INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

UE 28 Mémoire

Promotion : 2017-2021

La place du parent dans la prise en charge kinésithérapique du retard d'acquisition de la marche chez l'enfant

Blanche CHOTIN

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE D'ALSACE

UE 28 Mémoire

Promotion : 2017-2021

La place du parent dans la prise en charge kinésithérapique du retard d'acquisition de la marche chez l'enfant

Mémoire réalisé sous la direction de **Régis ROY,**

Blanche CHOTIN

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Déclaration sur l'honneur

L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie s'engage contre le plagiat. Conformément à l'article L122-4 du code de la propriété intellectuelle, créé par Loi 92-597 du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

La sanction prise est l'annulation de la soutenance en attendant l'avis du conseil de discipline.

Ayant été informé(e), j'atteste sur l'honneur ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partir d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de brèves citations dans le texte, mises entre guillements et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

À Strasbourg
Le 19/04/2021

Signature :



Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Engagement étudiant

Je soussigné(e), CHOTIN Blanche, étudiant(e) en masso-kinésithérapie sur l'IFMK d'Alsace,

- Reconnaît avoir pris connaissance de la charte éthique de l'établissement.
- Accepte les conditions, la réglementation en lien avec la recherche en santé.
- M'engage à respecter l'anonymat des personnes interrogées et à recueillir leur consentement dans le cadre de cette unique recherche.

En cas de non respect, l'IFMK se réserve le droit à des sanctions, allant de l'avertissement au conseil de discipline.

À Strasbourg
Le 19/04/2021

Signature (après la mention lu et approuvé) :

Lu et approuvé,



Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidée, soutenue, encouragée lors de la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je voudrais adresser ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, Monsieur Régis ROY, masseur-kinésithérapeute, pour sa disponibilité, et surtout ses précieux conseils qui ont permis d'alimenter ma réflexion tout au long de ce travail.

Je remercie profondément les masseurs-kinésithérapeutes ayant accepté de me consacrer un peu de leur temps précieux pour répondre à mes questions et sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Un grand merci à l'équipe pédagogique et administrative de l'IFMK de d'Alsace pour la formation dispensée pendant ces 4 années et le support qu'elle nous a apporté.

Enfin, je remercie les personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire ainsi que pour leur soutien moral et intellectuel :

Je remercie mes parents et mes sœurs, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans mes choix.

Je remercie Normane, qui a su m'écouter et me conseiller pour mener à bien ce travail, et qui a toujours cru en moi.

Je remercie également mes amis et camarades de promotion les plus proches pour les moments partagés ensemble, pour le soutien sans fin qu'ils m'ont apporté durant ces 4 années.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

S o m m a i r e

I. Introduction 1

1. Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans 2

1.1. Définition 2

1.2. La motricité (3 grandes étapes) 4

1.3. De 0 à 6 mois : découverte du corps 5

1.4. De 5 à 10 mois : découverte de l'espace 7

1.5. Verticalité à partir de 8 mois 8

1.6. La marche 9

2. Le retard d'acquisition de la marche 10

3. La place du parent dans la prise en charge kinésithérapique de l'enfant 12

II. Méthode 14

1. Type d'étude 14

2. Préparation des entretiens 14

3. Population : critères d'inclusion et exclusion 15

4. Echantillonnage de la population 16

5. Relation avec les participants 16

6. Matériel et préparation aux entretiens 16

7. Aspects réglementaires 17

8. Réalisation des grilles d'entretiens et mise en pratique 17

III. Résultats 19

1. Population étudiée....19
2. Connaissances théoriques sur le retard de développement moteur....19
2.1. Formations initiales et continues....19
2.2. Connaissances et définitions du retard de développement moteur de l'enfant chez les MK....20
3. Caractéristiques de ces patients....22
3.1. Durée de prise en charge des patients....22
3.2. Caractéristiques communes des enfants....24
3.3. Caractéristiques communes des parents....26
3.4. Découverte du retard....27
4. Déroulement d'une séance....28
4.1. Bilan et diagnostic kinésithérapique initial....28
4.2. Principes et objectifs de prise en charge....30
4.3. Déroulement d'une séance....31
5. Particularités de la place du parent dans la prise en charge....33
5.1. Implication du parent....33
5.2. Rapport du masseur-kinésithérapeute aux parents....36
5.3. Concept expliqué aux parents....38
5.4. Education du parent....40
5.5. Relation parent-thérapeute....43
6. Place de la téléconsultation pendant la crise sanitaire....44
6.1. Réalisation de téléconsultation par les masseurs-kinésithérapeutes....44

6.2. Conséquence de la crise sur les soins 45

7. Prise en charge ultérieure à une prise en charge initiale 46

IV. Discussion 48

1. Interprétation des résultats 48

1.1. Caractéristiques de la prise en charge du retard de marche par les MK 48

1.2. Le parent dans les soins, bienveillant mais démuni …. 52

1.3. Le parent face à la crise sanitaire 54

1.4. Le partenariat entre parent et professionnel 56

1.5. Limites et biais de l'étude 61

2. Ouverture 62

Conclusion 64

Bibliographie

Liste des annexes

Annexe I……I

Annexe II……VII

Résumé

Liste des sigles utilisés

MK = Masseur-kinésithérapeute

NEM = Niveaux d'évolution motrice

I. Introduction

« Nos fils ont le même âge, pourtant seul le mien marche ! ». Une phrase que l'on peut entendre dans des salles d'attente de médecins, ou dans les dîners entre amis, par des parents angoissés par leur enfant qui tarde à marcher ou au contraire par des parents trop fiers de voir leur enfant cavaler dans la maison si rapidement. Cette phrase résume à elle seule mon mémoire, mes questionnements, et le travail de recherche qui en découle.

À mes 19 mois, je ne marchais toujours pas. Au grand désespoir de mon entourage qui se demandait ce qu'il avait mal fait ou pire ce qu'il n'avait pas fait. Aujourd'hui, j'ai 22 ans, je marche, je cours, je danse et toute cette histoire de retard de marche est bien loin derrière moi. Et pourtant, mes parents malgré ces 20 années passées me racontent toujours avec la même précision, l'angoisse qu'ils éprouvaient, ainsi qu'une certaine notion de culpabilité également. « Pourquoi notre enfant ne marche-t-il toujours pas ? ».

Cette phrase, on peut l'entendre bien souvent. La marche est une étape symbolique, puisqu'elle définit ce que nous sommes, nous êtres humains.

Naître, grandir, se mouvoir, tenir assis, se mettre assis, se mettre debout, marcher… Quelques mots qui montrent l'importance des premières années de l'enfant. Un si petit être doit porter toutes ces attentes sur ses épaules, doit apprendre en quelques années voire en quelques mois différentes étapes qui vont lui permettre de découvrir le monde de là-haut. Tous les yeux sont rivés sur lui à chaque clignement d'œil, à chaque mouvement, à chaque sourire. Et un simple écart de la norme génère beaucoup d'angoisses.

J'ai effectué mon premier stage en première année de masso-kinésithérapie chez un masseur-kinésithérapeute spécialisé en rééducation pédiatrique. C'était un stage d'observation qui m'a énormément plu et qui m'a donné l'envie de découvrir plus profondément la pédiatrie une fois diplômée et pourquoi pas me former dans ce domaine plus tard. J'ai pu découvrir de nombreuses rééducations de pathologies pédiatriques allant du nouveau-né à l'adolescent de 18 ans. Mais la rééducation autour du retard de marche qu'il soit idiopathique, pour un enfant trisomique ou encore pour un enfant prématuré m'a réellement intéressée. J'ai été impressionnée par les techniques de rééducation diverses et nombreuses, ou encore par l'implication du parent par le kinésithérapeute dans toutes ces étapes du développement moteur de l'enfant, qui conduiront plus tard à la marche.

La place du parent m'a beaucoup interpellée, les parents assistaient ou non aux séances en fonction de la facilité de prise en charge de l'enfant sans le parent. Mais dans tous les cas, les parents posaient beaucoup de questions sur l'importance du retard, sur ses possibles conséquences, les choses à faire, à ne pas faire. Et c'est avec ces nombreuses séances que j'ai compris l'importance de l'éducation thérapeutique que le kinésithérapeute peut faire aux parents. Notamment dans le cadre des retards de marche, puisque l'enfant va développer les compétences nécessaires à la marche 99% du temps à la maison sans le kinésithérapeute. Le kinésithérapeute va utiliser le parent comme outil d'aide pour que l'enfant puisse se développer normalement de manière juste. Le kinésithérapeute va accompagner le parent qui va à son tour accompagner son enfant dans les étapes de son développement jusqu'à l'acquisition de la marche.

C'est ce qui m'a donné envie d'axer mon mémoire sur le retard de marche chez l'enfant et de chercher la manière dont le kinésithérapeute va aborder les parents pour leur faire comprendre le développement de leur enfant mais aussi de les soutenir avec l'éducation thérapeutique, et notamment quels conseils, de quelles façons et par quels moyens il va pouvoir aborder ce retard de marche avec les parents.

1. Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans

1.1. Définition

Le développement est l'ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain, de la conception à l'âge adulte. Celui-ci se découpe en deux domaines : psychomoteur et physique.

Le développement psychomoteur associe le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination) et le développement psychique (sensoriel, intellectuel, affectif et social)

Le développement physique quant à lui porte sur la croissance (taille et poids) et sur la maturation osseuse, dentaire et pubertaire de l'enfant de 0 à 18 ans (1).

Nous allons dans notre questionnement nous intéresser seulement au développement psychomoteur, plus particulièrement au retard de développement moteur au vu de l'acquisition de la marche.

Le développement est représenté par le changement. L'étude du développement permet de voir la manière dont l'enfant fonctionne à un certain âge ou à un moment de sa vie. Dans le développement, il s'agit de comprendre les mécanismes qui permettent le changement et donc le développement. Permettre une action sur le développement psychomoteur d'un enfant suppose d'en avoir une connaissance préalable et approfondie. C'est par ces connaissances que le masseur-kinésithérapeute ainsi que les parents vont pouvoir essayer de stimuler l'évolution et de compenser les manques. Le développement psychomoteur est un phénomène complexe qui doit être compris pour pouvoir servir de référence, tout particulièrement dans les cas où il est atypique et/ou troublé (2).

Dans la revue du praticien de 2004, l'article souligne que le développement psychomoteur (lié à la maturation du système nerveux) se fond dans 4 dimensions : développement postural, coordination oculo-manuelle, développement du langage et sociabilité (3). Tous les enfants ne parcourront pas ces quatre dimensions au même rythme. L'article écrit par Laurence Lion François et Vincent des Portes, deux pédiatres de Lyon suggère l'importance du médecin de famille qui doit rester en alerte pour tout anomalie du développement tout en tenant compte des différents rythmes des enfants. Tout cela sans angoisser le parent. La question du parent est encore présente. Le terme « inquiéter » souligne les sentiments des parents à chaque découverte d'une anomalie du développement psychomoteur. Pour autant, c'est le médecin qui doit alerter et non les parents qui n'ont peut-être pas remarqué une anomalie chez leur enfant. Les pédiatres demandent de la vigilance dans le cas d'un retard isolé dans un domaine d'acquisition mais insiste sur l'attention que les médecins doivent porter sur l'existence de retard dans plusieurs domaines d'acquisitions. Ils ajoutent un tableau avec des repères chronologiques d'acquisitions psychomotrices dont le médecin doit garder en tête pour détecter une anomalie.

L'acquisition de la marche chez les enfants est variable, 3% marchent à 9 mois, 25% à 12 mois, 50% à 13 mois et enfin 98% à 17 mois. Le retard de marche est prononcé à partir de 18 mois. « L'absence d'anomalie neurologique oriente plutôt vers un retard moteur simple si l'éveil et la motricité fine sont par ailleurs de bonne qualité » (3).

Cette introduction soutient l'idée que le développement moteur de l'enfant provient et résulte de l'interaction entre les différents domaines du développement.

1.2. La motricité (3 grandes étapes)

La motricité est l'ensemble des fonctions nerveuses et musculaires permettant les mouvements volontaires ou automatiques du corps (4).

Le développement moteur dépend :

- De la maturation du cerveau qui se développe encore après la naissance
- Des aptitudes personnelles de l'enfant qui vont être variables entre chaque enfant
- De l'environnement de l'enfant ainsi que des attitudes de son entourage : ce qui va encourager ou freiner la construction d'une bonne motricité
- Des expériences motrices de l'enfant

« L'apprentissage de la marche se construit peu à peu à la manière d'un édifice : les bases doivent être bien solides avant de poursuivre l'ouvrage » (5). D'où l'importance de vérifier la qualité de chaque étape du développement moteur avant de se concentrer uniquement sur la marche. On appelle ces étapes les niveaux d'évolution motrice (NEM) décrits par Michel Le Métayer, masseur-kinésithérapeute, référence dans la rééducation des infirmes moteurs et cérébraux (IMC). Il développe les NEM dans son ouvrage en 1963 comme étant « une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont des positions de décubitus à la station debout et à la marche » (6). Il y décrit ces niveaux d'évolutions motrices :

1. Décubitus dorsal
2. Décubitus ventral : position du sphinx
3. Retournements : du dos au ventre et du ventre au dos
4. Reptation
5. Position du lapin (à genoux) : assis sur ses fesses et retenu par ses mains
6. A genoux dressés : sans appui des mains
7. Assis position plage (position de la petite sirène) : de la position du lapin, glissement du bassin sur le côté
8. Assis stable
9. Position du chevalier servant
10. Position accroupie : avec appui des mains, puis sans appui

11. Position de l'ours : en appui sur ses mains et ses pieds, l'enfant lève son bassin vers le haut
12. Quatre pattes
13. Passage en position debout : souvent à partir de la position du chevalier servant
14. Debout avec appui des deux mains
15. Debout avec appui d'une seule main
16. Debout sans appui
17. Marche

Les NEM se déclinent en trois phases successives, expliquées dans l'ouvrage de Michèle Forestier, masseur-kinésithérapeute :

- Découverte du corps (phase statique) : le bébé ne se déplace pas mais bouge ses membres à plat
- Découverte de l'espace (phase dynamique) : déplacements au sol, premiers changements de positions
- Découverte de la verticalité : le bébé tient assis seul, se redresse, se met à genoux, puis debout, puis marche

Michèle Forestier insiste sur le fait qu'il existe de grandes variabilités entre chaque enfant, que l'âge d'acquisition de la marche entre 10 et 20 mois en est la preuve. Nous ne devons pas nous baser uniquement sur l'âge mais aussi sur toutes les étapes qui précédent la marche. L'important est de souligner les progrès et les capacités de l'enfant plutôt que blâmer ce qui n'est pas encore acquis.

Elle insiste sur la prudence à utiliser le mot « retard », car cela fait uniquement référence à l'âge du bébé. Elle explique tout de même que quelques repères chronologiques peuvent mettre en lumière certaines difficultés avec notamment la marche seule acquise entre 10 et 18 mois (5).

1.3. De 0 à 6 mois : découverte du corps

La phase de découverte du corps est la première phase par laquelle l'enfant va passer. Cela ne concerne aucun déplacement. Le bébé commence à bouger ses membres, il ressent beaucoup de sensations entre la peau et tout ce qu'il touche à plat au sol. Cette phase est la fondation de

tout le développement moteur qui va suivre, dont la marche. Dès la naissance, la construction de la motricité est importante. Beaucoup de personnes dont les parents pourraient croire à tort qu'à quelques mois, la motricité n'est pas importante ou du moins ne va pas influencer plus tard un quelconque retard de marche.

Michèle Forestier souligne que tous les signes d'affections (bisous, câlins, massage, porter l'enfant) vont permettre de créer un attachement qui va à son tour aider l'enfant à se construire.

Elle conseille aux parents de « jouer avec » en restant attentif aux difficultés. Elle met encore en évidence l'importance de l'attention que l'on porte à son bébé. L'attention de parents qui doivent être aux petits soins mais également l'attention pour certaines difficultés ou anomalies même si un parent n'a pas forcément toutes les clés pour remarquer une difficulté particulière de l'enfant, d'autant plus entre la naissance et 6 mois puisque le bébé ne se déplace pas encore.

Le bébé va passer par 3 positions durant cette phase. Ces positions vont être importantes dans le bon déroulement du développement puisqu'elles servent de socle. La première étant la position sur le dos. Le bébé ne se fatigue pas, a une importante liberté de mouvement, et perçoit pleins de sensations.

On peut aussi placer le nourrisson sur le côté. Ensuite, en grandissant, il parviendra à se mettre sur le côté en partant sur le dos. Cette position relaxe le bébé, comme la position latérale de sécurité.

Enfin dernière position sur le ventre, où jusqu'à ses deux mois, le bébé ne se sentira pas à l'aise du fait de l'incapacité à relever la tête. Malgré tout, c'est la première position qu'il connait puisqu'à la naissance, le contact avec la maman peau contre peau et la tétée se font sur le ventre. Cela peut donc être une position réconfortante pour le bébé. À cinq mois, le bébé peut relever la tête à angle droit par rapport au tronc avec des membres inférieurs moins crispés et détendus. Cette position à plat ventre est la fondation pour le développement de la motricité. A six mois, cette position doit être confortable et l'enfant doit pouvoir s'appuyer sur ses avant-bras. Plus l'enfant découvre le plat ventre tôt, plus il s'y sentira à l'aise par la suite.

Malgré tout, le bébé ne doit jamais dormir sur le ventre et rester sans surveillance sur le ventre. En effet, la position durant le sommeil du bébé est un facteur de risque de mort subite, définie par « mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpliquée après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure » (7).

L'étude de Fleming et al. identifie les facteurs de risque de mort inattendue du nourrisson comme la position de couchage en décubitus ventral étant le risque le plus important la position de couchage sur le ventre, le risque le plus faible étant le couchage sur le dos, le couchage sur le côté étant considéré comme intermédiaire (8).

1.4. De 5 à 10 mois : découverte de l'espace

Cette phase suit la phase de découverte du corps, elle est caractérisée par l'initiation des premiers déplacements et surtout changements de position.

L'enfant va maintenant s'installer en position ventrale pour le jeu et les déplacements. Le contact peau-sol du bébé permet au bébé de comprendre son corps, de découvrir des sensations et l'espace qui l'entoure, le même espace qu'il découvrira plus tard debout. Il est nécessaire que le bébé se familiarise avec le sol pour permettre plus facilement les déplacements à la verticale. L'enfant doit toucher des objets, ses jouets mais pas que, pour développer sa cognition.

À cinq mois, les retournements commencent, le bébé passe du dos au ventre et inversement. Ces retournements s'effectuent grâce à une torsion du corps autour de l'axe d'un membre inférieur. Michèle Forestier insiste sur le fait que plus l'enfant connait tôt la position sur le ventre, plus il aura envie et la curiosité de la retrouver grâce aux retournements. Encore une fois se pose la question des parents. Comment peut-on aborder les parents en tant que kinésithérapeute, de sorte à ce qu'à leur tour ils stimulent leurs enfants afin de leur faire découvrir leurs corps et l'environnement qui les entourent. Le parent doit dès les premiers mois et pendant les premières années permettre à l'enfant de s'autonomiser sur le plan moteur afin de se libérer peu à peu des adultes. Il est aussi important de ne pas placer le bébé trop tôt en position assise, sinon ce dernier ne passerait pas assez de temps à plat ventre ou sur le dos, deux positions très importantes dans le développement comme vu précédemment.

Une fois les retournements acquis, l'enfant va se déplacer par glissement. Il va commencer par le ramper vers l'arrière (déplacements sans l'intervention d'un adulte, le bébé va l'utiliser très rarement et pas très longtemps), puis exécuter des pivots (déplacements sur le côté) puis le ramper en avant (traction des bras puis aide avec les jambes). Le ramper vers l'avant peut durer quelques mois au contraire du ramper vers l'arrière. Pour l'exemple du ramper vers l'arrière, il est important de souligner que les adultes n'ont pas à participer à ce déplacement. Les parents ne sont donc pas forcément nécessaires pour toutes les étapes.

Enfin de 5 à 10 mois, le bébé va découvrir le quatre pattes, en premier comme position et en deuxième en tant que déplacement. Michèle Forestier demande aux parents de ne pas installer volontairement le bébé à quatre pattes tant que le bébé ne rampe pas très bien et tant que le bébé n'arrive pas à sortir de la position assise afin de ne pas rester bloqué.

Tout au long du livre, elle insiste sur le fait de ne pas vouloir avancer trop vite, de ne pas installer des enfants dans certaines positions avant d'avoir la position précédente acquise.

Une fois la position statique à 4 pattes, bien exécutée, la marche à 4 pattes va pouvoir se faire. Fini les déplacements par glissements, le bébé va quitter progressivement le sol. C'est une étape importante qui demande de l'équilibre et de la force dans les bras. Cela offre une liberté au bébé et permet de progressivement installer la marche en sécurité en passant de quatre appuis à 4 pattes à deux appuis debout. Mais ce n'est pas parce qu'un enfant ne passe pas par cette position qu'il ne marchera pas, même si le déplacement à 4 pattes est un « plus » (5).

1.5. Verticalité à partir de 8 mois

La verticalité va être permise grâce à l'installation de la tonicité axiale du bébé. Entre 4 et 6 mois, le bébé ne peut pas encore rester assis seul mais vers 7 ou 8 mois, il tente de s'asseoir à partir du plat ventre. L'installation en position assise ne nécessite normalement pas l'intervention des parents. Nous pouvons alors nous demander comment peut-on intervenir auprès des parents même si certaines étapes doivent se faire naturellement sans eux. Par contre il est important que le parent s'assure que leur bébé soit capable de sortir tout seul de cette position sinon il y restera bloqué et ne pourra plus se déplacer ou par exemple se recoucher dans son lit. L'installation dans la position est donc aussi importante que sa sortie (5).

Le fait de tenir assis seul s'acquière avant de pouvoir se mettre assis seul. Elle souligne le fait que certains bébés à l'aise dans le quatre pattes ou déplacements par glissement se mettent en position assis plus tardivement mais pas de panique, tant que l'enfant a une bonne tonicité du dos et tient assis seul, inutile de s'inquiéter, cela arrivera tôt ou tard. Les parents ne doivent pas assoir un enfant sur le sol tant qu'il ne sait pas se déplacer au sol.

Suite à la position assise, l'enfant va découvrir la position à genoux. Il a déjà exploré l'environnement à ras du sol alors maintenant sa curiosité l'emmène à chercher ce qui se trouve en hauteur. C'est l'étape qui suit le quatre pattes et qui va tout doucement amener le bébé en position debout. Il existe le genou assis (les fesses reposent sur les talons), le genou dressé au

début avec un appui pour les membres supérieurs puis sans, l'enfant gagne de la hauteur et enfin le chevalier servant qui est l'étape précédant la position debout.

En dernier, suite à ces étapes, le bébé va se mettre debout d'abord avec un soutien des bras sur un support, d'abord bas puis progressivement de plus en plus haut. Il ne tient pas encore à la verticale et le bébé est penché en avant. La mise en position debout se fait par le chevalier servant avec une bascule du poids du corps vers l'avant et un appui des mains sur un support. La sortie de la position debout est plus instable au début, l'enfant tombe sur les fesses sans se protéger en posant les mains. Puis l'enfant va passer par le chevalier servant en contrôlant la flexion des genoux de manière sûre et lente.

Encore une fois, un bébé ne doit pas être mis en position debout s'il n'est pas prêt. Il doit s'installer dans cette position seul après avoir acquis toutes les étapes précédentes. Tout comme on ne jette pas quelqu'un dans le grand bain s'il n'est pas passé par l'étape du pédiluve. Il ne faut pas encourager son enfant à brûler les étapes, il faut insister sur l'importance des déplacements au sol et de toutes les positions intermédiaires avant la position debout (5).

1.6. La marche

« La marche est une activité cyclique où chaque membre inférieur après un appui au sol quitte le sol et se déplace vers l'avant pour assurer la progression de l'organisme » (9).

Le bébé, après avoir découvert son corps, son espace et la verticalité va petit à petit devenir autonome. Il tient assis, se met assis, rampe, marche à quatre pattes, se met debout et même franchit les obstacles et les escaliers.

La marche nécessite de passer par toutes les étapes précédentes depuis la naissance jusqu'au moment de la marche. Chaque base doit être solide pour soutenir l'édifice. Quelques bébés ne passent pas par toutes les étapes mais il faut réunir plusieurs conditions pour pouvoir marcher. L'enfant doit présenter une musculature suffisante pour tenir la position et également un bon équilibre.

Avant de marcher seul et librement, l'enfant va se déplacer debout mais avec un appui des deux mains sur une table, canapé (statique horizontale), un mur (statique vertical) ou encore un petit chariot de marche qui lui n'est pas statique.

Quand est ce que l'enfant est prêt à marcher seul sans soutien ? Lorsqu'il tient debout sans appui des membres supérieurs et qu'il arrive à se mettre debout au milieu d'une pièce.

Il va devenir de plus en plus à l'aise avec le temps. Il lui faut du temps d'entrainements.

Michèle Forestier insiste sur le fait qu'il ne faut pas être pressé, qu'il ne faut pas inciter l'enfant à marcher. Les trotteurs, youpalas ne sont pas utiles, il ne faut pas encourager le bambin à marcher en le tenant sinon il ne reproduira pas le vrai schéma de marche avec un appui solide sur ses deux jambes, il n'encaissera pas les problèmes d'équilibre puisque ce seront les parents qui récupéreront les déséquilibres à la place de leurs enfants (5).

2. Le retard d'acquisition de la marche

Il faut avoir une base pour décrire les âges fonctionnels, il faut avoir des références. Les âges fonctionnels sont un ensemble de repères à connaître dans le développement de l'enfant.

Une étude de Neligan et Prudham réalisée dans les années 60 a suivi 3831 enfants nés en 1961 (10). Cette étude statistique étudie trois acquisitions de l'enfant :

- La station assise (tenue 1 minute sans appui)
- La marche (10 pas sans appui et sans chute)
- Le langage (phrases)

Un tableau récapitulatif expose les 3 acquisitions avec le pourcentage d'enfants qui ont acquis ces étapes pour un âge donné.

	3%	***50%***	***75%***	***97%***
La station assise	4,6 mois	7,2 mois	7,8 mois	9,3 mois
La marche	9,6 mois	13/14 mois		18,4 mois
Le langage	18,1 mois	24 mois		36 mois

Cette étude est intéressante puisqu'elle intègre la notion de fourchette et non de norme médiane. C'est une étude statistique qui se fait sur une cohorte importante (3831 enfants). Il faut se méfier des âges médians qui pousse à croire en une norme étroite. Ici, 3% des enfants marchent à 9,6 mois mais à 18,4 mois, 97% ont acquis la marche, il reste encore 3% d'enfants qui ne l'ont pas encore acquis. La fourchette est donc vraiment large et la norme d'acquisition de la marche n'est pas médiane. Quand on travaille avec l'enfant, il ne faut pas perdre de vue la fourchette large d'acquisition de la marche et ne pas rester buté sur âge précis.

Michèle Busquet dans son livre Bébé au cœur de vos mains, souligne les différents rythmes d'évolution des enfants, en fonction de leurs personnalités, de leurs tonus ou encore de l'environnement spécifique lié à sa famille. Elle souligne elle aussi la grande variabilité par âge des acquisitions motrices (11).

Alain de Broca, dans le livre du développement de l'enfant en s'inspirant de l'orthopédie du nouveau-né à l'adolescent parle de l'acquisition de la marche entre 10 et 14 mois en soulignant le fait qu'il n'y a pas besoin d'apprendre (9). Il précise que les troubles orthopédiques ou neurologiques peuvent engendrer un retard d'acquisition de la marche et insiste sur le fait de les dépister avant l'âge normal de la marche.

Il parle aussi d'un enfant qui se développe normalement mais qui présente tout de même un retard de marche. L'enfant reste longtemps en position 4 pattes ou se déplace sur les fesses et tarde à se mettre debout. Si le 4 pattes est efficient, cela peut faire penser à un retard simple. Dans ce cas-là, il précise qu'une rééducation n'est pas nécessaire même si les conseils aux parents sont utiles comme ne pas prendre leur enfant dans les bras tout le temps. Ici, Alain de Broca parle de rééducation inutile mais parle des conseils importants à donner aux parents. Encore une fois, nous comprenons que le rôle du parent est primordial dans le développement de l'enfant et peut le favoriser ou au contraire le freiner. Mais alors quel professionnel de santé est le mieux qualifier pour donner des conseils sur l'acquisition de la marche ?

Par contre, il souligne le fait qu'à 18 mois, si l'enfant ne marche toujours pas, cela peut expliquer un manque d'intérêt par l'enfant, ou une tout autre raison, ce qui doit amener l'enfant chez un pédiatre pour rechercher la cause de manière plus précise. (9)

Vincent Laugel, professeur au service de pédiatrie au centre hospitalier de Hautepierre, propose d'analyser les possibles étiologies d'un retard de marche chez l'enfant. Il place la limite d'âge où un retard peut être discuté à 18 mois. Il soumet donc une possible cause orthopédique (problèmes de hanches, anomalie des pieds), une cause sensorielle (troubles visuels par exemple), ou encore des causes relationnelles comme un enfant autiste ou qui présente des problèmes de relation/communication avec les autres. Au final, si toutes ces causes ne sont pas relatives à celle de l'enfant présentant le retard de marche, il est important de penser à une cause neurologique (examiner les réflexes, tonus, faiblesse musculaire…) (12).

Une étude a observé cinquante nourrissons à domicile (13). À 11 mois, tous les nourrissons rampaient ; à 13 mois, la moitié de ces derniers avaient acquis la marche. La marche était associée à de nouvelles formes de comportements : les marcheurs accédaient à des objets distants, transportaient des objets et s'approchaient des mères pour partager des objets ; les

rampeurs préféraient les objets à portée de main et les objets partagés tout en restant stationnaires. Cette étude a examiné s'il existait une relation fonctionnelle entre les interactions d'objets et le passage de l'exploration à la marche en comparant les rampeurs et les marcheurs du même âge.

Le développement de la marche était associé à des changements qualitatifs dans la manière dont les nourrissons accédaient aux objets et s'y engageaient et comment ils les utilisaient dans les interactions sociales avec leurs mères.

Les enfants qui, à 11 mois, récupéraient des objets distaux, portaient des objets et approchaient les mères pour partager des objets - prédisaient un état de marche à 13 mois.

En revanche, le groupe de rampeurs à 11 mois et 13 mois a continué à interagir avec les objets qui se trouvaient à proximité. Cette découverte indique que les marcheurs explorent leur environnement différemment.

Réciproquement, la motivation pour accéder aux objets distaux, transporter des objets et partager des objets avec la mère peut à la fois précéder et motiver la marche.

3. La place du parent dans la prise en charge kinésithérapique de l'enfant

Roger Vasseur (médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) et Pierre Delion (pédopsychiatre) ont rédigé le livre « Périodes sensibles dans le développement moteur de l'enfant de 0 à 3 ans » qui souligne l'importance des périodes sensibles du développement de l'enfant (14). Une période sensible est « l'intervalle de temps durant lequel des conditions anormales de développent peuvent induire des changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal ». Il insiste sur la nécessité de la prise en charge quotidienne des enfants à risque d'un point de vue développement, prise en charge intégrant les parents de manière active. Cet ouvrage retrace plusieurs histoires d'enfants à différents âges qui présentent des troubles du développement. Pour chaque histoire on retrouve la notion de parent ou de famille qui s'implique « à la demande du parents », « souffrance de l'enfant et de sa famille ». Ils insistent sur l'importance du diagnostic précoce si pathologie il y a, et parlent du peu de crédit que les personnes s'occupant de ces enfants accordent aux remarques de parents. La question que les auteurs se posent, c'est comment rendre actifs les parents dans une démarche qui peut être qualifiée de « requalification des compétences parentales ». Une des parties du

soin est d'être attentif à la souffrance parentale qui ne comprend peut-être pas tous les aspects de notre prise en soin. Pierre Delion et Roger Vasseur expliquent que la présence des parents dans les unités de soins diminue leur sensation d'incompétence en leur permettant d'observer les soins et si possible de participer aux soins.

Et c'est ici, tout le questionnement de ce mémoire de recherche et la réflexion qui ont été mis en place. Dans quelle mesure les MK libéraux prennent -ils en compte et impliquent-ils les parents dans la prise en charge d'enfants de moins de deux ans présentant un retard simple d'acquisition de la marche ?

II. Méthode

1. Type d'étude

La méthodologie qui a été choisie, et qui plus est, paraissait la plus adaptée pour répondre à la question de recherche était la méthodologie qualitative.

Cette méthodologie qualitative s'est construite grâce à la réalisation d'entretiens qualifiés de semi-directifs dans le sens où les entretiens laissaient une liberté de parole et d'expression aux masseurs-kinésithérapeutes afin qu'ils puissent exprimer à la fois leur modalité de prise en charge des enfants atteints de retard moteur, l'implication du parent dans cette rééducation, leur points de vue et opinion sur la place du parent, ainsi que la façon dont ils qualifiaient la relation parent-thérapeute.

Cette méthodologie a également permis de faire le lien entre l'analyse des données des entretiens et les informations scientifiques rencontrées dans la littérature lors de la démarche de problématisation.

2. Préparation des entretiens

Pour répondre à la question spécifique de recherche de cette étude, a été mis en place le protocole suivant. Suite à de nombreuses recherches sur les différents masseur-kinésithérapeutes pédiatriques travaillant en libéral dans le Bas-Rhin, une première prise de contact a été amorcée par téléphone, afin de présenter le projet de mémoire d'initiation à la recherche, les objectifs et les moyens de cette étude ainsi que la demande de consentement oral à vouloir participer à cette étude qualitative. Durant ce même entretien téléphonique, une prise de rendez-vous a été effectuée. Cette étude devait prendre en compte des MK prenant en charge des enfants atteints de retards moteurs en vue de l'acquisition de la marche sans pathologie.

Suite à ces échanges et afin de préparer les rencontres, des grilles d'entretiens ont été rédigées notamment grâce aux données recueillies dans la littérature. Ces grilles ont permis par la suite de servir de support lors des entretiens afin de garder un fil conducteur, de mettre en lumière certaines dimensions de la place du parent dans la rééducation, et guider le plus efficacement possible le discours et le récit des personnes interrogées vers les thématiques analysées. Un échange de coordonnées a également été effectué afin de rassembler toutes les adresses mail des participants. Cette adresse mail a été nécessaire afin de confirmer la date et l'heure de

rendez-vous, ainsi que d'envoyer le document de consentement écrit pour l'enregistrement audio de l'entretien et l'exploitation des données orales.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés par visioconférence à l'aide du logiciel ZOOM. En effet, les entretiens ont été réalisés en pleine crise sanitaire liée à la COVID-19, et le confinement n'a pas permis de rencontrer les MK dans leur cabinet en face à face. Un lien pour accéder au logiciel ZOOM a été envoyé par mail quelques minutes avant les entretiens. Le but des entretiens semi-directifs étaient de comprendre le dérouler de la prise en charge d'enfants présentant un retard d'acquisition de la marche, ou un retard d'acquisitions motrices, de déterminer la place du parent dans cette rééducation, et l'implication du parent par le MK dans ce parcours de soin kinésithérapique.

Finalement, suite à ces entretiens, les données de ces entretiens ont été récoltées et retranscrites intégralement, pour donner suite à une analyse des thèmes étudiés. L'analyse des données a été réalisée de manière verticale permettant de dégager les éléments clés de l'entretien et de manière horizontale pour croiser les différents points de vue et positions des individus rencontrés selon les différentes thématiques étudiées dans la grille d'entretien.

3. Population : critères d'inclusion et exclusion

La population regroupait une seule catégorie de participants : des masseurs-kinésithérapeutes.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Travailler en libéral
- Exerçant en Alsace
- Diplômé
- Prendre en charge ou avoir déjà pris en charge régulièrement des patients âgés de moins de 2 ans pour retard d'acquisitions motrices en vue de l'acquisition de la marche

La population incluse avait pour spécificité de ne pas inclure des MK travaillant exclusivement en centre, ou milieu hospitalier afin de ne recueillir que les points de vue de professionnels exerçant en secteur libéral. L'exercice en Alsace faisait partie des critères d'inclusion si les entretiens devaient se faire en face à face au cabinet de la personne interrogée.

Le lieu d'obtention du diplôme ainsi que la réalisation de formation continue n'avaient pas d'importance dans les critères de population, puisqu'il paraissait intéressant d'étudier les différents points de vue en fonction des différents sites d'obtention des diplômes et des différentes formations post-diplôme effectuées.

4. Echantillonnage de la population

Les premières prises de contact par téléphone avec les masseurs-kinésithérapeutes ont été entreprises sur la base de ces critères d'inclusion des masseurs-kinésithérapeutes susceptibles de participer au projet de recherche.

Cette pré-sélection de potentiels participants a été permis par le bouche à oreille, suite à une liste de coordonnées téléphoniques à joindre donnée par le directeur de mémoire ayant un carnet d'adresses de kinésithérapeutes alsaciens pratiquant la kinésithérapie pédiatrique. Lors de rencontres régulières avec le directeur de mémoire, une liste d'une dizaine de noms a été imprimée, afin de les contacter le plus rapidement possible. Tous les noms de cette liste ont été contactés mais seulement les premières personnes ayant répondu à ces appels ont participé à l'étude.

Les critères d'inclusion ont été vérifiés lors de ces appels, ce qui a découlé sur cinq participants prêts et consentants à être entretenus.

5. Relation avec les participants

Afin de présenter le projet de recherche ainsi qu'un consentement préalable de façon orale à vouloir participer à l'étude, une première prise de contact a eu lieu. Il a été présenté lors de ce premier appel les différents points de l'étude, de la façon la plus neutre possible, comme la problématisation de la question de recherche sans pour autant la citer afin de ne pas influencer la personne interrogée, les modalités de l'échange, les différentes étapes de la procédure, ainsi que la population cible. Ne pas annoncer la question spécifique de recherche permettait de ne pas détailler le sujet de l'étude pour éviter toute préparation ou recherches préalables par le MK entretenu avant la rencontre.

Une deuxième prise de contact par mail a ensuite été systématiquement effectuée une semaine avant les entretiens afin de s'assurer de la participation des MK à l'étude et de fournir tous les documents relatant les informations éclairées nécessaires à l'entretien.

6. Matériel et préparation aux entretiens

Pour la réalisation de ces cinq entretiens, le matériel nécessaire à la mise en place du protocole était un ordinateur avec installation au préalable du logiciel ZOOM afin de garantir la visioconférence. Le logiciel ZOOM permettait d'enregistrer toute la rencontre mais un téléphone portable en mode veille enregistrait également en même temps afin d'éviter tout

problème d'enregistrement. Ces enregistrements ont permis de retranscrire intégralement et mot pour mot le contenu des entretiens.

Une même grille d'entretien pour chaque entrevue a été réalisée afin de permettre de garder un fil conducteur de l'entretien et de fluidifier le dialogue entre le participant et l'interrogateur. La grille d'entretiens était constituée de thèmes, de sous-thèmes, de questions, de sous questions et d'objectifs. Chaque sous-thème a permis la réalisation de questions préconçues qui elles-mêmes ont permis de standardiser l'entretien et de rendre reproductible et comparable chaque dialogue. Les sous-questions étaient apposées quant à elles pour rebondir sur les réponses de l'interlocuteur, tout en fluidifiant l'échange et en le rendant vivant, sans juger les points de vue et connaissances des MK.

Le choix a été convenu de laisser parler la personne interrogée le plus librement possible en lui rappelant la durée indéterminée de l'entretien, les questions posées ont été le plus ouvertes possibles afin de laisser libre cours à l'interlocuteur de ses réponses.

7. Aspects réglementaires

Le consentement des participants a été recueilli de façon orale lors de la première prise de contact téléphonique puis de façon écrite pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données recueillies via l'échange de mail. Le consentement écrit notifiait également aux participants de l'anonymisation des données afin de ne pas concourir à l'identification de l'identité de la personne interrogée. L'échange de cette feuille de consentement a été échangée par mail, l'entretien étant réalisé en distanciel.

8. Réalisation des grilles d'entretiens et mise en pratique

La grille d'entretien présentée en annexe commençait par une brève présentation générale de la personne, présentant son âge, date et lieu d'obtention du diplôme ainsi qu'un balayage des différentes formations continues effectuées ou non après diplôme. Cela permettait de différencier les MK interrogés ainsi que d'instaurer un climat de confiance entre l'interrogateur et le MK entretenu. Ensuite venait l'introduction du thème en interrogeant le MK sur ses définitions, les repères qu'ils plaçaient pour les âges moteurs, ainsi que la prévalence de ce genre d'enfants rencontrés au cours de leurs carrières.

A été exploré également les caractéristiques communes pour ces enfants et les parents afin d'appréhender par la suite les différentes places des parents au sein du parcours

kinésithérapique. Les MK ont décrit leurs bilans, une séance type pour des enfants atteints de retard de marche sans pathologie et exprimé leurs propres principes de rééducations corrélés avec leurs objectifs.

S'en est suivi la description de la place du parent dans cette prise en charge, la distinction ou non qu'ils faisaient de cette place en fonction des pathologies rencontrées au cabinet, l'implication du parent tant avant la séance, que pendant et qu'après et quels moyens utilisaient les MK pour impliquer le parent.

Une partie de la grille dont le thème était la définition du concept de retard de marche selon un MK expliqué à un parent permettait de comprendre le sens que donnait le MK par rapport au retard de marche, et de le comparer à la première définition donnée en début d'entretien.

Une partie éducation thérapeutique, conseils d'hygiène de vie a également été entrevue afin de comparer les avis entre MK, comprendre l'importance de l'éducation du parent selon le MK et d'établir des conseils types donnés à chaque patient qui pourraient peut-être être regroupés dans un livret ou une affiche destinés aux parents.

L'avant dernière partie explorait les représentations du MK sur la relation parent-thérapeute et un dernier point sur la téléconsultation pendant la crise sanitaire a été abordé afin de comprendre si les enjeux, moyens de la prise en charge ainsi que la place du parent avaient été modifiés par la fermeture pendant des semaines des cabinet et donc l'absence de soins kinésithérapiques au cabinet.

Les entretiens ont été réalisés durant les mois de novembre et décembre 2020 et ont été retranscrits directement après chaque entretien afin de ne pas perdre l'ambiance générale du dialogue et de ne pas oublier le langage non verbal entourant les récits des participants, qui n'ont pas pu être « traduits » par l'enregistrement. Les onomatopées ont été préservées, ainsi que les silences lorsqu'ils paraissaient plus longs. Un entrainement a été effectué à blanc avec le directeur de mémoire afin de valider la grille d'entretien et de permettre de se mettre en situation réelle. Les cinq entretiens ont duré en moyenne une heure.

Suite aux entretiens, deux analyses différentes ont été effectuées, une analyse verticale et horizontale. Cette dernière permet d'entrecroiser les points de vue et récits des MK, les comparer et d'établir ou non une sorte de consensus. Un tableau a été utilisé afin de regrouper les MK ainsi que leurs réponses à chaque question, ce qui a facilité le croisement des points de vue et leurs comparaisons. Une analyse verticale, c'est-à-dire une analyse de chaque entretien a permis d'extraire des éléments correspondants aux thèmes et sous-thèmes traités. Des mots-clés et phrases-clés ont été ressortis des entretiens et ont été reportés à chaque sous-thème.

III. Résultats

1. Population étudiée

L'étude, selon les critères d'inclusion cités ci-dessus, a permis d'inclure cinq masseurs-kinésithérapeutes, tous travaillant en structure libérale. Les caractéristiques de chaque professionnel ont été regroupées et répertoriées dans le tableau I.

La période de récolte des données a été réalisée d'octobre 2020 à décembre 2020 et regroupe les prises de contact avec les masseurs-kinésithérapeutes, la fixation de rendez-vous et les différents entretiens réalisés.

Tableau I. Identification de la population incluse

Codage	Profession	Sexe	Lieu du diplôme	Année du diplôme	Age (années)	Type de structure	Formations	Date et lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
MK1	MK	F	Kehl	2012	29	Cabinet libéral	Pédiatrie	16.11.2020 (visio)	44 min
MK2	MK	F	Kehl	2014	30	Cabinet libéral	Pédiatrie	17.11.2020 (visio)	39 min
MK3	MK	F	Strasbourg	2016	31	Cabinet libéral	Pédiatrie	19.11.2020 (visio)	1 h 08 min
MK4	MK	M	Strasbourg	2017	27	Cabinet libéral	Pédiatrie	19.11.2020 (visio)	1 h 13 min
MK5	MK	F	Kehl	2016	28	Cabinet libéral	Pédiatrie	10.12.2020 (visio)	1 h 15 min

2. Connaissances théoriques sur le retard de développement moteur

2.1. Formations initiales et continues

Concernant les formations en pédiatrie, tous les MK interrogés ont suivi des formations relevant de la pédiatrie : *« j'ai fait une longue formation, c'était un DU en paralysie cérébrale et poly handicap, […] et un autre DU sur la pédiatrie en général et après plusieurs petites*

formations,[…] essentiellement en pédiatrie» (MK1), *« j'en ai fait trois sur la rééducation pelvi-périnéologique de l'enfant, […] une formation sur les torticolis/plagiocéphalies en thérapie manuelle »* (MK2), *« j'ai commencé à me former sur le tas […] et ensuite oui j'ai suivi des formations quand j'avais le statut de libéral »* (MK3), *« j'ai commencé par la bronchiolite[…], les pieds bots, malformations/malpositions des pieds du nourrisson. […] Ensuite j'ai fait Michèle Forestier […] j'ai fait la plagiocéphalie, torticolis congénital »* (MK4), *« j'ai différentes formations en pédiatrie, euh, les plagiocéphalies, les malpositions des pieds, j'ai fait de la thérapie manuelle pédiatrique »* (MK5).

Une MK interrogée signalait d'ailleurs lors d'un entretien le manque de contenu pédiatrique en formation initiale : *« tu sais bien qu'en kiné, dans ta formation initiale, la pédiatrie c'est un peu le parent pauvre, franchement tu sors de là, tu ne sais rien faire en pédia »* (MK3).

A la question de savoir si les MK interrogés se formaient régulièrement en pédiatrie », la réponse était unanime : *« oui »* (MK1), *« Ouais ! Tous les ans, ouais. »* (MK2), *« je ne fais que ça »* (MK4).

Tous les MK interrogés travaillent actuellement avec les enfants, exclusivement en pédiatrie pour certains : *« le but c'est vraiment pédia le plus possible, à 100% donc euh des remplas en pédia j'en ai fait, et là depuis la collaboration 100% pédia »* (MK4), *« on fait que de la pédiatrie, c'est un cabinet exclusivement pédiatrique »* (MK5). Une MK travaillait également avec les femmes : *« Alors pas 100%, je fais de la pédiatrie et de la rééducation périnéale des femmes après les accouchements »* (MK1).

Les critères d'inclusion de l'étude spécifiaient une activité en libéral, mais tous n'ont pas travaillé qu'en libéral avant de s'installer en cabinet : *« toujours en libéral et quasiment toujours en pédiatrie »* (MK1), *« euh oui mais bon là actuellement j'ai un 20% dans un CAMSP »* (MK2), *« moi j'ai fait beaucoup de salariat, j'ai fait beaucoup d'exercices mixtes et là maintenant je suis qu'en libéral, c'est la première fois »* (MK3), *« j'ai fait que du libéral »* (MK4), *« j'ai fait un peu de salariat pour des remplacements […] et puis après en ce moment, je suis dans du libéral à 100% »* (MK5).

2.2. Connaissances et définitions du retard de développement moteur de l'enfant chez les MK

Les MK interrogés ont défini de différentes manières le retard de développement moteur de l'enfant sans pathologie de manière générale. Concernant le retard moteur sans pathologie, il a été défini de la sorte : *« tu as un enfant devant toi, tu vois qu'au niveau des automatismes cérébro-moteurs […], du bilan neuro-orthopédique tout est bon, et pourtant c'est un enfant qui va avoir du mal à se déplacer »* (MK1), *« c'est quand à un âge donné, […], il n'a pas acquis certains niveaux de développement […] notamment les déplacements »* (MK2), *« je dirais que c'est transitoire. Si c'est simple c'est transitoire* » (MK3), *« quand on prend la fourchette des âges, des acquisitions motrices, ça serait au moment où on sort de cette fourchette-là, quand un nourrisson, un bébé, un enfant sort de la fourchette de l'âge […] »* (MK4), *« un trouble moteur simple, c'est forcément un trouble moteur qui n'est pas pathologique mais qu'il y a forcément une raison […] c'est un trouble qui peut être mineur mais qui peut à la fois engendrer des difficultés au quotidien »* (MK5).

On remarque aussi que les MK placent des repères d'âges concernant les acquisitions motrices de l'enfant : « *on attend d'un enfant qu'il se tienne sur le ventre vers 3 mois, […] les rotations dos-ventre, ventre-dos c'est* vers 6 mois, *[…] la station assise ou se mouvoir au sol, le 4 pattes, le ramper, tout ça c'est vers 9 mois »* (MK1*), « je dirais entre 4 et 6 mois pour les retournements, 9 mois pour se mettre assis et se déplacer à 4 pattes ou ramper, un an pour commencer à se mettre debout »* (MK2), *« le retournement c'est entre 4 et 6 mois par exemple, je reprends tout ce qui est Gesell […]voilà je me fie à ça »* (MK3), *« il y a le port de tête à 2 mois […], ensuite à partir de 6 mois les retournements, la position assise, je regarde un petit peu moins quand même, ça c'est plus un truc de docteur[…] à partir de 7 mois, je regarde comment il se tient assis »* (MK4), *« oui je place des repères »* (MK5).

Malgré la mise en place de repères d'âge pour chaque acquisition motrice, les MK interrogés semblent mettre une retenue sur la prise en compte de ces repères : *« mais finalement ce qui m'intéresse plus, c'est pas vraiment la hiérarchie, l'âge auquel les enfants font mais la manière dont ils se déplacent, dont ils se mouvoient »* (MK1), *« j'essaie de ne pas être trop focalisée là-dessus, tout dépend de qu'est-ce que fait l'enfant et comment il le fait, s'il est un peu en retard par rapport à la littérature mais qu'il se débrouille très bien […] je suis un peu moins stricte »* (MK2), *« je ne m'alarme pas tout de suite, j'attends de voir comment ça évolue mais c'est évident qu'il faut des âges bien définis pour vérifier »* (MK3), *« je regarderais déjà dans la globalité avant de m'inquiéter sur un chiffre »* (MK4), *« oui je place des repères mais toujours avec des pincettes […] il y a des étapes clés mais ce qui est important c'est d'où on vient, où on en est et où en sont les progrès »* (MK5).

Concernant le repère de la marche, les MK semblent avoir des fourchettes qui se chevauchent mais quand même présentant des différences selon le MK interrogé : *« un enfant généralement va se mettre debout vers 1 an ou va marcher vers 15 mois et si à 18 mois on part du principe que si un enfant ne marche pas, c'est un retard de marche »* (MK1), *« entre 12 et 18 mois pour marcher »* (MK2), *« cette fourchette qui peut être hyper large, donc décrite de 9 à 20-22 mois, […] le repère pour la marche, ça va être à partir de 17 mois, je me poserais quand même des questions »* (MK4).

Enfin, plusieurs critères semblent aussi influencer la définition du retard de marche simple comme l'épanouissement au sol de l'enfant : *« si par contre, un enfant ne marche pas à 18 mois et ne fait pas de 4 pattes, ne fait pas de ramper, est entravé dans sa motricité au quotidien, là c'est un retard qui est avéré »* (MK1), *« des enfants, au départ, qui m'étaient envoyés à 17 mois parce qu'ils ne marchaient pas […] qui n'étaient déjà pas épanouis au préalable »* (MK1), *« je ne m'inquiète pas si à côté de ça […] si je vois que dans sa motricité globale, il s'enroule, il a un bon contact »* (MK4), *« quand on le met au sol, reste juste sur le dos et n'engage aucun déplacement, n'a même pas de notion d'enroulement […] »* (MK5), également son histoire médicale *: « je me fie à l'histoire […], un enfant qui a eu beaucoup de RGO, c'est un enfant qui n'était pas disponible pour faire de la motricité »* (MK3), *« à prendre avec des pincettes selon l'histoire médicale de l'enfant »* (MK5), la fluidité de ses mouvements : *« si c'est symétrique, fluide, tout ça, bah je suis moins stricte »* (MK2).

Concernant la proportion de ce type de patient présentant un retard d'acquisition de la marche rencontré par chaque MK au cabinet, il en ressort : *« j'ai quasiment un tiers des patients qui viennent pour ça, j'en ai vu un certain nombre »* (MK1), *« actuellement, on va dire peut-être cinq par semaine […] des fois il y a des longues périodes, enfin une ou deux semaines sans et puis après ça revient »* (MK2), *« j'en vois deux actuellement et mon collègue doit en voir 2-3 par semaine […] ces dernières années j'en ai vu beaucoup ! »* (MK3), *« on en a quand même pas mal […] j'en aurais à peu près 4-5 qui viennent pour des retards non pathologiques »* (MK4).

3. Caractéristiques de ces patients

3.1. Durée de prise en charge des patients

L'âge moyen auxquels les enfants viennent au cabinet pour ces retards de marche semblent varier selon les cas : *« au départ […] je les voyais assez tardivement, c'était vers 15-16-17*

mois […] » (MK1*), « quand on a débuté il y a 2 ans, on voyait les enfants après un an, 13-14 mois »* (MK2), *« transitoire, en général ils arrivent parce que justement […] 17-18 mois ils ne marchent toujours pas, donc c'est plutôt vers ces eaux-là »* (MK3), *« la plus grande que je suis pour ça elle a 19 mois et ne marche pas encore »* (MK4), *« alors ça arrive que j'ai des enfants qui viennent juste pour un retard de marche »* (MK5).

On se rend compte que les choses ont dorénavant changé, que beaucoup d'enfants viennent avant l'âge d'acquisition de la marche et cela permet de comprendre l'enjeu de la prise en charge précoce. On pourrait parler de retard de développement moteur et non plus spécifiquement de retard de marche : *« maintenant je les vois beaucoup plus tôt […] vers 8 mois parce que les enfants ne se déplacent pas, vont pas venir se tourner […] 10 mois parce que les enfants ne se mettent pas assis […] on se rend compte que c'est ces même enfants qui ont dû mal après à marcher »* (MK1), *« je n'ai quasiment plus d'enfants qui viennent vers 16-17 mois »* (MK1), *« de plus en plus tôt, on voit plus vers 8-9 mois déjà »* (MK2), *« ça m'arrive d'avoir un retard psychomoteur qui m'est envoyé plus tôt, vers 8-9 mois »* (MK3), *« la plupart des enfants que je suis pour un retard de marche, c'est des enfants que j'ai déjà commencé à suivre avant […] ce n'est pas la majorité qui arrivent avec un retard de marche »* (MK5) , *« Mais disons juste pour un retard moteur, sans autre pathologie associé, je dirais le plus tôt c'est 4-5 mois »* (MK5).

L'influence des médecins jouent un rôle dans une prise en charge précoce pour la majorité des MK interrogés : *« je n'étais pas connue des professionnels de santé […] des médecins donc souvent je les voyais assez tardivement »* (MK1), *« maintenant je les vois beaucoup plus tôt, les médecins me les envois généralement […] vers 8 mois […] »* (MK1), *« les médecins ont un petit peu compris les enjeux et notre travail, donc on travaille beaucoup en partenariat avec eux. Maintenant, les pédiatres ont quand même changé […] donc dès qu'ils ont un doute […] »* (MK2), *« ça dépend beaucoup des pédiatres »* (MK4), *« souvent notamment quand ils sont suivis par un pédiatre, ils viennent avant parce que […] il y a des étapes préalables […] qui ne sont simplement pas encore présentes dans le schéma moteur de l'enfant »* (MK5).

A la question de savoir si le MK accompagne l'enfant jusqu'à l'acquisition de la marche, les réponses sont variables et dépendent de certains critères : *« je peux m'arrêter avant, ça dépend, ça dépend du profil de l'enfant. Si l'enfant va venir pour un retard par exemple vers 7-8 mois […] on va l'accompagner jusqu'à ce qu'il tienne assis […] trouve un moyen de déplacement. […] mais je vais pas forcément les accompagner jusqu'à la marche »* (MK1), *« on les voit jusqu'à la marche, jusqu'à ce que ce que la marche soit aisée, vraiment qu'ils marchent bien, qu'ils passent les obstacles, vraiment à l'aise sur leurs deux pieds »* (MK2), *« je les suis jusqu'à*

leur marche. Mais quand l'enfant vient vers 18-19 mois, je les suis à la marche et un peu au-delà » (MK3), *« j'attends pas forcément aussi tard, ça peut être un petit déclic […] il suffit des fois de juste donner simplement des conseils, les bons conseils »* (MK4).

On remarque déjà l'importance de la place du parent dans la durée de prise en charge *: « si j'ai un enfant en face de moi qui a un retard transitoire […] où je vois que les parents s'inquiètent beaucoup, tout dépend du comportement, enfin de la place du parent, là je vais parfois les accompagner jusqu'à la marche »* (MK1), *« A partir du moment où on voit que les parents, ça suit derrière […] on espace les séances »* (MK4) ou par exemple une MK n'arrête jamais les séances avant l'acquisition de la marche sauf dans un cas : *« si les parents, je ne les sens pas. Des fois les parents ne voient pas forcément l'intérêt. Ils sont pas forcément convaincus par l'intérêt de la kiné […] alors je les laisse partir mais c'est quand même assez rare, en général ils nous font assez confiance »* (MK2).

Enfin, la prise en charge se fait de manière moins régulière pour certains en fonction de l'évolution de l'enfant : *« on les voit pas forcément toujours aussi régulièrement. Quand ils marchent, alors peut-être on se voit dans 2 semaines, dans 3 semaines, dans un mois juste pour vérifier […] »* (MK2), *« je vais pas les voir forcément toutes les semaines. Au bout d'un moment, ça dépend comment ça se passe […] en fonction de comment l'enfant évolue […] je les vois deux fois par semaine en général ensuite une fois par semaine […] et ensuite une fois tous les quinze jours pendant 2-3 mois et après une fois par mois jusqu'à ce qu'il marche »* (MK3), *« à partir du moment où on voit que les parents, ça suit derrière […] on espace les séances »* (MK4), *« après si ça va mieux, une fois par 15 jours mais j'espace de manière très douce et sur un intervalle de temps très long »* (MK5).

3.2. Caractéristiques communes des enfants

La question de caractéristiques communes des patients s'est posée afin de savoir s'il y avait toujours le même profil d'enfants qui venaient pour retard psychomoteur et si l'on pouvait établir un « profil type », pour cela les réponses sont semblables sur certains points. Par exemple, plusieurs MK parlent d'enfants qui ont été peu mis en position ventrale pour différentes raisons, or on sait que la position ventrale sert de base de toute la motricité : « *[…] très gros reflux donc grand reflux, qui ont été peu épanouis sur le ventre, qui supportaient pas être sur le ventre […] vu qu'ils ont été peu sur le ventre, les rotations c'est plus difficile,*

apprendre à se mettre assis, c'est plus difficile […] » (MK1), *« je leur propose d'aller sur le ventre, ils se contractent très fort parce qu'ils ne savent pas du tout, ils n'ont jamais connu ça donc ils ne savent pas comment s'organiser »* (MK1) *« les enfants qui n'ont jamais été mis sur le ventre […] parce que d'après les parents ils n'aimaient pas être sur le ventre »* (MK2), *« on leur dit de pas faire dormir les enfants sur le ventre donc ils veulent très bien faire et donc ne mettent jamais sur le ventre »* (MK2), *« jamais au sol, très peu au sol, jamais mis sur le ventre, ça c'est une grosse caractéristique »* (MK4).

Les notions d'appréhension, d'angoisse ou encore d'inquiétude de l'enfant ont aussi été abordées par certains : *« je ne dirais pas appréhension mais ils ne savent pas comment faire […] y a quand même de l'appréhension, ils ont peur, ils ont peur de tout »* (MK1), *« souvent des enfants qui n'osent pas explorer »* (MK3), *« c'est souvent des enfants qui ont besoin d'être rassurés […] franchir certaines étapes, c'est pour certains vraiment un peu angoissant, j'ai des enfants qui ont peur, enfin qui ont vraiment besoin d'être rassurés, accompagnés dans l'évolution motrice […] sont un peu inquiets »* (MK5).

On pourrait se demander si le rang de l'enfant dans la fratrie joue un rôle ou influence un retard d'acquisition de la marche, la réponse semble fluctuer selon les MK. Pour un MK, cela a effectivement sa place : *« c'est plutôt fréquent chez les premiers, […] s'ils ont des grands frères et sœurs, en général, ça booste un peu plus à la maison, il y a plus de motivation, plus de sollicitations »* (MK4)

Pour d'autres, cela semble différent pour chaque enfant : *« il peut y avoir des aînés qui viennent, ils peut aussi y avoir des enfants qui sont les derniers, parfois tu as tendance à dire que le petit dernier on va s'occuper un peu plus de lui donc les frères et sœurs vont lui apporter le jouet mais il n'y a pas vraiment de règle, il y a des derniers, des cadets »* (MK1), *« c'est aléatoire »* (MK2), *« je n'ai pas fait attention »* (MK3), *« c'est très aléatoire […] des fois c'est des premiers enfants […] des fois c'est des deuxième et le premier a marché très tôt […] »* (MK5).

Pour deux MK, la notion de force musculaire ou encore de tonus est également à retenir pour certains enfants : *« j'ai l'impression qu'au niveau des pieds, ils sont plus laxes […] ils manquent de force et de musculature au niveau des pieds, c'est souvent des enfants, quand ils vont commencer à se mettre debout, et ben les pieds vont partir vers l'intérieur […] des enfants qui sont un peu mous au niveau des, au niveau global, un peu hypotonique au niveau axial, mais surtout au niveau du membre inférieur »* (MK3), *« alors je ne dis exprès pas hypertonie parce que l'hypertonie peut être mal interprétée et peut être interprétée comme un problème d'origine neurologique […] je te parle du coup de tonus élevé […] et à l'inverse on a aussi*

parfois des enfants hypotoniques, alors avec un tonus plutôt bas, hypotonique non pathologique, ça arrive aussi » (MK5).

3.3. Caractéristiques communes des parents

Pour la même question mais par rapport aux parents, plusieurs MK parlent de parents très attentifs à leurs enfants qualifiés comme tels : *« Les enfants qui ont des retards ont parfois des parents qui sont très très précautionneux […] je ne vais pas dire couvés mais qui ont peut-être entravé l'enfant en se disant il ne faut pas qu'il tombe, qui ont peut-être empêché quelques étapes motrices »* (MK1), *« très très protecteurs »* (MK1), *« pas mal de parents qui sont très très prévenants donc très prévenants qui ont peur de faire […] peur que l'enfant se fasse mal »* (MK1), *« Peut-être des parents très précautionneux qui veulent bien faire »* (MK2), *« des enfants un peu précieux »* (MK3). Au contraire une autre MK n'a pas remarqué de parents tels que décrits ci-dessus : *« Des parents hyperprotecteurs, je n'en ai pas tellement que ça »* (MK5).

Les MK interrogés parlent également des différentes installations et matériel de puériculture que les parents possèdent nuisant à l'installation d'une motricité libre : *« des parents qui ont peut-être acheté le mauvais matériel de puériculture […] coussins en forme de lune dans lesquels ont met les enfants assis […] des enfants qui ont été beaucoup dans les trotteurs »* (MK1), *« ça arrive que ce soit des enfants qui soient dans des trotteurs, des installations, qui sont pas très, qui permettent pas le mouvement […] ils étaient toujours dans le transat, toujours dans le trotteur »* (MK3), *« simplement les installations, en fait des bébés, donc très souvent dans 90% des cas […] ça va être des bébés qui sont beaucoup dans le cosy, beaucoup dans un transat »* (MK4).

Il y aussi l'idée de savoir, les MK semblent dire que les parents ne savent pas forcément comment s'y prendre et n'ont pas eu forcément eu les bonnes informations concernant la motricité de leur enfant : *« ils le stimulent mais peut-être pas de la bonne façon »* (MK1), *« mais en même temps, les parents ils ne savent pas, la plupart du temps, ils ne savent pas »* (MK3), *« je crois plus que les parents ne savent pas faire »* (MK4), *« les parents […] qui vont avoir, recherché les bonnes infos au bon endroit, les bons conseils »* (MK4).

Un autre point abordé par quelques MK est la question des catégories socio-professionnelles des parents et si une des catégories est majoritaire dans le cadre des enfants présentant un retard d'acquisition de la marche. Deux points de vue semblent s'opposer : *« Ce qui diffère à chaque fois c'est les catégories socio-professionnelles […] je vois autant des personnes pauvres ou des*

personnes plutôt riches avec le même problème. Ça pour moi là, ce n'est pas une question de catégories socio-professionnelles » (MK3), *« les parents qui viennent avec les bébés avec des retards non pathologiques, c'est des parents qui sont issus d'une classe moyenne, moyenne supérieure et qui vont s'inquiéter […] disons que les classes un peu moins aisées auraient moins tendance à s'inquiéter pour ce genre de choses »* (MK4), *« c'est justement la catégorie socio-professionnelle des parents, là on arrive quand même à recouper pas mal quand même aussi dans le sens où les parents plus ou moins cortiqués […] vont avoir un peu de bon sens […] vont avoir recherché les bonnes infos[…] disons que ça ça joue »* (MK4).

3.4. Découverte du retard

Il est important de comprendre dans ce genre de prise en charge, qui a permis de découvrir le retard moteur, et donc qui a permis de consulter par la suite pour ce retard. Ici, les réponses sont mitigées entre chaque participant : *« le parent et le pédiatre […] j'avais quelques parents qui me disaient bah je me suis rendu compte que mon enfant avait des difficultés […] il y a les deux versants, soit c'est les parents qui ont remarqué que les enfants avaient des difficultés et sont venus par eux-mêmes […] ou soit le parent ne s'est pas forcément rendu compte et c'est le pédiatre à ce moment-là qui les envoie. Il y a les deux schémas. »* (MK1), *« le plus souvent, c'est les médecins […] ça peut arriver que les parents … ça peut arriver »* (MK2), *« c'est plutôt les parents […] les parents, la famille, enfin la famille autour, non c'est plutôt ça, plutôt la famille autour »* (MK3), *« ça dépend […] soit les parents, soit le pédiatre […] mais en général quand même les parents le remarquent en premier »* (MK4), *« je dirais plus souvent le pédiatre parce que dans la région, on a des pédiatres très renseignés et très au courant […] et après les parents, c'est aléatoire, j'ai des parents qui des fois aussi alertent le pédiatre ou alertent le médecin traitant »* (MK5).

Certains MK mettent en avant les repères et les différentes comparaisons faites avec les enfants venant pour ce genre de retard d'acquisition de la marche, ce qui induit dans certains cas une réflexion sur un possible retard moteur : *« beaucoup de parents en souffrent parce que y a les familles autour qui parlent beaucoup, ils en souffrent […] l'enfant de ma cousine, blablabla, le petit neveu, constamment […] c'est difficile, je leur dis, bah voilà maintenant on reste focus sur votre enfant et on ne regarde pas les enfants des autres »* (MK3), *« C'est les parents qui remarquent parce qu'ils ont toujours un élément de comparaison, que ce soit les copains, que ce soit la famille, la grand-mère […] donc les parents ont toujours une petite puce à l'oreille »* (MK4), *« ils comparent, ils comparent […] ce qui n'est pas comparable. Oui, s'ils viennent*

avec un bébé de 3 mois, ils vont me le comparer avec un bébé de 6-7 mois […] donc ouais les parents, ils comparent inévitablement, encore plus quand c'est des jumeaux » (MK4), *« il y aussi la pression de l'entourage familial […] et oui du coup je dirais c'est des fois l'entourage et puis voilà les médecins aussi en parlent, que 18 mois c'est un âge où faut que l'enfant marche. Après ça c'est effectivement la théorie et en pratique, on voit que des fois, ils marchent après »* (MK5).

4. Déroulement d'une séance

4.1. Bilan et diagnostic kinésithérapique initial

La première séance est un moment clé de la rééducation, quatre des cinq MK interrogés racontent de manière assez similaire cette entrée en matière avec l'enfant, avec l'installation de l'enfant au sol : *« je mets l'enfant sur le tapis […] soit sur le ventre soit sur le dos »* (MK1), *« première séance, donc on s'installe, on s'installe tout de suite sur le tapis, on discute sur le tapis, on travaille au sol, sur un tatami de judo »* (MK2), *« je regarde en tout premier comment il est au sol »* (MK4), *« je mets en place les jeux sur le tapis, on reste au sol »* (MK4), *« déjà chez moi les séances se passent au sol, ça c'est primordial »* (MK5), *« je leur demande assez rapidement de poser l'enfant sur le tapis »* (MK5).

On remarque également l'importance lors du premier bilan de la discussion avec les parents, ainsi que des premières explications données aux parents : *« j'explique un peu aux parents l'intérêt justement de pouvoir se déplacer et de pouvoir être à l'aise au sol avant de l'être debout »* (MK1), « je leur explique *[…] tout le processus moteur, tous les liens qui se font au cerveau […] »* (MK1), *« je discute d'abord avec le parent[…] j'explique un petit peu les objectifs de la kiné »* (MK2), *« moi je prends une heure de bilan […] c'est beaucoup de discussion […] en fait souvent, c'est eux qui parlent tout seul, je ne pose même pas les questions, ça vient tout seul. […] Des fois faut les ramener dans ton bilan et puis des fois ça se fait, ils attendent que moi je leur pose des questions […] ça dépend vraiment des parents »* (MK3), *« toujours un bilan […] beaucoup de discussions avec le parent, moi je me prends une heure pour la première séance »* (MK4), *« on commence par les questions, les questions des parents, les questions à moi […] c'est beaucoup de parlotte avec les parents »* (MK4), *« je discute beaucoup avec le parent […]je pose beaucoup comme questions »* (MK5), « *la première*

séance, c'est jamais une séance comme les autres […] c'est beaucoup de discussion, beaucoup d'accompagnement, beaucoup de questions » (MK5).

Au niveau des discussions lors du bilan, plusieurs thèmes sont abordés avec les parents tels que les objectifs des séances : *« je leur explique […] avant de marcher, il va falloir qu'au sol, il soit déjà très à l'aise »* (MK1), *« j'explique un petit peu les objectifs de la kiné, donc le but c'est de faire bouger les enfants […] d'enrichir la motricité pour qu'il soit à l'aise au sol […] qu'il soit à l'aise dans son corps, voilà tout ça j'explique aux parents »* (MK2), ou encore toute l'histoire de l'enfant depuis la grossesse, en passant par l'accouchement et la suite : *« je parle déjà de la grossesse, je parle de l'accouchement aussi, s'il y a eu d'autres antécédents, les bilans médicaux »* (MK3) *« on discute de son évolution jusqu'à présent mais je regarde quand même toujours comment s'est passé la naissance, est-ce que l'accouchement s'est bien passé[…] est-ce qu'il y a eu des difficultés […] »* (MK5).

Le bilan sert pour beaucoup d'observation de l'enfant : *« je leur dis pendant la première séance, on va regarder un peu comment se débrouille votre enfant »* (MK1), *« l'idée c'est vraiment de repartir du départ, […] tu le mets au sol, tu regardes »* (MK1), *« je vais toujours commencer par laisser faire l'enfant. Je laisse faire l'enfant, voir ce qu'il fait »* (MK1), *« sans toucher l'enfant »* (MK2), *« j'essaie quand même de voir, de jouer au moins à un jeu avec l'enfant mais sans vraiment le toucher »* (MK3), *« dans le but de voir comment il bouge, et donc observation, beaucoup d'observation la première séance »* (MK4), *« je regarde toujours un petit peu comment se comporte l'enfant, comment est sa motricité spontanée, est-ce qu'il bouge bien »* (MK5).

Enfin la question de ce que font les parents à la maison avec l'enfant ou ce qu'a fait l'enfant à la maison est abordée pour la plupart des MK et les réponses des parents semblent varier : *« souvent ils font pas grand-chose mais oui, je demande où est installé l'enfant […] dans quelle position il est posé, s'il est tout le temps posé comme ça »* (MK2), *« le point commun que je vois avec les parents, c'est qu'ils ne connaissant pas en fait les acquisitions motrices […] quand je leur demande quand est-ce qu'ils se sont retournés […] est-ce qu'ils ont fait du quatre pattes […] enfin voilà ils n'ont pas trop de repères »* (MK3), *« à quoi il aime bien jouer, comment est-ce qu'il joue […] après ils me disent ouais il aime bien jouer mais qu'à un seul jeu, enfin qu'il reste bloqué un peu dans des jeux »* (MK3), *« les habitudes de vie, donc habitudes justement, est-ce qu'ils mettent dans le canapé, est-ce qu'il a des écrans […] y a des gosses qui passent leurs vies devant les écrans et quand on a un écran devant soi, à aucun moment on a envie de bouger »* (MK4).

Deux MK soulignent l'importance du bilan et des tests neuromoteurs afin d'écarter tout signe ou suspicion de symptôme pathologique : *« et puis après les petits tests neuro […] voir effectivement si y a pas […] une petite chose qui peut amener la puce à l'oreille pour une maladie justement, une pathologie qui pourrait être sous-jacente à ce retard moteur »* (MK4), *« je fais toujours mes tests neuromoteurs parce que ça c'est vraiment, enfin important, j'essaie, j'exclue d'abord, j'essaie d'exclure tout signe, qui pourrait m'interpeller »* (MK5).

4.2. Principes et objectifs de prise en charge

Parmi les principes et objectifs de prise en charge principaux décrits, revient souvent la notion d'épanouissement de l'enfant sur le plan de la motricité : *« que l'enfant soit épanoui au niveau moteur[…] qu'il ait une grande palette de possibilités au niveau moteur »* (MK1), *« que la motricité soit fluide au sol, qu'il soit à l'aise au sol vraiment, qu'il puisse se dépatouiller par terre, plus que la verticalité […] que ce soit très varié et fluide au sol[…] qu'il ait envie de bouger »* (MK2), *« qu'il soit le mieux dans son corps et dans sa motricité […] simplement qu'il soit bien dans son corps, pour pouvoir appréhender l'espace autour de lui, les gens autour de lui »* (MK4), également la notion de progression de l'enfant : *« aider l'enfant à progresser simplement, enfin voilà l'aider à avancer, c'est le plus important »* (MK5).

Deux MK semblent également mettre l'accent sur l'utilisation correcte des membres supérieurs une fois la marche acquise : *« que l'appui sur les mains soit correct pour les réactions parachutes, donc ça on travaille beaucoup[…] qu'il utilise ses mains »* (MK2), *« pour moi dans la marche efficace, c'est aussi sécuritaire, donc c'est-à-dire un enfant qui fait ses transferts comme il faut, que quand il va chuter il va mettre les mains devant, ça c'est vraiment un de mes critères principal aussi »* (MK3).

Quelques interrogés ramènent leur principal objectif à celui des parents : *« mes objectifs, c'est souvent l'objectif des parents, c'est qu'il ait une marche autonome à la fin, ça c'est mon plus gros objectif mais après qui dit autonome, dit efficace »* (MK3), *« c'est de prendre en compte les parents dans la prise en charge parce que ça c'est quelque chose que je peux vraiment te généraliser »* (MK5).

Les interviews permettent de comprendre également que l'objectif est d'acquérir la marche mais par le biais du travail de toutes les acquisitions précédents la marche : *« avant de travailler ce retard de marche, on va peut-être travailler à nouveau la position quatre pattes, se mettre*

assis, se mettre debout mais on ne va pas être focus juste sur la marche » (MK1), *« ce qui m'intéresse, c'est vraiment le crapahutage, qu'il se retourne, pas forcément le quatre pattes parce que tous les enfants ne font pas du quatre pattes mais que ce soit varié au sol »* (MK2), *« pour moi c'est d'abord donner l'envie à l'enfant de découvrir le monde extérieur et les autres avant, même avant de simplement marcher. En fait la marche, ça découlera de ça »* (MK4), *« on a d'autres choses à travailler avant la marche et c'est des enfants qui vont prendre aussi du temps pour marcher parce qu'il faut d'abord cocher toutes les cases qui précèdent la marche, il n'y a pas que marcher »* (MK5).

4.3. Déroulement d'une séance

Par rapport aux séances, que ce soit la première ou celles qui suivent, une des questions en rapport avec les parents a été fondamentale, celle de savoir si les parents assistaient aux séances. Pour la première séance, la réponse semble unanime : *« au début, ils assistent toujours parce qu'ils ne me connaissent pas, on ne va pas laisser son enfant à un inconnu »* (MK1), *« Oui ! »* (MK2), *« si, au début, ils assistent […] la première séance avec le bilan, toujours, la deuxième en général, oui et puis à partir de la troisième quatrième, là on essaie de faire sans»* (MK3), *« ouais, toujours »* (MK4), *« au début, oui parce que de toute façon la première séance, souvent les premières séances, les parents assistent aux séances »* (MK5).

Ensuite, le fait de laisser les parents assister aux séances semblent varier selon les cas de figure : *« Après tout dépend comment l'enfant réagit […] tout dépend de l'âge de l'enfant, alors quand ils sont assez petits, vers 6 mois, le parent est quasiment toujours avec »* (MK1), *« ça dépend »* (MK2), *« je dirais que ça dépend de l'enfant »* (MK5).

A un certain âge ou selon comment réagit l'enfant, la séance semble plus compliquée avec le parent : *« Quand il approche des 1 an, l'enfant est parfois en porte à faux entre le parent qui est là mais il ne peut pas aller chez le parent et la séance de kiné donc les jeux, mais il ne peut pas vraiment s'investir dans les jeux non plus […] je demande parfois aux parents de sortir en disant la porte est toujours ouverte […] voilà ça dépend, si l'enfant pleure, on essaie souvent à un moment donné de mettre un peu le parent de côté pour voir comment va réagir l'enfant »* (MK1), *« des fois les parents sortent d'eux-mêmes, ou alors des fois quand je vois que l'enfant pleure en regardant ses parents, parce qu'il veut les rejoindre et que ça entrave du coup la séance, et que je sens que sans le parent ça serait mieux, je demande aux parents de sortir »* (MK2), *« souvent c'est des enfants qui pleurent pendant les séances […] les parents sont*

souvent peu présents, enfin ils préfèrent nous laisser seuls avec les enfants » (MK2), *« après si je vois que c'est compliqué, qu'il reste collé à papa maman tout ça, là je suis obligée de couper court et en général c'est ce qu'il se passe […] mais en général à cet âge-là entre 17 mois et ouais je dirais 22 mois, c'est très compliqué »* (MK3), *« les séances mettent du temps à se mettre en place parce que c'est déjà des enfants qui sont grands donc avant de devenir une figure d'attachement, ça met un peu de temps […] j'évite que les parents soient là, aussi, sinon l'enfant ne devient pas une figure d'attachement, enfin je ne deviens pas une figure d'attachement »* (MK3), *« après arrive un âge où ça peut être plus compliqué, souvent autour de 9-10 mois parce que l'enfant comprend beaucoup plus de choses et puis c'est souvent là où ça devient difficile de s'éloigner de son parent […] arrive un âge où effectivement, je suis amenée à faire les séances sans les parents pour que l'enfant soit plus disponible et plus concentré »* (MK5).

Pourtant, un MK souligne le besoin dans certains cas de garder le parent avec : *« Et des fois, quand je sens que, qu'il y a un lien qui est trop fort entre l'enfant et le parent, que ça angoisserait trop le parent d'être dehors, je ne demande pas. Même si ce serait mieux … »* (MK2), un autre ne propose pas aux parents de sortir : *«« toujours, pour l'instant […] ils ont toujours assisté aux séances […] ce n'est pas de ma volonté, ce n'est pas moi qui dis sortez de la pièce […] même si ça peut être une solution […] je demande aux parents de prendre un peu de distance, tu vois, au lieu de les faire sortir, je leur dis si vous voulez, vous vous pouvez vous asseoir sur le tapis un petit peu plus loin »* (MK4).

Concernant le déroulement des séances, les séances sont basées sur le travail au sol : *« on le remet au sol en général, couché sur le dos […] donc je remets l'enfant au sol et on va faire des roulades »* (MK2), *« avant de se mettre en verticalité, faut qu'ils soient à l'aise au sol […] donc moi je dis aux parents allez-y à fond sur le sol »* (MK3), *« on reste au sol »* (MK4), *« les séances se passent au sol »* (MK5) et les moyens utilisés sont pour plusieurs MK essentiellement du guidage moteurs en utilisant les NEM : *« j'utilise les niveaux d'évolution motrice, ça c'est la grande ligne. Donc c'est l'ensemble des enchainements moteurs qu'un enfant va explorer avant d'arriver à la marche. Donc c'est beaucoup de guidage moteur […] on le guide pour faciliter ses mouvements »* (MK1), *« même si on travaille debout, qu'il doit faire au moins l'enchaînement, décubitus dorsal, ventral, assis, 4 pattes et se lever »* (MK2), *« je travaille beaucoup avec les NEM, les niveaux d'évolution motrice, déjà, je regarde les acquis antérieurs […] travailler les socles pour ensuite arriver à la marche qui constitue le toit. Donc les phases que j'aime beaucoup, c'est les phases de transition, passer de la position*

assise à genoux, genoux à genoux dressés […] » (MK3), *« regarder en même temps le passage chevalier servant […] qu'on passe sur la position de travail debout »* (MK4).

Le jeu, l'esprit ludique semble omniprésent et indispensable dans chaque séance pour tous : *« je vais présenter un peu des jouets […] tout est accès sur le jeu […] on va essayer de rendre la chose la plus ludique pour que l'enfant, il soit attrayé, pour qu'il ait envie de bouger»* (MK1), *« on joue un petit peu […] et les moyens on essaie de travailler par le jeu, avec la musique, avec des chansons* » (MK2), *« le moyen très clairement c'est le jeu, à c'est à travers le ludisme »* (MK3), *« je mets en place les jeux sur le tapis […] toujours dans le jeu* » (MK4), *« j'ai toujours des petits jeux avec moi, je cherche à ce que l'enfant, alors ça marche pas toujours mais apprenne, alors oui je dirais en s'amusant »* (MK5)

Les séances sont à la fois différentes entre chaque enfant mais se ressemblent sur certains points : *« c'est différent, surtout l'approche, l'approche psychologique je dirais psychologique avec l'enfant […] après bon, si tu veux, les postures où je le mets, les jeux que je fais, c'est toujours à peu près les mêmes* (MK3), *« j'essaie un peu de ritualiser justement la séance, avec chaque enfant une séance différente mais avec chaque séance un peu ritualisée »* (MK4)

Une grosse part de la séance semble être représentée par certains par l'échange avec le parent : *« Je vais montrer aux parents ce qu'il peut faire à la maison »* (MK1), *« et surtout éducation thérapeutique, alors là avec les parents ! »* (MK3), *« énormément les conseils, énormément, énormément les conseils »* (MK4).

5. Particularités de la place du parent dans la prise en charge

5.1. Implication du parent

Il est fondamental dans ce genre de prise en charge de comprendre quelle place est donnée par le masseur-kinésithérapeute aux parents. Pour chaque MK, une réponse est commune : *« une grande place, une grande place »* (MK1), *« une grande place quand même* » (MK2), *« tu ne travailles pas qu'avec l'enfant, tu travailles avec toute la famille »* (MK3), *« ils sont super acteurs ! moi je leur fais très bien comprendre qu'on est une équipe même s'ils sont pas toujours dans la salle avec moi, qu'on est très clairement une équipe »* (MK3), *« c'est l'acteur principal […] faut les mettre en tant qu'acteur les parents, […] vraiment le mettre au cœur,*

hyper important pour qu'il se sente concerné, qu'il comprenne pourquoi » (MK4), *« A 100% je le fais participer, s'il veut, s'il y a possibilité, je le fais participer »* (MK4), *« j'implique toujours les parents qu'elle que soit la raison pour laquelle ils viennent »* (MK5).

On comprend l'importance d'un déclic et de la compréhension des objectifs par le biais des séances pour ces parents et ces enfants : *« au début, souvent, il faut un déclic […] on arrive à donner le coup de pouce à l'enfant qu'il fallait pour évoluer »* (MK1), *« il y a d'autres parents qui comprennent aussi très très vite l'enjeu, enfin ils comprennent tous l'enjeu mais d'autres parents qui comprennent vraiment vite comment on pourrait les aider »* (MK1), *« si le parent a compris comment aider son enfant, l'enfant va aller plus loin, va évoluer plus facilement »* (MK1), *« un petit peu d'aide pour qu'il ait un petit déclic »* (MK4).

La prise en charge ne semble pas être la même si le parent ne comprend pas l'intérêt de la rééducation ou s'il exprime des sentiments négatifs : « *Si le parent n'a pas compris l'intérêt de la séance, l'intérêt de la prise en charge, l'évolution de l'enfant va prendre beaucoup plus de temps ou va être beaucoup moins efficace »* (MK1), *« si le parent a confiance, s'il aime venir, ou y voit un intérêt, avec l'enfant ça se passera mieux. Si le parent vient avec réticence et super angoissé parce que l'enfant va pleurer, c'est forcément compliqué »* (MK2).

Une question a également été posée avant de différencier le pathologique du non pathologique et si le MK interrogé abordait les parents et donnait une place différente si l'enfant avait une pathologie ou non. Pour certains aucune différence ne se fait sentir : *« dans l'idée c'est la même chose […] notre but, ça va être de l'amener le plus loin possible. Donc s'il a une pathologie, on va essayer de l'emmener le plus loin possible de la même manière »* (MK1), *« non »* (MK2), *« non, ils ont exactement la même place »* (MK4), *« je dirais non »* (MK5).

Pour la plupart des MK selon l'existence d'une pathologie ou non, une différence se fait ressentir du côté du thérapeute : *« le lien qu'on crée n'est pas le même parce qu'on va être amené à se voir beaucoup moins longtemps, donc les discussions sont pas forcément les mêmes. Les discussions, avec les parents qui viennent ponctuellement pour ce retard, c'est axé beaucoup sur l'enfant, sur l'enfant et sur l'évolution de l'enfant. Un enfant avec pathologie qui va venir pendant très longtemps, les discussions sont plutôt d'ordre privé »* (MK2), *« forcément quand y a une pathologie, je suis peut-être plus empathique et après tout dépend du parent tu vois. […] effectivement je vais peut-être plus englober, je vais peut-être donner un peu plus de séances parfois parce qu'ils en ont plus besoin »* (MK3), *« mon discours va être complétement différent parce que, parce qu'un enfant qui n'a pas de pathologie, va falloir quand même rassurer le parent… même si on n'est jamais sûr qu'il n'y a pas de pathologie à 100% mais on*

rassure de façon mesurée […] je serai quand même beaucoup plus positif, un peu plus précis peut-être dans mon discours […] je vais être beaucoup plus rassurant on va dire qu'un enfant avec une pathologie » (MK4), *« j'implique toujours les parents, après quand on a des enfants qu'on suit et qu'on sait qu'on va suivre sur des années ou sur des mois et des mois, deux fois par semaine, à force, il y a une vraie relation qui se crée, qui est tout à faire professionnel, mais on devient un petit peu un confident des fois pour ces parents-là […] quand c'est des suivis plus longs […] y a une certaine bienveillance […] on montre qu'on est là, qu'on les accompagne »* (MK5).

En revanche, le comportement de parent et surtout la notion d'inquiétude avec des enfants sans pathologie varie par rapport aux parents d'enfants avec pathologie : *« la première chose que je dis à des parents qui ont des enfants sans pathologie, votre enfant a des difficultés mais c'est transitoire. Il va bien, il est en bonne santé. Donc de par-là, les inquiétudes sont rapidement moins grandes […] donc du moment où le parent se rend compte que c'est transitoire, il est beaucoup moins inquiet et forcément la relation est beaucoup plus simple »* (MK1).

Au contraire pour deux MK, les parents des enfants avec troubles transitoires démontrent plus d'inquiétudes : *« Des fois c'est pire, ils sont encore plus inquiets ! […] en fonction des parents des fois ça peut être la fin du monde, voilà ils ont du mal à passer outre cette chose-là quoi, des fois c'est même pire qu'un handicap »* (MK3), *« les parents sont assez inquiets […]il y en a qui vont être vraiment flippés, comme s'il avait la pire pathologie du monde parce qu'il ne le sait pas »* (MK4).

Pour en revenir à la place du parent dans les séances, les MK semblent montrer une multitude de choses pendant les séances : *« on va faire de la guidance, enfin on va faire du guidage auprès de l'enfant pendant la séance et de la guidance avec les parents hors de la séance, enfin dans la vie quotidienne »* (MK1), *« alors les premières séances, je vais essayer de montrer les guidages que je fais sur l'enfant, je vais pouvoir le montrer aux parents et le parent va de lui-même essayer de le faire sur l'enfant »* (MK1), *« je demande aux parents de répéter les gestes à la maison […] pas forcément de faire une séance d'une demi-heure […] mais de l'intégrer dans les gestes de la vie quotidienne »* (MK2), *« je montre, je leur fais faire et je regarde, comment ils font, et je corrige ce que j'estime qu'ils pourraient faire autrement »* (MK2), *« justement quand il a bien fait un exercice, je vais chercher le parent, on va montrer, papa, maman, comment tu as fait l'exercice et puis des fois, je fais des fin de séances avec les parents »* (MK3), *« je fais faire beaucoup aux parents »* (MK3), *« je lui montre comment faire […] que lui-même se rende compte des petites choses à modifier par lui-même[…] je leur montre quel type de jeu ils peuvent faire pour stimuler […] bien expliquer chaque exercice*

pourquoi il est fait, faut qu'ils comprennent pourquoi on fait ça et pas seulement simplement reproduire sans comprendre […] je leur montre les choses dont l'enfant a besoin et qu'ils peuvent faire à la maison » (MK4), *« je leur montre certaines positions, je leur montre des manières de bien porter l'enfant, je leur montre des transitions, quand y a un passage qui est coincé un petit peu, je leur explique en fait comment bien positionner l'enfant […] j'essaie de les guider pour qu'ils puissent faire les choses ou essayer de le faire d'une manière simplifiée »* (MK5).

Certains MK ont parlé de parents en tant qu'acteurs, mais d'autres soulignent le fait de ne plus être acteur en tant que parent pendant la séance : *« assez rapidement […] il n'est plus acteur, il est là, il regarde la séance, il se met de côté mais l'enfant est dans sa séance de gym. Donc moi je ne vais plus considérer le parent pendant la séance »* (MK1), *« là on est justement dans une séance où au départ je vais expliquer au parent ce que je fais mais après je dis bah écoutez mettez-vous un peu en retrait, vous regardez […] donc il n'est pas très acteur, au bout d'un certain temps, au départ un peu »* (MK1), *« les parents d'eux-mêmes sortent de la salle »* (MK2).

Par ailleurs, l'importance de l'après séance est soulignée : *« je vais lui parler après, je vais parfois expliquer ce que je fais »* (MK1), *« mais après on fait toujours un petit récapitulatif, un petit compte rendu de la séance […] je vais leur dire que la séance s'est bien passée, qu'il a bien participé qu'on a travaillé […] et que ça serait bien de le refaire à la maison »* (MK2), *« je me prévois toujours un temps en fin des séances pour expliquer aux parents ce qu'on a fait, pour dire où on en est, quels ont été les progrès de l'enfant »* (MK5).

5.2. Rapport du masseur-kinésithérapeute aux parents

On remarque également la différence d'implication en fonction du caractère des parents comme ceux qui ne sont pas convaincus : *« les parents qui ne sont pas tellement convaincus par les séances, je leur explique une fois que c'est bien de le faire à la maison. Si je vois que de toute façon, c'est pas fait et qu'ils y voient pas l'intérêt, je n'insiste pas »* (MK2), *« ça passe assez vite, tant que y a de la communication et qu'ils voient que l 'enfant est content de venir, franchement en général, ça passe »* (MK3), *« je leur explique posément, pourquoi ils sont là, je leur réexplique, parfois c'est simplement le manque d'infos, parfois les médecins et les pédiatres, ils les voient beaucoup plus rapidement que nous et ils rentrent pas dans les explications alors parfois, le fait juste d'expliquer, qu'ils comprennent la chose, ça aide, après*

parfois y a des parents qui trouvent que non y a pas de problème » (MK4), *« un parent qui adhère pas, ça fonctionnera pas, un kiné pédiatrique, ça n'a rien à voir avec un kiné adulte, c'est un travail d'équipe, il faut que les parents adhèrent »* (MK5), *« l'idée c'est de trouver encore une fois un accord, c'est moi aussi qui doit bien expliquer pourquoi on fait les choses, euh, pour ça a un sens pour lui »* (MK5) ou encore ceux inquiets : *« je leur montre les aptitudes de leurs enfants […] c'est la première des choses, de dire à un parent que son enfant va bien »* (MK1), *« les parents qui sont inquiets, parce qu'ils ne marchent pas encore, tout ça, je les rassure beaucoup, en leur disant que ce n'est pas forcément l'âge de la marche qui est important mais c'est vraiment le cheminement qui va être important »* (MK2), *« on discute beaucoup, on discute, parfois, voilà je les rassure beaucoup, […] ça m'est déjà arrivé de réguler vers un psychologue […] y a quand même une anxiété parentale qui se répercute beaucoup sur les enfants »* (MK3), *« y a des parents qui s'inquiètent beaucoup, y en a qui s'inquiètent pour trois fois rien, juste besoin d'être rassurés »* (MK4), *« dans ton cas, quand on sait que c'est non pathologique, c'est plus facile […] on est là aussi pour rassurer, leur montrer que ça ira, qu'il progresse »* (MK4), *« c'est vraiment au feeling dans le choix de mes mots […] j'essaie de guider l'enfant et de guider le parent mais je n'ai pas la science infuse et j'essaie de les accompagner mais c'est sûr que j'adapte mon comportement au comportement des parents »* (MK5), ainsi que les parents en demande : *« et puis les parents qui sont demandeurs, alors je leur montre beaucoup d'exercices »* (MK2), *« c'est rare en général dans les transitoires, c'est plutôt dans les pathologies, les transitoires c'est plutôt les parents un peu anxieux »* (MK3), *« si je sens que vraiment le parent est dans la demande donc qu'il a peur de pas y arriver, y en a qui se mettent parfois la pression […] j'essaie de le rassurer comme ça en les guidant aussi et j'adapte selon les parents »* (MK5).

Le parent est représenté par le papa ou la maman, ou les deux pendant les séances. Il est curieux de savoir si la relation du parent avec le thérapeute change en fonction de la maman ou du papa et si le parent est impliqué de manière différente en fonction du sexe. Pour quelques-uns, il n'est noté aucune différence : *« je dirais que c'est la même approche, ça dépend du caractère, si j'ai un parent qui est plus inquiet que ce soit la maman ou le papa, je m'adapte mais je ne vais pas genrer, enfin je n'essaie pas »* (MK1), *« non parce que y a des mamans supers, y a des papas supers, y a des mamans moins investies, des papas moins investis, non j'adapte au comportement »* (MK5).

Pour d'autres, la réponse n'est pas si évidente : *« J'aimerais dire non mais je pense que oui […] je suis une femme, je suis une potentielle maman, je suis, et ça faut faire attention, j'interagis*

pas du tout pareil, si si, avec la maman. Pour la mettre en confiance, pour pas la culpabiliser […] faut mettre toujours les formes parce que sinon le parent peut se braquer et s'il se braque, ta prise en charge, elle sera moins bonne, et ouais avec les mamans, j'essaie de mettre les mamans dans ma poche » (MK3), *« ouais ce n'est pas pareil. Sur quels points ? Ça va être dans le discours, ça va être un petit peu… Je vais dire la même chose mais par contre ça va être la forme qui sera un peu différente […] ou parfois essayer d'impliquer les hommes un peu plus aussi […] donc simplement, c'est ça, leur montrer qu'eux aussi, ils peuvent le faire, voilà les inclure à fond en fait. »* (MK4).

Par contre selon d'autres MK, les caractères semblent variables entre la maman et le papa : *« Oh oui, le papa il est moins, il montre moins son inquiétude, et le papa il est en général moins, c'est en général les papas qui voient moins l'intérêt des séances de kiné […] s'ils sont inquiets, ils le montrent beaucoup moins en tout cas, pas tous les papas mais la plupart »* (MK2), *« il y a ce côté c'est ma faute, franchement ça devient insupportable mais c'est parce que c'est la société qui fait une injonction, c'est forcément la faute de la maman… faut se calmer…. Donc oui effectivement j'interagis différemment avec les mamans »* (MK3), « *Les papas ils adorent qu'on les inclue en fait, vraiment dans la paternité, etc… Parfois, on parle beaucoup à la maman, on regarde que la maman alors que le papa… voilà. Et puis souvent c'est les papas qui sont moins inquiets que les mamans, les mamans sont beaucoup plus inquiètes, c'est assez fréquent, enfin ça on le remarque assez »* (MK4), *« les papas sont de plus en plus investis, il y a de plus en plus de papas qui viennent en séance et des fois je vois même que les papas […] mais non j'adapte, je ne fais pas de différence papa/maman, homme/femme, ça dépend vraiment de la personne »* (MK5).

5.3. Concept expliqué aux parents

L'explication du concept de retard d'acquisition de la marche réalisé par le thérapeute au parent a été une question primordiale de cet entretien. Il est important de connaître quels mots sont utilisés face au parent pour définir ce retard. Pour un MK, les parents consultent en sachant la « définition » *: « oh généralement, ils viennent, ils savent, ils viennent, ils disent ah mon enfant ne fait pas ça alors que les autres le font, ils le définissent déjà »* (MK1), mais la définition est expliquée comme telle aux parents : *« Je dirais que c'est un trouble, un trouble qui est transitoire. Je, vraiment, je dirais, on voit que c'est une difficulté qui est transitoire. Donc votre enfant est en bonne santé, mais là il a du mal à je ne sais pas passer une étape motrice et on retrace un peu ce qu'il a fait au préalable. Je leur explique, euh, je leur explique un peu les*

NEM, en gros. Donc je leur dis que les enfants doivent passer par un cheminement moteur, pour accéder à la marche […] on va revivre toutes ces expériences motrices et il va pouvoir aborder la marche plus sereinement, mais tout ça c'est transitoire. Votre enfant, il va marcher » (MK1), une MK insiste également sur le côté transitoire et non pathologique en émettant quelques réserves : *« je dis qu'il n'y a pas de pathologie, donc il va y arriver quoi, enfin en règle générale, après ça dépend, je ne me prononce pas toujours en fonction du médecin qui me l'envoie, faut être sûr que ce soit un trouble transitoire »* (MK3).

Pour d'autres, le principal est de ne pas se concentrer sur les chiffres, effectivement, comme vu précédemment, les repères d'âges des acquisitions motrices sont représentés par des fourchettes larges permettant de laisser faire chaque enfant à son propre rythme mais de garder tout de même en tête les repères si écart à la norme trop important : *« j'essaie quand même de ne pas définir ça par rapport à un âge parce que, pour ne pas angoisser le parent […] il y a une variété qui est énorme donc ça c'est ce que j'explique aux parents, en leur disant c'est pas tant l'âge où il va marcher, mais la façon, enfin, qu'est-ce qu'il aura fait avant et comment il l'aura fait. Si maintenant à 22 mois, l'enfant ne marche pas, oui là je vais expliquer que passé 18 mois, il faut quand même des échelles pour pouvoir se repérer. Et que passé 18 mois, on parle d'un retard de marche »* (MK2), *« je remets les bases, je leur dis que l'acquisition de la marche se fait entre 10 et 19 mois, donc les dernières études montrent ça. Et que voilà, il y a des enfants qui sont plus précoces que d'autres, que si ce n'est pas le premier d'une fratrie ou même dans une fratrie, ça peut être complétement différent et que faut arrêter les douze mois il faut marcher parce qu'en fait les parents ils souffrent de ça les parents, ils pensent qu'à un an, il faut qu'il marche et bah non c'est complètement faux »* (MK3), *« je vais lui dire que tous les enfants n'évoluent pas à la même vitesse, qu'il y a peut-être quelques étapes où il a peut-être un peu stagné avant, et qu'il a besoin d'un peu plus de temps et peut-être d'un petit peu d'aide pour qu'il ait un déclic et que c'est comme un entraînement sportif, le sportif de haut niveau il va répéter, répéter, répéter les choses pour devenir bon et enfin réussir à atteindre son objectif […] moi j'ai ce vocabulaire, on va bosser, on va faire du sport […] pour qu'il sente que c'est de l'entraînement en fait, c'est de l'entraînement, ça prend du temps »* (MK4).

Pour une MK, la notion du pourquoi est très présente chez les parents : *« Ils me demandent pourquoi, alors on a pas toujours d'explication […] alors souvent je reviens un petit peu justement sur les étapes de la motricité, qu'est ce qui est important […] en fait j'ai pas forcément toujours des réponses, mais si on peut trouver certaines explications, je les donne bien sûr, voilà des fois, il n'y a pas de raison, c'est juste comme ça, des fois c'est des enfants qui osent pas se lancer »* (MK5).

5.4. Education du parent

On a à travers ces résultats compris l'importance du parent dans la prise en charge et le rôle prépondérant qu'il va jouer à la maison pour que l'enfant s'épanouisse dans son développement moteur. La question de l'éducation thérapeutique a été posée afin de savoir quels sont les moyens mis en place par rapport à cette éducation parentale et ce qui est mis en place comme éducation.

Parmis les préconisations et conseils à mettre en pratique à la maison, ressort : *« préconiser aux parents de faire des petits jeux à la maison, d'enlever les trotteurs, de laisser son enfant au sol »* (MK1), *« des petits conseils sur l'installation, le portage, l'intérêt de le faire, de stimuler aussi bien à droite qu'à gauche, être vigilant sur les installations […] au sol, pieds nus si possible, ou avec des chaussons souples. Et après je conseille des petites chaussures quand même pour l'extérieur, des chaussures, un peu montantes à lacets assez rigides, enfin semi-rigides […] je déconseille aux parents, un enfant qui a un retard de marche de le tenir par les mains comme ça, de le faire marcher avec les mains levées […] de pas tenir la main de l'enfant mais lui donner un objet transitoire, une corde, le doudou »* (MK2), *« je leur montre comment stimuler »* (MK3), *Je leur dis qu'il faut sortir, découvrir les expériences, bah si c'est l'été, laisser courir pieds nus dans l'herbe, ah vous avez un jardin super, bah enlevez lui les chaussures »* (MK3), *« je leur interdis un peu de les asseoir, de les poser assis, avec des coussins autour, ça c'est un peu interdit ça »* (MK4), *« plus l'enfant va passer du temps sur le sol à découvrir, à appréhender les surfaces, mieux ce sera pour son développement »* (MK5).

Par rapport aux matériels de puériculture et différentes installations, les MK semblent unanimes sur la question : *« Je leur conseille d'enlever tout ce qui est, tout ce qui va entraver un peu la motricité libre, c'est-à-dire, les coussins en U pour tenir assis, les trotteurs […] si c'est des enfants petits, de limiter le transat »* (MK1), *« oui certaines installations, le youpala, le trotteur […] je conseille d'acheter un pousseur plutôt que le youpala. S'ils en ont envie, s'ils pensent que l'enfant serait intéressé »* (MK2), *« on revoit les installations ensemble […] le trotteur, je suis assez catégorique là-dessus, euh y a quand même 40% des traumatisés crâniens chez les bébés à cause des trotteurs, donc euh ouais très clairement, moi je leur dis le trotteur, vous le brûlez. Non, ne le revendez pas, vous le cassez. Bon après je le passe sur le ton de l'humour, tu vois mais une fois que tu leur a expliqué comment ça se passait et pourquoi en général, ils l'utilisent plus »* (MK3), *« tout ce qui est installation, ça c'est hyper important pour les enfants […] je ne vais pas leur interdire les cosys, les machins parce que je sais très bien qu'on peut*

pas s'en passer à 100%, tant qu'ils comprennent qu'il faut que ce soit le moins possible et le plus possible de motricité au sol » (MK4), *« de le mettre au sol, de le mettre le moins souvent possible dans les transats, d'éviter les cosys […] alors je ne dis pas que ce sont des choses totalement à bannir, je veux dire bien sûr, on reste humain, on peut pas non plus être tout le temps être h24 à surveiller son bébé […] mais en fait tout doit être utilisé avec modération sauf le youpala, ça, ça doit pas être utilisé du tout»* (MK5), *« le moins est le mieux »* (MK5).

Il y a cette notion de motricité libre, de laisser faire sans sauter d'étapes motrices : *« on va accompagner ces enfants dans des étapes motrices mais on ne va pas essayer de la sauter. Donc un enfant qui ne fait pas de 4 pattes, ou qui n'est pas encore prêt à se mettre debout, on ne va pas le mettre debout. On va laisser l'enfant faire, enfin on va laisser l'enfant faire, on va l'accompagner mais on va pas faire marcher les enfants alors qu'ils ne savent pas se mettre debout. On ne va pas asseoir un enfant alors qu'il ne sait pas se retourner »* (MK1), *« quand l'enfant est à la crèche de huit heures à dix-huit heures, que le parent le récupère à dix-huit heures, je me vois pas dire aux parents, il faut faire une demi-heure de stimulation. Donc plutôt d'intégrer dans la vie de tous les jours, dans les gestes du quotidien […] des petites choses comme ça que vraiment une demi-heure de stimulation comme une séance de kiné »* (MK2), *« je leur dis un enfant qui bouge, c'est un enfant qu'il faut laisser bouger, enfin si on l'immobilise dans quelque chose, ça ne va pas l'aider à bouger. »* (MK3), *« il faut que, faut être dans la logique du mouvement, faut qu'il bouge le plus possible, le laisser libre le plus possible »* (MK4), *« moi je suis très motricité libre parce que c'est comme ça que l'enfant peut progresser par contre […] il faut accompagner son enfant, il faut jouer avec lui au sol […] faut qu'il y ait de l'interaction »* (MK5).

Deux MK parlent d'écrans à la maison et de leur influence sur la motricité de l'enfant : *« je parle des écrans des fois, je parle des écrans, beaucoup quand même. Parce que ça aussi, un enfant qui est tout le temps devant les écrans, il s'immobilise quoi »* (MK3), *« est-ce qu'il a des écrans, on n'en a pas parlé mais les écrans, c'est terrible, ça, y a des gosses qui passent leurs vies devant les écrans et quand on a un écran devant soi, à aucun moment on a envie de bouger et faire autre chose que de regarder l'écran »* (MK4).

Le moment de cette mise en place d'éducation et de conseils est pour la plupart au même instant : *« je fais le bilan avec eux, où en est l'enfant, qu'est-ce qu'ils font à la maison, comment est-ce qu'on peut aider son enfant à être plus épanoui au niveau moteur, et là on fait un peu de guidances motrices comme je te disais et après on va essayer d'optimiser ce qui est fait à la maison et le matériel qu'ils ont »* (MK1), *« dans le bilan, les premières séances »* (MK3), *« oui oui, dès le départ, dès les premières minutes qu'on se rencontrent, rien que poser les bonnes*

questions, pour qu'eux s'en posent des questions, ça c'est de l'éducation thérapeutique. Donc ouais tout le bilan, expliquer pourquoi, tout ça et après leur montrer et expliquer pourquoi mais c'est pour ça que j'inclue les parents à 100%, même avec leurs gosses, ils sont 24 sur 24 avec lui alors que moi c'est deux séances par semaine d'une demi-heure. Donc moi tout seul, je ne peux rien faire » (MK4).

Parmis les moyens utilisés pour aborder le parent, le conseiller et l'accompagner au mieux, ressort systématiquement le même livre dans chaque entretien : « *il y a un livre que je préconise souvent c'est de la naissance aux premiers pas de Michèle Le Forestier »* (MK1), *« le livre de Michèle Le Forestier »* (MK2), *« alors Michèle Forestier, alors ça, très clairement pour les troubles transitoires de la marche, systématiquement »* (MK3), *« Michèle Forestier ! Son livre, ouais, son livre à fond les ballons »* (MK4), *« j'aime bien conseiller de la naissance aux premiers pas de Michèle Forestier »* (MK5).

Tous le définissent de la même manière : *« il est bien fait, il est assez bien vulgarisé donc c'est pour les professionnels de santé, mais pour les parents également »* (MK1), *« très abordable pour professionnels et non professionnels »* (MK2), *« au cabinet, là je l'ai derrière, je leur montre, c'est le meilleur bouquin, franchement il y a tout dedans »* (MK3), *« il est facile à comprendre, il est facile à lire, euh, moi je l'ai bien en tête, bien investie, et c'est un livre qui explique bien la motricité, euh, j'ai envie de dire, le bon déroulement du développement de l'enfant »* (MK5).

Il a été demandé s'il était conseillé à tous les parents : *« Ça dépend, ce n'est pas pour tous les parents, ça dépend, je le fais un peu au feeling »* (MK1), *« quand les parents sont intéressés […] seulement si le parent est intéressé ou s'il demande »* (MK2), *« je le conseille assez régulièrement […] et des fois les parents me demandent, ouais et je ne vais pas le proposer à tout le monde, […]. C'est une question de feeling […] très souvent, ils l'achètent* » (MK3), *« on a le livre qui est posé dans la salle de pédia du coup, les parents nous demandent et on leur explique, je ne vais pas leur vendre le bouquin mais disons que, ou alors y en a qui justement, qui cherche à aller plus loin, à comprendre, à savoir pourquoi, etc… là moi-même je leur propose »* (MK4), *« je le conseille si ça me semble nécessaire. Je ne le conseille pas forcément à chaque fois parce que tu vois justement un enfant qui est sur le point de marcher mais a juste besoin d'aide pour se lancer, je vais plus forcément le conseiller parce que des fois, c'est aussi un livre qui coûte 25 euros, tout le monde n'a pas forcément la possibilité donc je le conseille si ça me semble nécessaire »* (MK5).

5.5. Relation parent-thérapeute

Qu'en est-il de la relation parent-thérapeute ? Comment le MK définit cette dernière ?

Deux MK témoignent de cette relation comme d'un accompagnement, d'une suggestion à l'autre : *« j'essaie de suggérer des choses, […] on est dans un processus commun, notre idée c'est d'aider l'enfant […] donc moi j'essaie de suggérer ce qui me semble être le mieux pour l'enfant et puis on essaie de trouver un accord entre, enfin quelque chose qui nous convienne à tous les deux, une sorte de compromis, voilà ça reste les parents, je suggère»* (MK1), *« je dirais que je propose des choses, euh qui peut ou non faire faire à la maison en complément. Je suis là pour les guider et les accompagner dans le développement moteur »* (MK2).

Plusieurs thérapeutes soulignent le non-jugement et la bienveillance dans cette relation : *« j'essaie pas d'incriminer le parent, […] ça va pas être de juger la manière dont ils l'éduquent, je pense pas que j'ai le savoir, enfin tu vois, il y a pas de grosses certitudes »* (MK1), *« je vais essayer de bien leur expliquer qu'on est pas là pour juger aussi, qu'on n'est pas là pour se culpabiliser, ça je le dis souvent dans mon bilan ou à la fin du bilan »* (MK3), *« essayer d'être bienveillant et de pas les faire sentir qu'ils ont fait une erreur ou quoi. Tout le monde fait des erreurs, et puis ce n'est pas des erreurs, voilà ils pensaient bien faire, donc toujours bienveillant »* (MK4), *« si jamais je vois que euh si je vois qu'ils font des choses que moi j'ai appris et qu'il ne faudrait pas faire, je ne vais pas leur dire ce n'est pas bien, il ne faut pas. Je vais mettre la forme toujours dans la bienveillance et surtout la pire des choses pour un parent c'est de penser qu'il a fait des erreurs »* (MK4).

A savoir si cette relation est aussi importante que la relation enfant-thérapeute, une MK raconte que cette dernière lui semble plus importante mais que la première est complémentaire de la relation enfant-thérapeute : *« je pense que la guidance motrice est le maître mot, tu vois. Même si les parents ne sont pas compliants, on va quand même réussir à aider l'enfant mais de manière moins importante que si le parent travaille avec nous. Donc pour moi, c'est quand même plus important d'avoir l'enfant dans les mains, on va réussir à l'aider mais c'est très très très important d'avoir une bonne relation avec le parent »* (MK1).

Pour les autres, la relation enfant-thérapeute est sur le même pied d'égalité que la relation parent-thérapeute : *« oui, oui, si le parent a confiance, s'il aime venir, ou y voit un intérêt, avec l'enfant ça se passera mieux. Si le parent vient avec réticence et super angoissé parce que l'enfant va pleurer, euh, c'est forcément compliqué »* (MK2), *« ah oui oui très clairement »* (MK3), *« ouais ouais »* (MK4), *« euh oui je dirais que oui. Même si tu as une très bonne*

relation, ou que ça fonctionne très bien les séances avec l'enfant, si ce n'est pas le cas avec le parent, ça n'aura pas les même effets » (MK5).

La bonne relation parent-thérapeute basée sur le principe de confiance semble indispensable : *« en pédiatrie je dirais qu'elle est essentielle, si tu veux euh faire évoluer l'enfant ou simplement faire une thérapie de l'enfant. Parce que sinon tu n'y arrives pas. Moi je l'ai vu, les parents qui étaient très rebutés, ben des fois j'ai des thérapies qui se sont arrêtées parce que les parents n'aidaient plus ou … bah là de toute manière les enfants à cet âge-là, pour ce genre de situation, ils sont tributaires du parent, donc si le parent ne vient pas, l'enfant ne vient pas, donc pour moi c'est essentiel. C'est essentiel qu'ils aient confiance en toi, pas forcément d'accord, mais confiance en tout cas. Les parents, ce n'est pas tes amis mais ça doit vraiment être une… oui moi je parle beaucoup d'équipe quoi, donc que sans eux, je n'y arriverais pas »* (MK3), *« confiance je dirais […] la confiance elle doit être là de toute façon. S'il n'y a pas de confiance, on arrivera à rien, on fera passer aucun message donc faut qu'il y ait de la confiance, il faut, il faut des explications, il faut un échange, c'est un échange en fait. Echange, confiance et ouais voilà pour moi c'est le plus important dans la relation avec les parents »* (MK4), *« je pense qu'il faut arriver à établir une relation de confiance »* (MK5).

6. Place de la téléconsultation pendant la crise sanitaire

6.1. Réalisation de téléconsultation par les masseurs-kinésithérapeutes

En plein contexte d'épidémie de covid-19, il a été primordial de s'intéresser à une potentielle implication différente des parents avec la fermeture des cabinets au mois de mars et avril 2020. Il a été question de savoir si les professionnels interrogés ont réalisé de la téléconsultation pour ce type de patient.

Au final, aucun MK n'a réalisé de la téléconsultation à proprement dite pour ce type de prise en charge pour diverses raisons : *« j'ai parlé un peu au téléphone mais je n'ai pas fait de téléconsultation […] j'ai eu peu de nouveaux patients pendant le confinement ou des tout petits mais pas des retards transitoires et j'avais déjà fait quelques séances avec la plupart d'entre eux donc j'avais expliqué les enjeux aux parents »* (MK1), *« non, pas pour ce genre de patients […] il n'y a pas eu de demande »* (MK2), *« non pas avec ce genre de patients. J'ai fait avec*

des enfants polyhandicapés, euh, mais pas avec des enfants comme ça […] à ce moment-là on n'avait pas d'enfants avec troubles transitoires » (MK3), *« non non, pas du tout. […] je ne me verrai vraiment pas faire ça »* (MK4), *« alors au début, j'étais vraiment contre ça, les premières semaines, je me suis dit non mais ce n'est pas possible, hein, on est kiné, il nous faut nos mains, c'est vraiment, moi je me voyais pas faire ça […] les plus petits, j'ai pas fait de téléconsultation »* (MK5).

Quelques parents ont été contactés par téléphone pour certains MK : *« après j'avais eu certains parents un peu au téléphone euh et j'avais essayé de donner quelques conseils mais je ne sais pas si on considère ça comme de la téléconsultation […] j'ai plus maintenu le lien avec des enfants qui avaient des soucis avérés, des soucis qui n'étaient pas transitoires »* (MK1), *« on se téléphonait, on prenait des nouvelles, euh, pendant les trois mois[…]on avait pris l'initiative de prendre des nouvelles de temps en temps, voir comment ça allait, comment ça évoluait à la maison »* (MK2), *« finalement c'était quand même long, j'ai beaucoup de parents, alors j'étais tout le temps en contact avec mes patients, euh, j'essayais de donner des petits conseils aux parents par téléphone »* (MK5).

6.2. Conséquence de la crise sur les soins

Pour les patients, l'évolution du développement moteur a été variable dans un sens comme dans l'autre selon les enfants : *« il y a un petit pour qui ça a été délétère. Un petit qui est revenu au cabinet qui avait un retard transitoire qui a pris beaucoup de retard, qu'on voit encore maintenant. Et celui-ci je pense que si on avait pu continuer les séances, on en serait peut-être pas là maintenant mais c'est un petit dont les parents sont très précautionneux donc qui entendaient le message mais qui n'ont pas réussi à l'appliquer […] et pour les 2-3 qui avaient un retard, on avait fait suffisamment de séances pour lui donner le coup de pouce et pour que le parent comprenne comment continuer »* (MK1), *« pour certains qui étaient déjà bien avancés, qui avaient déjà une belle motricité, euh, on les a plus revus d'ailleurs. Et pour d'autres, on est resté plus ou moins au même stade. Ça avait un petit peu évolué mais pas … pas tant que ça »* (MK2), *« alors y a eu tout, y a eu de super progrès, mais franchement globalement, à part pour les enfants qui avaient du coup des pathologies, ça c'est différent, mais sinon les autres avaient globalement progressé »* (MK5).

Les conséquences de la crise sur les soins et du coup la mise en pratique de téléconsultation est pour la majorité un frein au bon déroulement de la prise en charge : *« c'est très limité à mon sens. On peut faire une séance pour donner des conseils aux parents mais souvent il faut de la guidance, c'est-à-dire un enfant qui ne sait pas se mettre assis, même si tu dis aux parents quoi faire, bah il ne sait pas se mettre assis. Donc il va falloir faciliter ses mouvements au départ »* (MK1), *« Et puis en plus, je pense que je n'aurais pas forcément fait, parce que y a rien de compliqué dans le guidage, mais faut au moins l'avoir vu ou le faire sentir au parent, leur montrer vraiment. […] Donc le montrer par téléséance, je ne l'aurais pas forcément fait »* (MK2), *« je pense qu'il faut être en contact de l'enfant et des parents pour arriver à quelque chose comme ça »* (MK4), « *pour moi y a pas d'intérêt, déjà ça implique de mettre son enfant devant l'écran, qu'il regarde […] c'est compliqué en plus d'être, de guider le parent par la voix mais il peut pas voir tes gestes »* (MK5).

Concernant la place du parent dans ce type de télésoin, un MK a bien défini le rôle du parent comme différent de celui du soignant : *« il n'a pas fait de séances de kiné, il n'a pas fait de séances d'une demi-heure ou d'exercices bien précis mais il a appliqué ce que je lui avais conseillé de faire »* (MK1).

7. Prise en charge ultérieure à une prise en charge initiale

Il est vrai que ces entretiens traitent des retards transitoires et qui ne vont donc pas perdurer dans le temps. Mais il est curieux de savoir si les MK interrogés ont été amenés à revoir ce type de patient pour d'autres raisons : *« oui un ou deux, pas énormément mais certains […] il y avait un enfant qui était revenu pour de la rééducation périnéale, pour des énurésies, donc pipi au lit* » (MK1), *« une petite […] je la revois pour des problèmes de constipation, plus pour la propreté »* (MK2), *« alors moi, je ne suis pas restée assez longtemps dans un cabinet pour te dire ça […] y a souvent des retards de marche dans les troubles de l'oralité […] y a des liens qui se font entre langage, oralité, motricité, ça c'est sûr mais te dire forcément un enfant qui avait des troubles de l'oralité avait des troubles transitoires de la marche, non »* (MK3), *« du fait de ma courte expérience, je n'ai pas encore eu l'occasion […] pour l'instant je n'ai pas assez de recul pour te dire ça »* (MK4), *« c'est arrivé. Alors je n'ai pas tellement de recul parce que je travaille depuis 2016, mais ça peut arriver […] un enfant qui se met à marcher sur la pointe des pieds ou des fois pour complètement autre chose »* (MK5).

Les MK se sont exprimés sur leur opinion concernant le risque de pathologies associées à ce retard de marche : *« tout dépend quand il est pris en compte. […] un enfant qui vient pour un*

retard de marche, par exemple, s'il fait tout, qu'il est bien dégourdi au sol, je ne pense pas qu'il aura de réel impact. Si ton enfant à 18 mois, il ne sait pas se tourner, il ne sait pas se mettre assis, il ne sait pas faire de 4 pattes, bah là je pense qu'on se retrouve quand même avec des enfants qui restent maladroits. Ça dépend à quel âge ils viennent. Je pense réellement que la précocité fait beaucoup. Si un enfant vient vers 16 mois, c'est pris plus tard en charge. Au niveau, je ne sais pas des connexions cérébraux motrices, ce n'est pas, je pense qu'il peut y avoir des restes, enfin des handicaps » (MK1), *« pas de pathologie, peut-être d'être moins bon en sport, ou d'être moins à l'aise dans son corps, de se cogner dans les murs, ou… d'être un peu moins athlétique mais pas pathologique »* (MK2), *« si c'est transitoire, non. Pas pour moi, c'est plus le côté, prise de confiance de l'enfant, plus ce côté-là, mais pas de pathologies autres »* (MK3), *« y a rien qui a été démontré justement, par contre […] le débat qu'on avait ouvert pendant la formation Michèle Forestier, c'était justement à quel point la motricité peut impacter l'enfant dans son développement moteur, sportif et même au niveau social, si on est pas bien dans son corps, est-ce justement, est-ce que le fait d'avoir eu des retards moteurs, de ne pas avoir marché à 4 pattes, d'avoir marché seulement à 20 mois, est-ce que ça fait qu'on prend un peu de retard au niveau des échanges sociaux ou pas ? c'est fort probable […] ce serait intéressant de faire des études là-dessus. Il n'y a rien qui le prouve mais ouais moi je pense au fond de moi que c'est lié, que ça peut être lié »* (MK4), *« ah oui ça c'est possible »* (MK5).

IV. Discussion

1. Interprétation des résultats

1.1. Caractéristiques de la prise en charge du retard de marche par les MK

Pour commencer, la connaissance d'une telle prise en charge est primordiale avant de s'intéresser à une quelconque implication du parent dans ces soins. En premier lieu, les cinq participants à l'étude se sont formés suite à leur diplôme et se forment régulièrement en kinésithérapie pédiatrique. D'ailleurs, la MK3 relatait le manque de contenu pédiatrique lors de sa formation initiale. Plusieurs personnes se sont d'ailleurs formées chez Michèle Forestier, MK spécialisée dans la prise en charge du retard moteur non pathologique et auteure d'un ouvrage sur l'évolution motrice du bébé jusqu'à ses premiers pas (15). De plus, les cinq MK travaillent en cabinet libéral et donc la prise en charge décrite ci-dessous ne sera qu'interprétable seulement pour un soin en structure libérale. Le choix de n'interroger que les exerçants en libéral est dû au thème du retard de marche simple et donc non pathologique qui ne sera donc pas pris en charge dans des structures hospitalières ou spécialisées. L'exercice libéral en cabinet représente également le premier univers professionnel, en nombre de masseurs-kinésithérapeutes concernés. Donc, potentiellement l'étude serait reproductible pour un plus grand nombre de masseur-kinésithérapeutes (16).

La prise en charge du retard de marche n'est pas seulement définie par un retard d'acquisition de la marche. Chaque MK insiste sur l'intérêt de voir l'enfant au plus tôt, afin de prendre en soin un retard de développement global et non axé seulement sur la marche. La précocité de la prise en charge semble essentielle afin de ne pas sauter d'autres étapes motrices non acquises avant celle de la marche. En effet, chaque MK a listé une série de repères qu'ils gardent en tête pour chaque acquisition motrice. L'âge de l'acquisition de la marche semble varier entre chaque MK, en revanche pour tous, la barre des 18 mois constitue le seuil d'inquiétude. En effet, selon Jacques Langue, pédiatre et neuropédiatre, l'âge de 18 mois est considéré comme un repère où l'examinateur de l'enfant doit se rendre attentif et l'âge de 24 mois comme repère pour un retard avéré (17). Même si chaque repère, qu'il soit pour les retournements, le ramper, le déplacement à quatre pattes, la marche autonome, diffère légèrement entre chaque MK, l'idée semble la même pour chacun : les repères servent de base pour déceler une anomalie ou un trouble si

l'écart à la norme semble trop important. Concernant, les troubles du neurodéveloppement, la Haute Autorité de Santé appelle à déceler tout signe d'appel permettant d'objectiver des décalages d'acquisitions par rapport à la population générale à l'aide des grilles d'acquisitions du carnet de santé (18). Mais il semble plus important selon les MK de regarder la qualité de la motricité de bébé plutôt que de se concentrer sur les chiffres (5). En effet, la MK1 insiste sur le fait que si à 18 mois, l'enfant ne marche pas mais qu'en plus, toute sa motricité au sol est entravée, qu'il ne rampe pas, ne se positionne pas ou ne déplace pas à 4 pattes, alors le retard est avéré. La MK2 dit ne pas se « focaliser » par rapport à la littérature et les chiffres et la MK3 et le MK4 ne se disent pas forcément alarmés ou inquiets tout de suite selon les chiffres. Et c'est ce qui souligne d'ailleurs l'importance du médecin prescripteur des séances par rapport à l'âge de consultation chez le kinésithérapeute. La MK1 et MK2 discutent du fait qu'au début de leurs installations en cabinet, les médecins aux alentours envoyaient les enfants tardivement, au moment de l'acquisition de la marche. Maintenant, les professionnels semblent de plus en plus concernés et au courant de l'importance de la kinésithérapie pédiatrique et envoient les enfants avant le repère de retard d'acquisition de la marche. Pour chaque MK, il arrive très fréquemment de voir les enfants au cabinet bien avant de travailler toutes les étapes motrices qui constitueront un socle pour la construction de la marche.

Concernant la mise en place d'objectifs, deux MK définissent leurs objectifs comme celui du parent, c'est-à-dire que l'enfant développe une marche autonome. Mais l'objectif de la marche est caché par l'objectif d'une motricité libérée et harmonieuse au sol et d'une fluidité de toutes les étapes précédents la marche. En effet, l'objectif principal de la rééducation semble clair et unanime, que l'enfant s'épanouisse au sol bien avant de s'épanouir dans la verticalité, que les mouvements soient fluides et harmonieux. Comme dit la MK5, *« il faut d'abord cocher toutes les cases qui précèdent la marche, il n'y a pas que marcher ».*

Concernant la décision de l'arrêt de prise en charge, le MK a tout son rôle. Pour la MK1 et le MK4, les séances ne s'arrêtent pas forcément une fois la marche autonome acquise mais peuvent s'arrêter avant en fonction de l'évolution de l'enfant. La MK1 émet une réserve pour l'arrêt de la kiné avant la marche, dans le cas où les parents seraient trop inquiets. Pour la MK3 et MK2, les séances se font jusqu'à l'acquisition de la marche. Pour cette dernière, si le parent ne suit pas et n'est pas favorable aux soins, la prise en charge est écourtée. On remarque donc déjà l'importance du parent dans la prise en charge.

L'accès direct chez le masseur-kinésithérapeute est de plus en plus annoncé et a été d'ailleurs concrétisé par deux arrêtés concernant la prise en charge de la douleur lombaire aigue et la prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville, les deux cas en structure pluriprofessionnelle

(19). Si les choses semblent bouger de ce côté-là, on peut se demander, s'il en vient un jour utopiquement que l'accès direct soit uniformisé pour toute prise en charge, et du coup savoir si c'est en majorité le parent ou le médecin qui décèle ce retard moteur. En effet, si c'est le pédiatre ou médecin généraliste selon les MK interrogés qui décèlent le retard moteur dans la majorité des cas, alors l'accès direct ne serait que délétère pour ces bébés puisque les parents ne s'apercevraient pas des difficultés du bébé et n'iraient pas consulter chez le masseur-kinésithérapeute. La réponse varie beaucoup, pour certains MK, c'est plus souvent le pédiatre et pour d'autres plus souvent le parent ou la famille qui décèlent le retard. Il n'est donc pas possible de déterminer qui potentiellement remarque les difficultés motrices de l'enfant.

Dans un article de Véronique Leroy-Malherbe, docteur responsable du centre ressources pour l'enfant avec lésion cérébrale acquise, il est notifié que le retard psychomoteur est la plupart du temps repéré par les parents. Cela montre tout de même l'importance de l'implication des parents, et l'importance de l'écoute que les professionnels de santé doivent avoir à l'égard de ces parents (20).

Mais avant d'envisager l'accès direct, il est important de revenir sur un bilan d'entrée. En effet, les petits adressés pour retard moteur simple nécessitent un bilan rigoureux et complet afin d'écarter tout signe suspectant un trouble d'origine pathologique. Chaque MK insiste sur ce premier bilan comme une discussion, avec beaucoup de questions posées aux parents. On remarque encore une fois l'importance du parent qui va raconter à sa manière l'histoire de l'enfant qui ne peut pas encore s'exprimer. C'est au parent de retracer l'histoire de leur enfant, de raconter comment se débrouille l'enfant de la manière la plus objective possible. Les cinq MK poursuivent leur bilan avec l'observation de l'enfant au sol sans toucher l'enfant, juste observer comment se meut l'enfant, qu'est-ce qu'il entreprend sur le tapis. La conduite de l'anamnèse, et la conduite de l'examen psychomoteur et neuromoteur ont été d'abord rapportées par Touwen et Pretchl en 1970 qui imposent quelques points importants pour l'anamnèse : les antécédents familiaux, l'âge de la marche du père, de la mère, la grossesse, le poids de naissance et le terme, l'âge de la tenue de tête et de la station assise libérée, le mode de déplacement (aucun, ramper, 4 pattes…). Pour l'examen neuromoteur : motricité spontanée, stimulée, réflexes, tonus passif (angle poplité, dorsiflexion du pied), oculomotricité, préhension. Pour le psychomoteur : poids, taille, PC, contact, babillage, coordination oculomotrice (17). D'ailleurs la MK3 insiste sur l'importance des questions par rapport à la grossesse, l'accouchement, les antécédents médicaux, etc… D'où l'importance des cinq MK de

réaliser des bilans neuromoteurs afin d'écarter tout signe évoquant une pathologie sous-jacente à ce retard.

La première séance se fait donc naturellement avec le ou les parents. Ensuite, selon les MK, la présence des parents semblent différer en fonction de différents facteurs. Tous les MK s'autorisent à dire qu'à partir d'un certain âge, les séances se compliquent. La MK1 parle des 1 an, la MK3 de la fourchette 17-22 mois, la MK5 des 9-10 mois. On pourrait penser à regrouper ces âges au moment où la peur de l'inconnu se fait. Certains MK proposent aux parents de sortir car l'enfant se trouve en porte à faux entre s'investir dans la séance et s'accrocher aux parents.

Un MK préfère d'ailleurs que le parent n'assiste pas à la séance pour devenir à son tour une figure d'attachement. La théorie de l'attachement a été introduite et décrite par John Bowlby, psychanalyste. Il considérait que l'attachement serait un instinct biologique, développé pour la survie des enfants vulnérables (21). Il soutient que l'enfant développe « une hiérarchie de relations d'attachement » en priorité avec sa mère ou un substitut maternel (22). Howes quant à lui considérait que « certaines catégories d'adultes fréquemment disponibles dans les réseaux sociaux de l'enfant sont considérés comme des figures d'attachement alternatives. Ces catégories sont les pères, les grands-parents, les soignants professionnels et les enseignants ». (21). Les petits établissent donc de nouvelles relations avec ces derniers à des moments différents de leur développement et dans un contexte différent du lien créé avec leur mère (22). Il paraît donc important qu'au moment où les parents sortent de la séance, il se crée un lien particulier entre soignant-soigné et donc entre enfant et soignant.

Un autre MK ne propose pas aux parents de sortir dans le cas où il venait à ressentir un lien très fort entre l'enfant et le parent. Un autre MK ne demande jamais aux parents de sortir, mais demande plutôt de prendre de la distance par rapport à la séance. Cela semble dépendre de la situation. L'enfant est-il automatiquement attiré par le parent durant la séance ? L'enfant arrive-t-il à s'investir dans la séance malgré la présence du parent ? L'absence du parent n'est catégorique dans aucun des entretiens mais est une solution ou une alternative dans le cas d'une séance compliquée avec l'enfant.

Encore une fois et en lien avec l'objectif principal d'épanouissement au sol, les séances se passent au sol pour l'ensemble des interrogés et sont caractérisées essentiellement par du guidage moteur et l'utilisation des niveaux d'évolutions motrices.

Les moyens utilisés restent le jeu, l'aspect ludique semble de mise pour une séance dans une ambiance bienveillante et enfantine. Cette thématique du jeu est citée par tous les MK comme

un élément de rééducation et permettant à l'enfant de prendre confiance. En effet, la MK2 souligne les séances parfois compliquées dans les pleurs ou les hurlements qui s'arrêtent plus facilement avec les divers jouets et jeux. Le jeu est un élément essentiel de la rééducation pédiatrique.

1.2. Le parent dans les soins, bienveillant mais démuni ….

Être parent n'est pas une chose facile encore moins innée. Tout parent en attendant l'arrivée d'un enfant, espère l'enfant idéal, voire parfait, sans problème, sans difficulté. Mais l'enfant idéal n'existe pas et chaque enfant rencontrera des difficultés diverses et variées tout au long de sa vie. Et tout parent souhaite être le parent idéal. Isabelle Filliozat, dans son ouvrage dit : « cessez de vous préoccuper d'être une bonne mère ou un bon père, soyez plutôt attentifs aux besoins de vos enfants » (23). Être parent s'apprend, d'autant plus quand son enfant rencontre des difficultés dès le plus jeune âge, dans ce cas-là, sur le pan moteur mais de façon transitoire. Mais comment faire face à des difficultés motrices de son enfant lorsque l'on ne nous a jamais appris à les gérer. En effet, les MK1, MK3 et MK4 parlent d'une forme de savoir que les parents n'ont pas. Les parents ne savent pas faire, ou font mais pas forcément de la bonne manière parce qu'ils ne savent pas ou n'ont jamais appris tout simplement, n'ont jamais reçu de conseils adaptés à ce type de difficulté. Effectivement, suite à l'accouchement, les parents ingurgitent énormément d'informations notamment pour les soins indispensables au bébé, le retour à la maison, les besoins primaires du bébé. La motricité du bébé passe alors au second plan et n'est pas abordée. D'ailleurs, la MK3 a comme projet de rencontrer les mamans et papas en maternité ou en crèche afin de créer des ateliers motricité dans le but d'éviter plus tard des retards moteurs.

Une méta-analyse a d'ailleurs recensé une série d'études sur une population de prématurés qui courent un risque accru de développer une déficience cognitive et motrice par rapport aux nourrissons nés à terme. Des interventions après la sortie de l'hôpital ont été proposées en milieu clinique dans le but d'améliorer les résultats fonctionnels globaux de ces nourrissons et donc prévenir les troubles moteurs ou cognitifs. En ce qui concerne les résultats moteurs, la méta-analyse de 12 études a montré un effet significatif en faveur des interventions développementales précoces pendant la petite enfance. Peu de preuves ont montré un effet positif sur les résultats moteurs à long terme, mais seulement cinq études incluses ont rapporté des résultats à long terme (24).

Par rapport à cet apprentissage « d'être parent », vient la question des différents matériels de puériculture. « Comment savoir si cet objet est bon ou mauvais pour mon bébé alors que personne ne m'a jamais rien dit à ce propos ? ». Les même MK racontent ces différentes installations que les parent achètent mais qui ne sont pas adaptées à une motricité épanouie de l'enfant, comme les coussins pour caler les enfants assis, les trotteurs, les cosys, les transats.

Les MK interrogés se sont exprimés sur les différentes personnalités de parents d'enfant présentant des retards moteurs simples. Il en revient plusieurs fois les mots précautionneux, protecteurs, prévenants. Les MK se mettent d'accord que beaucoup de parents de tels enfants surprotègent en quelque sorte, prennent de telles précautions vis-à-vis de leur enfant qu'ils en viennent à entraver leur motricité, de peur de mal faire. Par exemple, le couchage sur le dos strict à plat pendant les temps de sommeil est recommandé pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson alors que la position ventrale est le facteur de risque principal (25). Du coup, les parents veulent bien faire et ne mettent jamais le nourrisson sur le ventre même en période d'éveil selon la MK2. Encore une fois, le parent semble démuni ne sachant pas faire. Le MK4 aussi insiste sur certains bébés très peu mis sur le ventre, jamais mis au sol par les parents soit par manque de confort dû aux reflux soit par manque d'appréciation de la position selon les parents, racontent la MK2.

A la question lors du bilan d'entrée au cabinet de savoir ce que font les parents à la maison avec les enfants, revient le manque de savoir ou de connaissances sur le sujet. La MK2 raconte que les parents rapportent ne pas faire grand-chose à la maison. La MK3 souligne d'ailleurs le fait que les parents ne connaissent pas les repères d'âges d'acquisitions motrices, ne savent pas l'ordre des choses.

Les enfants sont rapportés comme angoissés, peureux, inquiets selon les MK et le rang de la fratrie, pour le MK4 joue un rôle dans ce retard moteur. Pour ce dernier, le fait d'avoir des grands frères et sœurs motivent et stimulent le plus petit. Pour les quatre autres MK, il vient au cabinet, des cadets comme des aînés, et le rang de l'enfant dans la fratrie ne semble pas influer sur les difficultés motrices de l'enfant.

La question de la catégorie socio-professionnelle est restée sans réponse puisqu'un MK affirmait que les parents étaient issus de toute classe sociale alors qu'un autre MK avait tendance à dire que les parents qui consultaient suite à des inquiétudes provenaient de classes moyennes -supérieures.

Pourquoi le parent semble bienveillant mais démuni ? Parce que tout simplement, le parent veut bien faire, parfois trop, comme le rapporte les adjectifs « protecteurs », « précautionneux »,

« prévenants » dans les entretiens. Mais en même temps, il semble démuni, désemparé face à cette situation, face aux difficultés de son enfant. On ne lui a jamais appris à faire face à ce genre de choses. Il va donc avoir besoin d'être aidé pour comprendre au mieux les besoins de son enfant.

1.3. Le parent face à la crise sanitaire

L'épidémie de COVID-19 débutant début 2020 a été pour le moins inédite mais a également eu de lourdes conséquences sur les soins. Dès le début du confinement en mars 2020, il y a eu une importante baisse du nombre de consultations et de recours aux soins que ce soit pour les pathologies chroniques ou aiguës. Un grand nombre de Français ont annulé et reporté leurs soins face au risque de contamination et à l'ampleur de la crise sanitaire inédite (26). Il est important alors de comprendre à travers le témoignage des cinq kinésithérapeutes, si cette pandémie a eu de grosses conséquences sur la prise en soin de ces enfants présentant un retard de marche, comment ils ont géré ces prises en charge avec la fermeture des cabinets et surtout si la place du parent avait été modifiée.

Aucun des MK interrogés n'a réalisé de la téléconsultation pour ce type de prise en charge. Pour certains parce qu'il n'y avait pas de demande de telle prise en charge, pour d'autres et d'ailleurs la majorité, ne se voyait pas faire de la téléconsultation avec ces petits. Par contre, trois kinés ont maintenu le lien avec les parents par téléphone pour prendre des nouvelles et répondre à des interrogations.

Il ressort de ces entretiens, que la téléconsultation ne pourrait pas être bénéfique pour ce type d'enfants si une nouvelle fermeture des cabinets se produisait. Pour chacun, la téléconsultation reste très limitée, notamment à cause du guidage qui doit d'abord être réalisé par le MK, puis montré au parent. Tous relatent la difficulté de montrer des choses aux parents via une téléséance et tous sont unanimes pour dire qu'ils n'y voient pas d'intérêt et que cela leur semble compliqué. « Seul le masseur-kinésithérapeute peut apprécier la pertinence ou non du recours à la téléconsultation. Toutefois, il doit avoir réalisé au préalable un premier soin en présence du patient » (27). D'ailleurs, les bilans kinésithérapiques ne peuvent être faits en téléconsultation. Cela met donc en évidence que tout nouvel enfant avec retard moteur ne pouvait donc pas bénéficier d'une téléconsultation puisqu'un bilan est indispensable (arrêté du 16 avril 2020 paru au Journal officiel du 18 avril 2020). Une MK d'ailleurs a bien souligné le

fait que le parent n'était pas le « remplaçant » du MK et qu'il ne réalisait pas une séance type d'une demi-heure mais qu'il appliquait seulement les conseils.

Cela montre encore une fois, l'importance des parents et des MK. Chacun a son rôle mais personne ne tient le rôle de l'autre. Le MK ne prend pas la place du parent et le parent n'est pas le remplaçant du MK une fois rentré à la maison, crise sanitaire ou non.

Concernant l'évolution de ces enfants présentant un retard moteur simple suite à ce confinement, il y a eu différents cas. Pour une MK, la fermeture des cabinets et l'arrêt des séances a été délétère pour un petit et pense que si les séances avaient pu être continuées, le petit n'aurait pas autant de difficultés qu'il n'en a eues. Pour ses autres patients, il avait été fait assez de séances pour montrer le guidage, donner aux parents tous les conseils pour donner le coup de pouce final à l'enfant. La MK2, quant à elle a observé beaucoup de cas stagnants, qui n'avaient évolué, ni dans le mauvais sens, ni dans le bon sens. Pour d'autres enfants avec déjà une belle motricité, les conséquences de la crise n'ont pas été trop importantes. La MK5 a observé de super progrès pour les enfants sans pathologies.

Les parents ont donc accompagné pendant quelques semaines leurs enfants qui n'avaient plus de consultation kinésithérapique mais n'ont en aucun cas, pour ces cinq MK, remplacé le rôle du soignant. Même si cela était inédit, les parents n'ont pas enfilé leur casquette de pédiatre, kinésithérapeute, etc… Il est important de laisser le parent en tant qu'acteur de l'évolution de son enfant mais non en tant que soignant de son enfant. Chaque place est bien limitée et cela permet aux parents de comprendre leurs limites également.

Concernant une prise en charge ultérieure à la prise en charge initiale du retard de marche simple, il a été demandé aux MK s'ils avaient déjà revu des patients qui étaient revenus des mois ou années plus tard au cabinet pour une autre raison. Deux MK ont revu des enfants suite à des cas d'énurésies ou de constipation qui pour elles, n'étaient pas en lien avec le retard moteur. Pour les trois autres, les années d'ancienneté sur un même lieu d'exercice n'étaient pas assez suffisantes pour être amené à revoir des patients ultérieurement à une telle prise en charge. Il est curieux donc de savoir si selon eux, le retard moteur simple une fois réglé, peut engendrer des risques de pathologies associés plus tard. Pour une MK tout dépend de l'âge de première consultation. Si l'enfant vient à 18 mois n'engageant aucune motricité, elle pense qu'il peut garder certains handicaps. Elle insiste sur l'importance d'une prise en charge précoce. Pour une autre, si le retard est transitoire, il n'y a pas de risque mais il peut y avoir une influence sur la prise de confiance en soi. Pour deux MK, l'enfant peut peut-être se sentir moins à l'aise dans

son corps, être moins bon en sport ou même d'être moins à l'aise dans les interactions sociales, mais un des MK concerné, confirme que c'est son point de vue personnel et que pour l'instant aucune preuve scientifique sur le sujet n'a été établie.

Cette crise sanitaire a mis en évidence plusieurs points sur ces enfants présentant un retard d'acquisition de la marche. Les conséquences pouvaient être délétères si plusieurs séances n'avaient pas été déjà faites en présence d'un MK, si les bons conseils n'avaient pas encore été dispensés ou si les parents, pour diverses raisons, n'avaient pas su ou pu appliquer les conseils des MK à la maison le temps de la fermeture des cabinets. Une approche de la relation soignant-soigné au service du patient est le caring de Watson. Cette dernière consiste à développer une attitude empathique et une individualisation des soins dans le but de satisfaire le patient. La démarche de soin envers le patient tient alors compte de son individualité. L'enfant en cours de développement est vulnérable, il a besoin qu'on prenne soin de lui. Cette approche prend alors tout son sens et l'on comprend que la téléconsultation n'a sûrement pas sa place avec des petits présentant un retard moteur simple (28).

1.4. Le partenariat entre parent et professionnel

L'objectif premier de cette étude était de comprendre quelle place occupe le parent dans la prise en charge kinésithérapique du retard d'acquisition de marche chez l'enfant, simple sans pathologie sous-jacente. Les MK interrogés expliquent tout d'abord la différence ou non de communication entre un parent d'un enfant avec et sans pathologie. Quatre des MK interrogés expliquaient qu'ils donnaient la même place aux deux types de parents. Par contre, ils expriment des différences dans les discussions, ou dans le discours donné aux parents. La MK2 explique qu'effectivement le lien n'est pas le même puisqu'avec des enfants avec pathologie, la prise en charge sera plus longue. Elle parle de discussions plus privées avec les parents des enfants avec pathologies. Le comportement du thérapeute semble également varier. La MK3 se dit plus empathique avec ces derniers, la MK5 se qualifie de bienveillante avec les suivis longs, le MK4 va être plus rassurant au contraire avec les parents des enfants sans pathologie puisque ce ne sont que des difficultés transitoires. Etonnement, pour la MK3 et le MK4, les parents des enfants présentant un retard simple sont parfois plus inquiets ! En revanche, la MK1 en expliquant au parent le terme de transitoire, réduit très rapidement les inquiétudes des parents. Et c'est pourquoi l'étude n'a porté que sur des cas non pathologiques puisqu'une prise en charge sur le long terme, sur plusieurs années n'est forcément pas la même que pour un retard transitoire. En effet, dans cette étude, il n'est pas décrit d'éducation thérapeutique puisque cela signifie qu'une

pathologie s'inscrit dans un contexte de maladie chronique avec laquelle l'enfant devra apprendre à vivre en acquérant des compétences d'auto-soins et d'adaptation (29). Elle nécessite la démonstration de qualités humaines par le soignant, mais le soigné attend également de lui un savoir professionnel que ces qualités viennent optimiser (30). Cette phrase peut totalement être appropriée à une éducation parentale d'enfant sans pathologie.

Concernant l'implication du parent lors des séances, les MK montrent énormément de choses à faire aux parents, de la guidance motrice notamment. Ils ne font pas que montrer, ils demandent aux parents de refaire devant eux, de répéter les gestes à la maison, dans le cadre de la vie quotidienne. La MK2 souligne d'ailleurs que le but n'est pas de reproduire une séance à la maison mais d'intégrer tous ces petits guidages dans les gestes quotidiens. Très vite, le parent n'est plus acteur lors de la séance pour certains MK. La MK1 met le parent en tant qu'observateur de la séance, la MK1 met également le parent en retrait. Le fait de ne plus avoir le parent en tant qu'acteur mais spectateur de la séance ou même absent puisque la majorité des MK travaillent sans parent à ces âges-là, démontre l'importance de l'après-séance. La MK1 explique après la séance ce qu'elle a fait, la MK2 récapitule toujours et conseille de refaire certains exercices et la MK5 insiste sur les progrès de l'enfant et ce qui a été fait en séance. Michèle Busquet décrit une séance idéale qui se terminent par un moment d'échange de conseils adaptés à chaque parent. Les parents ont besoin « d'une analyse cohérente, logique, ils se sentent alors réconfortés par des explications claires ». Elle souhaite leur montrer qu'ils sont capables de connaître les besoins de bébé, et surtout de les persuader afin de leur redonner confiance (11).

L'implication du parent par le MK semble beaucoup dépendre des différents tempéraments des parents. Il en ressort trois catégories : les parents peu convaincus ou parfois réticents à la rééducation, les parents inquiets ou encore les parents en demande et très intéressés. Chaque MK raconte sa manière de faire selon les parents. Pour la première catégorie, il en ressort la communication et l'échange. Chaque MK tente d'expliquer aux parents les principes de la rééducation, de trouver un accord afin de permettent aux parents d'y adhérer. La MK2 d'ailleurs n'insiste pas si le parent n'y trouve toujours aucun intérêt après les discussions. Et la MK5 souligne d'ailleurs l'importance de l'adhérence du parent. Pour les parents inquiets vient le mot « rassurer ». Chacun trouve sa méthode pour ce type de parent. La MK1 leur montre les aptitudes de leur enfant en disant que leur enfant va bien. La MK2 insiste sur l'importance du cheminement vers la marche et non l'âge d'acquisition de la marche. Le MK4 rassure et de manière plus facile qu'un enfant avec pathologie, leur montre que leur enfant progresse. Pour

les parents en demande, la MK2 montre une série d'exercices à reproduire, la MK3 semble dire que les parents des enfants sans pathologies se regroupent plutôt dans la catégorie des parents anxieux plutôt qu'en demande. Dans le cadre d'une étude empirique qualitative, des entretiens ont été menés en Allemagne auprès de 15 parents d'enfants atteints de maladies mortelles. Au cours de l'évaluation des données, trois types de parents ont été identifiés. Le parent de type A (autonomie) agit de manière largement autonome et ne nécessite qu'un soutien occasionnel. Les parents de type B (compréhension) et C (secours) ont besoin d'un soutien plus intensif. Alors que le parent de type B a besoin d'éducation pour satisfaire son besoin prononcé de connaissances, le parent de type C se demande généralement pourquoi il devrait avoir à effectuer une tâche telle que la masso-kinésithérapie et délègue la responsabilité aux professionnels. L'éducation du parent doit prendre en compte les différents types de parents en ce qui concerne la prestation des soins. Les parents qui sont motivés à s'engager dans des processus d'apprentissage doivent être formés en face à face et être reconnus comme des experts de leur enfant et de sa situation (31).

Tout cela montre donc l'importance de l'éducation parentale quel que soit le parent dans la prise en charge kinésithérapique. En réalité en pédiatrie, et notamment dans ce type de retard moteur simple, ce n'est pas seulement une éducation du soignant au parent. C'est en fait un véritable partenariat entre professionnel et parent. A la question de la place donnée par le MK au parent, les réponses sont unanimes : « une grande place », « tu travailles avec la famille », « très clairement une équipe », « à 100% je le fais participer », « j'implique toujours les parents ». C'est en réalité cette notion d'équipe qui résume la place du parent. Une équipe entre le parent qui ne sait pas forcément s'y prendre et un MK qui transporte une quantité d'outils à donner et à expliquer aux parents. En effet, l'enfant ne va clairement pas passer la majorité du temps chez le MK mais plutôt à la maison. C'est à la maison qu'il va faire ses expériences et ses premiers pas.

Le MK n'est pas là pour assister aux premiers pas de l'enfant mais il est là pour s'assurer que l'enfant et les parents ont les clés nécessaires à construire de manière sereine et sûre cette étape si importante qu'est la marche. Le MK joue un rôle d'accompagnant du parent qui comme vu précédemment ne sait pas forcément, n'a peut-être pas eu les bonnes informations, les bons conseils. La compréhension du point de vue des parents peut servir de base à une analyse d'action éducative de la part des professionnels de santé. Dans certains secteurs et environnements de soins, les patients et leurs proches sont désormais considérés comme des coproducteurs du système de santé. Les masseurs-kinésithérapeutes doivent également le prendre en compte en intégrant des interventions éducatives dans leur champ de pratique

traditionnel (31). Les MK parlent souvent dans les entretiens d'un certain coup de pouce ou d'un déclic pour que l'enfant puisse s'épanouir sur le plan moteur mais également d'un coup de pouce pour les parents. Si le parent comprend l'enjeu de la rééducation et comment il va pouvoir aider son enfant, l'enfant va progresser. A l'inverse, la rééducation sera beaucoup moins efficace si le parent semble réticent et n'est pas convaincu par les objectifs et les moyens entrepris dans la prise en charge. Une étude tente de déterminer les perceptions des parents d'enfants ayant un handicap physique sur les programmes d'exercices à domiciles prescrits par les kinésithérapeutes. Deux thèmes clés liés à l'adhésion aux programmes d'exercices à domicile chez les jeunes enfants ont été identifiés : les caractéristiques du programme d'exercices à domicile et l'enseignement du thérapeute. Dans le premier thème, les participants ont décrit leurs expériences en décrivant leur préférence pour certains exercices, qui était liée aux effets perçus des exercices, à leur complexité et au nombre d'exercices entrepris. Dans le deuxième thème, les participants ont révélé qu'ils adhéraient mieux aux exercices lorsque leur physiothérapeute faisait un effort pour renforcer leur confiance dans les exercices, aidait les parents à intégrer le programme d'exercices à domicile dans leur routine quotidienne, leur offrait des incitations et une motivation accrue (32). Ce qui montre l'importance de la considération du parent par le masseur-kinésithérapeute afin de créer une véritable alliance thérapeutique.

En effet, l'enfant est tributaire du parent, si le parent ne vient pas ou ne s'implique pas, l'enfant sera d'autant plus affecté. Il est donc important de soigner cette relation parent-thérapeute. Une équipe ne fonctionnera pas sans l'un de ses membres. Il est important de souligner que le parent ne remplace pas le MK. Il n'est pas acteur des soins mais il joue son rôle à la maison dans la manière de perdurer les efforts. Une équipe éducative. Basée sur la confiance, le respect des rôles de chacun et le respect des besoins de l'enfant qui est au cœur de cette équipe. Une équipe éducative qui n'est pas définie par une éducation thérapeutique mais par des conseils éducatifs aux parents.

Ce partenariat parent-professionnel permet de comprendre tous les conseils dispensés lors des séances aux parents par les MK. Il en revient des conseils de jeux à faire à la maison, de laisser l'enfant au sol, pieds nus, de laisser l'enfant faire ses propres expériences, de sortir, découvrir l'espace et l'environnement autour de l'enfant. Par rapport aux installations, sont bannis les coussins de calage pour tenir assis, les trotteurs ou youpalas, d'ailleurs interdits au Canada depuis 2004 (33). Sont à réduire les temps passés dans le Maxi-Cosi, le transat, toutes les choses qui vont empêcher l'enfant de se mouvoir, empêcher l'enfant de découvrir le monde, de faire ses propres expériences. Il est vrai que toutes ces installations sont vendues dans les magazines

comme de superbes installations, comme de toutes nouvelles technologies, ce qui peut très facilement convaincre le parent de l'acheter. Mais ce qui ressort d'ailleurs de cette étude, est que les conseils ne sont pas « de faire » mais plutôt « de ne pas faire ». De laisser l'enfant libre de ses mouvements, de le mettre au sol et de le laisser bouger. De ne pas acheter toutes sortes d'installations entravant sa motricité. De ne pas mettre l'enfant debout s'il ne sait pas s'y mettre, ne pas attraper l'enfant par les mains en essayant de le faire tenir debout ou marcher. Ne pas sauter les étapes motrices indispensables à son bon développement. Ce qui ressort de ces entretiens est la place du parent comme un parent qui laisse faire l'enfant, qui ne le contraint pas en faisant, mais qui laisse l'enfant faire en ne faisant pas. Ce qui ramène au concept de motricité libre et libérée. C'est l'enfant qui marchera et non le parent qui fera marcher l'enfant. Le MK accompagne le parent qui lui-même accompagne l'enfant. C'est un partenariat professionnel-parent-enfant, une sorte de contrat qui lie les 3 entités afin de parvenir à l'objectif principal : acquérir une marche autonome et sereine en passant par des bases solides. Deux MK en décrivant la relation parent-thérapeute désigne cette relation comme une relation de suggestion à l'autre, d'accompagnement, un processus commun, « de trouver un accord », « un compromis », quelque chose qui convient aux deux partis. L'un ne va pas sans l'autre, le kiné n'est rien sans le parent qui est lui-même expert des besoins de son propre enfant, qui le connait mieux que quiconque. Plusieurs thérapeutes décrivent cette relation en racontant qu'ils ne jugent pas et n'incriminent pas le parent. Et il est important pour construire cette relation parent-thérapeute que le parent ne se sente pas jugé ou coupable. D'ailleurs pour tous les MK, elle semble indispensable et essentielle. Si le parent n'adhère pas ou ne fait pas confiance, la thérapie sera d'autant moins efficace. Si le parent adhère, comprend, percute les enjeux pour son enfant, la prise en charge sera efficace et sûre. La relation est basée sur la confiance. Le MK a confiance envers le parent et ce qu'il fera à la maison suite à ses conseils éducatifs ; le parent a confiance envers le MK, ses manières de prendre en soin l'enfant, et la véracité de ses propos. Quel que soit le sexe du parent, il faut mettre sur le même pied d'égalité le papa et la maman. Tous deux ont chacun un rôle. La MK1 d'ailleurs tente de ne pas genrer son approche en fonction du parent. Elle raconte s'adapter en fonction du tempérament de la personne en face d'elle mais pas en fonction de la mère ou du père. Par contre, la MK3 semble mettre l'accent sur la non-culpabilité surtout des mamans qui peuvent facilement se braquer. Le MK4 quant à lui essaie d'impliquer au maximum le papa pour qu'il trouve sa place, aussi facilement que la place maternelle.

« En ce qui concerne l'éducation, il n'y a pas de recette absolue ». Isabelle Filliozat souligne qu'il n'y a pas de « il faut », pas de recette ou solution miracle et parfaite (23).

1.5. Limites et biais de l'étude

Les premiers biais et limites de cette étude concernent la population incluse. Toutes les personnes interrogées étaient des masseurs-kinésithérapeutes formés en rééducation pédiatrique. Il aurait été donc intéressant d'étudier le point de vue de MK non formés en pédiatrie mais exerçant tout de même avec les enfants et prenant en charge des retards moteurs simple. De même, tous les MK interrogés travaillaient en structure libérale. Mais cela a été un choix de n'inclure que ce type de MK puisque les retards moteurs simples ne sont généralement pas pris en centre spécialisé ou en structure hospitalière. De plus, une structure et un cabinet libéral ont des organisations bien différentes en termes d'installations, d'équipe, de temporalité.

De plus, deux binômes sur les cinq personnes interrogées travaillaient dans le même cabinet. Il en va donc de savoir si cela ne constituait pas un biais dans le sens où les MK travaillant dans le même cabinet, avaient potentiellement le même point de vue, les mêmes manières de procéder avec les enfants et les parents.

Il existe également un biais dit de volontariat puisque les MK contactés en tout premier ont immédiatement répondu favorablement à la demande de participation à l'étude.

Le biais de désirabilité sociale, « comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé » est également une limite aux entretiens et a pu influencer les propos des thérapeutes (34).

Pour ce qui est de la méthodologie qualitative, l'entretien semi-directif est relativement complexe et se doit d'être subtil puisque la personne interrogée n'aura peut-être pas les mêmes représentations sur les différentes thématiques exposées qu'une autre personne interrogée ou encore que la personne qui interroge. Néanmoins, ces entretiens ont permis une reproductibilité entre chaque entretien grâce au choix d'utiliser des questions rédigées et non des mots-clés sous chaque thème et sous-thème. En revanche, une approche par mot-clé permet une plus grande liberté de parole à la personne questionnée et oblige l'interrogateur à se montrer à l'écoute de son interlocuteur.

De même, l'analyse et l'interprétation des entretiens par une seule et unique personne, relève de la subjectivité de cette dernière. Une autre personne analysant les entretiens n'interprétera sûrement pas de la même manière les résultats récoltés. Plusieurs personnes analysant et

interprétant les entretiens ensemble permettrait d'atténuer cette subjectivité d'analyse et de comparer différents points de vue. Le travail en équipe permet d'optimiser le recueil de données, l'analyse des informations, ainsi que d'échanger sur les pratiques (34). De plus, le fait de poser des questions rédigées dans les entretiens pourraient influencer les propos de la personne interrogée et donc perdre en neutralité des propos.

De plus, le biais de confirmation amène la personne interprétant les données à privilégier les informations qui confirment ses présupposés et à donner moins de poids aux personnes ne partageant pas le même point de vue.

Finalement, la petite taille de l'échantillon, ainsi que cette approche subjective par entretien ne permettent pas de généraliser les résultats ou de conclure à un fait. Cette approche a permis de s'interroger sur les façons de faire des MK, les mécanismes qui se mettent en place et de réfléchir sur sa propre pratique.

2. Ouverture

La réflexion tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche est liée au décret de compétences de la profession de masseur-kinésithérapeute. Cela amène principalement à la compétence 3 du référentiel de compétences qui se définit comme « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » (35). Effectivement, le MK doit former le parent et donner notamment des conseils éducatifs pour optimiser la prise en charge de l'enfant présentant un retard de marche. De plus, l'enfant étant tributaire du parent, le MK doit s'adapter aux parents en fonction de leurs personnalités, leurs croyances et leurs besoins. Le MK doit acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage, ici les parents de l'enfant. De plus la compétence 3 désigne le masseur-kinésithérapeute comme libre de concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques (35). Ici, l'étude ne porte pas sur une maladie chronique, mais la gestion de ce retard moteur par les parents est tout aussi important. Suite à ce travail réflexif et à toutes les données recueillies par l'étude, a été établie une affiche à donner aux parents suite à l'explication des enjeux de la rééducation pour les parents ou à exposer dans un cabinet, (Cf. annexe II) afin de comprendre au mieux la construction de l'étape de la marche. Cette affiche retrace en premier les différentes étapes de la marche, avec les repères d'âge représentés par des fourchettes larges.

S’inscrit également sur cette affiche quelques conseils indispensables au bon développement du bébé à tout âge. Enfin est représenté sous forme de bulles, les différentes installations de puéricultures, à privilégier, à limiter ou à bannir. En effet, des entretiens, ressort beaucoup la mise en valeur d’un livre de Michèle Forestier mais n’est pas forcément conseillé à tous les parents, notamment pour son coût. Cette affiche a donc été créée afin de pouvoir être donnée à tous les parents afin de résumer les points importants de la construction de la motricité de l’enfant. Le livre peut par la suite être acheté pour appuyer de façon plus détaillée cette affiche.

Ce travail de recherche est également un sujet d’actualité puisqu’en pleine situation de pandémie mondiale et du développement de la téléconsultation, il a été permis de comprendre quels effets auraient la téléconsultation sur ce type de patients à long terme. Il en résulte que les parents ne sont pas acteurs de soins et auront donc potentiellement du mal à trouver leur place dans le cadre de téléséances.

Conclusion

Ce travail réflexif avait pour but d'étudier la prise en charge kinésithérapique d'enfants présentant un retard d'acquisition de la marche et notamment la place du parent. Cette prise en charge est à la fois complexe par notamment certains pleurs d'enfant pendant les séances mais à la fois pleine de vie et de ludisme avec ces enfants qui ne sont pas atteints par une pathologie. La prise en charge kinésithérapique est basée alors sur des guidages moteurs, en retraçant toutes les étapes motrices nécessaires avant celle de la marche, essentiellement par l'utilisation des niveaux d'évolution motrice. La place du parent est alors compliquée à trouver entre l'enfant s'investissant dans la séance et dans sa motricité et le thérapeute guidant l'enfant vers l'étape symbolique de la marche. Les personnes interrogées ont en réalité relaté un manque de connaissance des parents sur les étapes de la motricité, les différentes acquisitions motrices, et le manque de conseils d'autres professionnels de santé. Ce manque de connaissance pourrait d'ailleurs être pallié en organisant des ateliers motricité dans plusieurs structures comme les crèches, les maternités, et bien d'autres et pourrait en conséquence éviter certains retards simples. En outre, ces cinq entretiens menés ont permis de mettre en lumière ce partenariat éducatif entre professionnel et parent au service des besoins individuels de l'enfant. Guidages moteurs, conseils, jeux, tout est prétexte à inclure à 100% le parent. Cette facette de la prise en charge fait partie des compétences du MK qui donne un rôle primordial au parent. Ce dernier, acteur au service de la motricité de son enfant, reste tout de même à sa place de parent et n'en devient pas pour autant acteur des soins. Pandémie mondiale ou non, le parent ne remplace pas la thérapeute et le thérapeute ne remplace pas le parent. L'ensemble doit former une véritable équipe, telle une équipe sportive qui ne fonctionne pas sans tous ses membres et qui se construit avec de l'entraînement. Un des enjeux par la suite de cette étude pourrait être d'évaluer l'avis de ces parents sur ces situations de conseils et d'expertise de la part du MK. Dans cette étude, le point de vue des parents sur leur implication dans la rééducation pourrait venir compléter celui des MK pour établir une sorte de consensus. Cette étude donne une idée préliminaire de la place qu'offrent les MK entretenus aux parents dans la prise en charge kinésithérapique des enfants présentant un retard moteur sans pathologie. Cette place, selon eux, est indispensable et essentielle afin de garantir l'optimisation de la rééducation mais cette affirmation ne peut pas être généralisée au vu du nombre d'interrogés. Il s'agirait maintenant de réaliser d'autres enquêtes sur les réseaux de kinésithérapeutes pratiquant la pédiatrie afin de prendre en compte plus de points de vue, en plus de celui des parents.

Bibliographie

(1) Larousse É. développement de l'enfant - LAROUSSE [Internet]. Larousse.fr. 2021 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/développement_de_lenfant/12494

(2) Miermon, A., Benois, C., Jover, M. Le développement psychomoteur. Manuel d'enseignement de psychomotricité.2011 : 25-82.

(3) Lion François L, Des Portes V. Les grandes étapes du développement psychomoteur entre 0 et 3 ans : Surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans. La revue du praticien. 2004;54(18):1991-1997.

(4) Larousse É. Définitions : motricité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse.fr. 2021 [cité 13 Oct 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motricité/52828

(5) Forestier M. De la naissance aux premiers pas. Toulouse: Editions Erès; 2020.

(6) Le Métayer M. Le développement de l'enfant. Rééduc. Cérébro-Mot. Jeune Enfant Éducation Thérapeutique. 2ème ed., Masson; 1999, 192 p.

(7) Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(3):286-90

(8) Fleming P, Blair P, Bacon C, Berry J. Sudden unexpected deaths in infancy: the CESDI SUDI studies 1993-1996. London: The Stationery Office; 2000

(9) De Broca A. Le développement de l'enfant. 4ème ed. Elsevier Masson; 2000

(10) Prudham, G. N. D. Norms for Four Standard Developmental Milestones by Sex, Social Class and Place in Family. Developmental Medicine & Child Neurology. 2008. 11(4), 413–422.

(11) Busquet-Vanderheyden M. Les chaînes physiologiques : Bébé au cœur de vos mains. 4ème ed. Pau: Busquet; 2017.

(12) Laugel V. Troubles de la marche chez l'enfant [Internet]. Strasbourg; 2015 [cité 13 Oct 2020]. Disponible sur: http://udsmed.u-strasbg.fr/dumg/IMG/pdf/2015_LAUGEL_troubles_de_la_marche_cours_a_imprimer_pdf.pdf

(13) Moore C, Dailey S, Garrison H, Amatuni A, Bergelson E. Point, walk, talk: Links between three early milestones, from observation and parental report. Developmental Psychology. 2019;55(8):1579-1593.

(14) Vasseur R, Delion P. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. 1ère ed. Toulouse : ERES; 2010.

(15) Forestier M. Formation : Rééducation motrice du bébé [Internet]. Michele-forestier.fr. [cité 4 Mars 2021]. Disponible sur : https://michele-forestier.fr/formation-kine/

(16) Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute [Internet]. Paris; 2009 [cité 4 Mar 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur-kinesitherapeute.pdf

(17) Langue J. Retard d'acquisition de la marche. Ecully: Elsevier Masson; 2010.

(18) Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 8 Mar 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

(19) Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 10 Mar 2021]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-lacces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/

(20) Leroy-Malherbe V. Déficiences motrices et situations de handicaps. APF; 2002.

(21) Prior, V. and Glaser, D. Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement. Bruxelles: De Boeck ;2010, 335 p.

(22) Guedeney, N. and Guedeney, A. L'attachement. 2ème ed. Paris: Masson ; 2006, 424p.

(23) Filliozat I. Au coeur des émotions de l'enfant. Vanves: Marabout; 2019.

(24) Spittle A, Orton J, Anderson P, Boyd R, Doyle L. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

(25) American Academy of Pediatrics, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016. Updated recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2016;138(5).

(26) Enjeux de santé dans le contexte de la COVID-19 [Internet]. Santepubliquefrance.fr. 2021 [cité 12 Mar 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19

(27) Covid-19 : mise en place du télésoin pour les masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. Ameli.fr. 2020 [cité 12 Mar 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/masseur-

kinesitherapeute/actualites/covid-19-mise-en-place-du-telesoin-pour-les-masseurs-kinesitherapeutes

(28) Lombart B. Le care en pédiatrie. Rech Soins Infirm. 2015;N° 122(3):67.

(29) Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: comment la proposer et la réaliser? 2007 [cité 14 mars 2021]; Disponible sur: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

(30) Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 2007;N° 89(2):33

(31) Thierfelder I, Tegethoff D, Ewers M. Eltern als Ko-Produzenten im Gesundheitssystem – Individuelle Sichtweisen und Konsequenzen für edukative Konzepte. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2019.

(32) Lillo-Navarro C, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Gomez-Arnaldos F, Oliveira-Sousa S. Parents of children with physical disabilities perceive that characteristics of home exercise programs and physiotherapists' teaching styles influence adherence: a qualitative study. Journal of Physiotherapy. 2015;61(2):81-86.

(33) Les Youpalas interdits au Canada [Internet]. L'Obs. 2004 [cite 5 Avr 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelobs.com/societe/20040407.OBS7320/les-youpalas-interdits-au-canada.html

(34) CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. Les fiches En Lignes de La lettre du CEDIP*. 2014. Disponible sur: http:// www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

(35) Référentiel de compétences [Internet]. BO Santé – Protection sociale – Solidarité; 2015 [cité 5 Mar 2021]. Disponible sur: http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-comp%C3%A9tences.pdf

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien des MK

Annexe II : Affiche établie pour les parents

Annexe I : Grille d'entretien des MK

Thème	Sous-thème	Questions	Sous-questions	Objectifs
Rôle du parent dans la PEC kinésithérapique des enfants présentant un retard d'acquisition de la marche	Présentation générale du MK Différenciation entre les MK interrogés	Pouvez-vous vous présenter de façon générale (âge, années d'exercice, ainsi que formations en rééducation pédiatrique)	- Âge - Date et lieu d'obtention du diplôme - Avez-vous suivi des formations en pédiatrie ? Dans quel domaine de la pédiatrie ? Depuis quand êtes-vous formés ? - Tjrs travaillé dans le libéral ? - Si vous n'avez pas suivi de formations, quelles sont les raisons ? Comment formez-vous vous pour prendre en charge des enfants ?	*Apprendre à connaitre le MK en face de moi et instaurer un climat de confiance*
	Introduction du thème	Comment définiriez-vous un retard de développement moteur simple ? Quel est pour vous le repère de PEC d'un enfant atteint de retard moteur ? Rencontrez-vous régulièrement des enfants dans ce cas de figure ? Quel est le profil de ces patients ?	- En moyenne, combien d'enfants avec ce retard d'acquisition de la marche ou de développement moteur avant l'acquisition de la marche avez-vous vu durant votre carrière ? - A partir de quel âge voyez-vous ces enfants et jusqu'à quel âge les accompagnez-vous ?	*Notion de prévalence et de profil des patients*
		M'intéressant seulement aux enfants ne présentant pas de pathologie, remarquez-vous des points communs ou des caractéristiques communes entre tous ces enfants ? Entre tous les parents ?	Présupposés : - Parents protecteurs ? - Parents qui stimulent peut-être moins ? - Parents angoissés ? - Parents ayant eu le même problème étant enfants - Fratrie ? Le premier/le dernier	*Caractéristiques communes des patients et des parents*

		Y a-t-il différentes catégories de parents ?	- Qui remarque le retard de développement moteur en général ? Pédiatre ? Parents ?	
	Déroulement d'une prise en charge	Pouvez-vous me décrire une séance type de prise en charge d'un enfant atteint de retard de marche ou de retard moteur simple ?	- Fonctionnez-vous de manière similaire entre chaque enfant ? - Pourquoi, selon vous, chaque prise en charge est-elle différente ?	*Avoir un aperçu d'une séance type*
		Quels sont les principes généraux de cette rééducation ?	- Objectifs de cette prise en charge ? - Moyens utilisés ? (Jeu, automatiser les mouvements)	*Connaitre les principes de rééducation selon le MK*
		En moyenne, combien de temps dure cette prise en charge ? A quel moment décidez-vous d'arrêter la prise en charge ?		
	Place du parent de manière générale	Quelle place donnez-vous aux parents de l'enfant dans cette PEC ?	- Comment se passe une première séance ?	*Savoir la place que donne le MK au parent, entrée dans le vif du problème*
		Donnez-vous une place différente au parent d'un enfant sans pathologie et avec pathologie ?	- Est-ce que les parents des enfants sans pathologie ont un comportement différent avec vous ? - Avec leurs enfants ? - Pourquoi ? (Pathologie court terme)	*Différenciation (ou non) pathologie et pas pathologie*
		De quelle manière impliquez-vous le parent ?	- Avant la séance - Pendant la séance - Après la séance	

		Impliquez-vous les parents de différentes manières en fonction des différents parents ? Pouvez-vous expliquer	Présupposés : - Lien avec les articles : - Parents angoissés, demandeurs, intéressés… - Comment gérez-vous les émotions des parents ? - Impliquez-vous le parent de manière différente si vous avez en face de vous le papa ou la maman ? Comment ?	*Estimer s'il y a des différences de PEC entre les parents*
		Impliquez-vous les parents de différentes manières en fonction des différents enfants ? Pouvez-vous expliquer	- Enfants plus actifs/passifs que d'autres par exemple ? Enfants où la séance est compliquée sans les parents ?	
	Définition du concept selon le MK expliqué à un parent	Comment expliquez-vous le retard de marche simple à un parent ?	- Termes médicaux ? - Définition simple ? - Brochure, affiche ? - Interrogez-vous le parent sur ses connaissances sur le sujet ? - Si oui, que vous répondent-ils en général ?	*Comprendre le sens que donne le MK par rapport à un retard de marche simple*
	Education thérapeutique Conseils d'hygiène de vie	Quels conseils préconisez-vous à ces parents ? y a-t-il des choses que vous leur déconseillez de faire, voire interdire ?	- Conseils hygiène de vie - Notion de stimulation - Concept de motricité libre ?	Compétence 3

		Réalisez-vous de l'éducation thérapeutique du parent ? à quel moment de la prise en charge ? Pouvez me décrire précisément l'éducation thérapeutique que vous faites, toujours dans le cadre du retard moteur simple ?	- NEM ? - Demandez-vous aux parents ce qu'ils font à la maison avec l'enfant ? Comment ils le stimulent ? - De quelle manière évaluez-vous l'efficacité de votre éducation faite aux parents ?	*Voir l'importance que donne le MK à l'éducation thérapeutique du parent*
		Quels moyens et/ou outils utilisez-vous avec les parents pour réaliser leur éducation ?	- De manière orale, écrite ? - Vidéo/livres ? - A la demande du parent ? - Pour tous les parents ?	
		Que pouvez-vous me dire sur la relation parent-thérapeute et comment la qualifieriez-vous ?	- Est-elle aussi importante que la relation thérapeute-enfant ? - Alliance thérapeutique - Modèle de fermeté par rapport aux parents ?	*Connaitre les représentations du kiné par rapport à cette relation entre lui-même et le parent*
		Est-elle différente avec chaque parent, comment ?		
	Téléconsultation durant crise sanitaire COVID-19	Avez-vous pendant le confinement en pleine épidémie covid ou pendant ce confinement de novembre, réalisé de la téléconsultation pour ce type de patient ?	- Si non, quelles sont les raisons ? - Téléconsultation à la demande du médecin, de vous-même, du parent ? - Comment avez-vous réagi avec ces patients ? Vous avez trouvé d'autres options ? - Reporté les rdvs ? Notion de priorité - Contact téléphonique ? - Comment avez-vous rendu le parent actif ?	*Rapporter le thème de mémoire à un sujet actuel en pleine épidémie de covid*

		Si oui, Pouvez- vous me dire cb de fois par semaine, quelle durée ? Dans quelles conditions ?	- Avec le parent seulement, avec l'enfant aussi ? - En visio ? Par téléphone ? - Jusqu'à quand ? - Encore mtn ?	
		Pouvez-vous me décrire une séance pour ce type de patient en téléconsultation ?	- Parent remplaçant du kiné ou seulement conseils d'hygiène de vie	
		Qu'est ce qui a changé par rapport à un parent en face de vous ? Ou au contraire qu'est ce qui n'a pas changé ?	- Avez-vous donné une place aux parents différente qu'au cabinet ? - De quelle manière ? - Avez-vous changé mtn que les patients sont revenus au cabinet, changé le rôle du parent ?	*Savoir les différences entre la place du parent en téléconsultation et en face à face*
		Pendant les téléconsultations pour ce type de patients, qu'avez-vous dit aux parents ?		
		La téléconsultation a pour vous, été bénéfique ou un frein à la PEC de ces enfants ?	- Quels avantages et inconvénients trouvez-vous à cette prise en charge en visio ?	*Savoir si le kiné encourage ce type de pratique ou si au contraire s'il ne privilégie pas cette méthode de rééducation* *Permettra une ouverture dans la partie discussion*
	PEC de ces patients postérieurement	Est-ce que vous êtes amenés à revoir ces enfants au cabinet plus tard pour d'autres raisons ?	- Pour quelles raisons ? (Marche en équin…)	

			- A votre avis, y a-t-il d'autres risques de pathologies associées à ce retard de développement moteur ?	

Annexe II : Affiche établie pour les parents

PAS À PAS



Vers 3 mois	Maintient sa tête. Sur le ventre, bébé arrive à soulever sa tête.
Entre 4 et 6 mois	Remonte les pieds vers soi et s'enroule. Bascule sur le côté. Sur le ventre, relève sa tête et s'appuie sur ses avant-bras. Attrape les objets.
Entre 6 et 9 mois	Se retourne du dos sur le ventre et du ventre sur le dos. Pivote, sur le ventre, comme une horloge.
Entre 7 et 11 mois	Rampe en arrière, en avant. Se positionne ou se déplace à quatre pattes. Se met assis seul et tient.
Entre 10 et 14 mois	Se met debout avec un support. Se déplace le long d'un support, ou en le poussant.
Entre 10 et 18 mois	Marche de façon autonome.

Ces repères sont donnés à titre indicatif.

- Mettre bébé au sol le plus souvent sur le dos et sur le ventre, en période d'éveil dès la naissance

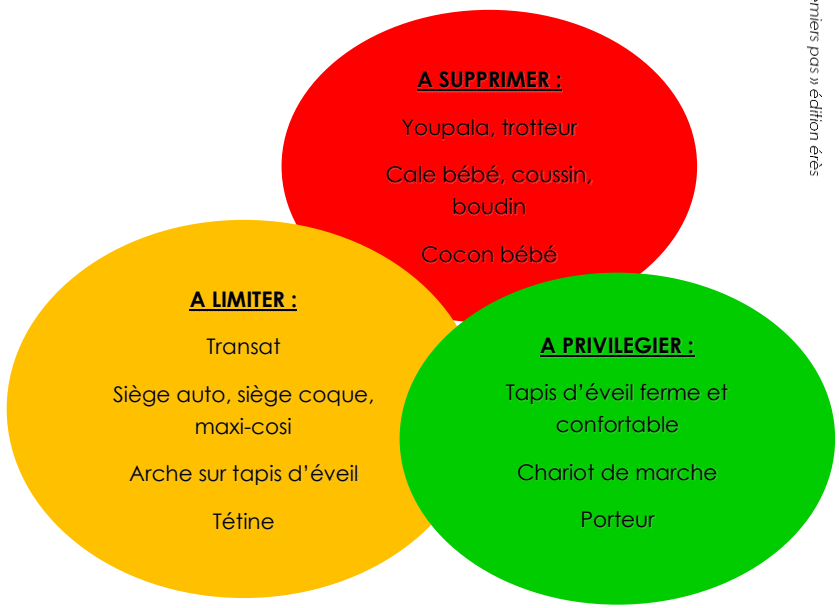


- Laisser de l'espace à bébé pour bouger, se déplacer et faire ses propres expériences



- Favoriser la mobilité de bébé au quotidien





Dessins tirés du livre de Michèle Forestier « De la naissance aux premiers pas » édition érès

CHOTIN	Blanche	2021

UE 28 Mémoire

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alsace

La place du parent dans la prise en charge kinésithérapique du retard d'acquisition de la marche chez l'enfant

***Résumé* :**

Introduction. Le retard de marche simple est pris en charge par les masseurs-kinésithérapeutes en structure libérale. Actuellement, aucun consensus n'a été formulé sur la manière d'impliquer les parents de ces enfants, d'autant plus sans pathologie. Dans quelle mesure les MK libéraux prennent -ils en compte et impliquent-ils les parents dans la prise en charge d'enfants de moins de deux ans présentant un retard simple d'acquisition de la marche ?

Méthode. Pour répondre à cette question spécifique de recherche, des entretiens semi-directifs avec des masseurs-kinésithérapeutes libéraux pratiquant la pédiatrie ont été conduits. Les éléments reccueillis ont fait l'objet d'une retranscription *ad verbatim* et d'une analyse verticale et horizontale.

Résultats. Les cinq entretiens ont permis de montrer l'importance donnée au parent par les masseur-kinésithérapeutes via les séances, les discussions ou encore les conseils dispensés. Le rôle prépondérant du parent semble indispensable pour l'efficience de la prise en charge.

Discusssion. La place du parent est essentielle dans la rééducation de son enfant mais ne remplace pas celle du soignant. Le parent est acteur de l'évolution de son enfant mais n'est pas acteur des soins, et pour diverses raisons, n'assistent pas toujours aux séances. Le soignant doit quant à lui adapter son approche au parent en focntion des différentes personnalités.

***Mots clés* :**

Retard de marche, kinésithérapie, rééducation pédiatrique, motricité, enfants, parents, conseils, relation

L'Institut de formation en masso-kinésithérapie d'Alsace n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

CHOTIN	Blanche	2021

UE 28 Mémoire

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alsace

Parent's place in physiotherapy care of delayed walking among children

***Abstract* :**

Introduction. The simple delayed walking is supported by physiotherapists in liberal structure. Currently, no consensus has been formulated on how to involve the parents of these children, especially without pathology. To what extent do liberal physiotherapists take into account and involve parents in the care of children under two years old with a simple delayed walking ?

Methods. In order to answer this specific research question, semi-directive interviews with liberal physiotherapists practicing paediatrics were conducted. Elements collected were the subject of an *ad verbatim* transcription and a vertical and horizontal analysis.

Results. The five interviews showed the importance given to the parent by the physiotherapists through the sessions, discussions and advice provided. The leading role of the parent seems indispensable for the efficiency of the care.

Discussion. The place of the parent is essential in the rehabilitation of his child but does not replace that of the caregiver. The parent is an actor of the evolution of his child but is not an actor of the care, and for various reasons, do not always attend the sessions. The caregiver must adapt his approach to the parent according to the different personalities.

***Key words* :**

Delayed walking, physical therapy, paediatrics rehabilitation, locomotion, children, parents, advice, relationship

L'Institut de formation en masso-kinésithérapie d'Alsace n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.