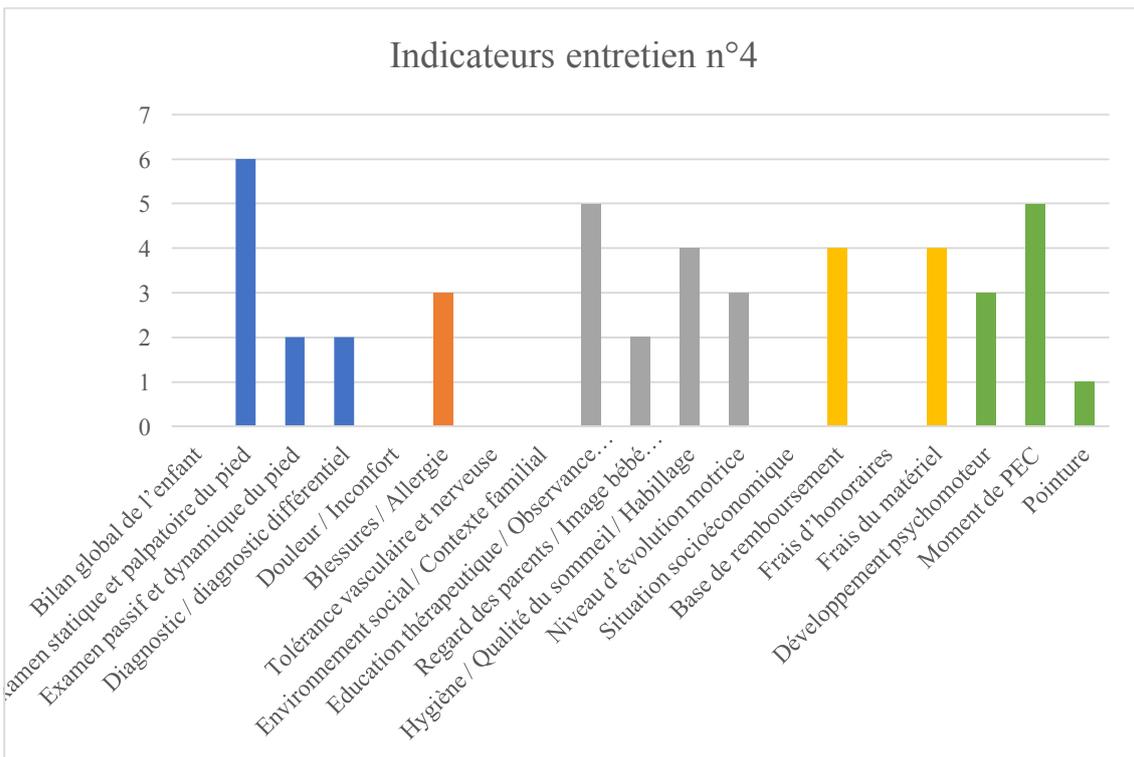
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	3	« Hum en gros jusqu'à ce qu'il se mette debout tout seul je fais toujours ça » (121) « quand on est de zéro à dix/douze mois jusqu'à ce qu'ils se mettent debout » (129/130) « Je mets les straps les plaquettes les attelles euh jusqu'à ce qu'il se mette debout » (122/123)
		-	0	
	Moment de PEC	+	5	« Alors déjà ça dépend de l'âge de l'enfant de l'âge à laquelle il arrive » (4) « le plus facile c'est quand ils sortent de la maternité » (4/5) « J'en ai qui m'appellent juste euh à leur sortie de maternité » (5/6) « après moi j'ai des enfants qui arrivent à l'âge de deux ans qui ont les pieds comme ça » (126/127) « J'en ai même une qui à dix ans là c'est plus possible » (127)
		-	0	
	Pointure	+	1	« et puis y'a des petites plaquettes, des grandes plaquettes. Quand l'enfant grandit je change moi-même la plaquette » (114/115)
		-	0	

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Evolution du traitement	+	3	« y'a des plaquettes incurvées y'a des plaquettes droites suivant l'évolution du traitement » (113/114) « on adapte toujours le traitement avec ce qu'on observe quand j'enlève tout le montage » (150/151) « En fait je dis aux parents bah voilà désormais vous allez devoir enlever ça à la maison trois heures avant deux trois heures avant de venir me voir. Comme ça je vois si pendant deux heures si ça revient ou pas. Si ça revient pas bah je dis bah maintenant vous l'enlevez une demi-journée ou la veille. Petit à petit, on enlève comme ça et à la fin on finit on fait que l'attelle la nuit » (157-161)
		-	0	



Histogramme n°13 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°4



Histogramme n°14 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 4

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : ...alors, régulièrement les métatarsus varus euh c'est pas si régulier que ça. Moi je
5 travaille à la maternité, les malpositions du pied du nourrisson j'en vois euh pas tant que ça
6 une dizaine dans l'année. Donc ça me fait à peu près un par mois. Mais c'est pas la
7 malposition la plus commune le métatarsus varus. On a quand même une prédominance au
8 pied talus et au pied bot varus équin. Donc des métatarsus varus j'en ai vu quelques-uns.
9 Ensuite en ce qui concerne euh les contentions en fait moi ça dépend à quel endroit je les
10 vois si je les vois à la maternité... à la maternité en fait la première quel que soit la
11 malposition la première des choses c'est la notion de réductibilité ou non euh de la
12 malposition quelle qu'elle soit que ce soit pied talus, un métatarsus varus ou un pied bot
13 varus équin. euh dans un premier temps, la réductibilité la possibilité de faire contracter euh
14 les releveurs si c'est un varus et euh le contraire les fléchisseurs si c'est un pied talus. Vous
15 voulez qu'on se concentre uniquement sur le métatarsus varus ?

16 **K : Oui**

17 I : Oui donc les releveurs ! En fait les releveurs en les stimulant avec une brosse à dent c'est
18 ce que je préfère faire en fait sur le côté parce que les releveurs veulent bien se contracter.
19 euh également ça dépend de l'ensemble du test qu'on fait autour pour voir si y'a une origine
20 neurologique euh à la malposition des pieds. Auquel cas, euh ça devient moins urgent de
21 traiter en fait la malposition mais plutôt d'investiguer le reste. Quand on a une malposition
22 qui est facilement réductible ou partielle ou uniquement partiellement réductible les choses
23 vont être différentes. Dans un premier temps, je fais pas d'immobilisation quand je les vois
24 à la maternité pour voir l'évolution. Entre les deux premiers jours, je les vois puisque j'y
25 vais tous les jours. Si c'est pas du tout réductible ou que partiellement réductible, je fais
26 d'emblée une immobilisation. Mon premier choix d'immobilisation, c'est une contention
27 souple. Euh à la maternité j'utilise préférentiellement une contention uniquement avec du
28 Mepore® le sparadrap en fait vous voyez. On passe des contentions plus rigides des
29 contentions souples mais plus rigides que dans un deuxième temps en fonction du résultat
30 que j'ai eu sur la contention la plus souple. En fait je fais une gradation euh très évolutive
31 en fonction des jours des premiers jours. Euh également en fait moi je travaille la maternité
32 où je suis y'a pas de service de... pédiatrique et de néonatal. Donc du coup on est obligé nous

33 d'envoyer à [ville] donc le centre référant le plus important. Je n'envoie pas les pieds les
34 métatarsus varus qui sont facilement réductibles et totalement réductibles. Ceux-là, je
35 continue à les voir à mon cabinet libéral j'ai pas besoin de les envoyer. Pour tous les autres,
36 ils sont envoyés à [ville]. Maintenant depuis quelques années euh [ville] est revenu en arrière
37 sur la rééducation fonctionnelle et passe plutôt à une méthode Ponsetti. Donc en fait des
38 plâtres y compris pour des métatarsus varus. Euh y'a une tendance à la méthode
39 orthopédique beaucoup plus euh prononcée depuis quelques années. Donc du coup si dès
40 qu'ils leur semblent qui ne sont pas totalement réductibles, on part sur la méthode plâtre
41 pour quatre semaines euh changé toutes les semaines et éventuellement deux semaines
42 supplémentaires en fonction des résultats. Puis euh on reprend la main en libéral. Voilà donc
43 pour ceux qui sont intermédiaires qui ne méritent pas d'avoir la méthode Ponsetti euh
44 l'évo... l'évaluation de de la rigidité de ma contention ça va être en fonction des résultats.
45 Si la contention la plus souple n'apporte pas d'amélioration, on peut passer à une contention
46 un peu plus restrictive c'est-à-dire entre le Mepore® je vais renforcer en utilisant euh du
47 Strappal® par-dessus le Mepore® pour pas mettre directement le Strappal® et la colle qui
48 peut être agressive pour la peau des nouveau-nés. Je... j'utilise toujours l'interface dessous
49 du pansement hypoallergénique. Si ça ne suffit pas, je vais rajouter une semelle découpée en
50 carton. Donc toujours d'abord la première phase de Mepore® puis la semelle en carton et
51 enfin par-dessus le Strappal® pour faire tout tenir. Si ça ne suffit toujours pas, on a encore
52 un dernier stade que je peux faire en libéral c'est les thermo-formable. Euh donc vous savez
53 les plaques en plastique qu'on chauffe dans de l'eau chaude et du coup ça c'est directement
54 lié à l'évolution c'est à dire entre deux séances : est-ce que il y'a eu une amélioration ? Est-
55 ce qu'on a euh lorsque j'enlève la contention est-ce qu'on a un retour tout de suite à la
56 position vicieuse ou pas ? C'est ça en fait qui va euh diriger ma... l'intérêt ou non de mes
57 attelles euh voilà.

58 **K : D'accord, vous avez parlé des contentions. Est-ce que vous pouvez m'expliquer**
59 **comment vous les faites ? Enfin le système..**

60 I : Alors euh pour un métatarsus varus spécifiquement, on va alors c'est d'abord les embases :
61 une embase au-dessus de la cheville donc simplement un tour et le tour du pied et en bas une
62 embase sur l'avant-pied euh avec aucune vertu thérapeutique c'est uniquement pour faire
63 tenir les prochaines bandes entre elles de strap... Ensuite, je réalise une traction calcanéenne
64 une légère traction calcanéenne pour désengager en fait le pied une traction de l'avant-pied
65 et une réduction du varus. Une fois que je maintiens le pied dans la réduction maximale
66 possible et supportée par le petit sans que ça lui fasse mal. Là en fait je vais passer au

67 préalable j'ai pré-découpé des bandes je vais m'accrocher sur la bande de l'avant-pied et en
68 passant par-dessous en-dessous le pied. Je reviens sur l'extérieur je maintiens la correction
69 et je finis en tournant en huit m'accrocher sur l'embase de la cheville. Je réalise en fait je le
70 fais en deux ou trois fois en tuile et en décalant d'un travers de doigt à chaque fois. Selon si
71 y'a ou pas un adductus, on va réaliser euh une bande en fait directement entre l'avant-pied
72 et l'arrière-pied pour corriger en fait cette notion de d'adduction. J'espère que c'est clair.

73 **K : Oui oui. Ensuite, tout à l'heure vous m'avez parlé de la notion de réductibilité que**
74 **vous regardiez s'il y avait une origine neurologique et que vous observiez le pied. Est-**
75 **ce que vous faites autre chose au niveau de l'examen clinique ?**

76 I : Alors au niveau de l'examen clinique, si on reprend les choses dans l'ordre. On va regarder
77 déjà l'état cutanée, la vérification qui ait pas quoi que ce soit qui puisse être abimé à cause
78 de la malposition. euh on regarde la présence ou non de contr... possibilités de contractions
79 musculaires. Après je fais quand même un examen complet du nourrisson avec euh la
80 possibilité qu'il y'ait d'autres malpositions associées des luxations congénitales de hanche
81 qui puisse avoir des rétractions une hypertonie une hypotonie. euh on regarde après euh en
82 remontant le long de la colonne, on recherche une épine irritative quelque chose qui pourrait
83 gêner. On regarde l'état euh d'éveil du petit, l'éventuelle malposition pour un torticolis
84 congénital qui est quelque fois associé. Ce genre de choses spécifiquement pour le pied... là
85 je vois pas plus.

86 **K : D'accord. Ensuite, est-ce que vous allez tenir compte de la qualité de vie de l'enfant**
87 **et des parents ?**

88 I : Alors oui complètement parce que c'est pour ça qu'on essaye... donc je privilégie
89 l'orientation fonctionnelle plutôt que.. on va le plus possible essayer d'éviter d'en arriver à
90 la méthode Ponsetti. En fait c'est à ça qu'on s'adapte. On essaye le plus possible d'améliorer
91 la qualité de vie du petit parce que si c'est nécessaire je comprends bien qu'il faille le faire.
92 Mais porter faire porter un plâtre et forcer les parents d'aller à plusieurs dizaines de
93 kilomètres voire plus parce que spécifiquement moi je suis basé en fait la maternité c'est la
94 maternité de [ville]. Donc c'est dans [ville] et on a des gens qui viennent déjà des [ville] un
95 peu plus profondes. Pour eux aller à [ville] voire à [ville] parce que le service en fait pour
96 les pieds bots y'a une petite unité à [centre médical] mais l'unité spécifique elle est à [ville].
97 Donc pour quelqu'un qui viendrait de [ville] euh c'est 100 kilomètres. Donc 100 kilomètres
98 aller-retour une fois par semaine c'est extrêmement lourd. Alors y'a certaines personnes
99 pour qui on voit très bien que ça sera fait sans problème pour d'autres c'est beaucoup plus
100 compliqué même si ils ont la possibilité d'y aller en ambulance tout ça. Si c'est des parents

101 qui sont dans une situation un peu précaire ça peut être compliqué. Si y'a beaucoup trop
102 enfants ça peut être compliqué. Donc du coup ça c'est quelque chose qu'on prend en compte
103 évidemment. euh j'essaye de faire des contentions les plus faciles les plus facilement
104 supportables par les bébés. C'est d'ailleurs pour ça que j'utilise de préférence le Mepore®
105 pour ne pas être agressif et pour pas qu'ait trop de rougeurs. J'explique bien que toutes les
106 contentions doivent être enlevées au moindre signe de gêne en fait si les pieds deviennent
107 un peu violet. Je veux en fait que toutes les contentions que je fais ils puissent prendre le
108 bain avec et que les parents en fait fassent comme si ils n'avaient rien qui ait pas du tout...
109 que ça impacte le moins possible la qualité de vie euh des bébés et des parents. Après
110 quelques fois c'est nécessaire d'en arriver à des contentions un peu plus rigides. Quelques
111 fois aussi quand on fait les contentions thermo-formées, les thermo-formées on les fait porter
112 que le jour ou que la nuit euh pour rendre les choses plus faciles. euh dans les métatarsus
113 varus quelques fois simplement à la fin on demande aux parents de faire mettre les
114 chaussures à l'envers. Ça c'est quand même pas trop contraignant c'est assez simple et les
115 contentions rigides la nuit vous voyez ce genre de choses pour diminuer un peu l'impact que
116 ça peut avoir sur tout le monde.

117 **K : D'accord. Ensuite, que pouvez-vous me dire au sujet du coût ?**

118 I : Alors le coût euh moi ce que je peux vous dire c'est que chez moi ça coûte rien de plus.
119 C'est pris en charge à 100%. euh pour ceux qui sont envoyés à [ville] pour faire les plâtres
120 pour la méthode Ponsetti et sur [centre médical] pareil c'est intégralement pris en charge y
121 compris si y'a un trajet en ambulance. Tout est pris en charge et il y'aura rien à la charge
122 des parents. euh quand je fais les attelles en thermoformable effectivement y'a un petit coût.
123 Mais j'ai jamais fait payer aucun des patients. Je me rattrape en fait pour être totalement
124 honnête en comptant un bilan. Voilà un bilan en fait en libéral et je fais réellement un bilan
125 en plus hein donc je fais un bilan et je le facture. Le bilan coûte 20€. C'est à peu près ce que
126 ça me coûte de matos entre les différents straps et tout. Quand je sens que financièrement
127 c'est pas un problème pour les parents je mets régulièrement du Strappal®... l'année dernière
128 j'ai essayé d'utiliser du Leukotape® euh parce que ça me semblait intéressant le côté euh le
129 strap essayait de reprendre cette forme de tension. Les résultats ont pas été... j'ai essayé sur
130 une demi-douzaine de petits pieds et les résultats ont pas été sensationnels sincèrement. En
131 plus comme en fait il y'a la tension elle est difficile à être homogène. En fait au niveau de
132 chaque angulation ça tire trop et du coup ça comprime un peu la peau et ça a fait des blessures
133 des petites blessures. Du coup je m'en sers plus et en l'occurrence le Leukotape® c'était
134 cher voilà. Du coup quand je sentais que financièrement les parents pouvaient je leur

135 demandais d'acheter une bande enfin une boîte de Leukotape® Mais c'est tout. euh là le
136 Strappal® je le fais pas payer. euh quand je fais des straps un peu plus rigides je fais un bilan
137 et ça se compense l'un dans l'autre. Donc y'a aucun coût à la charge des parents qui de toute
138 manière dans toute ma pratique c'est la partie que j'aime le moins de mon activité. Donc j'ai
139 pas du tout... enfin je fais pas ça pour bien gagner ma vie parce que c'est pas du tout une
140 spécialité qui faudrait faire pour bien gagner sa vie hein ! Voilà normalement ça ne coûte
141 rien aux parents.

142 **K : D'accord. Tout à l'heure, vous avez parlé du fait quand vous les receviez en**
143 **maternité vous faisiez d'une certaine façon. Qu'en est-il quand ils ont des niveaux**
144 **d'acquisitions plus importants ?**

145 I : Ça change beaucoup de choses parce que ça va dépendre de la date de la première séance.
146 On en voit de moins en moins ceux qui passent à l'as. Maintenant ça arrive très rarement de
147 voir des malpositions des pieds tardives qui sont pris en charge au-delà du premier mois. Ça
148 m'est pas arrivé depuis plusieurs années de pas... parce que maintenant entre y'a au moins
149 deux visites avec le pédiatre à la maternité et y'a la visite du premier mois même chez un
150 médecin traitant. C'est impossible que personne l'ait vu c'est vraiment impossible que
151 personne l'ait vu. Du coup ça arrive plus. Y'a quelques années encore je voyais de temps en
152 temps des médecins un peu plus âgés qui disaient : « oh ça va revenir t'inquiètes pas puis de
153 toute manière pour l'instant c'est pas important. Il marche pas encore on verra bien quand il
154 marche ». Du coup on se retrouvait à recouvrir des malpositions de pied à trois mois voire à
155 six mois. Souvent des malpositions mineures souvent les mamans le redemandaient elles
156 l'avaient demandé au premier mois, trois mois et c'est des fois elles qui insistaient pour venir
157 chez le kiné. Mais ça ça fait un moment que je l'ai plus vu avec les jeunes médecins parce
158 que dans la région autour de mon cabinet presque tous les médecins qui étaient sexagénaires
159 ont pris la retraite. Du coup ça a été renouvelé avec les jeunes médecins. Je le vois presque
160 plus mais c'est arrivé quelque fois. Donc là quand on les voit en dehors de la maternité pour
161 la première intention c'est beaucoup plus inquiétant et beaucoup plus gênant. Donc là c'est
162 la même chose le test de réductibilité. On devient beaucoup plus drastique dans le sens où
163 déjà on ne peut pas les voir à la maternité déjà je les vois tous les jours pendant trois, quatre,
164 cinq fois consécutives. Donc j'ai l'évolution sur cinq jours et un moment de la vie où y'a
165 une évolution majeure. Si je les vois à un mois, trois mois ou pire plus tard je vais les voir
166 une fois. Je vais redonner un rendez-vous ou peut-être je vais essayer de m'arranger pour le
167 caler dans mon planning. Mais c'est difficile d'arriver à les voir quotidiennement et puis
168 c'est pas évident et c'est pas forcément évident pour les parents ils s'attendaient pas

169 forcément à ça. Le plus important c'est savoir où on en est par rapport au développement
170 moteur si on est... enfin le plus proche on sera de la future marche et pire ça sera. En fait tu
171 sais que les possibilités de récupération sont majeures dans les trois premiers mois et
172 déclinent de manière très très inquiétantes en se suivant. euh du coup bah là en fait si je les
173 vois à ce moment-là, on va être beaucoup plus vigilants sur la possibilité de réductibilité ou
174 pas et en étant toujours très pessimiste toujours en pensant au pire. Du coup on va mettre le
175 doigt beaucoup plus sur la stimulation. Donc quand c'est possible la stimulation motrice et
176 on va faire des contentions beaucoup plus restrictives que ce qu'on peut faire pour les tout-
177 petits. On va être sur des contentions qui seront à la limite de ce que le petit peut supporter
178 pour essayer de rattraper le temps perdu. Alors on y arrive quelque fois mais moi sur les
179 petits que j'ai vu tardivement j'ai rapidement délégué envoyé dans le service spécialisé et ça
180 a quasiment fini toujours en opération. Voilà des découvertes à six mois, y'a des rétractions
181 qui se sont créées c'est cauchemardesque et pourtant des fois c'est des petites malpositions.
182 Mais pour les récupérer tardivement, c'est très compliqué. Donc voilà mais vraiment j'insiste
183 sur le fait que ça n'arrive que très très... ça arrive très rarement.

184 **K : D'accord..**

185 I : Tout ce qui peut passer à l'as, excuse-moi, c'est des adductions d'orteil. Ça c'est des trucs
186 qui sont tolérés par les médecins traitants et c'est le seul truc qui passe à l'as. Mais dès que
187 c'est un peu plus sérieux franchement c'est pfff voilà !

188 **K : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

189 I : Bah ça dépend en fait la... parce que là moi j'ai parlé surtout de ce que je fais en
190 première intention, sur la rééducation et sur la méthode enfin c'est quoi exactement le sujet
191 du mémoire ? Le titre ?

192 **K : En fait, on essaye de savoir quand vous choisissez un type de prise en charge pour
193 le métatarsus varus donc là c'est sur une malposition modérée et partiellement
194 réductible sur quoi vous allez vous baser pour choisir votre traitement ?**

195 I : D'accord, alors du coup y'a un paramètre que j'ai pas parlé c'est ça dépend aussi de
196 l'observance du traitement par les parents. En fait le niveau social des parents et leur
197 implication dans la rééducation du petit peut-être un paramètre qui va nous amener vers
198 quelque chose de plus orthopédique que fonctionnel. C'est à dire que des fois quand on
199 demande beaucoup de sollicitations auprès des parents sur la stimulation motrice, sur la
200 façon de les tenir pour éviter que les pieds ne rentrent en dedans. Des fois on voit bien que
201 le message ne passe pas et du coup on va plutôt partir sur de l'attelle plus restrictive et moins
202 compter sur les parents. Ça ça peut être une des raisons. L'intérêt de la méthode Ponsetti par

203 rapport à ma méthode fonctionnelle ce que ils vont une fois par semaine à [ville] ou à [ville].
204 On met le plâtre enfin on enlève le plâtre on mobilise on remet un plâtre et on y touche plus
205 pendant une semaine. Alors que quand c'est une méthode fonctionnelle, ils vont venir chez
206 moi deux ou trois fois par semaine. Je vais leur demander de faire des exercices. Je vais leur
207 demander une façon particulière de porter le petit enfin d'éviter certaines choses. Du coup
208 y'a un public pour lequel on ne peut pas faire la méthode fonctionnelle et la méthode mixte
209 d'immobilisation enfin toutes les différentes immobilisations que j'ai entre la méthode
210 fonctionnelle pure et la méthode Ponsetti. Donc tu vois ça c'est des paramètres qui sont
211 difficiles à expliquer de prima bord parce que aussi il faut voir comment ça évolue. Mais
212 c'est aussi une histoire... y'a aussi une histoire de localisation. J'ai des patients qui sont très
213 loin et pour eux c'est très compliqué. Donc si je dois voir le petit qu'une fois par semaine
214 c'est vraiment compliqué. Une contention souple elle est efficace trois jours max. Donc
215 forcément si je les vois pas deux fois dans la semaine, déjà deux fois c'est chaud parce que
216 ça couvre six jours et j'ai toujours un jour qui passe à l'as. Donc faut vraiment qu'on soit sur
217 une atteinte modérée dès que c'est un peu plus sérieux on va être sur du trois fois par
218 semaine. A trois fois par semaine là il est couvert. Il faut qu'ils puissent pouvoir l'amener
219 trois fois par semaine. Il faut qu'ils puissent le caler dans leur planning parce que c'est bien
220 beau en théorie mais après y'a la pratique. Y'a le travail les autres enfants la distance qui
221 fait que ça va moduler la façon dont on va traiter.

222 **K : D'accord. J'avais une question aussi par rapport à l'âge. Est-ce que vous faites un**
223 **suivi sur le long terme ?**

224 I : Oui, alors c'est compliqué d'avoir un suivi avec tous les petits parce que y'a des parents
225 qui dès que c'est réglé en fait eux n'en voient pas l'intérêt. Du coup on les voit plus et on ne
226 peut pas poursuivre les petits. Mais on préconise en fait peu importe la gravité on préconise
227 toujours des séances de bilan régulier en particulier aux différents stades d'évolution motrice
228 à la tenue assis pour six mois au début du quatre pattes pour neuf mois à la mise debout vers
229 douze mois. Quand il commence à avoir une marche autonome, on aime bien dire aux
230 parents : « quand il commencera à marcher n'hésitez pas à m'appeler on se fera une séance
231 de bilan ». Pour certains petits, je travaille avec une collègue qui est juste à côté de mon
232 cabinet qui est podologue. Donc on peut arriver... en fait lorsque les résultats sont pas parfaits
233 ou au fonctionnel on va avoir un suivi avec la podologue avec des semelles de stimulations
234 quelques fois. En gros ouais on préfère, on les laisse pas partir dans la nature. De toute
235 manière l'idée c'est de faire comprendre aux parents et souvent plutôt aux mamans que au
236 moindre doute elle hésite pas à appeler et au moindre doute on puisse le revoir ne serait-ce

237 que pour lui dire que y'a pas de raison de s'inquiéter. Mais c'est souvent en fait les parents
238 qui voyaient les enfants au long court qui ont le meilleur point de vue parce que le pédiatre
239 qui voit marcher le petit une fois 20 mètres dans sa salle d'attente il a pas une vision en fait
240 vraiment objective. Certains petits vont peut-être corriger. Quand la maman elle dit : « il
241 tombe tout le temps » voilà tu t'inquiètes un peu de ce genre de choses enfin bon voilà.
242 **K : D'accord, je pense que pour moi c'est bon ! Je vous remercie d'avoir participé.**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°5 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	4	« Après je fais quand même un examen complet du nourrisson avec euh la possibilité qu'il y'ait d'autres malpositions associées des luxations congénitales de hanche qui puisse avoir des rétractions une hypertonie une hypotonie » (79-81) « euh on regarde après euh en remontant le long de la colonne, on recherche une épine irritative quelque chose qui pourrait gêner » (81-83) « On regarde l'état euh d'éveil du petit » (83) « l'éventuelle malposition pour un torticolis congénital qui est quelque fois associé » (83/84)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	2	« Selon si y'a ou pas un adductus, on va réaliser euh une bande en fait directement entre l'avant-pied et l'arrière-pied pour corriger en fait cette notion de d'adduction » (70-72) « On va regarder déjà l'état cutanée, la vérification qui ait pas quoi que ce soit qui puisse être abimé à cause de la malposition » (76-78)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	4	« la possibilité de faire contracter euh les releveurs si c'est un varus » (13/14) « Oui donc les releveurs ! En fait les releveurs en les stimulant avec une brosse à dent c'est ce que je préfère faire en fait sur le côté parce que les releveurs veulent bien se contracter » (17/18) « euh on regarde la présence ou non de contr.. possibilités de contractions musculaires » (78/79) « y'a des rétractions qui se sont créées » (180/181)
		-	0	
	Diagnostic/diagnostic différentiel	+	6	« la première quel que soit la malposition la première des choses c'est la notion de réductibilité ou non euh de la malposition » (10-12) « dans un premier temps, la réductibilité » (13) « également ça dépend de l'ensemble du test qu'on fait autour pour voir si y'a une origine neurologique à la malposition des pieds » (19/20) « Auquel cas, euh ça devient moins urgent de traiter en fait la malposition mais plutôt d'investiguer le reste » (20/21) « Donc là c'est la même chose le test de réductibilité » (161/162) « si je les vois à ce moment-là, on va être beaucoup plus vigilants sur la possibilité de réductibilité ou pas » (172-174)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	4	« Une fois que je maintiens le pied dans la réduction maximale possible et supportée par le petit sans que ça lui fasse mal » (65/66) « si c'est nécessaire je comprends bien qu'il faille le faire. Mais porter faire porter un plâtre » (91/92) « euuh j'essaye de faire des contentions les plus faciles les plus facilement supportables par les bébés » (103/104) « On va être sur des contentions qui seront à la limite de ce que le petit peut supporter pour essayer de rattraper le temps perdu » (177/178)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	4	« la colle qui peut être agressive pour la peau des nouveau-nés » (47/48) « j'utilise toujours l'interface dessous du pansement hypoallergénique » (48/49) « C'est d'ailleurs pour ça que j'utilise de préférence le Mepore® pour ne pas être agressif et pour pas qu'ait trop de rougeurs » (104/105) « et ça a fait des blessures des petites blessures » (132/133)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	2	« au moindre signe de gêne en fait si les pieds deviennent un peu violet » (106/107) « En fait au niveau de chaque angulation ça tire trop et du coup ça comprime un peu la peau » (131/132)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	10	« forcer les parents d'aller à plusieurs dizaines de kilomètres voire plus » (92/93) « Donc pour quelqu'un qui viendrait de [ville] euh c'est 100 kilomètres. Donc 100 kilomètres aller-retour une fois par semaine c'est extrêmement lourd » (97/98) « y'a certaines personnes pour qui on voit très bien que ça sera fait sans problème pour d'autres c'est beaucoup plus compliqué même si ils ont la possibilité d'y aller en ambulance » (98-100) « Si y'a beaucoup trop enfants ça peut être compliqué » (101/102) « En fait le niveau social des parents » (196) « Alors que quand c'est une méthode fonctionnelle, ils vont venir chez moi deux ou trois fois par semaine » (205/206)

				<p>« c'est aussi une histoire.. y'a aussi une histoire de localisation. J'ai des patients qui sont très loin et pour eux c'est très compliqué » (212/213)</p> <p>« Donc faut vraiment qu'on soit sur une atteinte modérée dès que c'est un peu plus sérieux on va être sur du trois fois par semaine. A trois fois par semaine là il est couvert. Il faut qu'ils puissent pouvoir l'amener trois fois par semaine. » (216-219)</p> <p>« Il faut qu'ils puissent le caler dans leur planning parce que c'est bien beau en théorie mais après y'a la pratique » (219/220)</p> <p>« Y'a le travail les autres enfants la distance qui fait que ça va moduler la façon dont on va traiter » (220/221)</p>
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	8	<p>« J'explique bien que toutes les contentions doivent être enlevées au moindre signe de gêne » (105/106)</p> <p>« euh dans les métatarsus varus quelques fois simplement à la fin on demande aux parents de faire mettre les chaussures à l'envers. Ça c'est quand même pas trop contraignant c'est assez simple et les contentions rigides la nuit vous voyez ce genre de choses pour diminuer un peu l'impact que ça peut avoir sur tout le monde » (112-116)</p> <p>« ça dépend aussi de l'observance du traitement par les parents » (195/196)</p> <p>« leur implication dans la rééducation du petit peut-être un paramètre qui va nous amener vers quelque chose de plus orthopédique que fonctionnel » (196-198)</p> <p>« C'est à dire que des fois quand on demande beaucoup de sollicitations auprès des parents sur la stimulation motrice, sur la façon de les tenir pour éviter que les pieds ne rentrent en dedans. » (198-200)</p> <p>« Des fois on voit bien que le message ne passe pas et du coup on va plutôt partir sur de l'attelle plus restrictive et moins compter sur les parents » (200-202)</p> <p>« Je vais leur demander de faire des exercices. Je vais leur demander une façon particulière de porter le petit enfin d'éviter certaines choses » (206/207)</p> <p>« De toute manière l'idée c'est de faire comprendre aux parents et souvent plutôt aux mamans que au moindre doute elle hésite pas à appeler et au moindre doute on puisse le revoir ne</p>

				serait-ce que pour lui dire que y'a pas de raison de s'inquiéter » (234-237)
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	1	« et puis c'est pas évident et c'est pas forcément évident pour les parents ils s'attendaient pas forcément à ça » (167-169)
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	3	« On essaye le plus possible d'améliorer la qualité de vie du petit » (90/91) « Je veux en fait que toutes les contentions que je fais ils puissent prendre le bain avec et que les parents en fait fassent comme si ils n'avaient rien qui ait pas du tout.. que ça impacte le moins possible la qualité de vie euh des bébés et des parents » (107-109) « les thermo-formées on les fait porter que le jour ou que la nuit euh pour rendre les choses plus faciles » (111/112)
		-	0	
	Niveau d'évolution motrice	+	0	
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	3	« Si c'est des parents qui sont dans une situation un peu précaire ça peut être compliqué » (100/101) « Quand je sens que financièrement c'est pas un problème pour les parents je mets régulièrement du Strappal®. » (126/127) « Du coup quand je sentais que financièrement les parents pouvaient je leur demandais d'acheter une bande enfin une boîte de Leukotape® Mais c'est tout » (134/135)
		-	0	
	Base de remboursement	+	4	« C'est pris en charge à 100% » (119) « pour ceux qui sont envoyés à [ville] pour faire les plâtres pour la méthode Ponsetti et sur [centre médical] pareil c'est intégralement pris en charge y compris si y'a un trajet en ambulance » (119-221) « Tout est pris en charge et il y'aura rien à la charge des parents » (121/122) « Voilà normalement ça ne coûte rien aux parents » (140/141)

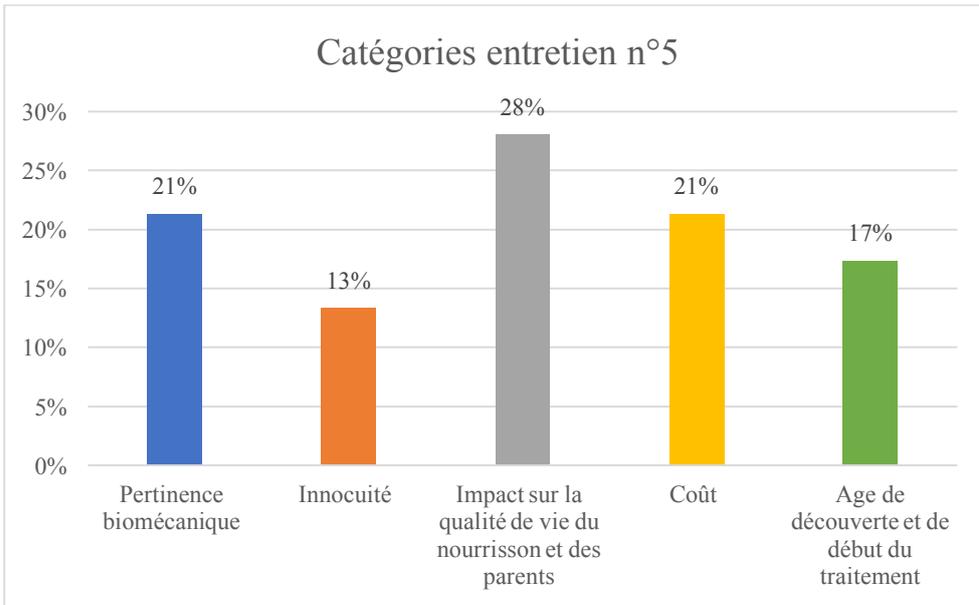
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	2	« Alors le coût euh moi ce que je peux vous dire c'est que chez moi ça coûte rien de plus » (118) « Le bilan coûte 20€ » (125)
		-	0	
	Frais du matériel	+	7	« euh quand je fais les attelles en thermoformable effectivement y'a un petit coût » (122) « Mais j'ai jamais fait payer aucun des patients. Je me rattrape en fait pour être totalement honnête en comptant un bilan » (123/124) « C'est à peu près ce que ça me coûte de matos entre les différents straps et tout » (125/126) « en l'occurrence le Leukotape® c'était cher voilà » (133/134) « là le Strappal® je le fais pas payer » (135/136) « euh quand je fais des straps un peu plus rigides je fais un bilan et ça se compense l'un dans l'autre » (136/137) « y'a aucun coût à la charge des parents » (137)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	3	« Le plus important c'est savoir où on en est par rapport au développement moteur si on est.. enfin le plus proche on sera de la future marche et pire ça sera » (169/170) « En fait tu sais que les possibilités de récupération sont majeures dans les trois premiers mois et déclinent de manière très très inquiétantes en se suivant » (170-172) « Quand il commence à avoir une marche autonome » (229)
		-	0	
	Moment de PEC	+	10	« en fait moi ça dépend à quel endroit je les vois si je les vois à la maternité » (9/10) « quand je les vois à la maternité pour voir l'évolution » (23/24) « Euh à la maternité j'utilise préférentiellement une contention uniquement avec du Mepore® le sparadrap » (27/28) « Ça change beaucoup de choses parce que ça va dépendre de la date de la première séance » (145) « Maintenant ça arrive très rarement de voir des malpositions des pieds tardives qui sont pris en charge au-delà du premier mois » (146/147) « Du coup on se retrouvait à recouvrir des malpositions de pied à trois mois voire à six mois » (154/155)

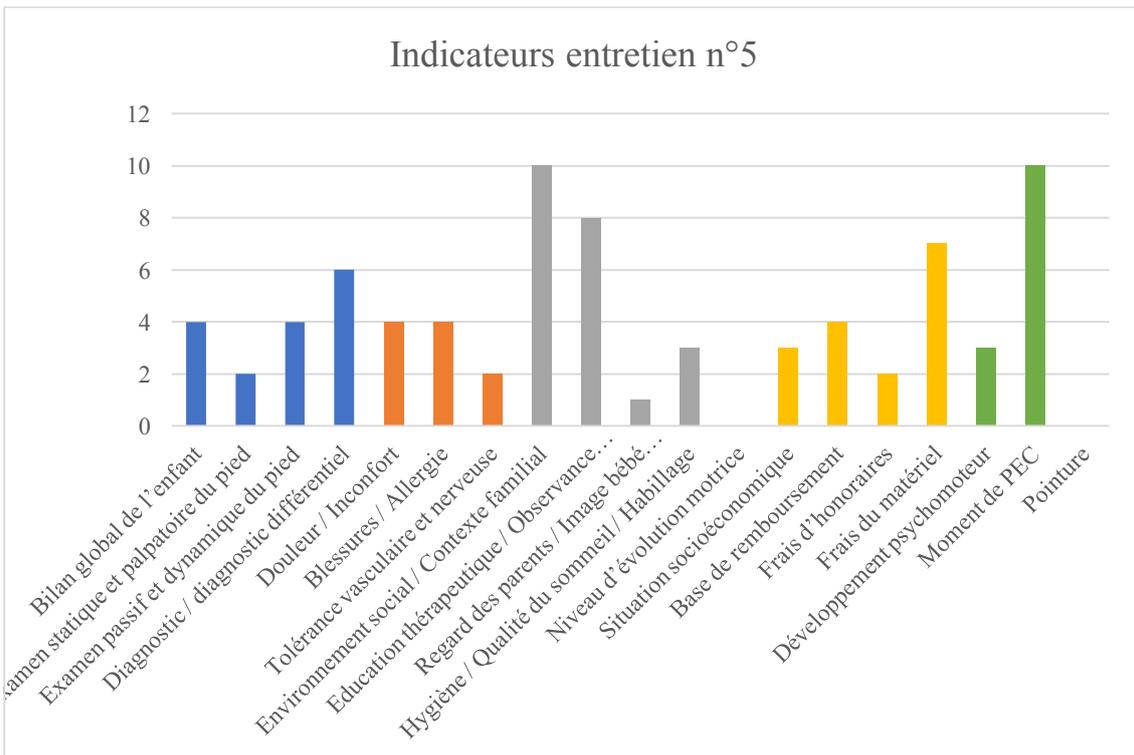
				<p>« souvent les mamans le redemandaient elles l'avaient demandé au premier mois, trois mois et c'est des fois elles qui insistaient pour venir chez le kiné » (155-157)</p> <p>« Donc là quand on les voit en dehors de la maternité pour la première intention c'est beaucoup plus inquiétant et beaucoup plus gênant » (160/161)</p> <p>« Si je les vois à un mois, trois mois ou pire plus tard je vais les voir une fois » (165/166)</p> <p>« Voilà des découvertes à six mois » (180)</p>	
		-	0		
	Pointure		+	0	
			-	0	

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Evolution du traitement	+	5	<p>« pour voir l'évolution. Entre les deux premiers jours, je les vois puisque j'y vais tous les jours » (24/25)</p> <p>« En fait je fais une gradation euh très évolutive en fonction des jours des premiers jours » (30/31)</p> <p>« l'évaluation de de la rigidité de ma contention ça va être en fonction des résultats. Si la contention la plus souple n'apporte pas d'amélioration, on peut passer à une contention un peu plus restrictive » (44-46)</p> <p>« du coup ça c'est directement lié à l'évolution c'est à dire entre deux séances : est-ce que il y'a eu une amélioration ? est-ce qu'on a euh lorsque j'enlève la contention est-ce qu'on a un retour tout de suite à la position vicieuse ou pas ? C'est ça en fait qui va euh diriger ma.. l'intérêt ou non de mes attelles euh voilà » (53-57)</p> <p>« Donc j'ai l'évolution sur cinq jours et un moment de la vie où y'a une évolution majeure » (164/165)</p>
		-	0	



Histogramme n°15 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°5



Histogramme n°16 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 5

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Maintenant je suis en retraite hein j'en prenais beaucoup des métatarsus varus. Pour
5 modéré et partiellement réductible, alors l'appareillage je peux pas te dire quel appareillage
6 je vais poser puisque tous les appareillages qu'on va poser sur un métatarsus varus vont être
7 adaptés à la déviation du pied... au schéma moteur de l'enfant et aussi à la tonicité de
8 l'enfant. Donc on peut poser soit une contention souple une simple contention souple ou on
9 peut poser une petite plaquette en maintenant bien l'avant-pied et en solidarissant bien
10 l'arrière-pied de l'avant-pied. Et parfois la nuit, on peut poser une petite attelle du pied mais
11 seulement pour la nuit jamais dans la journée.

12 **K : D'accord. Donc quand vous dites par rapport au schéma moteur que voulez-vous**
13 **dire par là ?**

14 I : Alors un enfant qui... comment dire ? Après tout dépend de l'âge où on a l'enfant un âge
15 à la naissance ou n'importe quel âge. A partir de 6 à 8 semaines, les enfants ont un schéma
16 de triple extension donc on va peut-être pas les appareiller pareil que quand ils sont en
17 schéma de flexion de zéro à six/huit semaines parce qu'ils risquent de plus lutter dans leur
18 appareillage et d'aggraver leur déviation.

19 **K : Donc qu'allez-vous faire en fonction de l'âge ? Qu'allez-vous adapter ?**

20 I : Je vais adapter.. alors pas les mobilisations on va adapter l'appareillage. L'enfant est en
21 schéma d'extension, il risque de plus lutter sur un appareillage qu'on va lui poser. Moi, je
22 vais surtout pas leur mettre des attelles cruro-pédieuses comme certaines équipes le font
23 parce que si on les met en attelle cruro-pédieuse genou fléchi bah ça va à l'encontre de leur
24 schéma moteur hein. Quand ils doivent se mettre en extension on ne bloque pas l'enfant en
25 flexion !

26 **K : D'accord. Ensuite, que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?**

27 I : Alors, l'examen clinique de l'enfant alors c'est surtout de la palpation hein euh. Alors
28 dans un métatarsus varus, on a déjà on sent bien la styloïde du cinq du cinquième
29 métatarsien. Y'a parfois... alors tout ça ça peut s'englober ou pas... parfois on a un petit équin
30 du premier rayon qui est dû à l'adduction et la supination de l'avant-pied. On pourrait avoir
31 un cavus un creux hein un creux plantaire alors surtout au niveau de l'articulation de
32 Lisfranc. On peut avoir une griffe des orteils. Mais au niveau de l'arrière-pied, on va quand

33 même palper l'arrière-pied. On a pas de déviation dans l'arrière-pied. Alors au contraire de
34 ce que dit la HAS, euh déjà euh j'extrapole peut-être mais l'HAS ils parlent de métatarsus
35 varus ou adductus déjà c'est pas « ou » adductus mais « et » adductus. C'est différent le pied
36 adductus et le métatarsus varus ! Ils parlent à un moment de métatarsus varus avec possibilité
37 de déviation de l'arrière-pied. Dans le vrai métatarsus varus, il n'y a pas de déviation de
38 l'arrière-pied... Alors dans l'appareillage, il faut faire attention de bien solidariser l'avant-
39 pied de l'arrière-pied bah pour éviter de valgiser l'arrière-pied. Si jamais on ne maîtrise pas
40 ou dans nos appareillages ou aussi par nos mobilisations quand on va réduire l'avant-pied
41 avec nos mobilisations ou nos appareillages bah le risque si on maintient pas bien l'arrière-
42 pied on risque de dévier l'arrière-pied. Et là, on va tomber sur ce que dit la HAS le métatarsus
43 varus avec déviation de l'arrière-pied. Ça ne s'appelle plus un métatarsus varus, ça s'appelle
44 un pied en Z. C'est complètement différent !

45 **K : D'accord. Pouvez-vous m'expliquer comment vous faites votre système de**
46 **contention souple ?**

47 I : Alors si c'est une contention souple, je prends la première bande elle va partir du troisième
48 orteil de en-dessous du troisième orteil. On va toujours du petit orteil vers le gros orteil. Je
49 fais une circulaire qui maintient l'avant-pied. Je vais longer le bord externe passer sous les
50 malléoles toujours passer les bandes sous les malléoles pour garder la fonction dans le pied.
51 Si on prend les malléoles, on va bloquer la tibio-tarse. Sous la malléole, on englobe le
52 calcanéum on a pas d'action hein on passe sous la malléole interne et on va rejoindre la
53 première bande. Là, on a solidarisé l'avant-pied de l'arrière-pied. Je refais une circulaire un
54 petit peu en arrière jusqu'à l'articulation de Lisfranc et je mets mon rappel sur la face externe
55 du pied de la jambe pardon ! Après, un ou deux rappels en fonction de la gravité du
56 métatarsus varus.

57 **K : D'accord, quand vous dites que vous faites une contention souple c'est que vous**
58 **mettez une plaquette aussi ?**

59 I : Non ! La contention souple, c'est avec un simple Elastoplast® et parfois je mets une
60 plaquette.

61 **K : Pourquoi vous choisissez de mettre une plaquette dans un cas et pas dans l'autre ?**

62 I : Alors quand le pied est assez souple au niveau de l'avant-pied, je vais poser une simple
63 contention souple. Avec la plaquette, tu vas mieux maintenir la correction de l'adduction de
64 l'avant-pied. Ensuite, y'a l'attelle postérieure mais que la nuit. Tous les appareillages qui
65 vont bloquer l'articulation ne sont mis que la nuit pas dans la journée pour... toujours ne pas
66 gêner l'enfant et le laisser gesticuler. Le plus contraignant, contraignant entre guillemets

67 parce qu'ils supportent très bien les enfants c'est les petites attelles pédieuses. Mais c'est la
68 nuit pour maintenir le pied dans l'axe.

69 **K : D'accord. Si je reprends un peu ce que vous m'avez dit depuis le début, vous allez**
70 **tenir compte de la déviation du pied. Donc, tout ce qui concerne le bilan que vous allez**
71 **faire. Vous allez tenir compte du schéma moteur donc par rapport à l'âge de l'enfant.**
72 **Ensuite, vous allez tenir compte de la tonicité. Allez-vous tenir compte d'autres choses ?**

73 I : Non non...

74 **K : Si je vous parle de l'innocuité, que pouvez-vous me dire dessus ?**

75 I : Qu'est-ce que t'entends par l'innocuité ?

76 **K : Ça peut comprendre l'inconfort que peut ressentir l'enfant et aussi tout ce qui est**
77 **douleur et blessure...**

78 I : Alors, si on fait bien notre boulot, y'a pas d'inconfort parce que c'est pas douloureux.
79 Alors, y'a pas de douleur puisqu'on fait tout pour qu'il n'ait pas mal. Si l'enfant a mal c'est
80 parce que nous on fait mal. Un métatarsus varus, ça ne fait pas mal ! Si l'enfant a mal ça
81 veut dire que nos manœuvres font mal. Donc, il faut que nous kinésithérapeutes on se remette
82 en question. Et après, si la contention fait des blessures c'est qu'on pose mal la contention.

83 **K : Comment allez-vous adapter votre traitement en fonction des blessures ?**

84 I : Bah, il faut protéger la peau, il faut protéger la peau avec de la mousse et faire attention
85 de ne pas trop serrer les bandes pour pas qu'il y ait de problèmes circulatoires. Mais, dans
86 un métatarsus varus ou même dans n'importe quelle malposition du pied quand on mobilise
87 un appareillage, ça ne doit pas faire mal !

88 **K : D'accord. Comment vous allez adapter votre traitement par rapport à l'impact sur**
89 **la qualité de vie de l'enfant et des parents ?**

90 I : Bah je vais pas l'adapter puisque ça n'impacte pas du tout la qualité de vie de l'enfant
91 l'appareillage que l'on va poser. Un enfant qui a un métatarsus varus on va lui poser
92 l'appareillage et les parents vont l'habiller normalement. Ils peuvent lui mettre des
93 chaussettes. Ils peuvent pas lui mettre des petites chaussures d'apparence puisque tant que
94 l'enfant ne se met pas debout. Si on met un simple Elastoplast®, l'enfant... on peut mettre
95 des petites chaussures ça ne le gênera pas du tout. Ça ne doit pas gêner les parents dans la
96 vie quotidienne.

97 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur le coût ?**

98 I : Ça ne coûte presque rien. Ça ne coûte presque rien. Ça coûte pour un métatarsus varus
99 hein, si on met une contention souple, ça coûte par séance euh en gros la mousse ça coûte à
100 peu près 7€ le rouleau ça s'appelle du Tensoban®. Du Tensoban® c'est 7 € le rouleau, on

101 fait trente séances avec. Après, ça coûte à peine un demi-rouleau de Tensoplast® par séance
102 donc ça fait en moyenne c'est 3,5 € le rouleau d'Elastoplast®. Quand on pose une plaquette,
103 c'est du sparadrap. Alors le sparadrap je sais pas combien ça coûte mais c'est à peine 2 € le
104 rouleau et avec un rouleau on peut faire cinq/six séances.

105 **K : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

106 I : Baah non non... moi, je dis que tous métatarsus varus souples, légers ou moyennement
107 doivent être pris en charge dès la naissance, tous ! Il faudrait aussi que les internes
108 apprennent ce que c'est une déviation du pied. Les métatarsus varus, on ne doit pas les
109 retrouver à huit mois ou à six mois ou à cinq mois. Tous métatarsus varus devraient être pris
110 en charge dès la naissance même si c'est que cinq à dix séances. Un métatarsus varus pris à
111 la naissance, un gros un assez sévère en trente séances ça doit être réglé. On ne doit pas les
112 retrouver plus tard. Moi, j'ai déjà récupéré un enfant de onze mois avec 30° d'adduction de
113 l'avant-pied. Il commençait à se mettre debout. C'est la maman qui s'inquiétait et les
114 médecins disaient toujours : « ça va s'arranger à la marche ». Donc, cet enfant je l'ai récupéré
115 mais je l'ai traité pendant deux ans parce qu'il se mettait debout et à la naissance en dix
116 séances ça aurait été réglé. Il faut sensibiliser tous ces pédiatres même à la maternité les
117 sages-femmes tout ça ! Il faut qu'on fasse appel à un kinésithérapeute dès la naissance !

118 **K : D'accord. Je vous remercie pour votre participation !**

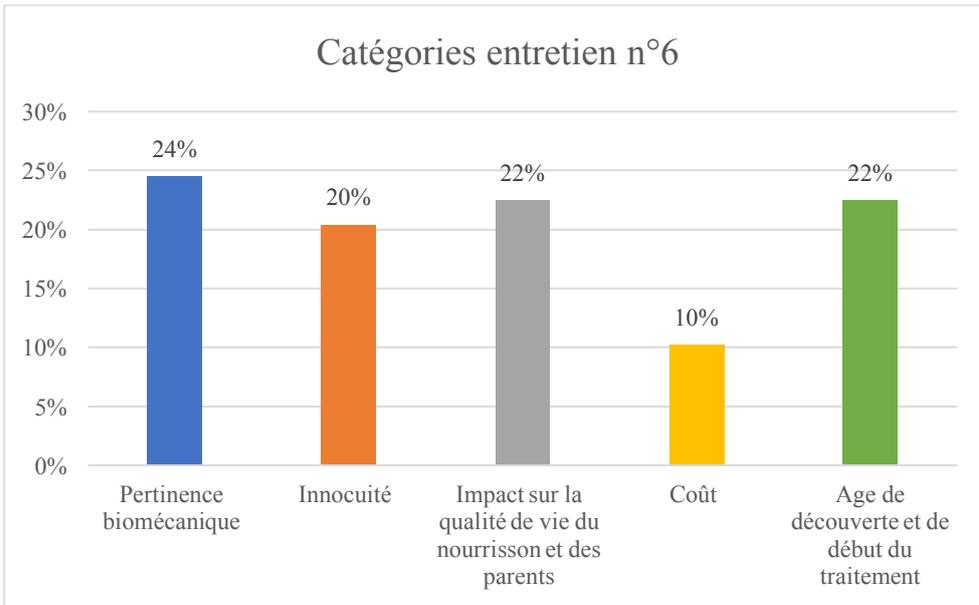
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	7	« Le plus contraignant, contraignant entre guillemets parce qu'ils supportent très bien les enfants » (66/67) « Alors, si on fait bien notre boulot, y'a pas d'inconfort parce que c'est pas douloureux » (78) « Alors, y'a pas de douleur puisqu'on fait tout pour qu'il n'ait pas mal » (79) « Si l'enfant a mal c'est parce que nous on fait mal » (79/80) « Un métatarsus varus, ça ne fait pas mal ! » (80) « Si l'enfant a mal ça veut dire que nos manœuvres font mal » (80/81) « Mais, dans un métatarsus varus ou même dans n'importe quelle malposition du pied quand on mobilise un appareillage, ça ne doit pas faire mal ! » (85-87)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	2	« Et après, si la contention fait des blessures c'est qu'on pose mal la contention. » (82) « il faut protéger la peau avec de la mousse » (84)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	1	« faire attention de ne pas trop serrer les bandes pour pas qu'il y ait de problèmes circulatoires » (84/85)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	1	« Ça ne doit pas gêner les parents dans la vie quotidienne. » (95/96)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	0	
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	0	
		-	0	
	Hygiène / Qualité du	+	4	« les parents vont l'habiller normalement » (92) « Ils peuvent lui mettre des chaussettes » (92/93) « Ils peuvent pas lui mettre des petites chaussures d'apparence puisque tant que l'enfant ne se met pas debout » (93/94)

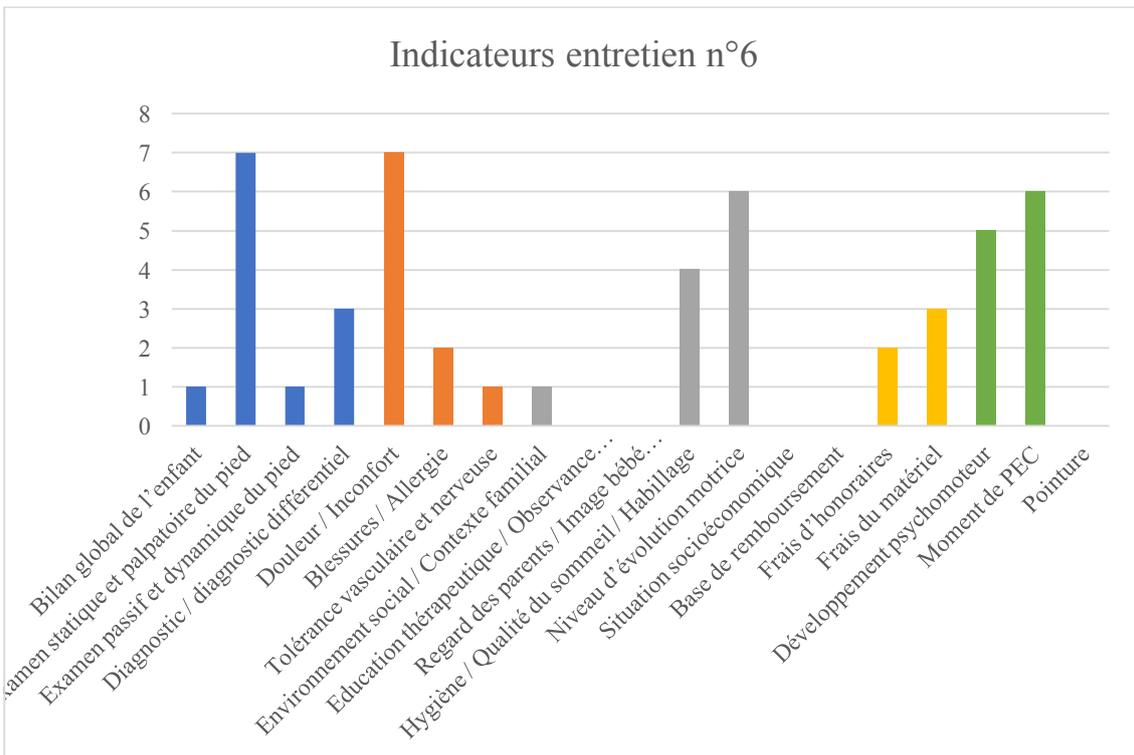
	sommeil / Habillage			« Si on met un simple Elastoplast®, l'enfant..on peut mettre des petites chaussures ça ne le gênera pas du tout » (94/95)
		-	0	
	Niveau d'évolution motrice	+	6	« ils risquent de plus lutter dans leur appareillage et d'aggraver leur déviation » (17/18) « L'enfant est en schéma d'extension, il risque de plus lutter sur un appareillage qu'on va lui poser » (20/21) « Quand ils doivent se mettre en extension on ne bloque pas l'enfant en flexion ! » (24/25) « toujours passer les bandes sous les malléoles pour garder la fonction dans le pied » (50) « Tous les appareillages qui vont bloquer l'articulation ne sont mis que la nuit pas dans la journée pour.. toujours ne pas gêner l'enfant et le laisser gesticuler » (64-66) « Mais c'est la nuit pour maintenir le pied dans l'axe » (67/68)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	0	
		-	0	
	Base de remboursement	+	0	
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	2	« Ça ne coûte presque rien » (98) « Ça ne coûte presque rien » (98)
		-	0	
	Frais du matériel	+	3	« Ça coûte pour un métatarsus varus hein, si on met une contention souple, ça coûte par séance euh en gros la mousse ça coûte à peu près 7€ le rouleau ça s'appelle du Tensoban®. Du Tensoban® c'est 7€ le rouleau, on fait trente séances avec. » (98-101) « Après, ça coûte à peine un demi-rouleau de Tensoplast® par séance donc ça fait en moyenne c'est 3,5€ le rouleau d'Elastoplast®. » (101/102) « Quand on pose une plaquette, c'est du sparadrap. Alors le sparadrap je sais pas combien ça coûte mais c'est à peine 2€ le rouleau et avec un rouleau on peut faire cinq/six séances. » (102-104)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	5	« tous les appareillages qu'on va poser sur un métatarsus varus vont être adaptés (...) au schéma moteur de l'enfant » (6/7) « A partir de six à huit semaines, les enfants ont un schéma de triple extension donc on va peut-être pas les appareiller pareil que quand ils sont en schéma de flexion de zéro à six/huit semaines » (15-17) « si on les met en attelle cruro-pédieuse genou fléchi bah ça va à l'encontre de leur schéma moteur hein » (23/24) « Il commençait à se mettre debout » (113) « cet enfant je l'ai récupéré mais je l'ai traité pendant deux ans parce qu'il se mettait debout » (114/115)
		-	0	
	Moment de PEC	+	6	« Après tout dépend de l'âge où on a l'enfant un âge à la naissance ou n'importe quel âge » (14/15) « je dis que tous métatarsus varus souples, légers ou moyennement doivent être pris en charge dès la naissance, tous » (106/107) « Les métatarsus varus, on ne doit pas les retrouver à huit mois ou à six mois ou à cinq mois » (108/109) « Tous métatarsus varus devraient être pris en charge dès la naissance même si c'est que cinq à dix séances » (109/110) « On ne doit pas les retrouver plus tard » (111/112) « Moi, j'ai déjà récupéré un enfant de onze mois avec 30° d'adduction de l'avant-pied » (112/113)
		-	0	
	Pointure	+	0	
		-	0	



Histogramme n°17 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°6



Histogramme n°18 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 6

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Alors souvent moi je fais une contention souple quand c'est modéré juste avec euh
5 Strappal® et Elasto® et quand le pied est moins bien réductible je fais une pose de
6 plaquettes. Du coup, souvent je regarde je fais un test en fait avec un Elasto® + Strappal®.
7 Je vois si le pied se corrige quand même bien avec et si c'est suffisant, je fais pas plus. Sinon,
8 je reviens en arrière et je refais une pose de plaquette. De base, je démarre plutôt par une
9 contention la plus souple possible et si je vois que c'est pas suffisant je rigidifie. Mais je
10 préfère être le plus souple possible pour permettre quand même au pied de.. aux muscles
11 d'être le plus actif possible quand même.

12 **K : D'accord. Sur quoi allez-vous vous basez pour faire votre choix ?**

13 I : Bah moi je regarde quand même si y'a un gros pli au niveau médial au niveau de la voûte
14 plantaire. Si j'ai un pli médial, je vais plutôt partir sur la plaquette pour vraiment travailler
15 sur l'ouverture du pli médian. Des fois si c'est vraiment plus au niveau de l'hallux qu'on
16 voit un hallux qui tire et qui part en adduction je vais plutôt me baser sur l'Elasto® souple
17 en fait. Vraiment, généralement la plaquette je la garde vraiment quand je vois que ça part
18 vraiment du médio-pied et je trouve que l'Elasto® on corrige moins le médio-pied enfin la
19 jonction métatarsienne du médio-pied. Des fois le métatarsus varus il se corrige mieux en
20 distal et du coup un Elasto® souple ça suffit. Si en distal ça ne suffit pas, je pars sur les
21 plaquettes pour vraiment corriger au niveau de la base du métatarsus varus.

22 **K : D'accord. Que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?**

23 I : Bah souvent je regarde les hanches aussi parce que je me suis rendue compte qu'il y'a
24 pas mal de jeunes qu'on des métatarsus varus qui sont associés à des dysplasies de hanche.
25 Ça arrive quand même régulièrement. Donc, souvent je remonte au niveau des hanches. Je
26 regarde aussi au niveau cervical si y'a pas un torticolis congénital associé ou autre parce que
27 généralement au niveau postural ça joue quand même beaucoup on voit que c'est des
28 attitudes qui parfois peuvent être grandement lié, des attitudes en inclinaison ou autre. Du
29 coup je regarde de manière générale la tonicité et les postures en fait de l'enfant
30 spontanément au repos et après je me focalise plus sur le pied. Mais, j'attache.. je regarde
31 quand même pas mal la hanche et au niveau.. que les mobilités soient bien libres, les
32 inclinaisons soient libres au niveau tronc, bassin et cervicales aussi. Et après au niveau du

33 pied, je regarde si le pied est réductible ou pas. Je regarde l'arrière-pied parce que pour être
34 sûre de ne pas passer à côté de pied en Z ou autre qui pourrait être des petits pieds en Z mais
35 qui pourraient laisser penser à des métatarsus varus. Donc je regarde au niveau du pied je
36 fais un examen musculaire je regarde toutes les longueurs. Puis, au niveau des mobilisations
37 je regarde si on a des bonnes amplitudes aussi au niveau du calcaneum. Est-ce que le calca
38 descend bien ou pas ? ou s'il reste ascensionné ? et puis après, l'hallux est-ce qu'il reste en
39 adduction ou pas ? Je regarde pas mal aussi au niveau de l'hallux parce que souvent sur des
40 tibials antérieurs qui tirent pas mal ça majore quand même le métatarsus varus. Du coup
41 souvent ça pourrait.. enfin ça influence des fois ce que je fais sur mon strap. Des fois, du
42 coup je rajoute une plus grande composante d'abaissement et d'abduction au niveau de la
43 tête du premier méta quand je vois que vraiment y'a un tibial antérieur qui majore le
44 métatarsus varus. On compare par rapport à l'autre pied aussi, je regarde pas mal en fonction
45 du pied opposé.

46 **K : D'accord, est-ce que vous pouvez un peu m'expliquer comment vous faites votre**
47 **contention souple ?**

48 I : Alors souvent je mets d'abord du Fixomull® en dessous pour protéger le pied. C'est
49 comme un petit pansement mais qui permet de se retirer facilement pour pas abimer la peau
50 en dessous mais qui bouge pas comme ça j'ai pas de rougeurs. Et après, je pars de sous le
51 pied au niveau intérieur des cinquièmes orteils à peu près quatrième/cinquième orteil je pars
52 du dessous. Je remonte sur le dessus du pied. Je viens coiffer la tête du premier méta. Je
53 repasse en dessous. Je viens sur le bord latéral. Je remonte au niveau fibulaire. Après je passe
54 derrière le mollet je tourne je redescends et je finis ma boucle sur la même zone.

55 **K : Vous utilisez qu'une seule bande ?**

56 I : Ouais, du coup je fais d'abord une première bande au Strappal® où je fais juste adduction
57 de mon avant-pied et je reviens sur le côté. Après j'utilise une seule bande. Des fois en
58 fonction des enfants j'utilise juste une bande pour fermer au niveau du mollet parce que du
59 coup ça a tendance à rouler vers le bas. Mais généralement je le fais en une bande sauf si je
60 fais la pose de plaquette et là je fais avec euh huit bandes de mémoire.

61 **K : D'accord et vous les mettez comment les huit bandes ?**

62 I : Je fais une ouverture du médio-pied en tractant, j'en mets une qui part du bord médial
63 vers la partie postérieure qui coiffe le calca. J'en mets une devant pareil qui part du bord
64 médial où je remarque que c'est le plus angulaire qui se met sur le bord du premier méta et
65 une au milieu. En fait je tracte pour ouvrir le bord médian et je le colle sur la plaquette en
66 ouverture maximum. Après mon médio-pied, je le fixe sur la plaquette pareil en tractant en

67 ouverture et après je fixe mon calca par des petits étriers pour que le pied bouge pas en fait
68 pour que mon arrière-pied ne bouge pas non plus. Et après, je mets une dernière bande qui
69 vient vraiment qui est plus longue et qui (inaudible) des deux côtés pour éviter que bah pareil
70 que l'avant-pied recapote plus et que ça tienne bien sur la plaquette. Je sais pas si c'est
71 clair...

72 **K : D'accord, oui oui ! Ensuite, si je reprends un peu ce que vous m'avez dit vous**
73 **m'avez un peu dit tout ce que vous regardez au niveau du bilan. Vous avez parlé aussi**
74 **par rapport à la protection de la peau et des rougeurs. Est-ce que vous pouvez me dire**
75 **autre chose sur l'innocuité ?**

76 I : Bah moi, au niveau des parents après je leur dis de surveiller alors.. parce que je mets pas
77 de tension sur les bandes circulaires. Normalement, y'a pas de risque compressif. Mais les
78 parents ils sont quand même au courant que si jamais les orteils ils bleussent ou que les
79 pieds sont froids ou même que y'a un inconfort général de l'enfant ils peuvent le retirer à
80 tout moment. Y'a pas de.. puis je leur ai montré comment l'enlever facilement euh les
81 bandes.

82 **K : D'accord. Que pouvez-vous me dire sur l'impact sur la qualité de vie de l'enfant et**
83 **des parents ?**

84 I : Bah généralement, quand ils sont petits comme nous les enfants ont les voit deux fois par
85 semaine ça change pas grand-chose. Il faut juste que les parents ils adaptent les jours du
86 bain. Mais en les prévenant à l'avance généralement les parents.. alors c'est plus
87 contraignant pour les plaquettes mais quand c'est juste les petits straps moi j'ai eu aucun
88 retour de parent comme quoi c'était gênant ou autre parce que généralement ça se met dans
89 le pyjama sans soucis enfin chez les tout-petits. Chez les un peu plus grands vers trois/quatre
90 mois ou l'été où là les parents ils pourraient faire des réflexions. Mais généralement comme
91 les métatarsus varus ça s'arrête assez vite moi j'ai pas eu de retour de parent qui ont pas
92 accepté l'Elasto® ou qui l'ont retiré parce qu'ils trouvaient que ça servait à rien.
93 Généralement comme j'explique bien pourquoi on le fait, comment on le fait etc.. y'a pas de
94 difficulté d'adhésion ou de choses comme ça par rapport à l'organisation familiale. La seule
95 chose parce que pour le moment c'est moi qui fournis l'Elasto®.. enfin le matériel. A terme
96 avec ma collègue, on réfléchissait à se demander : est-ce qu'on demanderait aux parents de
97 fournir ou pas. Ça demande réflexion parce que effectivement, ça aurait un coût pour eux
98 donc c'est à re-réfléchir parce que pour le moment en termes de coût ça change rien pour
99 eux. Peut-être je me dis que peut-être la réflexion qu'on avait de se dire que peut-être si on
100 proposait ça et qu'ils devaient payer ils auraient la même adhésion ou quoi. Même si ça

101 monte pas sur les mêmes sommes que des straps pour les pieds bots ou autres parce qu'on
102 est pas sur les mêmes durées, la même quantité d'Elasto®. On s'est posé la question : est-ce
103 qu'on devait faire payer ou pas aux parents le matériel et est-ce que ça changerait leur
104 adhésion ? J'ai pas de recul là-dessus pour le moment parce que pour le moment c'est nous
105 qui payons le matériel.

106 **K : D'accord. Donc, vous payez le matériel et après pour tout ce qui est base de**
107 **remboursement, ça se passe comment ?**

108 I : Bah, on facture juste une séance. Du coup, pour le moment nous on est.. entre guillemets
109 on perd de l'argent parce que c'est nous qui payons l'Elasto®. On ne facture pas une séance
110 en plus parce qu'on a fourni du matériel. Pour le moment on le fait à titre gratuit. Mais, je
111 pense que si on était amené à en voir plus là actuellement on en a un à deux en même temps.
112 Mais si on était amené à en voir beaucoup plus.. y'a une période où on en voyait plus et on
113 s'était posé la question de demander aux parents d'acheter le matériel.

114 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire par rapport à l'âge de l'enfant ?**

115 I : Bah plus tôt on les voit et mieux c'est ! Enfin là en ce moment, moi tous ceux que je vois
116 ils sortent.. les parents ils nous appellent dès la maternité. En fait moi je bosse dans un
117 cabinet où on fait que de la pédiatrie. Du coup on a fait pas mal de lien avec les pédiatres
118 notamment bah sur tout ce qui est plagio etc et on a pas mal plaidé aussi pour les petits pieds.
119 Du coup y'a deux maternités maintenant qui jouent quand même bien le jeu et les pédiatres
120 ils orientent enfin ils préviennent les familles d'appeler dès l'accouchement. En fait quand
121 ils s'en rendent compte et du coup moi là les deux que j'ai vu je les ai vu à la sortie dans les
122 trois jours de leur sortie d'hospit. Donc la prise en charge elle est quand même beaucoup
123 plus rapide derrière quand on prend en charge tôt euh les enfants. J'ai suivi un jeune qui
124 avait des.. où ça a été détecté à quatorze/seize mois et là forcément c'est beaucoup plus long.
125 J'avais fait des attelles en plâtre pour la nuit enfin c'était beaucoup plus galère alors que
126 quand euh.. plus tôt c'est fait et plus tôt les familles sont tranquilles. J'ai remarqué quand
127 même qu'on va beaucoup plus vite chez les tout-petits quoi. En plus généralement, ils ont
128 des plus grandes phases de sommeil donc du coup ils sont détendus enfin les séances c'est
129 carrément plus facile.

130 **K : D'accord, allez-vous tenir compte des niveaux d'évolution moteurs de l'enfant ?**

131 I : Ouais, après j'ai remarqué que généralement ça change pas.. ça change pas trop la donne.
132 Même avec les plaquettes les enfants ils arrivent à faire du ramper et à faire du quatre pattes.
133 Sur des métatarsus varus moi c'est rare que après le ramper quoi généralement moi
134 trois/quatre mois je les vois plus trop. Après les parents je leur propose systématiquement

135 un rendez-vous de contrôle au moment du quatre pattes et des premières... à la fin du quatre
136 pattes plutôt et au début où il commence à se mettre en charge sur des premiers chevaliers
137 servants ou autre pour voir comment se positionne le pied. Mais c'est vrai que généralement
138 les parents savent que je suis dispo si vraiment ils ont l'impression que ça revient à la charge.
139 Mais je leur propose systématiquement qu'on se revoit au début des étapes de verticalisation
140 pour checker que ça reparte pas.

141 **K : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

142 I : Bah pas spécialement, je réfléchissais... Moi je sais que je les éduque pas mal à la maison
143 aussi sur.. même si je les revois pas. Alors sur les stimulations quand ils sont tout-petits pour
144 travailler les fibulaires ou autres. Mais je leur montre aussi pas mal de petites choses pour
145 quand les enfants ils sont plus grands des jeux ou des choses comme ça pour les premières
146 stations debout. Justement pour éviter qu'on se retrouve dans des situations avec des pieds
147 qui auraient tendance à revenir en métatarsus varus à la marche. Je montre pas mal
148 d'exercices aux parents des petites choses qu'ils peuvent faire sur des petits rituels à la
149 maison dans les bains. En fait, je fais beaucoup d'éducation de manière générale. Moi je
150 travaille beaucoup à partir d'éducation avec les parents parce que c'est vrai que c'est quand
151 même globalement à la maison qu'il y a beaucoup de choses qui se passent. Du coup pour
152 leur montrer bah que s'ils veulent éviter de revenir même au moment de l'âge de la marche.
153 Du coup je leur montre pleins de jeux qu'ils pourront faire à terme sur des petits rituels le
154 soir ou autre. Des jeux qu'ils peuvent faire au moment de la marche en fait pour stimuler les
155 fibulaires et une marche correcte.

156 **K : Est-ce que vous avez des exemples à me donner ?**

157 I : Dans les exercices qui marchent bien c'est par exemple de faire les tours là avec les cubes
158 qui s'empilent qui s'encastrent de plus en plus grand là de plus en plus petits pardon ! En
159 fait de demander à l'enfant de pousser avec le pied et du coup en le mettant suffisamment
160 sur l'extérieur et bah l'enfant ils stimulent ses fibulaires au maximum. Ca peut être de les
161 faire marcher un peu comme Lucky Luke les jambes écartées. C'est pareil ça travaille plutôt
162 les chaînes latérales. Du coup ça marche plutôt pas mal. Euh des fois c'est travailler avec
163 des gommettes aussi à mettre sur les pieds à venir chercher ou autre. Euh ouais moi j'ai le
164 colorino au cabinet c'est un jeu avec des.. y'a une image en dessous il faut mettre des pions
165 pour refaire le dessin en fonction des couleurs. Bah c'est pareil je prends le pion et je
166 demande à l'enfant de venir le toucher avec le pied. Mais du coup je le mets suffisamment
167 sur le côté pour qu'on ait les éverseurs qui se mettent en route. Des choses comme ça. Du
168 coup je leur donne pas mal de petits exercices comme ça à faire en leur proposant vraiment

169 de mettre les objets sur le côté de taper avec le côté extérieur du pied. Ouais je leur montre
170 pas mal d'exemples !
171 **K : D'accord, je pense que c'est bon pour moi ! Je vous remercie d'avoir participé !**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°7 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	7	<p>« Bah souvent je regarde les hanches aussi parce que je me suis rendue compte qu'il y'a pas mal de jeunes qu'on des métatarsus varus qui sont associés à des dysplasies de hanche » (23/24)</p> <p>« souvent je remonte au niveau des hanches » (25)</p> <p>« Je regarde aussi au niveau cervical si y'a pas un torticolis congénital associé ou autre parce que généralement au niveau postural ça joue quand même beaucoup on voit que c'est des attitudes qui parfois peuvent être grandement lié, des attitudes en inclinaison ou autre. » (26-28)</p> <p>« je regarde de manière générale la tonicité et les postures en fait de l'enfant spontanément au repos » (29/30)</p> <p>« après je me focalise plus sur le pied » (30)</p> <p>« je regarde quand même pas mal la hanche et au niveau.. que les mobilités soient bien libres, les inclinaisons soient libres au niveau tronc, bassin et cervicales aussi. » (30-32)</p> <p>« On compare par rapport à l'autre pied aussi, je regarde pas mal en fonction du pied opposé. » (44/45)</p>
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	4	<p>« je regarde quand même si y'a un gros pli au niveau médial au niveau de la voûte plantaire » (13/14)</p> <p>« Si j'ai un pli médial, je vais plutôt partir sur la plaquette pour vraiment travailler sur l'ouverture du pli médian. » (14/15)</p> <p>« Des fois si c'est vraiment plus au niveau de l'hallux qu'on voit un hallux qui tire et qui part en adduction » (15/16)</p> <p>« juste l'adduction de mon avant-pied » (56/57)</p>
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	4	<p>« je regarde au niveau du pied je fais un examen musculaire je regarde toutes les longueurs » (35/36)</p> <p>« Puis, au niveau des mobilisations je regarde si on a des bonnes amplitudes aussi au niveau du calcaneum » (36/37)</p> <p>« Est-ce que le calca descend bien ou pas ? ou s'il reste ascensionné ? » (37/38)</p> <p>« Je regarde pas mal aussi au niveau de l'hallux parce que souvent sur des tibials antérieurs qui tirent pas mal ça majore quand même le métatarsus varus » (39/40)</p>

		-	0	
	Diagnostic /diagnostic différentiel	+	2	« Et après au niveau du pied, je regarde si le pied est réductible ou pas » (32/33) « Je regarde l'arrière-pied parce que pour être sûre de ne pas passer à côté de pied en Z ou autre qui pourrait être des petits pieds en Z mais qui pourraient laisser penser à des métatarsus varus » (33-35)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	1	« même que y'a un inconfort général de l'enfant » (79)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	3	« je mets d'abord du Fixomull® en dessous pour protéger le pied » (48) « qui permet de se retirer facilement pour pas abimer la peau en dessous » (49/50) « qui bouge pas comme ça j'ai pas de rougeurs » (50)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	3	« parce que je mets pas de tension sur les bandes circulaires » (76/77) « Normalement, y'a pas de risque compressif » (77) « si jamais les orteils ils bleussent ou que les pieds sont froids » (78/79)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	3	« Bah généralement, quand ils sont petits comme nous les enfants ont les voit deux fois par semaine ça change pas grand-chose » (84/85) « y'a pas de difficulté d'adhésion ou de choses comme ça par rapport à l'organisation familiale » (93/94) « plus tôt c'est fait et plus tôt les familles sont tranquilles » (126)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	13	« au niveau des parents après je leur dis de surveiller » (76) « Mais les parents ils sont quand même au courant (...) ils peuvent le retirer à tout moment » (77-80) « Mais généralement comme les métatarsus varus ça s'arrête assez vite moi j'ai pas eu de retour de parent qui ont pas accepté l'Elasto® ou qui l'ont retiré parce qu'ils trouvaient que ça servait à rien » (90-92) « Généralement comme j'explique bien pourquoi on le fait, comment on le fait etc.. y'a pas de
		-	0	

				<p>difficulté d'adhésion ou de choses comme ça » (93/94)</p> <p>« Peut-être je me dis que peut-être la réflexion qu'on avait de se dire que peut-être si on proposait ça et qu'ils devaient payer ils auraient la même adhésion ou quoi. » (99/100)</p> <p>« est-ce que ça changerait leur adhésion ? » (103/104)</p> <p>« Moi je sais que je les éduque pas mal à la maison aussi sur.. même si je les revois pas. Alors sur les stimulations quand ils sont tout-petits pour travailler les fibulaires ou autres » (142-144)</p> <p>« Mais je leur montre aussi pas mal de petites choses pour quand les enfants ils sont plus grands des jeux ou des choses comme ça pour les premières stations debout » (144-146)</p> <p>« Justement pour éviter qu'on se retrouve dans des situations avec des pieds qui auraient tendance à revenir en métatarsus varus à la marche » (146/147)</p> <p>« Je montre pas mal d'exercices aux parents des petites choses qu'ils peuvent faire sur des petits rituels à la maison dans les bains » (147-149)</p> <p>« je fais beaucoup d'éducation de manière générale. je travaille beaucoup à partir d'éducation avec les parents parce que c'est vrai que c'est quand même globalement à la maison qu'il y a beaucoup de choses qui se passent. » (149-151)</p> <p>« Du coup pour leur montrer bah que s'ils veulent éviter de revenir même au moment de l'âge de la marche » (151/152)</p> <p>« Du coup je leur montre pleins de jeux qu'ils pourront faire à terme sur des petits rituels le soir ou autre » (153/154)</p>
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	0	
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	2	<p>« alors c'est plus contraignant pour les plaquettes mais quand c'est juste les petits straps moi j'ai eu aucun retour de parent comme quoi c'était gênant ou autre parce que généralement ça se met dans le pyjama sans soucis enfin chez les tout-petits » (86-89)</p> <p>« généralement, ils ont des plus grandes phases de sommeil donc du coup ils sont détendus enfin les séances c'est carrément plus facile. » (127-129)</p>

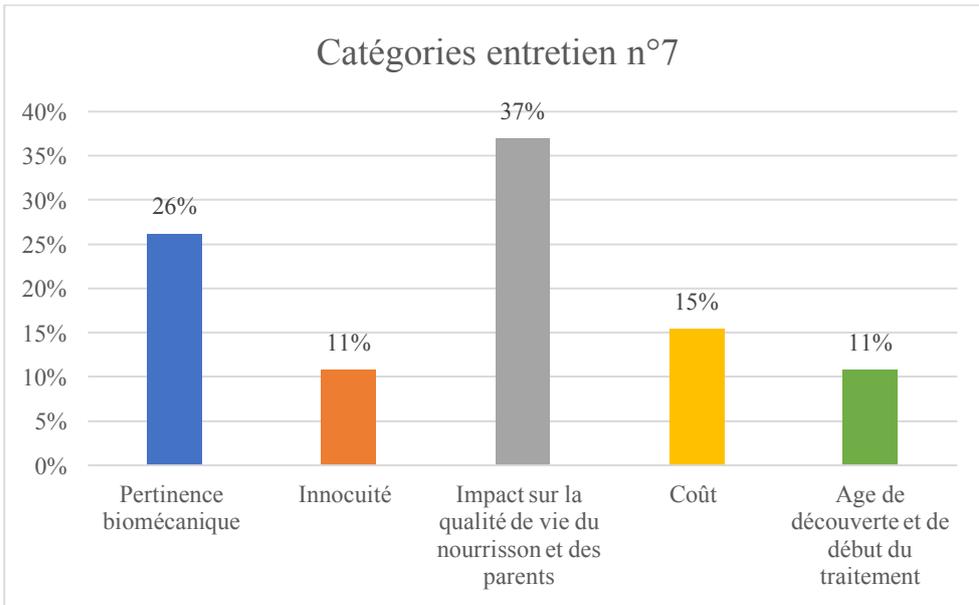
		-	-1	« Il faut juste que les parents ils adaptent les jours du bain » (85/86)
	Niveau d'évolution motrice	+	4	« Mais je préfère être le plus souple possible pour permettre quand même au pied de.. aux muscles d'être le plus actif possible quand même » (9-11) « après j'ai remarqué que généralement ça change pas.. ça change pas trop la donne » (131) « Même avec les plaquettes les enfants ils arrivent à faire du ramper et à faire du quatre pattes » (132) « Des jeux qu'ils peuvent faire au moment de la marche en fait pour stimuler les fibulaires et une marche correcte » (154/155)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	0	
		-	0	
	Base de remboursement	+	0	
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	1	« Bah, on facture juste une séance » (108)
		-	1	« c'est à re-réfléchir parce que pour le moment en termes de coût ça change rien pour eux » (98/99)
	Frais du matériel	+	1	« A terme avec ma collègue, on réfléchissait à se demander : est-ce qu'on demanderait aux parents de fournir ou pas. Ça demande réflexion parce que effectivement, ça aurait un coût pour eux » (95-97)
		-	7	« La seule chose parce que pour le moment c'est moi qui fournis l'Elasto®.. enfin le matériel » (94/95) « On s'est posé la question : est-ce qu'on devait faire payer ou pas aux parents le matériel » (102/103) « J'ai pas de recul là-dessus pour le moment parce que pour le moment c'est nous qui payons le matériel » (104/105)
				« Du coup, pour le moment nous on est.. entre guillemets on perd de l'argent parce que c'est nous qui payons l'Elasto® » (108/109) « On ne facture pas une séance en plus parce qu'on a fourni du matériel » (109/110) « Pour le moment on le fait à titre gratuit » (110) « y'a une période où on en voyait plus et on s'était posé la question de demander aux parents d'acheter le matériel » (112/113)

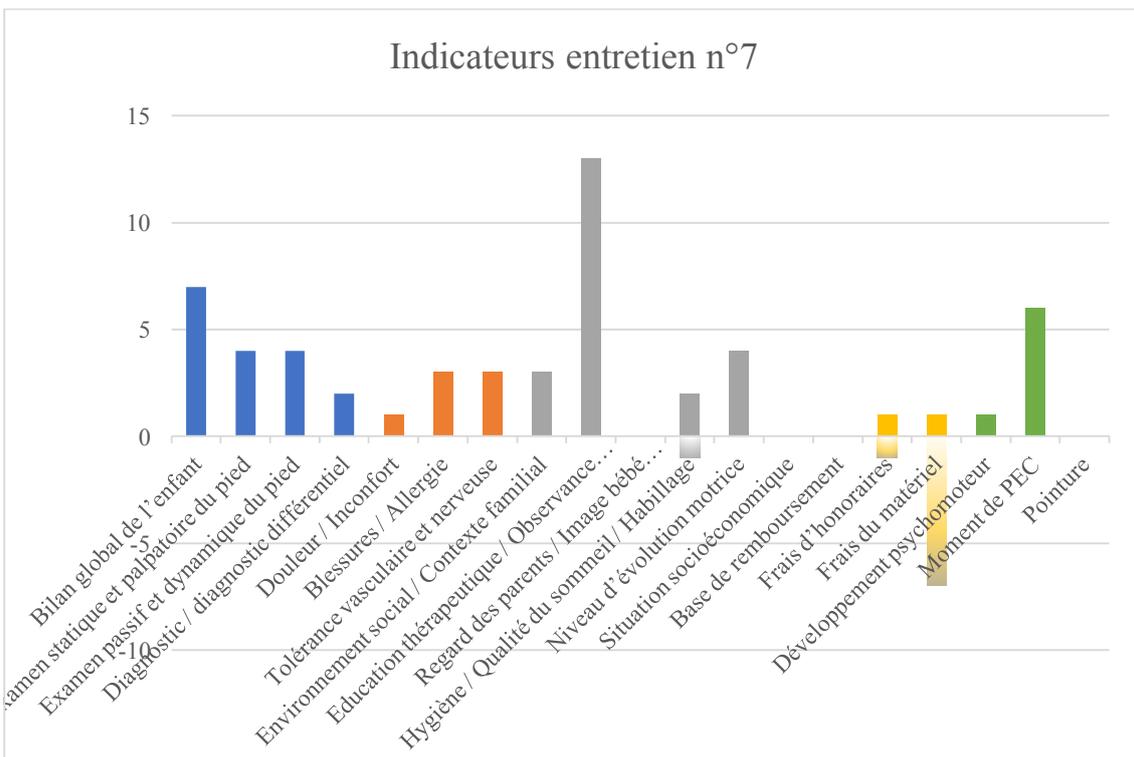
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	1	« Sur des métatarsus varus moi c'est rare que après le ramper quoi généralement moi trois/quatre mois je les vois plus trop » (133/134)
		-	0	
	Moment de PEC	+	6	« Chez les un peu plus grands vers trois/quatre mois » (89/90) « Bah plus tôt on les voit et mieux c'est » (115) « Enfin là en ce moment, moi tous ceux que je vois ils sortent. les parents ils nous appellent dès la maternité » (115/116) « les pédiatres ils orientent enfin ils préviennent les familles d'appeler dès l'accouchement » (119/120) « je les ai vu à la sortie dans les trois jours de leur sortie d'hospit » (121/122) « J'ai suivi un jeune qui avait des.. où ça a été détecté à quatorze/seize mois et là forcément c'est beaucoup plus long » (123/124)
		-	0	
	Pointure	+	0	
-		0		

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Evolution du traitement	+	1	« De base, je démarre plutôt par une contention la plus souple possible et si je vois que c'est pas suffisant je rigidifie.» (8/9)
		-	0	



Histogramme n°19 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°7



Histogramme n°20 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 7

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Modéré et partiellement réductible.. euh un strap.

5 **K : Comment vous réalisez votre strap ?**

6 I : Alors en général surtout si il est que partiellement réductible avec une plaquette.. après
7 dans quels détails il vous faut euh.. En gros, je fais plutôt par petites bandes successives dans
8 une méthode qui se rapproche plus des méthodes à l'époque de [Nom d'hôpital] et
9 maintenant [Nom d'hôpital] dans la prise en charge des pieds bots que je transpose sur les
10 métatarsus varus. Et avec bah essentiellement des bandes de traction avant traction arrière
11 de pied pour mettre à plat sur plaquette quand il y a une plaquette et d'ouverture du pied
12 avec une bande en huit pour venir ouvrir l'avant-pied en prenant un contre appui en fait.

13 **K : D'accord, et donc quand vous choisissez votre type de contention sur quoi vous**
14 **basez-vous ?**

15 I : En gros, je me base sur deux choses. Ça a un peu varié ces derniers mois on va dire encore
16 plus. Spontanément, ça dépend de la peau notamment et d'une fragilité particulière que
17 pourrait avoir certains enfants qui vont faire que je peux me réadapter euh dans le type de
18 gravité de métatarsus varus. En fonction, je vais avoir tendance à faire rapidement à mettre
19 un strap pour accélérer les choses ou à laisser le temps venir avec un contrôle de
20 suivi (inaudible). Y'a souvent des débuts vraiment qui au démarrage vont globalement
21 moulés vers l'intérieur et où bah progressivement si on vient un peu les solliciter et qu'on
22 regarde ce qui se passe ça peut se rétablir seul. Y'a d'autres enfants où vraiment je vois qu'en
23 effet c'est partiellement réductible et là je vais avoir un peu plus envie de mettre un strap
24 pour pouvoir favoriser la correction et qu'ils puissent avoir le temps de se remuscler. C'est
25 d'ailleurs ça qui fera qu'après je change d'optique ou que je renforce ou que je réduis au
26 niveau des bandages. Après, je peux aussi choisir entre strap et attelle. Ça m'arrive même
27 sur des métatarsus tout-petits euh facilement réductible de proposer une attelle en thermo-
28 formable que je fais moi-même au cabinet pour que les parents aient plus de facilité à mettre
29 et à enlever et qui soient pas obligé de venir au cabinet pendant quatre à cinq séances
30 semaine. Voilà, donc ça dépend de l'âge de l'enfant quand il arrive, ça dépend de la
31 disponibilité des parents aussi de comment je les sens mobilisé. Certains parents vont
32 pouvoir refaire un strap et apprendre à refaire le strapping auquel cas c'est facile de les guider

33 et de leur montrer comment faire. D'autres déjà mettre une attelle et l'enlever ça va être
34 compliqué. Donc c'est vraiment à adapter en fonction de ce que je perçois des parents et de
35 l'enfant.

36 **K : D'accord. Quand vous parlez de l'apprentissage des parents par rapport au strap**
37 **vous leur demandez de refaire le strap ?**

38 I : Ça arrive oui ! En général, pas au démarrage. En général, au démarrage c'est moi qui fait
39 et je revois les enfants euh quand je fais un strap je les vois en général trois fois par semaine
40 parce que ça me permet de laisser le strap. Je sais que je peux le laisser facilement pendant
41 48h. Ils font le bain, ils crèment le pied, ils reviennent au bout de 48h et on refait un strap.
42 Après avec le temps si il va y avoir une période un peu plus longue où ça va être compliqué
43 avec la reprise de parents à ce moment-là on va espacer les séances. Si je les en sens capables
44 je vais leur demander de refaire le strap. Quand je fais ça en général y'a un support au moins
45 papier avec des photos successives qu'on a créé. A la base tout ça c'est vraiment dans le
46 suivi du pied bot qu'on l'a mis en place et on a créé progressivement des petits supports
47 photos pour qu'ils sachent dans quel sens comment. Puis je fais faire le strap aux parents en
48 présence pendant une séance pour pouvoir revoir les zones où on tracte où on tracte pas etc..
49 Donc, y'a des parents qui filment aussi, ils me filment en train de faire le strap pour pouvoir
50 re-visionner la vidéo pendant que eux font le strap.

51 **K : D'accord. Donc si je reprends un peu ce que vous m'avez dit. Vous avez parlé au**
52 **niveau du bilan de la gravité du métatarsus varus, de la peau si il y'avait des fragilités**
53 **particulières. Ensuite tout ce qu'il y a autour pour les parents la disponibilité les**
54 **facilités tout ce qui concerne en fait l'observance toute l'éducation thérapeutique que**
55 **vous faites aux parents. Que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?**

56 I : En général, ces enfants déjà y'a toute une partie d'interrogation. Alors ça en effet j'ai
57 même pas pensé à vous le dire spontanément parce que ça fait partie du point de départ de
58 base de toute prise en charge d'un enfant qui met un pied dans le cabinet. Euh c'est d'essayer
59 de regarder globalement où il en est euh de comprendre avec ses parents où en est l'enfant
60 et comment il dort par exemple. J'ai eu une petite qui avait un métatarsus varus et qui dormait
61 que sur le ventre. Donc dans ces cas-là y'a aussi tout un travail auprès des parents qui se
62 complètent dans l'éducation parentale pour essayer de leur expliquer les dangers. A la fois
63 bah quand on peut pas faire à leur place et faire en sorte que le gamin couche sur le dos bah
64 faut faire avec. Mais il vaut mieux savoir qu'elle est sur le ventre pour mieux comprendre
65 pourquoi les pieds ils évoluent d'une certaine manière et pas d'une autre. Donc y'a toute
66 cette part-là, après bon j'ai une formation à la base globalement neuro auprès des enfants.

67 Donc spontanément dans mes séances (inaudible) évaluation que après en prise en charge je
68 vais m'inspirer bah justement de tout ce qui est réaction neuro-motrice de l'enfant en
69 fonction déjà de sa motricité spontanée et après en fonction de sa motricité guidée. Donc, je
70 vais m'appuyer sur les NEMs. Puis je vais regarder si y'a pas autre chose derrière ces pieds
71 qui tournent en dedans quoi.. euh que ce soit un bébé justement moulé j'en parlais
72 spontanément tout à l'heure. Finalement y'a le pied mais en général y'a la tête le corps et
73 tout ce qui va au-dessus ou que ce soit un prétexte pour dépister un pied qui rentre en dedans
74 mais qui soit neuro quoi. Donc, je fais un bilan global et après quand y'a un doute un contrôle
75 aussi sur les hanches. En général les médecins l'ont fait celui-là et y'a une échographie de
76 faite. Donc je vérifie que les parents l'ont faite.

77 **K : D'accord. Au niveau de l'examen clinique du pied en particulier, que faites-vous ?**

78 I : Bah j'observe à la fois les sillons à la fois déjà la motricité spontanée du pied pour pouvoir
79 voir si spontanément bah c'est un enfant qui passe son temps à frotter ses pieds l'un contre
80 l'autre lors du jeu moteur. Est-ce que sur stimulation il va avoir une possibilité de corriger
81 son pied déjà en actif partiellement totalement ? Je vais souvent les positionner moi accroupi
82 dans des manœuvres de godille pour pouvoir valider la présence automatique des réactions
83 de releveurs de péroniers etc et leur harmonie. Ensuite je vais aller chercher la souplesse de
84 ce pied en y mettant les mains savoir si le pli s'ouvre si il s'ouvre bien ou pas. En général
85 j'ai été voir quand même au niveau du talon si par hasard il est pas quand même un peu
86 varus-équin ce pied non pas que métatarsus varus. Oui en général les ordonnances sont mal
87 étiquetées souvent les médecins vont prescrire pour métatarsus varus ou pied varus ou pied
88 talus. En définitif quand on voit le pied il est dans l'autre sens. Donc c'est vraiment je me
89 fie à ce que je vois avec ma main clinique et non pas ce qui est marqué sur l'ordonnance.
90 Ensuite, je vais regarder aussi au niveau du genou souvent parce qu'on peut avoir des laxités
91 de genou en rotation ou si il y a une contrée de cette attitude en métatarsus varus. Là je vous
92 ai parlé que des bébés. Des fois on voit arriver des plus grands qui ont toujours cette attitude
93 de pied en dedans avec des fois bah plus l'avant-pied mais finalement toute la jambe quoi.

94 **K : D'accord, pouvez-vous un peu plus développer la partie sur l'âge de l'enfant ?**

95 I : En général, on voit arriver des enfants déjà spontanément les pieds en un système d'hyper-
96 souplesse. On les voit rarement avant ces six semaines donc c'est souvent que les examens
97 vont se faire après coup. Là, j'ai eu un appel aujourd'hui pour un bébé de quatre mois avec
98 le médecin qui demande que je fasse une séance pour voir si il a besoin de séances voilà !
99 Donc y'a des dépistages qui sont un peu tardifs de moins en moins j'ai l'impression que j'en
100 vois dès la maternité. En général c'est les médecins de ville qui les envoient les médecins

101 généralistes. Et souvent, ils attendent quelques consultations pour voir si ça va se rétablir
102 tout seul. Ils ont en partie raison parce que y'a pleins de fois où ça se rétablie relativement
103 seul avec juste des petits gestes des parents et des sollicitations. Mais c'est pas toujours le
104 cas et ça nous est arrivé de récupérer des enfants à deux ans avec un métatarsus varus qui
105 reste. Là ça devient beaucoup plus compliqué et en général là pour le coup on met des
106 attelles. On leur fait des attelles en thermo-formable pour qu'ils les aient la nuit et que la
107 journée on leur lâche la grappe. C'est un des autres intérêts dont j'ai pas pensé à vous parler
108 dans le fait d'avoir les attelles. Là, j'ai une fillette qui est arrivée à trois mois pour métatarsus
109 varus avec un pied qui était quand même bien sévère c'est elle qui dormait sur le ventre et
110 avec son pédiatre qui avait prescrit dix séances en se disant : « c'est bon ça va passer parce
111 que ça revient tout seul ». Donc il a attendu trois mois à se dire : « bon ça va peut-être revenir
112 tout seul avec les sollicitations ». Finalement cette fillette au début on a fait des straps ça a
113 pas mal fonctionné très vite. Mais par contre très vite elle reperdait le gain mais toujours à
114 plat ventre et toujours à jouer à se frotter les pieds après à trois/quatre mois. C'est un peu
115 leur occupation prioritaire. Finalement, on a fait une petite attelle j'en ai parlé avec les
116 parents dès le démarrage enfin elle a les deux pieds qui sont touchés donc une paire d'attelle.
117 Elle a réussi à baisser en gigotant dans ses attelles. Mais finalement c'est justement parce
118 qu'elle gigotait en journée là où au contraire les pieds plus ils étaient libres plus il y avait de
119 sollicitations musculaires. On est parti sur lui mettre des attelles que dans les moments où
120 elle dort et lui enlever dans les moments de liberté et de mouvements. C'est ce qui a fait le
121 bon compromis. Donc c'est.. voilà ça va dépendre aussi de l'enfant, de son besoin, d'où il
122 en est. Elle tapait les attelles par terre parce qu'elle pédalait et ça l'éclatait de se taper le
123 talon par terre sauf que le talon il allait pas réussir à rester net si elle continuait comme ça
124 quoi.

125 **K : Oui.. Donc, vous m'avez parlé des fragilités qui pouvez y avoir au niveau de la peau.**
126 **Que pouvez-vous me dire d'autres au niveau de l'innocuité ?**

127 I : Alors spontanément, j'ai en général pas de problème de peau et de tolérance cutanée au
128 strap. Je fais pas du tout de strap sur mousse. Je fais le strap a même la peau en général avec
129 de la teinture de bengoin. Ça sert à tanner la peau, à protéger la peau. C'était aussi utilisé
130 pendant longtemps quand on mettait des corsets pour tanner la peau au niveau des zones de
131 points d'appui. Mais le benjoin est une plante qui est en voie de disparition je crois et donc
132 on a plus en plus de mal à se fournir en teinture. On a moins de soucis puisque vu que les
133 pieds bots sont plus considérés comme du ressort des kinés puisqu'ils sont passés par
134 Ponsetti. On voit vraiment beaucoup moins d'enfants qui nécessitent d'avoir un strap. Et

135 donc par rapport à ça après j'utilise du Leukoplast pro® et c'est l'ancien parpal. C'est une
136 colle de pansement donc avec cette colle là ça fait que je n'ai pas de problème de peau et
137 d'intolérance par rapport à cette colle en général. Ensuite, par-dessus je m'en sers du coup
138 de protection de cette bande. Je vais coller des petits bouts de bandes par-dessus la peau
139 directement pour servir de pellicule de protection et mettre en plus après de l'Elasto® qui
140 lui a une colle beaucoup plus adhérente souvent c'est plus à l'Elasto® que l'enfant résiste.
141 Et après, bah ça m'est arrivé une fois donc maintenant c'est Tensoplast® la marque du truc
142 que j'utilise. Ca m'est arrivé une fois d'avoir une réaction cutanée les parents ont changé de
143 type de bandes. Là la colle était pas pareille et c'était bon ça causait plus de soucis voilà.
144 Ensuite bah pour moi il faut obligatoirement que les bains soient autorisés. Les enfants ont
145 le droit de se laver chez moi donc bah ils prennent leur bain tranquillement avant la séance
146 une ou deux heures avant la séance ou plus si on est en train de gagner de la liberté au fur et
147 à mesure qu'on retire le strap. Je demande aux parents de ne pas s'acharner sur la colle de
148 mettre de la crème de revenir un peu plus tard mettre encore un petit peu de crème.
149 Finalement la colle s'en va toute seule sans irritation de la peau et puis après je remets mon
150 strap pendant la séance derrière. En général j'ai pas de gros problème de peau. Après quand
151 ça arrive d'avoir une plaie par exemple la louloute avec son attelle j'ai protégé la zone et j'ai
152 retouché mon attelle. C'est finalement l'attelle qui l'a blessé. Des fois je mets du Duoderm®
153 sur la peau pour pouvoir protéger l'endroit où y'a une petite blessure. Et des fois si c'est
154 vraiment parce que y'a une zone de traction mais ça aussi c'était plus sur le pied bot je vais
155 mettre du Leukoplast® mais en mettant colle contre colle pour avoir une petite zone où y'a
156 pas de colle justement et le temps que le bobo cicatrise.

157 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur le coût ?**

158 I : Alors quand on fait des bandages alors forcément y'a un coût pour la famille évident. Euh
159 je ne sais plus vous dire les tarifs de chaque boîte pourtant j'en achète régulièrement. Ça
160 m'arrive de ne pas demander aux parents de m'en chercher en fonction de la gravité ou si je
161 veux juste essayer et puis voilà. Sinon, je fais en sorte qu'ils se fassent prescrire. Mais en
162 général tout n'est pas remboursé. Donc je mets ça en balance après par rapport aux parents
163 aussi dans le choix de l'attelle. Les attelles ont leur fait payer une participation matérielle.
164 C'est le Xlite le matériel. On leur fait payer une participation avec ma collègue de l'ordre de
165 10 € l'attelle pour qu'il y ait une participation en gros aux frais de matériel. Donc au bilan
166 alors si vraiment c'est un tout tout petit bébé où là on va faire 10 € la paire d'attelle parce
167 que on va pas utiliser beaucoup de matériel quoi. Donc finalement ils sont souvent mieux
168 avec une attelle même si on la renouvelle au bout de un mois parce que déjà on peut la re-

169 chauffer et on peut la retravailler. Donc on la refait dès que ça commence à serrer un peu sur
170 un côté et puis ça coûte moins cher que des straps.

171 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire de plus sur la qualité de vie de l'enfant et des**
172 **parents ?**

173 I : Alors en général que ce soit les attelles ou les straps ça ne les encombre pas. C'est
174 justement pour favoriser la qualité de leur vie que bah je leur laisse un peu de choix aussi et
175 que j'essaye de voir où en est l'enfant. Je vais pas avoir la même stratégie si c'est un enfant
176 qui a un âge moteur où il a besoin de crapahuter de grimper. Si mon attelle l'ennuie à ce
177 moment-là bah je vais faire en sorte qu'il ait des moments de liberté sans l'attelle pour qu'il
178 bouge qu'il fasse son développement moteur normal. Quand il est au calme et qu'il dort on
179 met une attelle. Globalement, j'ai pas souvenir d'avoir des familles que ça a vraiment
180 perturbé. Des familles stressées à l'idée de mettre l'attelle si ! La peur de mal mettre voilà
181 que ce soit pour l'attelle ou pour le bandage. En général y'a au moins cette question-là qui
182 se pose à un moment donné. En général le fait de faire avec eux de leur retirer au démarrage
183 tous les enjeux en leur disant que : « si vous y arrivez pas c'est pas grave hein ! La prochaine
184 séance on refait et c'est pas parce qu'on a perdu deux jours ou trois jours que c'est la fin du
185 monde » voilà. Donc y'a du travail à dédramatiser au démarrage. Après en général ils
186 comprennent bien et il s'inquiètent pas trop de l'évolution. Y'a des fois où à l'inverse c'est
187 nous qu'allons un petit peu inquiéter les parents quand ils arrivent à deux ans. On va avoir
188 tendance nous à venir inquiéter les parents parce que peut-être ils pouvaient aussi se poser
189 la question avant. On leur dit que c'est maintenant qu'il faut faire quelque chose.

190 **K : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

191 I : Ils viendront forcément après.. dans l'immédiat non !

192 **K : D'accord, merci d'avoir accepté l'entretien !**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°8 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	8	« En général, ces enfants déjà y'a toute une partie d'interrogation » (56) « c'est d'essayer de regarder globalement où il en est euh de comprendre avec ses parents où en est l'enfant et comment il dort par exemple » (58-60) « je vais m'inspirer bah justement de tout ce qui est réaction neuro-motrice de l'enfant en fonction déjà de sa motricité spontanée et après en fonction de sa motricité guidée. Donc, je vais m'appuyer sur les NEMs » (68-70) « euh que ce soit un bébé justement moulé j'en parlais spontanément tout à l'heure » (71/72) « Donc, je fais un bilan global » (74) « après quand y'a un doute un contrôle aussi sur les hanches » (74/75) « Ensuite, je vais regarder aussi au niveau du genou souvent parce qu'on peut avoir des laxités de genou en rotation ou si il y a une contrée de cette attitude en métatarsus varus » (90/91) « Des fois on voit arriver des plus grands qui ont toujours cette attitude de pied en dedans avec des fois bah plus l'avant-pied mais finalement toute la jambe quoi » (92/93)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	3	« Y'a souvent des débuts vraiment qui au démarrage vont globalement moulés vers l'intérieur » (20/21) « Bah j'observe à la fois les sillons » (78) « qui ont toujours cette attitude de pied en dedans avec des fois bah plus l'avant-pied mais finalement toute la jambe quoi » (92/93)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	5	« à la fois déjà la motricité spontanée du pied pour pouvoir voir si spontanément bah c'est un enfant qui passe son temps à frotter ses pieds l'un contre l'autre lors du jeu moteur » (78-80) « Est-ce que sur stimulation il va avoir une possibilité de corriger son pied déjà en actif partiellement totalement ? » (80/81) « Je vais souvent les positionner moi accroupi dans des manœuvres de godille pour pouvoir valider la présence automatique des réactions de releveurs de péroniers etc et leur harmonie » (81-83)

				« Ensuite je vais aller chercher la souplesse de ce pied en y mettant les mains savoir si le pli s'ouvre si il s'ouvre bien ou pas » (83/84) « En général, on voit arriver des enfants déjà spontanément les pieds en un système d'hyper-souplesse » (95/96)
		-	0	
	Diagnostic /diagnostic différentiel	+	5	« dans le type de gravité de métatarsus varus en fonction je vais avoir tendance à faire rapidement à mettre un strap » (17-19) « Y'a d'autres enfants où vraiment je vois qu'en effet c'est partiellement réductible » (22/23) « je vais regarder si y'a pas autre chose derrière ces pieds qui tournent en dedans quoi.. » (70/71) « Finalement y'a le pied mais en général y'a la tête le corps et tout ce qui va au-dessus ou que ce soit un prétexte pour dépister un pied qui rentre en dedans mais qui soit neuro quoi » (72-74) « En général j'ai été voir quand même au niveau du talon si par hasard il est pas quand même un peu varus-équien ce pied non pas que métatarsus varus » (84-86)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	0	
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	11	« ça dépend de la peau notamment et d'une fragilité particulière que pourrait avoir certains enfants qui vont faire que je peux me réadapter » (16/17) « j'ai en général pas de problème de peau et de tolérance cutanée au strap » (127/128) « Je fais le strap a même la peau en général avec de la teinture de bengoin. Ça sert à tanner la peau, à protéger la peau. » (128/129) « Et donc par rapport à ça après j'utilise du Leukoplast® pro et c'est l'ancien parpal. C'est une colle de pansement donc avec cette colle là ça fait que je n'ai pas de problème de peau et d'intolérance par rapport à cette colle en général » (134-137) « Je vais coller des petits bouts de bandes par-dessus la peau directement pour servir de pellicule de protection et mettre en plus après de l'Elasto® qui lui a une colle beaucoup plus adhérente souvent c'est plus à l'Elasto® que l'enfant résiste» (138-140) « Ca m'est arrivé une fois d'avoir une réaction cutanée les parents ont changé de type de bandes » (142/143) « Finalement la colle s'en va toute seule sans irritation de la peau » (149)

				« En général j'ai pas de gros problème de peau » (150) « quand ça arrive d'avoir une plaie (...) j'ai protégé la zone et j'ai retouché mon attelle » (150-152) « Des fois je mets du Duoderm® sur la peau pour pouvoir protéger l'endroit où y'a une petite blessure » (152/153) « Et des fois si c'est vraiment parce que y'a une zone de traction (...) je vais mettre du Leukoplast® mais en mettant colle contre colle pour avoir une petite zone où y'a pas de colle justement et le temps que le bobo cicatrise » (153-156)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	1	« Donc on la refait dès que ça commence à serrer un peu sur un côté » (169/170)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	4	« proposer une attelle en thermo-formable que je fais moi-même au cabinet (...) qui soient pas obligé de venir au cabinet pendant quatre à cinq séances semaine » (27-30) « ça dépend de la disponibilité des parents » (30/31) « quand je fais un strap je les vois en général trois fois par semaine » (39) « Après avec le temps si il va y avoir une période un peu plus longue où ça va être compliqué avec la reprise de parents à ce moment-là on va espacer les séances » (42/43)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	13	« proposer une attelle en thermo-formable que je fais moi-même au cabinet pour que les parents aient plus de facilité à mettre et à enlever » (27-29) « de comment je les sens mobilisé » (31) « Certains parents vont pouvoir refaire un strap et apprendre à refaire le strapping auquel cas c'est facile de les guider et de leur montrer comment faire. » (31-33) « D'autres déjà mettre une attelle et l'enlever ça va être compliqué. » (33/34) « Donc c'est vraiment à adapter en fonction de ce que je perçois des parents et de l'enfant. » (34/35) « Si je les en sens capables je vais leur demander de refaire le strap » (43/44) « Quand je fais ça en général y'a un support au moins papier avec des photos successives qu'on a créé (...) et on a créé progressivement des petits
		-	0	

			<p>supports photos pour qu'ils sachent dans quel sens comment. » (44-47)</p> <p>« Puis je fais faire le strap aux parents en présence pendant une séance pour pouvoir revoir les zones où on tracte où on tracte pas etc.. Donc, y'a des parents qui filment aussi, ils me filment en train de faire le strap pour pouvoir re-visionner la vidéo pendant que eux font le strap » (47-50)</p> <p>« Donc dans ces cas-là y'a aussi tout un travail auprès des parents qui se complètent dans l'éducation parentale pour essayer de leur expliquer les dangers » (61/62)</p> <p>« Je demande aux parents de ne pas s'acharner sur la colle de mettre de la crème de revenir un peu plus tard mettre encore un petit peu de crème » (147/148)</p> <p>« En général le fait de faire avec eux de leur retirer au démarrage tous les enjeux en leur disant que : « si vous y arrivez pas c'est pas grave hein ! La prochaine séance on refait et c'est pas parce qu'on a perdu deux jours ou trois jours que c'est la fin du monde » voilà » (182-185)</p> <p>« Donc y'a du travail à dédramatiser au démarrage. Après en général ils comprennent bien et il s'inquiètent pas trop de l'évolution » (185/186)</p> <p>« Y'a des fois où à l'inverse c'est nous qu'allons un petit peu inquiéter les parents quand ils arrivent à deux ans. On va avoir tendance nous à venir inquiéter les parents parce que peut-être ils pouvaient aussi se poser la question avant. On leur dit que c'est maintenant qu'il faut faire quelque chose. » (186-189)</p>
		-	0
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	2
		-	0
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	3
		-	0
			<p>« Ils font le bain, ils crèment le pied, ils reviennent au bout de 48h et on refait un strap » (41)</p> <p>« Ensuite bah pour moi il faut obligatoirement que les bains soient autorisés » (144)</p> <p>« Les enfants ont le droit de se laver chez moi donc bah ils prennent leur bain tranquillement avant la séance un ou deux heures avant la séance ou plus si on est en train de gagner de la liberté au fur et à mesure qu'on retire le strap » (144-147)</p>

	Niveau d'évolution motrice	+	10	<p>« On leur fait des attelles en thermo-formable pour qu'ils les aient la nuit et que la journée on leur lâche la grappe » (106/107)</p> <p>« Elle a réussi à baisser en gigotant dans ses attelles. Mais finalement c'est justement parce qu'elle gigotait en journée là où au contraire les pieds plus ils étaient libres plus il y avait de sollicitations musculaires » (116-119)</p> <p>« On est parti sur lui mettre des attelles que dans les moments où elle dort et lui enlever dans les moments de liberté et de mouvements. C'est ce qui a fait le bon compromis » (119-121)</p> <p>« Donc c'est.. voilà ça va dépendre aussi de l'enfant, de son besoin, d'où il en est » (121/122)</p> <p>« Elle tapait les attelles par terre parce qu'elle pédalait et ça l'éclatait de se taper le talon par terre sauf que le talon il allait pas réussir à rester net si elle continuait comme ça quoi. » (122-124)</p> <p>« Alors en général que ce soit les attelles ou les straps ça ne les encombre pas. » (173)</p> <p>« C'est justement pour favoriser la qualité de leur vie que bah je leur laisse un peu de choix aussi et que j'essaye de voir où en est l'enfant » (173-175)</p> <p>« Je vais pas avoir la même stratégie si c'est un enfant qui a un âge moteur où il a besoin de crapahuter de grimper » (175/176)</p> <p>« Si mon attelle l'ennuie à ce moment-là bah je vais faire en sorte qu'il ait des moments de liberté sans l'attelle pour qu'il bouge qu'il fasse son développement moteur normal. » (176-178)</p> <p>« Quand il est au calme et qu'il dort on met une attelle. » (178/179)</p>
				-

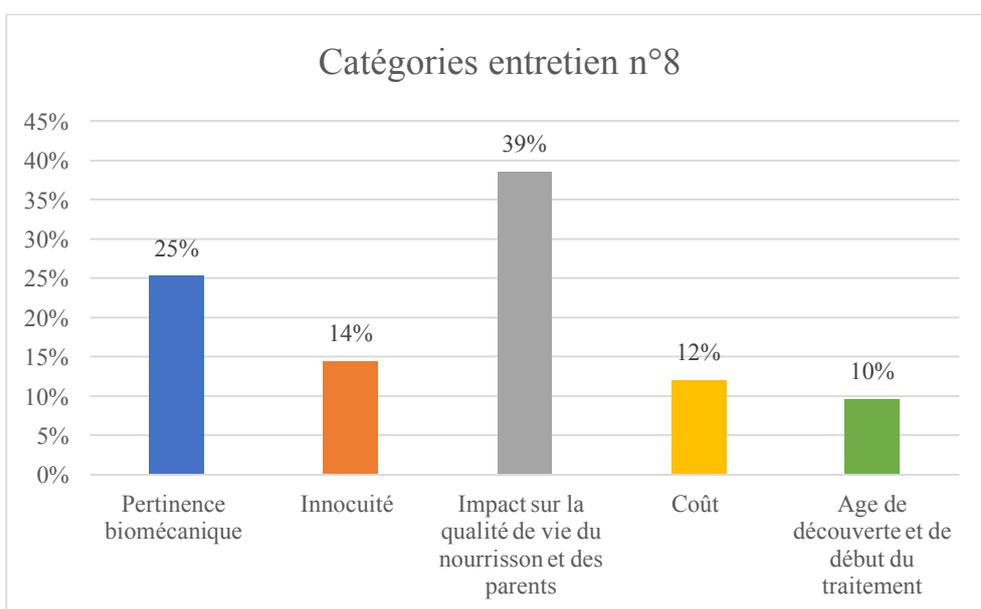
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	1	« Donc je mets ça en balance après par rapport aux parents aussi dans le choix de l'attelle » (162/163)
		-	0	
	Base de remboursement	+	1	« Mais en général tout n'est pas remboursé » (161/162)
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	0	
		-	0	

	Frais du matériel	+	7	<p>« Alors quand on fait des bandages alors forcément y'a un coût pour la famille évident » (158)</p> <p>« je ne sais plus vous dire les tarifs de chaque boîte pourtant j'en achète régulièrement » (159)</p> <p>« Sinon, je fais en sorte qu'ils se fassent prescrire. » (161)</p> <p>« Les attelles ont leur fait payer une participation matérielle. C'est le Xlite le matériel » (163/164)</p> <p>« On leur fait payer une participation avec ma collègue de l'ordre de 10€ l'attelle pour qu'il y ait une participation en gros aux frais de matériel » (164/165)</p> <p>« Donc au bilan alors si vraiment c'est un tout petit bébé où là on va faire 10€ la paire d'attelle parce que on va pas utiliser beaucoup de matériel quoi » (165-167)</p> <p>« puis ça coûte moins cher que des straps » (170)</p>
		-	1	« Ça m'arrive de ne pas demander aux parents de m'en chercher en fonction de la gravité ou si je veux juste essayer et puis voilà » (160/161)

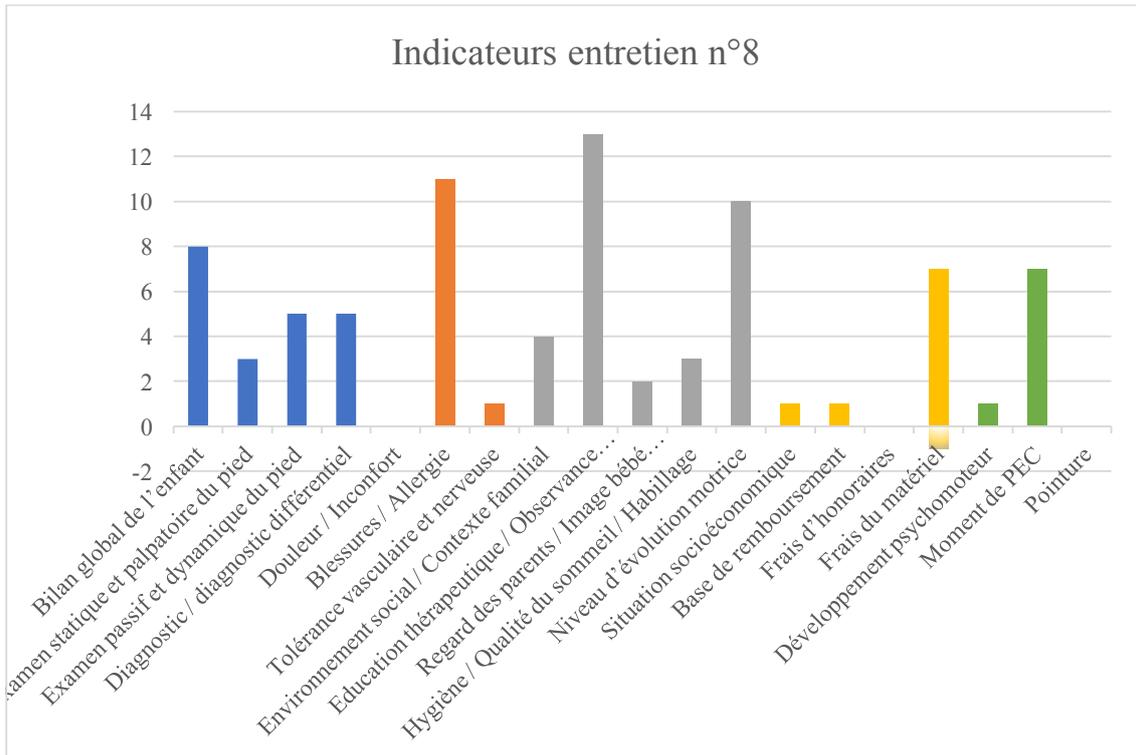
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	1	« toujours à plat ventre et toujours à jouer à se frotter les pieds après à trois/quatre mois. C'est un peu leur occupation prioritaire. » (113/115)
		-	0	
	Moment de PEC	+	7	<p>« donc ça dépend de l'âge de l'enfant quand il arrive » (30)</p> <p>« Là je vous ai parlé que des bébés » (91/92)</p> <p>« Des fois on voit arriver des plus grands » (92)</p> <p>« On les voit rarement avant ces six semaines » (96)</p> <p>« j'ai l'impression que j'en vois dès la maternité. » (99/100)</p> <p>« Mais c'est pas toujours le cas et ça nous est arrivé de récupérer des enfants à deux ans avec un métatarsus varus qui reste. » (103-105)</p> <p>« Là, j'ai une fillette qui est arrivée à trois mois pour métatarsus varus avec un pied qui était quand même bien sévère » (108/109)</p>
		-	0	
	Pointure	+	0	
-		0		

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Evolution du traitement	+	2	« Y'a d'autres enfants où vraiment je vois qu'en effet c'est partiellement réductible et là je vais avoir un peu plus envie de mettre un strap pour pouvoir favoriser la correction et qu'ils puissent avoir le temps de se remuscler. » (22-24) « C'est d'ailleurs ça qui fera qu'après je change d'optique ou que je renforce ou que je réduis au niveau des bandages. » (24-26)
		-	0	



Histogramme n°21 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°8



Histogramme n°22 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 8

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Euh je fais des contentions souples avec du strap et voilà. Je me base.. je le fais pas
5 forcément à chaque fois mais vous venez de dire malposition modérée. Donc après si
6 vraiment c'est vraiment marqué et que ça ne revient pas tout seul c'est ça qui me fait dire
7 que je vais faire les petits straps et que je vais pas faire que mobiliser.

8 **K : Pouvez-vous m'expliquer un peu comment vous faites votre strap ?**

9 I : Les straps ouais euh on va essayer. En fait, je passe au niveau de la base du cinquième
10 méta voilà par en bas par la plante du pied. Je ramène un peu ouais vu que de toute façon le
11 petit mouvement qu'on fait c'est pour la traction. Donc je passe par en bas et je ramène un
12 peu. Après, je me retrouve du coup où je ramène par en haut je me retrouve où j'ai
13 commencé. Je passe du côté externe du pied. Je passe par derrière le calcaneum et là je passe
14 par la malléole interne. Je passe par la plante du pied pour revenir où j'étais. Voilà et là
15 souvent je fais un deuxième passage là avec un petit centimètre de décalage euh voilà. Après
16 si le pied est vraiment un peu plus raide, je vais partir à nouveau par le côté externe. Je
17 reviens par le côté externe pareil et après je vais venir le poser sur voilà on va dire l'astragale
18 un peu dans la partie en haut du pied. Vous voyez ou pas ? Ça c'est quand je trouve qu'ils
19 sont un peu plus raides. Quand ils sont un peu moins raides à la place de faire ça je le monte
20 voilà je le fais revenir et je le monte un peu au niveau de la jambe comme pour faire un petit
21 rappel. Là au niveau de la jambe je mets une petite bande pour tenir voilà pour que ça
22 s'accroche là et que ça se garde un peu mieux. Voilà, je fais l'un ou l'autre en fonction de
23 comment je vois le pied. On va dire que le deuxième ça serait plutôt en hypo-correction c'est
24 comme ça qu'il l'appelle et le premier ça serait plutôt de l'hyper-correction voilà.

25 **K : D'accord. Donc vous mettez juste un strap et pas un système de petites plaquettes ?**

26 I : Moi perso tous ceux que j'ai vu j'en ai pas vraiment eu besoin de faire type plaquette, de
27 faire une petite attelle. J'ai fait les formations où on parlait de faire des attelles thermo-
28 formables un peu postérieure tout ça ou même les deux. Moi j'en ai.. voilà après je trouve
29 qu'un métatarsus varus à la base c'est une malposition. Donc on parle pas de malformation.
30 Donc je n'ai jamais eu besoin d'en mettre.

31 **K : D'accord. Que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?**

32 I : Euh bon moi, je me base par rapport à cette fameuse classification de Bleck là à peu près.
33 Mais c'est rien de voilà.. de voir à peu près par où il passe cette bissectrice et comment il est
34 le varus vraiment de l'avant-pied et tout ça quoi. Je fais pas.. voilà je suis pas très bilan bilan
35 à fond. Donc c'est vrai que c'est quelque chose que assez vite ça se récupère bien donc voilà.
36 Mais au pied voilà si je dois faire un petit truc clinique c'est ça, je fais cette classification.

37 **K : D'accord, vous regardez rien d'autres au niveau du bilan ?**

38 I : ... après je fais en fait je fais beaucoup de neuro-moteur. Donc voilà je vais regarder le
39 pied. Mais bon normalement c'est pas comme un pied bot qui est lié à.. ça peut être lié ou
40 ça peut être isolé. Donc là le métatarsus varus pour moi bon c'est plus parce que la position
41 dans le ventre était pas bonne. De toute façon après au niveau neuro-moteur dès que j'ai un
42 bébé dans les mains je regarde toujours que certaines réactions soient bonnes voilà. Mais je
43 m'attarde pas plus que ça parce que souvent c'est vraiment qu'un problème de pied.

44 **K : D'accord. Comme vous m'avez parlé du bilan neuro-moteur, allez-vous tenir**
45 **compte des niveaux d'évolutions moteurs de l'enfant dans votre prise en charge ?**

46 I : Après moi tous les métatarsus varus que je vois c'est vraiment en fait ils sont vraiment à
47 10 jours, 15 jours, 1 mois vous voyez ? Donc voilà en fait je fais un peu les réactions anti-
48 gravitaires qui sont un peu plus connues par exemple Le Métayer ou un petit bilan comme
49 d'Amiel-Tison là. Mais après j'en ai pas eu des grands du coup voilà au niveau des NEM
50 non ! C'est parce que voilà ils sont tous petits quand ils viennent et du coup très vite ça va
51 bien.

52 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur l'innocuité ?**

53 I : Bon après, ça c'est subjectif. Je pense que quand ils sont tous petits ils sont pas vraiment
54 voilà ça dort beaucoup moi quand je les mobilise ça pleure pas trop globalement hein voilà.
55 Après c'est quand la séance elle est un peu trop longue ou voilà. Après au niveau du strap
56 ils poussent d'avantage. Bon je pense pas que ce soit douloureux plus que voilà au bout d'un
57 moment ils sont tous petits et ils en ont marre. Ouais c'est plus laisse-moi tranquille voilà. Je
58 pense pas qu'il y ait vraiment de l'inconfort ou de la douleur sincèrement. Après moi au
59 niveau métatarsus varus je crois que peu de fois.. après je les garde un peu mais ça va très
60 vite assez bien. Mais je les ai toujours eu avant 1 mois de naissance donc..

61 **K : Vous les gardez combien de temps à peu près en prise en charge ?**

62 I : Moi beaucoup moins que la moyenne. Après j'avais fait des formations dans lesquelles
63 on disait que on pouvait faire peut-être jusqu'à quarante séances. je trouve ça un peu exagéré
64 mais bon ! Moi je les vois.. si le pied je le trouve un peu raide les deux premières semaines
65 je le vois deux fois dans la semaine et je strappe les deux fois ou une. Dès que ça va un peu

66 mieux je les vois une fois dans la semaine où je strappe. Après, je les vois une fois tous les
67 quinze jours je commence à ne pas strapper et si une ou deux fois comme ça ça va bien
68 j'arrête. Donc vous voyez ça va aller de cinq/six séances quand c'est très très bien à peut-
69 être le double. Vous voyez ? Mais voilà !

70 **K : D'accord, vous gardez un suivi régulier pour vérifier si ça revient ?**

71 I : Pour des métatarsus varus, non ! Après moi, je suis dans un village où y'a pas beaucoup
72 de monde qui fait de la pédiat. Donc c'est vrai que dès qu'il y a des enfants ou des choses
73 souvent c'est moi qui les voit. Donc souvent si il y avait des soucis je devrais les revoir donc
74 voilà. Après y'en a que j'ai revu à quatre/cinq ans et qui vont bien. Normalement non, je fais
75 pas ! Après, je dis pas que j'ai pas tort hein mais... ça dépend un peu la peur des parents,
76 l'appréhension des parents. Mais bon ils voient que très vite ça va et que même le bébé
77 commence à avoir deux/trois mois il commence à pédaler. Vous voyez que le pied bouge
78 bien dans tous les sens. Bon ils se sentent rassurés.

79 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur l'impact sur la qualité de vie de l'enfant et
80 des parents ?**

81 I : ... euh bon moi après je sais pas je dirais : est-ce qu'un métatarsus varus pas pris en charge
82 il va pas bien évoluer ? Voilà du coup normalement c'est une malposition parce que dans le
83 ventre il a pas la place et le pied est mal placé tout le temps. Si une fois qu'il sort du ventre
84 même si on le traite pas perso je pense que sauf des cas très raides ou des cas peut-être c'est
85 un métatarsus varus un peu compliqué ou associé à d'autres choses. Je pense que ça devrait
86 revenir. Après, je pense qu'on fait que ça revienne plus vite et que ça rassure les parents plus
87 vite. Vous voyez ? Mais bon..

88 **K : D'accord, pour vous il n'y a pas d'impact sur la qualité de vie ?**

89 I : Perso non, je pense pas. Après c'est voilà pour un pied bot je vous dirais pas du tout la
90 même chose. Mais pour les métatarsus varus et les expériences que j'ai eu.. bon après voilà
91 je les ai toujours traités donc.. mais après je connais pas des métatarsus varus pas traités ou
92 traités à un an de vie. Donc voilà je peux pas trop vous aider à ce niveau-là du coup.

93 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire par rapport au coût ?**

94 I : Oh sincèrement c'est pas ça qui ruine la sécu. Même si on faisait un suivi. Bon voilà moi
95 je le fais pas. Mais si ça se fait je trouve pas que ce soit un gros coût la séance. C'est pour
96 un pied ou deux donc vous connaissez les cotations. Bon voilà des fois on voit des gens des
97 adultes pour d'autres choses et on les garde beaucoup plus longtemps. Donc voilà
98 sincèrement c'est pas un coût énorme.

99 **K : Et par rapport aux bandages que vous faites, qui les fournit ?**

100 I : Au début, ils venaient souvent avec une prescription kiné plus strap plus Tensoban®
101 Tensoplast® là. Dernièrement non ça fait.. je sais pas peut-être un an ou un peu plus voilà
102 qu'ils viennent sans ça. Du coup c'est moi qui les fournis. Après moi, je fais pas payer plus
103 euh voilà c'est pas non plus pour des tout-petits pieds avec un Tensoban® de 3 cm on en fait
104 beaucoup hein. Moi je fais pas payer les bandes. S'ils viennent avec je les prends y'a pas de
105 soucis je leur fait avec. S'il en reste ils les prennent ou ils me les laissent voilà. Mais c'est
106 vrai que dernièrement ils viennent sans.

107 **K : D'accord. Donc si je reprends un peu ce que vous m'avez dit. Vous faites une**
108 **contention souple avec strap et pas de plaquette ni d'attelle thermo-formable. Au**
109 **niveau du bilan, vous allez regarder tout ce qui est raideur, classification de Bleck à**
110 **quel niveau la bissectrice passe, tout ce qui est réactions anti-gravitaire sur le point**
111 **neuro-moteur. Pour vous, c'est une position dans le ventre qui est pas bonne donc ça**
112 **peut revenir spontanément. Au niveau de l'innocuité, c'est très subjectif donc selon**
113 **vous y'a pas d'inconfort et pas de douleur pour l'enfant. Pour le coût, ça change rien**
114 **soit ils ont une prescription pour les straps soit vous les fournissez Au niveau de la**
115 **qualité de vie que ce soit des enfants ou des parents, ça change pas grand-chose c'est**
116 **juste qu'il y a beaucoup d'appréhension par les parents suite à ce diagnostic.**

117 I : Voilà voir les pieds en dedans et c'est vrai qu'au fur et à mesure qu'ils voient que le pied
118 revient. Bah ils sont rassurés et automatiquement ils sont plus détendus. Du coup si ils sont
119 plus détendus ils sont mieux et l'enfant aussi. Oui ils s'inquiètent d'autre chose vous voyez ?
120 Quand on a un bébé qui vient de naître entre est-ce qu'il allaite ou pas ? Il prend bien le sein
121 ou il le prend pas ? Entre la plagio entre les pieds ouais ça fait beaucoup de choses... le bain
122 et du coup, si ça leur gêne ou les préoccupe un peu moins c'est quand même mieux. Je pense
123 que c'est plus le côté rassurer les parents.

124 **K : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

125 I : Euh non, c'est bien !

126 **K : Merci pour votre participation à l'entretien !**

Tableaux de retranscription de l'entretien n°9 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	2	« De toute façon après au niveau neuro-moteur dès que j'ai un bébé dans les mains je regarde toujours que certaines réactions soient bonnes voilà » (41/42) « Donc voilà en fait je fais un peu les réactions anti-gravitaires qui sont un peu plus connues par exemple Le Métayer ou un petit bilan comme d'Amiel-Tison là. » (47-49)
		-	1	« Je fais pas.. voilà je suis pas très bilan bilan à fond. » (34/35)
	Examen statique et palpatoire du pied	+	0	
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	0	
		-	0	
	Diagnostic /diagnostic différentiel	+	10	« Après si le pied est vraiment un peu plus raide, je vais partir à nouveau par le côté externe. » (15/16) « Ça c'est quand je trouve qu'ils sont un peu plus raides » (18/19) « Quand ils sont un peu moins raides à la place de faire ça je le monte voilà je le fais revenir » (19/20) « Voilà, je fais l'un ou l'autre en fonction de comment je vois le pied » (22/23) « bon moi, je me base par rapport à cette fameuse classification de Bleck là à peu près. » (32) « Mais c'est rien de voilà.. de voir à peu près par où il passe cette bissectrice et comment il est le varus vraiment de l'avant-pied et tout ça quoi » (33/34) « au pied voilà si je dois faire un petit truc clinique c'est ça, je fais cette classification. » (36) « Mais bon normalement c'est pas comme un pied bot qui est lié à.. ça peut être lié ou ça peut être isolé » (39/40) « Moi je les vois.. si le pied je le trouve un peu raide les deux premières semaines » (64) « Si une fois qu'il sort du ventre même si on le traite pas perso je pense que sauf des cas très raides ou des cas peut-être c'est un métatarsus varus un peu compliqué ou associé à d'autres choses » (83-85)

		-	1	« je m'attarde pas plus que ça parce que souvent c'est vraiment qu'un problème de pied. » (43)
--	--	---	---	--

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
		+	0	
Innocuité	Douleur / Inconfort	-	4	« Je pense que quand ils sont tous petits ils sont pas vraiment voilà ça dort beaucoup moi quand je les mobilise ça pleure pas trop globalement » (53/54) « Bon je pense pas que ce soit douloureux plus que voilà au bout d'un moment ils sont tous petits et ils en ont marre » (56/57) « Je pense pas qu'il y ait vraiment (...) de la douleur sincèrement » (57/58) « Je pense pas qu'il y ait vraiment de l'inconfort (...) sincèrement » (57/58)
		+	0	
	Blessures / Allergies	-	0	
		+	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	0	
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
		+	0	
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	0	
		-	1	« Perso non, je pense pas. » (89)
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	0	
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	8	« ça dépend un peu la peur des parents, l'appréhension des parents. » (75/76) « Mais bon ils voient que très vite ça va » (76) « Vous voyez que le pied bouge bien dans tous les sens. Bon ils se sentent rassurés. » (77/78) « je pense qu'on fait que ça revienne plus vite et que ça rassure les parents plus vite. » (86/87) « Voilà voir les pieds en dedans et c'est vrai qu'au fur et à mesure qu'ils voient que le pied revient. Bah ils sont rassurés et automatiquement ils sont plus détendus. » (117/118) « Du coup si ils sont plus détendus ils sont mieux et l'enfant aussi. Oui ils s'inquiètent d'autre chose vous voyez ? » (118/119) « et du coup, si ça leur gêne ou les préoccupe un peu moins c'est quand même mieux. » (122)

				« Je pense que c'est plus le côté rassurer les parents » (122/123)
		-	0	
	Hygiène / Qualité du	+	1	« entre les pieds ouais ça fait beaucoup de choses... le bain » (121)
	sommeil / Habillage	-	0	
	Niveau d'évolution	+	1	« Mais bon (...) et que même le bébé commence à avoir 2/3 mois il commence à pédaler. » (76/77)
motrice	-	2	« voilà au niveau des NEM non ! » (49/50) « du coup très vite ça va bien. » (50/51)	

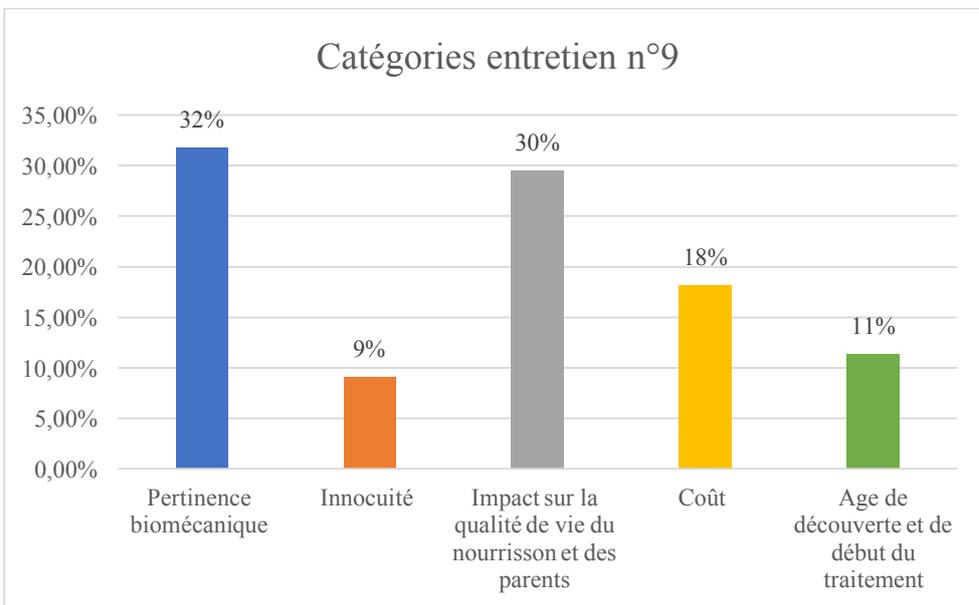
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	0	
		-	0	
	Base de remboursement	+	1	« Au début, ils venaient souvent avec une prescription kiné plus strap plus Tensoban® Tensoplast® là. » (100/101)
		-	1	« sincèrement c'est pas ça qui ruine la sécu » (94)
	Frais d'honoraires	+	0	
		-	2	« Mais si ça se fait je trouve pas que ce soit un gros coût la séance. C'est pour un pied ou deux donc vous connaissez les cotations. » (95/96) « sincèrement c'est pas un coût énorme. (98)
	Frais du matériel	+	4	« Dernièrement non ça fait.. je sais pas peut-être un an ou un peu plus voilà qu'ils viennent sans ça. » (101/102) « Du coup c'est moi qui les fournit. » (102) « Après moi, je fais pas payer plus » (102) « Moi je fais pas payer les bandes » (104)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	0	
		-	0	
	Moment de PEC	+	3	« Après moi tous les métatarsus varus que je vois c'est vraiment en fait ils sont vraiment à 10 jours, 15 jours, 1 mois vous voyez ? » (46/47) « C'est parce que voilà ils sont tous petits quand ils viennent » (50) « Mais je les ai toujours eu avant 1 mois de naissance donc. » (60)
		-	2	« Mais après j'en ai pas eu des grands du coup voilà (...) non ! » (49/50)

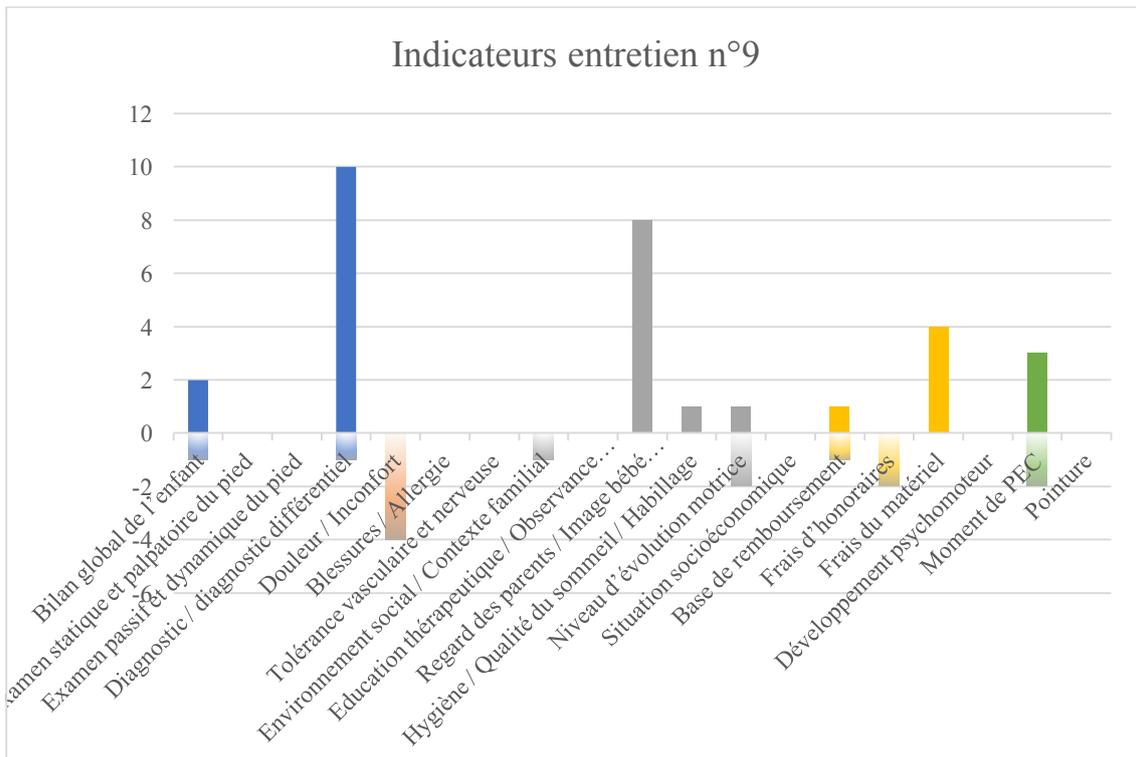
				« mais après je connais pas des métatarsus varus pas traités ou traités à un an de vie. » (91/92)
	Pointure	+	0	
		-	0	

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
	Expérience professionnelle	+	1	« Après c'est voilà pour un pied bot je vous dirais pas du tout la même chose. Mais pour les métatarsus varus et les expériences que j'ai eu.» (89/90)
		-	0	



Histogramme n°23 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°9



Histogramme n°24 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 9

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Euh alors du coup pour la contention je pars de la sévérité. Si c'est quelque chose d'assez
5 léger et que l'enfant réagit bien à toutes les stimulations je fais des mobilisations et après
6 des stimulations tactiles. Si la malposition est un petit plus euh un peu plus adhérente bah du
7 coup je strappe. Normalement toujours avec du Tensoban® et de l'Elastoplast®. Après c'est
8 vrai que j'ai jamais recours aux plaquettes. Ça c'est vrai ! Je sais pas pourquoi mais ouais
9 j'ai pas forcément l'habitude. Donc voilà en général c'est contention souple avec
10 mobilisations et stimulations avant de faire la contention

11 **K : D'accord, pouvez-vous m'expliquer un peu comment vous mettez votre contention**
12 **souple ?**

13 I : Euh alors la contention souple, du coup donc j'ai l'Elastoplast® de 3 cm. Donc en général
14 je fais une en circulaire juste au ras des orteils. Ensuite, alors ça dépend parce que si je vois
15 que le calca il est pas très bien axé.. enfin tout dépend celle-là je la mets pas forcément. Je
16 fais le tour du pied en partant du bord euh du petit orteil. Je longe le bord externe j'englobe
17 le calca et je reviens au niveau du gros orteil. Ensuite, je repars de la face dorsale du pied je
18 refais une circulaire qui vient du coup en externe ouais sur le bord externe et je viens coller
19 je sais pas à quelques centimètres en-dessous du genou quoi sur le côté. Pour le fixer je
20 remets une circulaire du coup en haut pour fixer la contention. Voilà ! Et après, ça dépend si
21 vraiment c'est trop euh ouais.. si c'est sévère quelques fois ça m'arrive de refaire la deuxième
22 contention mais un peu plus proche en proximal au niveau de l'articulation de la cheville
23 quoi. Tout dépend, je dose à peu près l'emplacement par rapport à la déviation en fait ! Et
24 par contre, je laisse ça juste comme ça et je ferme pas complètement la contention quoi.

25 **K : D'accord, pourquoi vous ne la fermez pas complètement ?**

26 I : Euh parce que souvent ça fait des couches de bandages et ce que je dis après c'est que si
27 jamais le Tensoban® s'en va la petite mousse.. après je dis aux parents de simplement tirer
28 dessus pour enlever ce qui dépasse. Mais ouais je l'avais vu comme ça en formation et je
29 trouvais que ça allait bien puisque ça limite un peu les couches. Du coup on peut quand
30 même garder une certaine mobilité du pied quoi.

31 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur l'examen clinique de l'enfant ?**

32 I : Le bilan ? Du coup, moi je fais.. enfin pour tous les enfants je fais un bilan de
33 développement et de motricité globale. Donc je fais toujours l'examen c'est un mélange
34 entre Le Métayer et Amiel-Tison. Donc voilà ! Donc je regarde un petit peu tout que ce soit
35 de la mobilité de la tête parce que souvent on peut avoir aussi des torticolis ou des plagio
36 associées ou au niveau des hanches une dysplasie euh voilà. Donc je regarde la motricité
37 spontanée voilà. Après ils sont encore petits donc on a pas encore de vraiment de comment
38 dire ? Les premières étapes du développement normalement sont pas encore acquises mais
39 on regarde un petit peu la motricité globale et le début des coordinations voilà. Si y'a un
40 stretch au niveau du pied si on a un signe neuro euh voilà. Les angles au niveau des angles
41 membres sup et membres inf voilà. Le tonus global périphérique et axial enfin voilà au moins
42 l'examen moteur du tout petit quoi.

43 **K : D'accord. Tout à l'heure, vous m'avez parlé du calca et de la déviation du pied.**
44 **Vous faites d'autres choses spécifiques au niveau du bilan du pied ?**

45 I : Alors le bilan du pied euh du coup bah je regarde la position du calca, la réponse aux
46 stimulations, la sévérité de la déviation. Après je regarde au niveau des plis si on a des plis
47 qui peuvent être évocateurs.. du coup bah la voûte plantaire par exemple qui est assez serrée
48 avec des plis au niveau en-dessous des métas euh voilà globalement. En général au niveau
49 palpatoire ouais palper l'ensemble du pied voir si y'a pas de saillie au niveau d'abord visuel
50 et après les réponses aux stimulations quoi.

51 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur l'innocuité ?**

52 I : Alors du coup ce que je .. lors de mon premier strap aux parents j'essaye toujours de les
53 accompagner parce que du coup c'est eux qui vont faire la surveillance derrière. Donc je leur
54 préconise toujours à chaque change de vérifier du coup la coloration des orteils. Donc ça a
55 le droit de ne pas être de la même couleur exactement que l'autre pied. Après faut pas que
56 ce soit ou rouge très foncé voire violacée ou alors très clair voire blanc. Bah je leur demande
57 de faire une petite pression si ça devient blanc et que ça retrouve sa coloration d'avant c'est
58 que c'est bon. Si il y a vraiment une couleur particulière je demande aux parents d'enlever
59 le strap. Si ils hésitent si c'est pas franc de juste faire une petite incision au niveau du strap.
60 Par exemple si c'est au niveau des orteils de juste faire une petite incision pour libérer un
61 petit peu le strap euh voilà. Après je leur dit aussi de vérifier tous les petits fils **restant** parce
62 que y'a différentes qualités d'Elastoplast®. Donc quelques fois c'est pas forcément la
63 meilleure qualité. Donc y'en a qui s'effilochent très très facilement. Donc je fais toujours
64 attention de leur dire de surveiller parce que les fils peuvent s'enrouler autour des orteils et
65 de couper la circulation. Donc voilà ça c'est les deux grandes choses que je fais. A chaque

66 change une vérification. Euh après au niveau de la tolérance.. c'est vrai que au niveau de la
67 douleur en général je fais en sorte que mon strap ne soit pas trop serré. Après je leur dit que
68 si jamais ils ont le sentiment que y'a quelque chose qui le gêne c'est de tout de suite l'enlever.
69 Puis on revoit ça au prochain rendez-vous. Après c'est vrai que le restant c'est des choses
70 que je vois parce que si je le strappe en général je le vois tous les deux jours. Par exemple si
71 je le vois l'après-midi le matin je demande aux parents de donner le bain. Donc moi il arrive
72 il est sans strap. Du coup après je vois un peu la qualité de la peau voilà par rapport à une
73 éventuelle mal tolérance par rapport au strap quoi. Après je protège toujours la peau avec du
74 Tensoban®. Donc en général on a pas de réaction par rapport au Tensoplast® en lui-même.

75 **K : D'accord, que pouvez-vous sur l'impact de la qualité de vie de l'enfant et des**
76 **parents ?**

77 I : Alors je dirais plutôt que pour les parents c'est un peu euh la qualité de vie ça serait que
78 c'est un peu comment dire ? Déroutant peut-être de faire d'amener son enfant chez le kiné
79 trois fois par semaine alors qu'il a que quelques jours de vie. Normalement ça doit être un
80 moment où on est à la maison qu'on doit apprendre à connaître son enfant et qu'on a déjà
81 des rendez-vous médicaux de manière assez régulière je pense parce que ça peut être assez
82 déroutant dans la vie de parents surtout si c'est le premier. Forcément pour les parents ça
83 amène quelques inquiétudes parce qu'ils nous posent tous la question de : est-ce que mon
84 enfant va bien marcher ? est-ce que ça n'aura pas d'impacts sur son développement ? enfin
85 voilà alors j'explique que ce sont des choses assez mineures y'a pas de grosses pathologies
86 derrières que y'a pas de raison que ça entrave le développement moteur. après y'a juste de
87 la surveillance parce que c'est que des malpositions quelques fois à la marche on peut
88 retrouver des pieds qui soient un petit peu en dedans ou voilà quelques fois je préconise
89 quand même une surveillance un petit peu orthopédique même si y'a pas de grands risques.
90 Après pour l'enfant, c'est vrai que du coup, je pense qu'au niveau bah tout ce qui est
91 sensoriel, schéma corporel ça a peut-être une incidence après je me dis que en général c'est
92 pas sur du long terme voilà. Donc je sais pas sur l'enfant si les straps ont vraiment un grand
93 impact au tout début. C'est pas comme des pieds bots avec des attelles. Si y'a pas de douleur
94 mais ça peut être perçu comme une gêne mais voilà. Au niveau de l'enfant, c'est peut être
95 plus pareil au niveau des rendez-vous d'aller chez le kiné de se faire strapper le pied de se
96 faire mobiliser le pied de se faire gratouiller le pied par ses parents à chaque change enfin
97 voilà globalement.

98 **K : D'accord, ensuite que pouvez-vous me dire sur le coût ?**

99 I : Euh alors le coût, les séances de kiné sont entièrement remboursées car pris intégralement
100 en charge par la sécu et la mutuelle. Donc en général moi y'a pas de parent qui même.. j'ai
101 quand même une population de patients assez précaires donc j'ai pas mal de patients avec
102 des AME ou des CMU enfin voilà. Donc j'ai jamais été confronté à un souci parce que les
103 séances sont prises en charge. Après c'est vrai que du coup le matériel n'est pas remboursé
104 le Tensoban® et l'Elastoplast®. Mais c'est vrai que même pour les familles les plus
105 précaires parce qu'en général y'a besoin peut être d'un rouleau de Tensoban® et deux à trois
106 rouleaux maxi de Tensoplast®. J'ai pas une notion des prix mais je pense que y'en aura peut-
107 être pour 15 € qui sont pas pris en charge. Et j'ai jamais été confronté pour le moment à des
108 patients qui ont refusé de faire la prise en charge parce que y'avait du matériel par exemple
109 à apporter.

110 **K : Donc, le matériel vous demandez aux parents de l'acheter ou il est prescrit ?**

111 I : Ça dépend de qui fait la prescription si c'est... en général, c'est l'hôpital. Il prescrit donc
112 les parents quelques fois même au premier rendez-vous ils ont déjà le matériel. Après si c'est
113 par exemple plutôt un pédiatre de ville moi je leur note sur un papier. Puis les parents au
114 prochain rendez-vous ils emmènent ce qu'il faut quoi.

115 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur l'âge de l'enfant ?**

116 I : Alors l'âge de l'enfant, moi je les ai en consultation vraiment tôt. On va dire en sortie de
117 maternité. La prescription en général est faite à la sortie de maternité euh après quelques fois
118 on va dire trois/quatre jours de délai le temps que les parents prennent le temps de m'appeler.
119 Donc on va dire que les séances débutent à J15 à peu près à quinze jours de vie. Après ça
120 m'arrive aussi d'avoir du coup des enfants qui viennent un petit peu plus tard. Par exemple
121 on avait conseillé à la maternité. On avait pas prescrit de séances de kiné et on avait juste
122 demandé aux parents de faire des petites stimulations. Après le pédiatre ou le médecin
123 traitant trouvent que bah quand même le pied il est un petit peu dévié. Ca serait peut-être
124 bien donc là je les ai un petit peu plus tard à.. ouais peut-être deux ou trois mois. Après y'en
125 a quelques rares enfants que je vois en consultation lors de la marche qui avec plutôt on va
126 dire une attitude ou alors une malposition qui avait pas été pris en charge ou pas pris en
127 charge du tout ou pas pris en charge correctement. Du coup on a une petite attitude voilà là
128 on est plutôt sur du.. même dès qu'ils se mettent debout on va dire autour de douze mois
129 même si la marche autonome n'est pas acquise.

130 **K : D'accord, quand vous avez ce type de patient vous allez adapter votre traitement**
131 **en fonction des niveaux d'évolution moteurs ?**

132 I : Euh oui oui parce que du coup je fais pas mal de.. j'associe toujours ça. Après au niveau
133 du développement donc la rééducation sera quand même différente alors je garde toujours
134 une partie mobilisations et stimulations. Et après une partie qui sera sur le travail du
135 développement moteur ou travail un peu plus sensoriel pour les plus grands voilà. Si je
136 prends un enfant de douze mois ou un enfant qui marche bah on sera plutôt sur un travail qui
137 sera un peu plus actif avec un travail je sais pas des enjambements, des franchissements
138 d'obstacles, shooter dans un ballon au niveau sensoriel. Enfin voilà des stimulations tactiles
139 ou marcher sur des textures un petit peu différentes enfin voilà.

140 **K : D'accord. Quand vous les avez assez tôt les enfants allez-vous garder un suivi**
141 **régulier ?**

142 I : Alors en général ce que je fais si par exemple on va prendre un pied que je strappe en
143 général c'est trois fois par semaine pour refaire le strap tous les deux jours. Euh quand j'ai
144 plus besoin de strapper je diminue à deux fois par semaine puis du coup à une fois. Enfin je
145 réduis progressivement. Donc en général je passe après à deux fois par semaine, une fois par
146 semaine, une fois tous les quinze jours et quand j'en suis à là.. après je demande en général
147 quand je vois que je suis à la fin je donne toujours un rendez-vous on va dire entre un et deux
148 mois à peu près après tout dépend comment ça tombe au niveau de l'organisation ou
149 comment je le sens. Euh un ou deux mois après euh pour une petite surveillance. Après c'est
150 vrai que je fais pas enfin je donne plus de rendez-vous pour un contrôle à trois mois à six
151 mois à neuf mois enfin jusqu'à l'acquisition de la marche. Mais je dis aux parents de
152 surveiller un petit peu surtout autour de l'acquisition de la marche ou dès qu'ils se mettent
153 debout. Si jamais y'a la moindre inquiétude qu'ils me rappellent. Mais je donne pas
154 systématiquement de rendez-vous parce que en général euh on a quelques petites inquiétudes
155 ou que les parents trouvent que le pied est peut-être pas très bien positionné une fois que
156 l'enfant se met en charge et qu'il est debout et donc voilà ! C'est un peu compliqué quand
157 l'enfant est à deux semaines de savoir quand est-ce qu'il va se mettre debout. En général je
158 leur dis de me rappeler si y'a une inquiétude et de surveiller autour de la marche.

159 **K : D'accord. Donc si je reprends un peu ce que vous m'avez dit depuis le début. Vous**
160 **utilisez une contention souple. Au niveau du bilan, vous regardez le pied mais aussi**
161 **tout ce qu'il y'a autour donc que ce soit torticolis, plagio, dysplasie de hanche. Tout ce**
162 **qui est motricité spontanée, tout ce qui est en rapport avec le bilan neuro un peu au**
163 **niveau des niveaux d'évolution moteurs. Ensuite, pour l'innocuité vous faites de**
164 **l'éducation aux parents sur la surveillance. Vous vérifiez à chaque fois que vous**
165 **changez le bandage pour voir si y'a pas de problème ou de réactions au niveau du pied**

166 de l'enfant. Pour le coût, les séances sont remboursées, le matériel est fourni par les
167 parents avec prescription ou pas. Ensuite, pour la qualité de vie vous faites en sorte que
168 l'enfant puisse prendre des bains. Vous dites que c'est un peu déroutant pour les
169 parents suite aux inquiétudes par rapport à la marche et tout ce qui est développement.
170 Vous faites de l'ETP aux parents en leur disant de vous appeler à la moindre
171 inquiétude. Et pour l'âge, vous avez surtout des enfants de bas âge donc juste à la sortie
172 de la maternité et quand c'était un peu plus tardif notamment lors de la marche vous
173 faites beaucoup d'association avec les niveaux d'évolutions moteurs. Est-ce que vous
174 voyez d'autres points à aborder ?

175 I : Euh non ! Après, on a pas parlé des stimulations que je préconise aux parents. Alors du
176 coup j'en préconise pas avec le strap. Après si y'a pas de strap je préconise entre dix et
177 quinze stimulations à chaque change voilà ! Je leur demande de gratter au niveau du bord
178 externe du pied pour stimuler les releveurs. Après, ça dépend je sais qu'à l'hôpital ils
179 conseillent aux parents de prendre une brosse à dent. Moi je sais que j'aime bien le faire
180 juste avec le doigt donc on voit avec les parents ce qui marche ce qui leur convient voilà !

181 **K : Je pense que c'est bon pour moi ! Merci d'avoir accepté de réaliser l'entretien !**

Tableau de retranscription de l'entretien n°10 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	6	« moi je fais.. enfin pour tous les enfants je fais un bilan de développement et de motricité globale. Donc je fais toujours l'examen c'est un mélange entre Le Métayer et Amiel-Tison. » (32-34) « Donc je regarde un petit peu tout que ce soit de la mobilité de la tête parce que souvent on peut avoir aussi des torticolis ou des plagio associées ou au niveau des hanches une dysplasie » (34-36) « je regarde la motricité spontanée voilà » (36/37) « on regarde un petit peu la motricité globale et le début des coordinations voilà. » (39) « Les angles au niveau des angles membres sup et membres inf voilà » (40/41) « Le tonus global périphérique et axial enfin voilà au moins l'examen moteur du tout petit. » (41/42)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	5	« Ensuite, alors ça dépend parce que si je vois que le calca il est pas très bien axé.. enfin tout dépend celle-là je la mets pas forcément » (14/15) « Alors le bilan du pied euh du coup bah je regarde la position du calca » (45) « je regarde au niveau des plis si on a des plis qui peuvent être évocateurs.. du coup bah la voûte plantaire par exemple qui est assez serrée avec des plis au niveau en-dessous des métas » (46-48) « En général au niveau palpatoire ouais palper l'ensemble du pied voir si y'a pas de saillie au niveau d'abord visuel » (48/49) « Du coup on a une petite attitude » (127)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	2	« Alors le bilan du pied euh du coup bah je regarde (...) la réponse aux stimulations » (45/46) « après les réponses aux stimulations quoi » (50)
		-	0	
	Diagnostic /diagnostic différentiel	+	4	« pour la contention je pars de la sévérité. » (4) « Tout dépend, je dose à peu près l'emplacement par rapport à la déviation en fait ! » (23) « Si y'a un stretch au niveau du pied si on a un signe neuro euh voilà » (39/40) « Alors le bilan du pied euh du coup bah je regarde (...) la sévérité de la déviation. » (45/46)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	4	« ça limite un peu les couches » (29) « Euh après au niveau de la tolérance.. c'est vrai que au niveau de la douleur en général je fais en sorte que mon strap ne soit pas trop serré. » (66/67) « Si y'a pas de douleur » (93) « mais ça peut être perçu comme une gêne » (94)
		-	0	
	Blessures / Allergies	+	3	« Du coup après je vois un peu la qualité de la peau voilà par rapport à une éventuelle mal tolérance par rapport au strap quoi. » (72/73) « Après je protège toujours la peau avec du Tensoban®. » (73/74) « Donc en général on a pas de réaction par rapport au Tensoplast® en lui-même. » (74)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	3	« du coup la coloration des orteils » (54) « Donc ça a le droit de ne pas être de la même couleur exactement que l'autre pied. Après faut pas que ce soit ou rouge très foncé voire violacée ou alors très clair voire blanc. » (54-56) « les fils peuvent s'enrouler autour des orteils et de couper la circulation » (64/65)
		-	0	

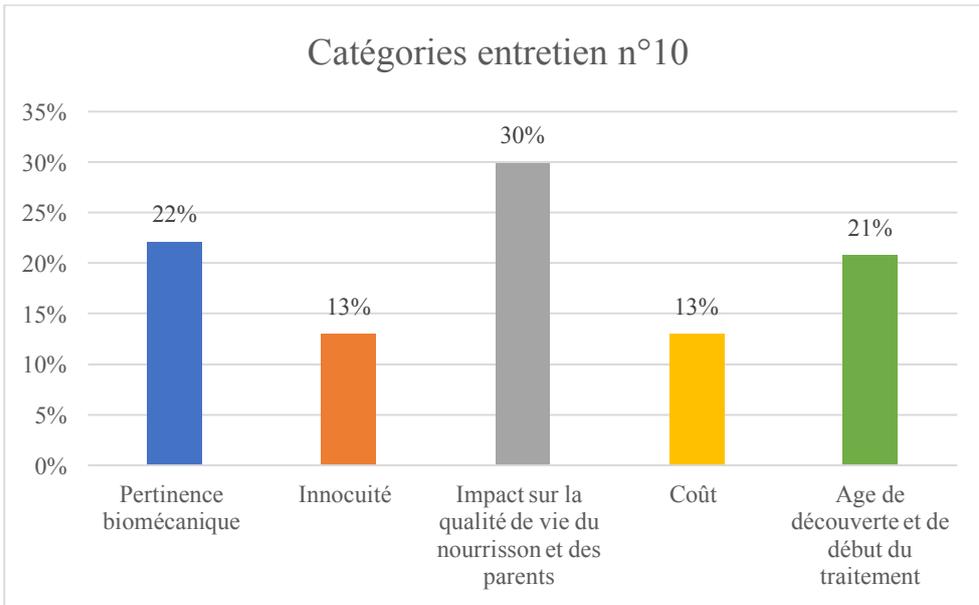
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	3	« Alors je dirais plutôt que pour les parents c'est un peu euh la qualité de vie ça serait que c'est un peu comment dire ? Déroutant peut-être de faire d'amener son enfant chez le kiné 3 fois par semaine alors qu'il a que quelques jours de vie. » (77-79) « on a déjà des rendez-vous médicaux de manière assez régulière je pense parce que ça peut être assez déroutant dans la vie de parents surtout si c'est le premier. » (80-82) « Alors en général ce que je fais si par exemple on va prendre un pied que je strappe en général c'est 3 fois par semaine pour refaire le strap tous les 2 jours. » (142/143)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	12	« ce que je dis après c'est que si jamais le Tensoban® s'en va la petite mousse.. après je dis aux parents de simplement tirer dessus pour enlever ce qui dépasse. » (26-28) « lors de mon premier strap aux parents j'essaye toujours de les accompagner parce que du coup

			<p>c'est eux qui vont faire la surveillance derrière » (52/53)</p> <p>« Donc je leur préconise toujours à chaque change de vérifier » (53/54)</p> <p>« Bah je leur demande de faire une petite pression si ça devient blanc et que ça retrouve sa coloration d'avant c'est que c'est bon. Si il y a vraiment une couleur particulière je demande aux parents d'enlever le strap. » (56-59)</p> <p>« Si ils hésitent si c'est pas franc de juste faire une petite incision au niveau du strap. Par exemple si c'est au niveau des orteils de juste faire une petite incision pour libérer un petit peu le strap » (59-61)</p> <p>« Après je leur dit aussi de vérifier tous les petits fils restants » (61)</p> <p>« Donc je fais toujours attention de leur dire de surveiller parce que les fils peuvent s'enrouler autour des orteils » (63/64)</p> <p>« A chaque change une vérification. » (65/66)</p> <p>« Après je leur dit que si jamais ils ont le sentiment que y'a quelque chose qui le gêne c'est de tout de suite l'enlever. » (67/68)</p> <p>« j'explique que ce sont des choses assez mineures y'a pas de grosses pathologies derrières que y'a pas de raison que ça entrave le développement moteur. » (85/86)</p> <p>« Mais je dis aux parents de surveiller un petit peu » (151/152)</p> <p>« Après, on a pas parlé des stimulations que je préconise aux parents. Alors du coup j'en préconise pas avec le strap. Après si y'a pas de strap je préconise entre 10 et 15 stimulations à chaque change voilà ! Je leur demande de gratter au niveau du bord externe du pied pour stimuler les releveurs. » (175-178)</p>	
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	3	<p>« Normalement ça doit être un moment où on est à la maison qu'on doit apprendre à connaître son enfant » (79/80)</p> <p>« Forcément pour les parents ça amène quelques inquiétudes parce qu'ils nous posent tous la question de : est-ce que mon enfant va bien marcher ? est-ce que ça n'aura pas d'impacts sur son développement ? » (82-84)</p> <p>« Si jamais y'a la moindre inquiétude qu'ils me rappellent. » (153)</p>
		-	0	
	Hygiène / Qualité du	+	1	« Par exemple si je le vois l'après-midi le matin je demande aux parents de donner le bain. » (70/71)
		-	0	

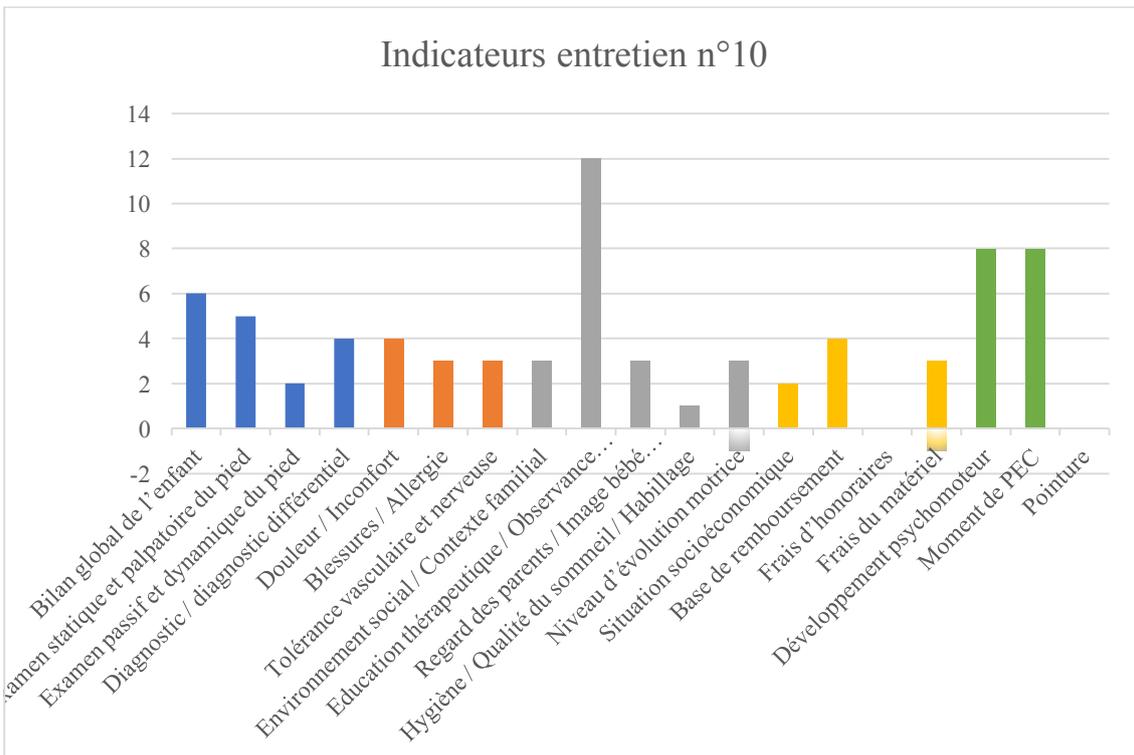
	sommeil / Habillage			
	Niveau d'évolution motrice	+	3	« Du coup on peut quand même garder une certaine mobilité du pied quoi. » (29/30) « Après pour l'enfant, c'est vrai que du coup, je pense qu'au niveau bah tout ce qui est sensoriel, schéma corporel ça a peut-être une incidence après je me dis que en général c'est pas sur du long terme voilà. » (90-92) « Euh oui oui parce que du coup je fais pas mal de.. j'associe toujours ça » (132)
		-	1	« Donc je sais pas sur l'enfant si les straps ont vraiment un grand impact au tout début. » (92/93)

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	2	« Donc en général moi y'a pas de parent qui même.. j'ai quand même une population de patients assez précaires donc j'ai pas mal de patients avec des AME ou des CMU » (100-102) « Mais c'est vrai que même pour les familles les plus précaires » (104/105)
		-	0	
	Base de remboursement	+	4	« Euh alors le coût, les séances de kiné sont entièrement remboursées pris intégralement en charge par la sécu et la mutuelle. » (99/100) « Donc j'ai jamais été confronté à un soucis parce que les séances sont prises en charge. » (102/103) « du coup le matériel n'est pas remboursé le Tensoban® et l'Elastoplast®. » (103/104) « Ça dépend de qui fait la prescription si c'est... en général, c'est l'hôpital. » (111)
		-	0	
	Frais d'honoraires	+	0	
		-	0	
	Frais du matériel	+	3	« J'ai pas une notion des prix mais je pense que y'en aura peut-être pour 15€ qui sont pas pris en charge. » (106/107) « Il prescrit donc les parents quelques fois même au premier rendez-vous ils ont déjà le matériel. » (111/112) « Après si c'est par exemple plutôt un pédiatre de ville moi je leur note sur un papier. Puis les parents au prochain rendez-vous ils emmènent ce qu'il faut quoi. » (112-114)
		-	-1	« j'ai jamais été confronté pour le moment à des patients qui ont refusé de faire la prise en charge parce que y'avait du matériel par exemple à apporter. » (107-109)

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	8	« Les premières étapes du développement normalement sont pas encore acquises » (38) « c'est que des malpositions quelques fois à la marche on peut retrouver des pieds qui soient un petit peu en dedans » (87/88) « Après y'en a quelques rares enfants que je vois en consultation lors de la marche » (124/125) « on est plutôt sur du.. même dès qu'ils se mettent debout » (128) « même si la marche autonome n'est pas acquise » (129) « au niveau du développement donc la rééducation sera quand même différente » (132/133) « Si je prends (...) ou un enfant qui marche bah on sera plutôt sur un travail qui sera un peu plus actif » (135-137) « surtout autour de l'acquisition de la marche ou dès qu'ils se mettent debout. » (152/153)
		-	0	
	Moment de PEC	+	8	« Après ils sont encore petits » (37) « moi je les ai en consultation vraiment tôt. On va dire en sortie de maternité. » (116/117) « La prescription en général est faite à la sortie de maternité euh après quelques fois on va dire trois/quatre jours de délai le temps que les parents prennent le temps de m'appeler. » (117/118) « Donc on va dire que les séances débutent à J15 à peu près à quinze jours de vie. » (119) « ça m'arrive aussi d'avoir du coup des enfants qui viennent un petit peu plus tard. » (120) « donc là je les ai un petit peu plus tard à.. ouais peut-être deux ou trois mois » (124) « on va dire autour de douze mois » (128) « une partie qui sera (...) pour les plus grands. Si je prends un enfant de douze mois » (134-136)
		-	0	
	Pointure	+	0	
		-	0	



Histogramme n°25 : Résultats bruts par catégories de l'entretien n°10



Histogramme n°26 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 10

1 **K : Alors, vous êtes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants atteints de**
2 **métatarsus varus. Lorsqu'ils ont une malposition modérée et partiellement réductible,**
3 **quelle contention choisissez-vous et sur quoi vous basez-vous ?**

4 I : Euh alors sur modéré nous on part sur des bandages. Donc souvent on met soit de l'élasto-
5 mousse soit du Tensoplast® et après on le fait avec du strap. Donc l'objectif étant de.. alors
6 on va pas le mettre en correction maximale. Mais on va le mettre en correction pour que le
7 pied reste quand même ça reste agréable pour l'enfant. On se base au final sur la gravité du
8 métatarsus varus. Sur un léger on met pas de contention. Sur un modéré moyen on met une
9 contention style bandage. Sur un gros métatarsus varus avec le chirurgien orthopédique en
10 plus on met en place une attelle de nuit ou une attelle toute la journée.

11 **K : Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment vous faites votre bandage ?**

12 I : Euh ok ! Bah donc on va prendre comme si je le faisais avec un élasto-mousse. Au niveau
13 de l'élasto-mousse, on bande tout le pied donc on part à ras des ongles au niveau des orteils
14 on remonte jusqu'à peu près au milieu de la jambe donc moitié-moitié tibia. On essaye bien
15 entendu de ne pas faire de plis. On peut mettre un scotch Urgomed® en haut pour que la
16 bande tienne bien après l'élasto-mousse ça tient bien tout seul. Et après, nous souvent on fait
17 deux bandes en strap suivant le pied suivant l'âge de l'enfant. Bah on prend des bandes en 3
18 cm. Quand on a un tout petit pied on la coupe en deux. Souvent, on part sous le premier méta
19 on colle à la base du premier méta on colle notre strap. On vient au-dessus du pied sans
20 traction. Quand on est sur le dessus du pied on tracte vers l'extérieur en visant la styloïde du
21 cinq. On repasse dessous sans traction et on finit le bandage sans traction. La deuxième
22 bande, euh on peut tracter donc on passe sous le premier méta. On met de la tension en allant
23 vers les phalanges donc vers le bout de l'orteil du premier orteil et là on rajoute un élasto-
24 mousse sur l'ongle. Après on enlève la tension et on finit sur le pied. Il permet de tracter le
25 premier rayon. La première bande permet d'avoir une traction une reposition du méta en
26 valgus.

27 **K : D'accord, donc vous m'avez dit qu'au niveau du bilan vous regardiez la gravité.**
28 **Que pouvez-vous me dire de plus sur l'examen clinique de l'enfant ?**

29 I : Alors sur les pieds moi je regarde l'enfant en général. Donc avant même de regarder
30 l'enfant, je regarde un peu je fais le point avec les parents sur l'accouchement. Euh je regarde
31 sur le carnet de santé pas mal de choses. Je regarde bon la taille le poids euh je regarde au
32 niveau du score Apgar savoir comment s'est passé l'accouchement pour l'enfant pour la

33 maman aussi. Donc savoir si la durée de travail a été longue ou.. en durée de travail moi je
34 parle du moment où elle est en phase de poussée. Donc en gros à partir du moment où elle
35 rentre en salle d'accouchement parce que bon y'a des mamans elles vont nous dire bon y'a
36 eu 24h de travail. Moi le travail c'est vraiment le temps qu'elle a mis pour sortir l'enfant.
37 Après euh bon ça c'est au niveau des papiers. Sur l'enfant avant de regarder les pieds je vais
38 regarder au niveau de la tête euh des déformations au niveau de la tête si y'en a des
39 limitations. Je vais regarder aussi au niveau des ceintures scapulaires au niveau des ceintures
40 lombaires voir qu'il n'y ait pas de blocage à ce niveau-là les hanches bien entendu. Et après
41 je regarde le pied. Avant de regarder les métas, je vais regarder que au niveau calca talus au
42 niveau de l'arrière pied tout est bien en place et en bonne mobilité. Au niveau du médio-pied
43 pareil si on a tout qui est bien en place au niveau varus et valgus du médio-pied. Enfin je
44 tombe sur mes orteils donc sur mon métatarsus varus. Là en fait y'a différentes échelles. Moi
45 je m'en sers d'une euh pour classier mon pied donc suivant la classification je fais je vois
46 sur quel pied je suis. Je vois aussi la réductibilité du pied parce qu'on peut avoir des pieds
47 très peu déviés mais très peu réductibles et des pieds très déviés et très réductibles.

48 **K : La classification que vous utilisez, c'est laquelle ?**

49 I : Oula alors (rires) il faut que je regarde sur mes bilans parce que c'est une qu'on nous a
50 donné. Alors moi j'ai fait un DU de pédiatrie y'a quatre ans. Euh j'avais fait une formation
51 de pédia y'a neuf ans. Moi j'en vois depuis euh neuf ans et c'est vrai que j'utilise la
52 classification sans forcément connaître le nom. C'est celle où on regarde le pied en dessous
53 et en gros on part du milieu du talon on remonte. Si notre droite passe par le deuxième méta
54 on est bien et après en fonction de où elle passe entre le deuxième et troisième on est léger
55 au niveau du quatrième on est modéré au-delà du cinquième on est grave.

56 **K : Normalement, c'est la classification de Bleck puisqu'elle prend en compte la gravité
57 et la réductibilité.**

58 I : Voilà donc euh c'est vrai que le nom de la classification je l'avais pas. Après moi, je me
59 sers de ça pour communiquer avec les chirurgiens.

60 **K : D'accord. Ensuite, vous m'avez dit qu'au niveau du bandage vous faisiez en sorte
61 que ce soit agréable pour l'enfant et de ne pas former des plis. Que pouvez-vous me
62 dire d'autres par rapport à l'innocuité ?**

63 I : Euh par rapport à ça, ça m'arrive de mettre des espèces de seconde peau là les urgomed
64 comme pour les ampoules pour nous euh au niveau de mes euh là où mes bandes... par
65 exemple là où je mets de la traction. Donc là où mes bandes vont agir un peu en traction
66 pour éviter qu'au niveau de la peau même si on a l'élasto-mousse qu'on est un phénomène

67 de frottement. Et après tous les conseils aux parents c'est à dire que vu qu'on est sur du strap.
68 Si malheureusement ils doivent mouiller les bandages il vaut mieux l'enlever nous rappeler
69 et le refaire euh que de le laisser parce que le strap à tendance quand il est bien humide à se
70 rétracter voilà ! Après pour l'instant, je touche du bois depuis huit ans neuf ans j'ai jamais
71 eu de problèmes cutanés au niveau des enfants.

72 **K : D'accord, que pouvez-vous me dire sur la qualité de vie de l'enfant et des parents ?**

73 I : Euh bah alors on va dire c'est bah pour les parents ça demande à s'adapter. Surtout quand
74 y'a bandage parce que nous c'est des enfants qu'on voit suivant la gravité du pied deux à
75 trois fois par semaine. Sachant qu'un enfant enfin un bébé voilà on conseille de prendre un
76 bain tous les deux jours. Donc soit on arrive ceux qu'on voit trois fois par semaine à leur
77 faire faire le bain juste avant de nous voir. Donc ils enlèvent le bandage et font le bain de
78 façon libre et tout va bien. Soit on les voit tous les deux jours et ça veut dire que y'a un bain
79 où ils sont obligés de faire au gant. Donc pour la toilette il faut adapter un petit peu. Ça veut
80 dire aussi quand on a des pieds plutôt graves c'est des enfants qu'on va voir quand même
81 relativement longtemps nous dans le temps. Donc il faut qu'un des deux parents puissent se
82 libérer pour les soins kiné. Chez les parents c'est les seules contraintes que je vois c'est plus
83 des contraintes euh d'adaptabilité. Euh pour l'enfant en lui-même bah bébé comme ça je
84 vois pas de gêne particulière. Après nous adulte on nous mettrait une attelle la nuit on nous
85 met des bandages ça peut être gênant. Eux sont en phase d'adaptation quand ils naissent
86 donc quand on les prend tôt comme là en ce moment j'en ai un que j'ai commencé à sept
87 jours après la naissance. Au final l'enfant lui ne sent pas le bandage. Enfin c'est mon avis !
88 J'ai pas de témoignage des parents qui me disent qu'il dort moins bien, qu'il dort mieux,
89 qu'il pleure plus ou qu'il est gêné. Après des enfants qu'on voit là les trois derniers qu'on a
90 eu, on les a vu de zéro à trois mois maximum et de modéré/grave on en a eu quelque uns et
91 eux oui c'est sûr qu'on les voit entre six mois et puis le plus grave on l'a vu même pendant
92 un an et demi.

93 **K : Et quand c'est comme ça, ça serait quoi leur impact sur la qualité de vie ?**

94 I : Alors là quand c'est comme ça c'est un peu plus embêtant parce qu'on s'est rendu compte
95 quand même que bon... pour la petite fille qu'on a eu pendant un an et demi elle avait une
96 attelle jour et nuit plus les bandages ce qui fait qu'il y a eu un petit retard au niveau de la
97 marche. L'attelle quand même pèse un petit peu lourd. Donc c'est pareil au niveau des
98 déplacements entre neuf mois et douze mois où ils sont censés se déplacer soit à quatre pattes
99 soit assis soit enfin comme ils peuvent. Y'avait quand même une difficulté au déplacement
100 après toujours pareil ça reste des enfants et ils s'adaptent très facilement au handicap entre

101 guillemets qu'ils ont. Donc après sur du long terme par exemple pour la petite fille qu'on a
102 eu. Là on l'a revu elle a trois ans là elle marche normalement enfin tout va bien. Mais sur le
103 moment pour les enfants je pense que y'a une grosse part d'adaptabilité qui fait qu'eux
104 arrivent à faire avec peut-être plus facilement que si ça nous arrivait à nous adulte. Et pour
105 les parents, là c'est toujours être dispo pour amener les enfants en soin. Ça paraît simple
106 mais suivant les métiers des parents c'est des fois compliqué de pouvoir faire deux à trois
107 séances semaine.

108 **K : D'accord, donc comme vous m'avez parlé de l'âge et de l'impact que ça pouvait**
109 **avoir sur la marche. Allez-vous adapter le traitement en fonction des niveaux**
110 **d'évolution motrice de l'enfant ?**

111 I : Euh bah oui sur une pathologie sur un enfant qui va rester un moment avec nous. Euh
112 nous on va aller vérifier alors même si ils sont suivis par des pédiatres nous on continue à
113 vérifier les niveaux d'évolution moteurs. Après certains on va en travailler même si on a la
114 séance pour le pied euh on va faire quand même un travail de retournement autour des trois
115 mois. On va quand même essayer de solliciter l'enfant assis euh autour des six mois. On va
116 montrer aussi on a beaucoup de conseils aux parents. Donc comment essayer de stimuler
117 leur enfant parce qu'au final enfin je pense surtout pour les graves hein parce que dès qu'ils
118 ont une attelle elle fait environ euh 150/200 g et euh quand on met par rapport au poids de
119 l'enfant c'est quand même assez important. Donc voilà pour tenir quand on a un truc qui
120 pèse lourd autour du pied c'est quand même assez compliqué. Donc on va donner
121 énormément de conseils aux parents. Nous sur la séance donc on a des séances de trente
122 minutes euh on va prendre quand même cinq/dix minutes à travailler là-dessus. Donc en
123 fonction de l'âge on va travailler les niveaux que on doit acquérir.

124 **K : D'accord. Que pouvez-vous me dire sur le coût de la prise en charge ?**

125 I : Alors le coût de la prise en charge.. Alors déjà en kiné euh la kiné si alors c'est toujours
126 pareil.. si la personne à une mutuelle euh il y a que les 50 centimes du fond de solidarité de
127 la sécu qui sont prélevés. Donc en gros on va prendre un métatarsus varus modéré ça veut
128 dire qu'on va voir à peu près sur.. donc qui n'est pas appareillé qui a que les bandages et
129 qu'on voit à peu près en moyenne trois mois euh. On va être entre vingt-cinq et trente séances
130 à peu près. En terme kiné le coût bah c'est 16,13 € tu fais trente fois 16,13 € et ça fait du 480
131 € à peu près 500 €. Si la famille n'a pas de mutuelle y'a un tiers qui est à leur charge. Euh à
132 ça il faut rajouter alors nous on est remboursé par la sécu. Donc en gros une famille qui a
133 une mutuelle ça lui coûte zéro. Après bah à ça, il faut rajouter les bandages et là les bandages
134 le souci c'est que ils sont pas remboursés par la sécu. Donc que ce soit le Tensoplast® ou

135 l'élasto-mousse ce que tu mets en dessous de ton strap. Euh alors le Tensoplast® c'est quand
136 même... le Tubifast® pardon c'est la petite chaussette. Ce qui est quand même fou c'est que
137 celui pour les nouveau-nés et les enfants n'est pas remboursé le vert et le rouge et le bleu
138 pour les adultes est remboursé. Sauf que tu peux pas t'amuser à mettre un truc de 8/10 cm
139 de diamètre sur un pied qui va quand même faire 2/3 cm de diamètre. Donc, un paquet de
140 Tubifast® c'est des paquets de 2 mètres t'en utilises un toutes les deux semaines donc
141 quatre/cinq paquets pour une prise en charge c'est 10 €. Donc ça c'est à la charge du patient.
142 Un rouleau de strap, tu vas en utiliser pareil cinq/six entre 8 et 10 € le rouleau de strap. Donc
143 à la charge des parents. Plus le petit Urgomed® pour protéger les plis. Je pense que
144 l'enveloppe globale des parents euh en termes de bandage ils en ont bien pour 150 à 200 €
145 sur un modéré. Au bout de trois mois on a plus de bandage et tout ça. Et après, bon il faut
146 rajouter le suivi médical donc ça c'est hors kiné tout ce qui est suivi les rendez-vous avec le
147 chir pédiatrique si il est suivi par un chir ortho ou avec le pédiatre si il est suivi par un
148 pédiatre. Normalement, un bébé il a les visites tous les mois jusqu'au six mois. Donc
149 normalement quand on les a nous en tout début de soin on fait le raccord avec le pédiatre.
150 Donc le coût, moi c'est dommage je travaille beaucoup avec les enfants je suis un peu
151 dégoûté que on rembourse certaines choses sur les adultes mais pas pour les enfants. Ça a
152 quand même un coût pour les parents. Donc tu demandais l'effort que pouvait faire les
153 parents t'as l'effort financier aussi.

154 **K : D'accord ! Vous m'avez dit que lorsque vous aviez un enfant avec une malposition**
155 **modérée ça durait 3 mois la prise en charge. Est-ce que vous gardez un suivi régulier**
156 **dans les mois qui suivent ?**

157 I : Ouais, alors c'est une moyenne les trois mois euh. En moyenne c'est ça bah y'a des pieds
158 vraiment très très modérés euh on les a moins longtemps puis un peu plus toujours pareils.
159 Y'a modéré, y'a modéré léger, y'a modéré grave avant d'arriver à grave euh. Donc en
160 moyenne c'est trois mois. Après nous souvent on demande aux parents quand on a fini quand
161 on leur dit que pour nous le pied est bien. On les revoit un mois après euh et si c'est toujours
162 bon moi je les recontacte encore deux mois après. Donc ça fait en gros quatre mois de
163 l'enfant et six mois de l'enfant. Et après, je leur demande de me les ramener à partir du
164 moment où ils marchent. Et bien entendu si eux dans l'espace, ils ont l'impression que le
165 pied a tendance à repartir qu'ils reviennent sans hésiter. Mais important vraiment le checkup
166 à la marche parce que tu peux avoir quand même une petite déformation qui peut revenir au
167 moment de la marche.

168 **K : D'accord, donc si je reprends un peu ce que vous m'avez dit. Vous avez parlé du**
169 **bilan en général et ensuite le pied. Après vous avez parlé de l'innocuité donc faire**
170 **attention à bien protéger la peau, à ne pas former des plis et à donner des conseils aux**
171 **parents. Au niveau de la qualité de vie pour les parents, il y a surtout besoin qu'ils**
172 **s'adaptent pour amener l'enfant et sur le plan financier. Pour l'enfant y'a pas**
173 **forcément de gêne tout dépend son âge. Au niveau du coût, y'a quand même un coût**
174 **important surtout pour les bandages après pour la prise en charge en soi ils peuvent**
175 **être remboursés par la sécu et leur mutuelle. Après vous avez fait une différence au**
176 **niveau de l'âge. Si c'est des bébés ça sera différent que si c'est un enfant pris plus tard**
177 **vers l'âge de la marche. Est-ce que vous voyez d'autres points à aborder ?**

178 I : Euh non (rires) après c'est juste une expérience c'est donc.. moi je suis à [ville] donc t'as
179 [Nom d'hôpital] qui traite énormément de pieds déformés et normalement pied bot qui ont
180 surtout une technique de bandage. Moi mon DU, je l'ai fait à [ville] donc avec les formateurs
181 de [Nom d'hôpital] sur un autre type de bandage. Moi je fais comme on m'a appris en gros
182 donc plutôt la technique qu'on m'a appris à [Nom d'hôpital]. D'ailleurs le chirurgien
183 orthopédique avec qui je travaille pareil elle est formée là-dedans. Donc elle est plutôt
184 réceptive. Mais tu vois après quand j'ai des patients de [Nom d'hôpital] le bandage est
185 légèrement différent.

186 **K : Oui d'accord, merci d'avoir répondu à mes questions !**

Tableau de retranscription de l'entretien n°11 :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Pertinence biomécanique	Bilan global de l'enfant	+	7	« Alors sur les pieds moi je regarde l'enfant en général. » (29) « Donc avant même de regarder l'enfant, je regarde un peu je fais le point avec les parents sur l'accouchement. » (29/30) « Euh je regarde sur le carnet de santé pas mal de choses. Je regarde bon la taille le poids euh je regarde au niveau du score Apgar » (30-32) « savoir comment s'est passé l'accouchement pour l'enfant pour la maman aussi. Donc savoir si la durée de travail a été longue » (32/33) « avant de regarder les pieds je vais regarder au niveau de la tête euh des déformations au niveau de la tête si y'en a des limitations. » (37-39) « Je vais regarder aussi au niveau des ceintures scapulaires au niveau des ceintures lombaires voir qu'il n'y ait pas de blocage à ce niveau-là les hanches bien entendu. » (39/40) « nous on va aller vérifier alors même si ils sont suivis par des pédiatres nous on continue à vérifier les niveaux d'évolution moteurs. » (112/113)
		-	0	
	Examen statique et palpatoire du pied	+	3	« Avant de regarder les métas, je vais regarder que au niveau calca talus au niveau de l'arrière pied tout est bien en place » (41/42) « Au niveau du médio-pied pareil si on a tout qui est bien en place au niveau varus et valgus du médio-pied. » (42/43) « Enfin je tombe sur mes orteils donc sur mon métatarsus varus » (43/44)
		-	0	
	Examen passif et dynamique du pied	+	1	« Avant de regarder les métas, je vais regarder que au niveau calca talus au niveau de l'arrière pied (...) en bonne mobilité » (41/42)
		-	0	
	Diagnostic / diagnostic différentiel	+	6	« On se base au final sur la gravité du métatarsus varus. » (7/8) « Là en fait y'a différentes échelles. » (44) « Moi je m'en sers d'une euh pour classifier mon pied donc suivant la classification je fais je vois sur quel pied je suis. » (45/46) « Je vois aussi la réductibilité du pied parce qu'on peut avoir des pieds très peu dévier mais très peu

				réductibles et des pieds très déviés et très réductibles. » (46/47) « C'est celle où on regarde le pied en dessous et en gros on part du milieu du talon on remonte. Si notre droite passe par le deuxième méta on est bien et après en fonction de où elle passe entre le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} on est léger au niveau du 4 ^{ème} on est modéré au-delà du 5 ^{ème} on est grave. » (52-55) « suivant la gravité du pied » (74)
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Innocuité	Douleur / Inconfort	+	3	« on va le mettre en correction pour que le pied reste quand même ça reste agréable pour l'enfant » (6/7) « Euh pour l'enfant en lui-même bah bébé comme ça je vois pas de gêne particulière. » (83/84) « Au final l'enfant lui ne sent pas le bandage » (87)
		-	1	« J'ai pas de témoignage des parents qui me disent (...) qu'il pleure plus ou qu'il est gêné. » (88/89)
	Blessures / Allergies	+	6	« On essaye bien entendu de ne pas faire de plis » (14/15) « Euh par rapport à ça, ça m'arrive de mettre des espèces de seconde peau là les urgomed (...) au niveau de mes euh là où mes bandes.. par exemple là où je mets de la traction » (63-65) « Donc là où mes bandes vont agir un peu en traction pour éviter qu'au niveau de la peau même si on a l'élasto-mousse qu'on est un phénomène de frottement. » (65-67) « le strap à tendance quand il est bien humide à se rétracter voilà ! » (69/70) « j'ai jamais eu de problèmes cutanés au niveau des enfants. » (70/71) « le petit Urgomed® pour protéger les plis. » (143)
		-	0	
	Tolérance vasculaire et nerveuse	+	0	
		-	0	

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Impact sur la qualité de vie du nourrisson et des parents	Environnement social / Contexte familial	+	6	« Euh bah alors on va dire c'est bah pour les parents ça demande à s'adapter. » (73) « Surtout quand y'a bandage parce que nous c'est des enfants qu'on voit (...) du pied deux à trois fois par semaine. » (73-75) « Donc il faut qu'un des deux parents puissent se libérer pour les soins kiné. » (81/82) « Chez les parents c'est les seules contraintes que je vois c'est plus des contraintes euh d'adaptabilité. » (82/83) « Et pour les parents, là c'est toujours être dispo pour amener les enfants en soin. » (104/105) « Ça paraît simple mais suivant les métiers des parents c'est des fois compliqué de pouvoir faire deux à trois séances semaine. » (105-107)
		-	0	
	Education thérapeutique/ Observance patient et parents	+	4	« Et après tous les conseils aux parents c'est à dire que vu qu'on est sur du strap. » (67) « il vaut mieux l'enlever nous rappeler et le refaire euh que de le laisser » (68/69) « On va montrer aussi on a beaucoup de conseils aux parents. Donc comment essayer de stimuler leur enfant » (115-117) « Donc on va donner énormément de conseils aux parents. » (120/121)
		-	0	
	Regard des parents / Image bébé imaginaire versus bébé réel	+	0	
		-	0	
	Hygiène / Qualité du sommeil / Habillage	+	5	« Si malheureusement ils doivent mouiller les bandages » (68) « Sachant qu'un enfant enfin un bébé on conseille de prendre un bain tous les deux jours. » (75/76) « Donc soit on arrive ceux qu'on voit trois fois par semaine à leur faire faire le bain juste avant de nous voir. Donc ils enlèvent le bandage et font le bain de façon libre et tout va bien. » (76/77) « Soit on les voit tous les deux jours et ça veut dire que y'a un bain où ils sont obligés de faire au gant. » (78/79) « pour la toilette il faut adapter un petit peu. » (79)
		-	1	« J'ai pas de témoignage des parents qui me disent qu'il dort moins bien, qu'il dort mieux » (88)

	Niveau d'évolution motrice	+	6	<p>« Eux sont en phase d'adaptation quand ils naissent » (85)</p> <p>« elle avait une attelle jour et nuit plus les bandages ce qui fait qu'il y a eu un petit retard au niveau de la marche. » (95-97)</p> <p>« Y'avait quand même une difficulté au déplacement après toujours pareil ça reste des enfants et ils s'adaptent très facilement au handicap entre guillemets qu'ils ont. » (99-101)</p> <p>« Mais sur le moment pour les enfants je pense que y'a une grosse part d'adaptabilité qui fait qu'eux arrivent à faire avec peut-être plus facilement que si ça nous arrivait à nous adulte. » (102-104)</p> <p>« Donc voilà pour tenir quand on a un truc qui pèse lourd autour du pied c'est quand même assez compliqué. » (119/120)</p> <p>« on va travailler les niveaux que on doit acquérir. » (123)</p>
		-	0	

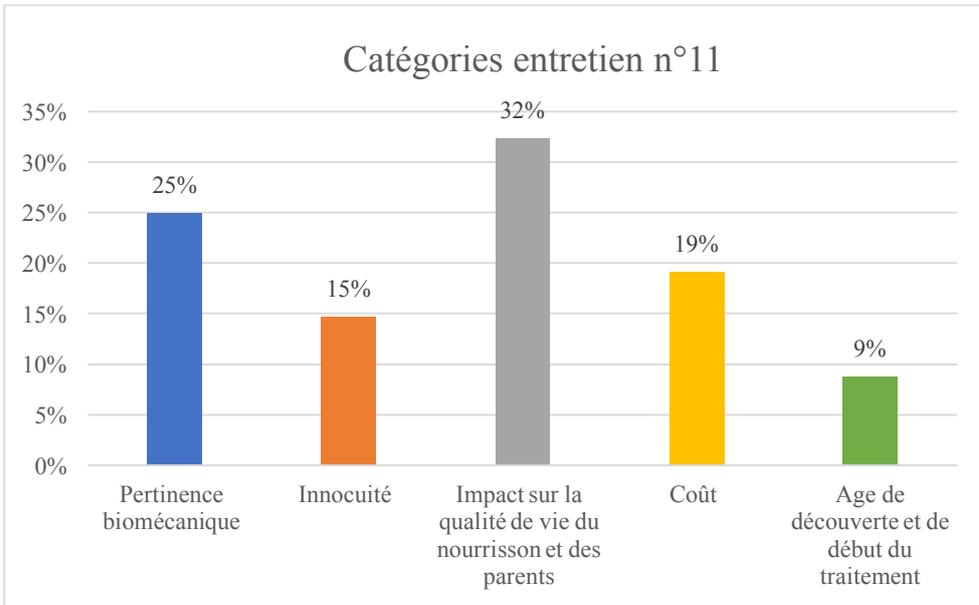
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Coût	Situation socio-économique	+	1	« Donc tu demandais l'effort que pouvait faire les parents t'as l'effort financier aussi. » (152)
		-	0	
	Base de remboursement	+	5	<p>« Alors déjà en kiné euh la kiné si alors c'est toujours pareil.. si la personne à une mutuelle euh il y a que les 50 centimes du fond de solidarité de la sécu qui sont prélevés. » (125-127)</p> <p>« Si la famille n'a pas de mutuelle y'a un tiers qui est à leur charge. » (131)</p> <p>« il faut rajouter alors nous on est remboursé par la sécu. » (132)</p> <p>« Donc en gros une famille qui a une mutuelle ça lui coûte zéro. » (132/133)</p> <p>« et là les bandages le souci c'est que ils sont pas remboursés par la sécu. » (133/134)</p>
		-	0	
		+	1	« En terme kiné le coût bah c'est 16,13€ tu fais 30 fois 16,13€ et ça fait du 480€ à peu près 500€. » (130/131)
	-	0		
	Frais d'honoraires	+	1	« En terme kiné le coût bah c'est 16,13€ tu fais 30 fois 16,13€ et ça fait du 480€ à peu près 500€. » (130/131)
	-	0		
	Frais du matériel	+	5	<p>« bah à ça, il faut rajouter les bandages » (133)</p> <p>« un paquet de tubifast® c'est des paquets de 2 mètres t'en utilises un toutes les 2 semaines donc 4/5 paquets pour une prise en charge c'est 10€. Donc ça c'est à la charge du patient. » (139-141)</p> <p>« Un rouleau de strap, tu vas en utiliser pareil 5/6 entre 8 et 10€ le rouleau de strap. Donc à la charge des parents. » (142/143)</p>

				« Je pense que l'enveloppe globale des parents euh en termes de bandage ils en ont bien pour 150 à 200€ sur un modéré. » (143/144) « Ça a quand même un coût pour les parents. » (151/152)
		-	0	

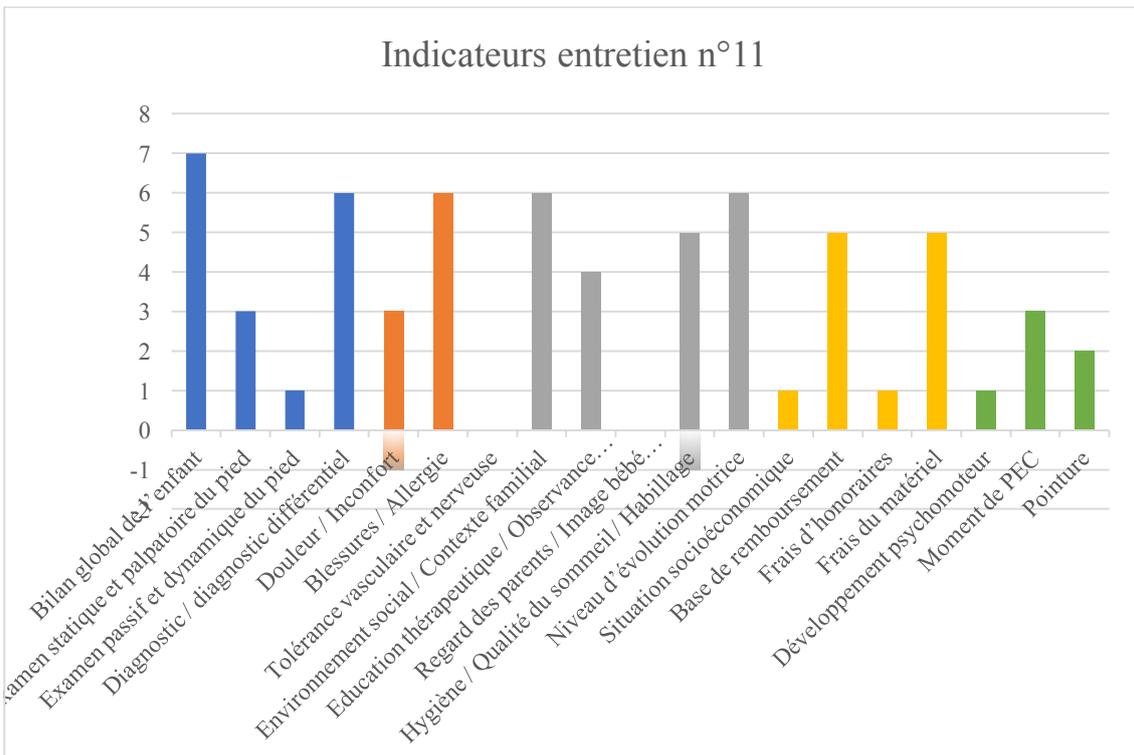
Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
Age de découverte et de début du traitement	Développement psychomoteur	+	1	« Donc c'est pareil au niveau des déplacements entre neuf mois et douze mois où ils sont censés se déplacer soit à quatre pattes soit assis soit enfin comme ils peuvent. » (97-99)
		-	0	
	Moment de PEC	+	3	« on fait deux bandes en strap (...) suivant l'âge de l'enfant » (16/17) « quand on les prend tôt comme là en ce moment j'en ai un que j'ai commencé à sept jours après la naissance. » (86/87) « Donc en fonction de l'âge » (122/123)
		-	0	
	Pointure	+	2	« on fait deux bandes en strap suivant le pied » (16/17) « Quand on a un tout petit pied on la coupe en deux » (18)
		-	0	

A posteriori :

Catégorie	Indicateur	Occurrences		Lignes du corpus
	Expérience professionnelle	+	1	« Euh non (rires) après c'est juste une expérience » (177)
		-	0	

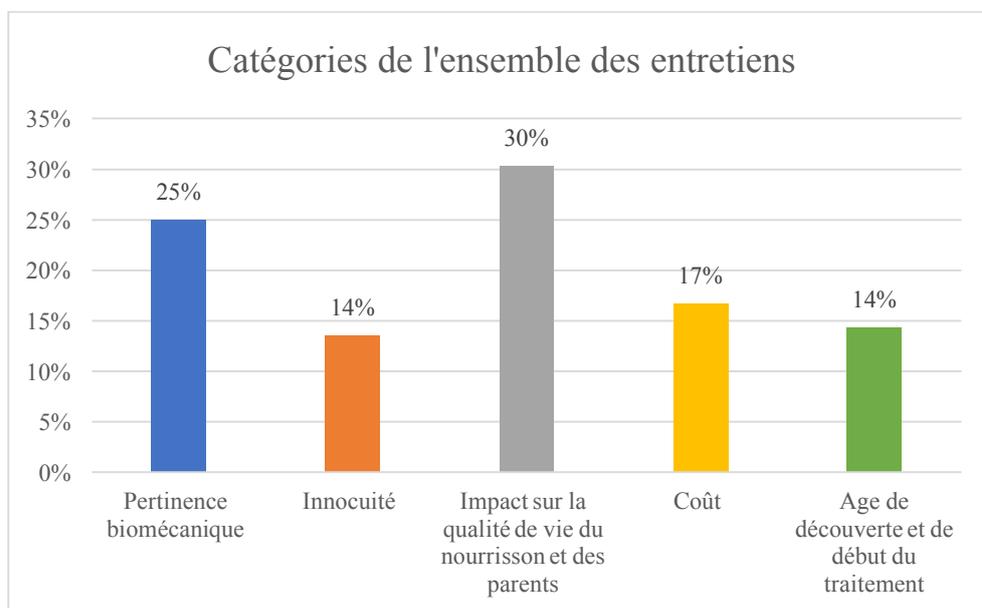


Histogramme n°27 : Résultats bruts par catégorie de l'entretien n°11

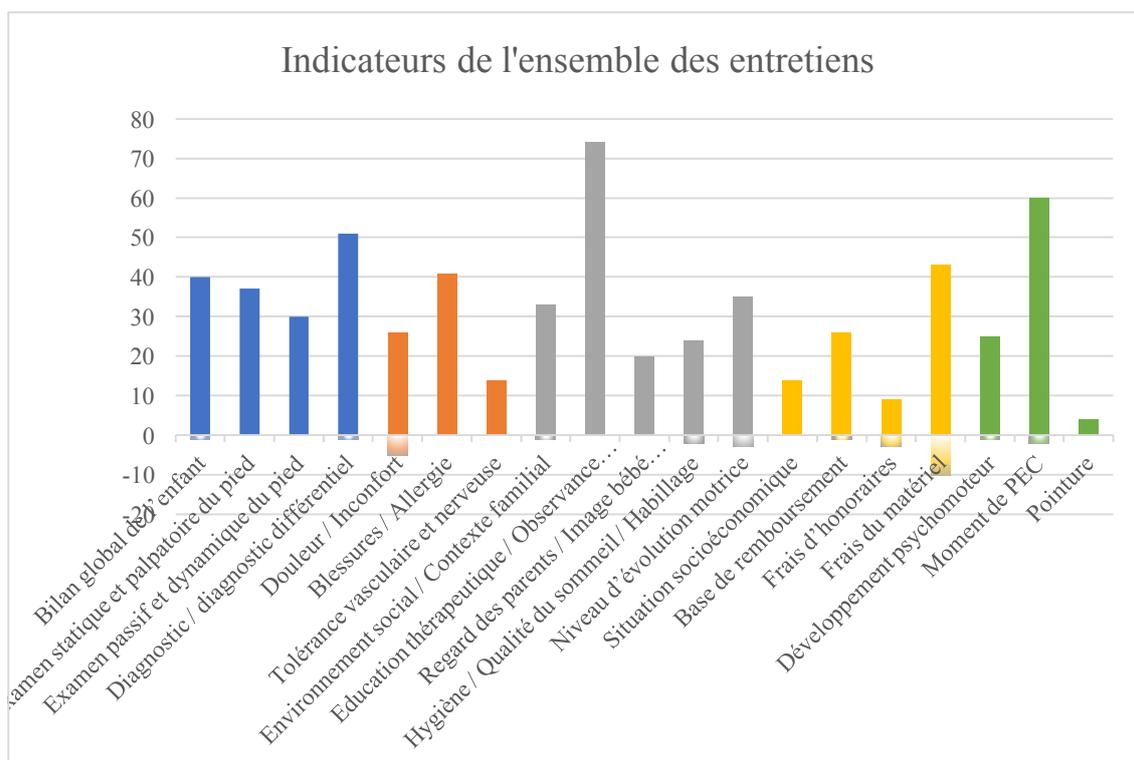


Histogramme n°28 : Répartition des occurrences par indicateur de l'entretien n° 11

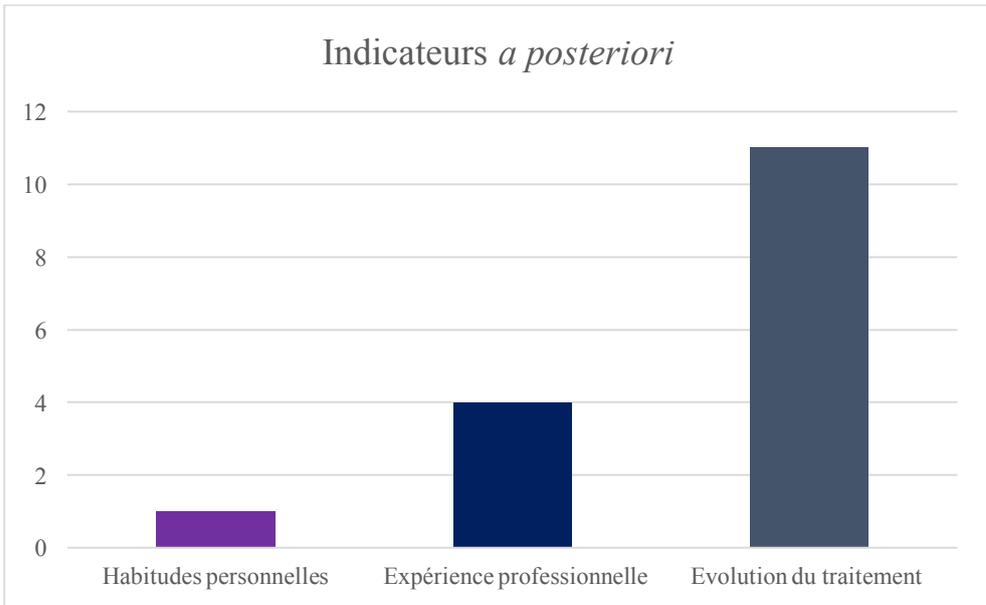
Annexe XVIII : Synthèse des résultats



Histogramme n°29 : Moyenne des résultats bruts par catégorie



Histogramme n°30 : Moyenne des répartitions des occurrences par indicateur



Histogramme n°31 : Moyenne des répartitions des occurrences par indicateur *a posteriori*