



Institut de Formation et de Recherche En Santé de Normandie

Institut de formation en masso-kinésithérapie

Ue 28 « mémoire »

Identification des besoins des masseurs-
kinésithérapeutes prenant en charge des enfants et de
la manière dont ils y répondent

Enquête quantitative

Juin 2022

DEDIEU Camille

Sous la direction de Fausser Christian

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MK : Masseur-Kinésithérapeute

Ue : Unité d'Enseignement

Ui : Unité d'Intégration

PEC : Prise En Charge

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier mon directeur de mémoire, monsieur Christian Fausser pour son encouragement et ses conseils avisés tout au long de ce mémoire.

Je remercie également les membres de l'équipe pédagogique de l'IFMK et notamment Mme Delphine Guyet pour le soutien permanent qu'elle apporte aux élèves et son immense implication tout le long de notre formation.

Je remercie aussi toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire ainsi que les personnes m'ayant aidée à la relecture de ce travail.

Également je remercie mes camarades de classe Solène, Margaux, Marie et Charlotte pour les 4 années à leur côté qui a permis de se soutenir et d'avancer ensemble jusqu'ici.

Enfin, je remercie ma famille et Jeremy pour leur soutien durant toutes ces années de scolarité et m'avoir encouragée à réaliser les études que je souhaitais.

Résumé

Introduction : L'enseignement de la kinésithérapie pédiatrique en formation initiale n'a cessé d'évoluer depuis plusieurs décennies. Une étude de 2016 a montré que les masseurs-kinésithérapeutes n'étaient pas suffisamment formés dans ce domaine. Le but de ce travail de recherche sera de mettre en avant les besoins des masseurs-kinésithérapeutes (MK) prenant en charge des enfants et la façon dont ils y répondent.

Méthode : Un questionnaire réalisé à partir de Google Forms a été diffusé auprès des MK. Le questionnaire a été diffusé en février-mars 2022 sur un réseau social. Le questionnaire est composé d'une partie concernant les informations générales du participant. Puis on retrouve des questions sur les pathologies pédiatriques les plus rencontrées et sur les formations pédiatriques que les MK ont pu réaliser. Enfin la dernière partie concerne les thèmes que les MK souhaiteraient aborder en formation continue et les moyens à mettre en place pour optimiser l'apprentissage de la pédiatrie en formation initiale et continue.

Résultat : Grâce aux critères d'inclusion 48 MK ont pu réaliser la totalité du questionnaire. La formation initiale en pédiatrie semble insuffisante pour une majorité des MK notamment en terme de pratique. 81.2% des MK qualifient l'enseignement pratique comme insuffisant voire très insuffisant. La pathologie que l'on retrouve le plus dans le champ cardio-respiratoire est la bronchiolite (89.5%), dans le champ neuro-musculaire la paralysie cérébrale (82.9%) tandis que dans le champ musculo-squelettique la principale pathologie est la scoliose (86.4%). Cette étude semble montrer que les pathologies prévalentes en pédiatrie ne semblent pas assez développées en formation initiale. En effet de nombreux kinés ont besoin de réaliser des formations continues sur ses pathologies pour avoir des prises en charge optimales.

Conclusion : La formation initiale comporte de nombreux domaines tout aussi importants les uns que les autres. Il est alors impossible de pouvoir aborder toutes les pathologies pédiatriques en formation initiale. Il serait donc intéressant de porter une attention particulière sur les principaux besoins des MK pour leur permettre des prises en charge de qualité à l'obtention de leur diplôme.

Mots-clés : Pédiatrie - Formation initiale - Formation continue – Champs cliniques- Besoin

Abstract

Introduction: The teaching of paediatric physiotherapy in initial training has been evolving for several decades. A study in 2016 showed that physiotherapists were not sufficiently trained in this field. The aim of this research work will be to highlight the needs of children's physiotherapists and how they respond to them.

Method : A questionnaire made on Google Forms was distributed to the physiotherapists in February-March 2022 on social media. The first part of the questionnaire concerns the participant's background. Then there are questions on the most common paediatric pathologies and on the paediatric training courses that the physiotherapist have carried out. Finally, the last part concerns the themes that the physiotherapists would like to address in continuing education and the means to be put in place to optimize the learning of paediatrics in initial and continuing training.

Results : Thanks to the inclusion criteria, 48 MKs were able to complete the entire questionnaire. The initial training in paediatrics seems insufficient for the majority of physiotherapists, particularly in terms of practice. 81.2% of the physiotherapists qualified the practical teaching as insufficient or very insufficient. The most common pathology in the cardio-respiratory field is bronchiolitis (89.5%), in the neuro-muscular field cerebral palsy (82.9%), while in the musculo-skeletal field the main pathology is scoliosis (86.4%). This study has shown that the prevalent pathologies in paediatrics do not seem to be sufficiently developed in initial training. Indeed, many physiotherapists need further training on these pathologies in order to be able to provide optimal care.

Conclusion : Initial training includes many equally important areas. It is therefore impossible to address all paediatric pathologies in initial training. It would be interesting to focus on the main needs of MKs to enable them to provide quality care on graduation.

Keywords : Paediatrics - Initial training - Continuing training - Clinical fields - Need

Table des matières

I) Constat de fait.....	1
II) Contextualisation.....	3
1) La pédiatrie	3
a) Définition	3
b) Age corrigé et Age civil.....	3
c) Développement psychomoteur de l'enfant.....	3
d) Développement de l'intelligence chez l'enfant.....	5
e) L'évaluation de la douleur	7
f) Lien d'attachement et triade	8
2) La masso-kinésithérapie.....	10
a) Définition	10
b) la formation initiale en 1989 VERSUS la réforme des études de 2015	10
3) La prise en charge pédiatrique	16
4) Formation continue dans le domaine de la pédiatrie.....	17
4) Droit des enfants	18
III) Méthode	21
1) Choix de la méthode	21
2) Objectif	21
3) Population étudiée.....	21
a) Critères d'inclusion	21
b) Nombres de réponses minimales nécessaires.....	21
4) Type de questions et organisation du questionnaire	22
5) Phase de pré-test et diffusion	24
a) Pré-test	24
b) Mode de diffusion.....	25
c) Calendrier.....	25
IV) Résultat	26
1) Critères d'inclusion.....	26
2) Description de la population	27
3) Formation initiale.....	29
4) PEC en pédiatrie	35
5) Formation et moyens pédagogiques.....	48
V) Discussion.....	60
1) Les hypothèses.....	60

a) Rappel des hypothèses	60
b) Analyse des hypothèses	60
c) Validation des hypothèses	63
2) qualités méthodologiques de l'étude.....	64
a) Les biais liés au questionnaire.....	64
b) Les biais liés aux modalités de diffusion du questionnaire.....	65
c) Les biais liés à la population	65
d) Points forts de l'étude	65
e) Proposition d'amélioration.....	65
f) Ouverture	66
VI) Conclusion	67
VI) Bibliographie	69
IIV) Annexes.....	72

I) Constat de fait

En 1^{ère} année d'étude, j'ai réalisé un stage dans un centre pédiatrique avec pour principale prise en charge des enfants atteints de pathologies neurologiques (spina bifida, accident vasculaire cérébrale, paralysie cérébrale...). Ayant toujours été très proche des enfants de mon entourage ce choix m'a paru évident, je voulais être capable de prendre en charge des enfants lorsque je serai diplômée.

Cependant lors de ce stage, je me suis sentie démunie à plusieurs reprises. Les pathologies étaient encore inconnues pour moi et la rééducation associée me paraissait très complexe.

Également, je me suis rapidement attachée à tous ces enfants et lorsque l'état de l'un d'entre eux se dégradait cela m'affectait énormément.

Je me suis alors demandée comment les masseurs-kinésithérapeutes réussissaient à garder une distance thérapeutique suffisante pour ne pas être atteint émotionnellement par tous ces enfants qui souffrent.

Également, en tant que potentiel futur maman, je me demandais si cela ne pouvait pas avoir un impact dans ma vie personnelle par exemple avoir peur que mon enfant soit lui aussi handicapé ou être en permanence dans la comparaison entre mon enfant et celle d'enfant du centre de rééducation.

Actuellement en 4^{ème} année d'études, la pédiatrie reste un domaine qui m'intéresse particulièrement. Cependant il est difficile de tout aborder en formation initiale et des pathologies pourtant fréquentes me semblent encore complexes à prendre en charge telles que la bronchiolite, le pied bot varus équin, la paralysie cérébrale ou encore le torticolis congénital. Également la sphère émotionnelle et la relation avec l'enfant ne sont pas toujours évoquées en formation initiale. Il est alors difficile de savoir quelle position doit adopter le masseur-kinésithérapeute avec l'enfant mais également avec sa famille.

C'est pourquoi je me suis amenée à poser cette question de départ : « **Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils suffisamment formés aux spécificités de la pédiatrie durant leur formation initiale ?** »

II) Contextualisation

1) La pédiatrie

a) Définition

La pédiatrie est définie comme la « branche de la médecine qui a pour objet l'étude, le diagnostic, le traitement, la prévention des maladies infantiles et la protection des enfants. » C'est une « spécialité médicale, qui se consacre à l'enfant depuis la vie intra-utérine (en lien avec l'obstétrique) et jusqu'à la fin de l'adolescence. ». [1]

La Convention internationale des droits de l'enfant, signée par les Nations Unies en 1989 définit l'enfant comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ». Il en est de même pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit l'enfance comme « la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans ». Au 1^{er} janvier 2021, la France comptait environ 15 millions d'enfants. [2][3][4]

b) Age corrigé et Age civil

L'âge de l'enfant est un élément important à prendre en compte. Il est important à connaître et en particulier quand l'enfant est né prématurément (inférieur à 37 semaines d'aménorrhée). L'âge civil (ou chronologique) correspond à l'âge qu'a l'enfant par rapport à sa date de naissance (un enfant né le 08/08/2018 à 6 mois en âge civil si nous sommes le 08/02/2019).

Tandis que, si cet enfant est né prématurément, il faudra également tenir compte de son âge corrigé. Cela correspond à l'âge qu'aurait l'enfant s'il était né à la date prévue. Si ce même enfant est né à 7 mois d'aménorrhée alors son âge corrigé est donc de 4 mois. Cette nuance peut être importante à prendre en compte car le développement de l'enfant peut varier en fonction de la prématurité et les risques de pathologies augmentent avec l'importance de la prématurité. En effet, une partie importante du développement cérébral de l'enfant s'effectue au cours du dernier trimestre de la grossesse et jusqu'à l'âge de 2 ans. [5][6]

c) Développement psychomoteur de l'enfant

Le développement psychomoteur de l'enfant est un sujet qui est exploré depuis longtemps. Différentes théories ont pu être établies mais certaines notions se sont révélées faire l'unanimité :

Le développement de l'enfant est dû premièrement à son développement physiologique également appelé maturation neurologique mais également à son interaction avec l'extérieur. [7][8]

Ces deux notions sont indissociables, et c'est grâce à l'exploration du monde qui l'entoure que l'enfant développe de nouvelles capacités.

Une autre notion importante est la loi de progression du développement.

En effet il a été remarqué que le développement sensori-moteur suit une loi de progression céphalo-caudale c'est-à-dire que le contrôle moteur est d'abord acquis aux membres supérieurs puis progressivement vers le tronc et les membres inférieurs.

Ce développement suit également une loi de progression proximo-distale c'est-à-dire que l'enfant contrôlera d'abord ses épaules puis progressivement contrôlera ses coudes et ses mains.

Le développement de l'enfant ne se fait pas de façon linéaire. Il existe des phases de développement rapide, des phases de stagnation voire de régression. [9]

L'enfant passe également de réflexes archaïques à des mouvements de plus en plus contrôlés et précis. Ces réflexes archaïques (reflexe de Moro, de succion, réflexe de grasping ou encore de marche automatique) vont pour la plupart s'estomper vers les 3^{ème}/4^{ème} mois de vie de l'enfant.

Dans un article paru en 2006, le médecin généraliste Max Budowski explique les étapes du développement psychomoteur de l'enfant.

Naissance : Les muscles de la tête et du tronc sont hypotoniques, les membres eux sont hypertoniques. Lorsque le bébé est maintenu en position assise, la tête retombe et le tronc est en cyphose globale.

3 mois : Le bébé a un meilleur maintien du tronc mais la région lombaire est encore faible. Lorsque le bébé est en position ventrale, il est capable de prendre appui sur ses avant-bras et redresse sa tête entre 45 et 90°. L'enfant commence à s'intéresser à son corps et regarde ses mains.

6 mois : Sur le ventre le bébé est capable de se redresser sur ses mains. Il est aussi capable de passer de la position décubitus ventrale à décubitus dorsale. Sur le dos, il essaye de décoller les épaules et la tête. Lorsqu'il est maintenu debout, il est capable de sauter et de s'accroupir.

La préhension globale est normalement acquise. Il est capable de tenir deux cubes mais ne les cherchera pas s'ils disparaissent.

9 mois : Le bébé est capable de saisir les objets avec une pince pouce-index. Il peut se mettre debout en prenant appuis sur les éléments environnants. Rampe pour se déplacer.

Entre 11 et 14 mois : L'enfant marche à 4 pattes, réalise la « marche de l'ours », commence à faire quelques pas mais l'équilibre est encore parfois précaire. L'enfant est capable de pointer un objet du doigt et d'envoyer une balle à ses parents.

15 mois : L'enfant marche seul.

18 mois : Il est capable de descendre et monter un escalier avec une rampe.

Ces étapes sont une indication, chaque enfant évoluera de façon différente selon son environnement et la façon dont il sera stimulé. Certains enfants pourront également passer d'un schéma moteur à un autre sans forcément passer par tous les niveaux d'évolution motrice.

Cependant un retard considérable dans l'une de ces acquisitions motrices n'est pas à laisser de côté. Par exemple un enfant ne réagissant pas à des stimulations visuelles vers les 5 mois peut faire suspecter des troubles visuels, ou encore, la présence des réflexes archaïques à l'âge de 6 mois peut être la cause d'un trouble d'origine neurologique. [9] [10]

d) Développement de l'intelligence chez l'enfant

Un autre aspect important du développement de l'enfant qui est indissociable du précédent est le développement de l'intelligence. Jean Piaget a décrit la théorie du développement cognitif en 4 étapes appelées stades.

Le premier correspond au stade sensorimoteur, le second au stade préopératoire, le troisième au stade des opérations concrètes et enfin le dernier stade correspond au stade des opérations formelles. Pour Piaget trois notions sont essentielles : l'assimilation (capacité d'intégrer les choses qui l'entourent à sa propre personne), l'accommodation (capacité à s'adapter, à modifier

ses schèmes en fonction de son interaction avec l'extérieur) et enfin l'adaptation (équilibre entre l'assimilation et l'accommodation qui permet à l'enfant d'évoluer).

*Le stade sensorimoteur (0 à 2 ans)

Le développement se fait à partir des réflexes innés. L'enfant réalise des actions au hasard en expérimentant avec son propre corps. Il manipule les objets qui l'entourent pour comprendre comment ils fonctionnent. Le bébé qui ne voit plus un objet dans son champ de vision le considère alors comme inexistant. Au fur et à mesure la permanence de l'objet se met en place, l'enfant commence à chercher davantage l'objet qui a disparu mais ne le cherche pas toujours au bon endroit. A 2 ans l'enfant est capable de retrouver l'objet caché.

*Le stade préopérateur (2 à 7 ans)

L'enfant débute sa scolarisation, il quitte son univers restreint pour être mis en relation avec d'autres personnes. Sa pensée est égocentrique, il n'est pas capable de se mettre à la place de quelqu'un d'autre, il pense que sa propre pensée est identique à celle des autres personnes. La notion du « Moi » n'est pas encore claire pour l'enfant, il peut parler à la troisième personne en parlant de lui-même. C'est également la période du « pourquoi », l'enfant est curieux de tout et veut acquérir de nouvelles connaissances.

* Stade des opérations concrètes (7 à 11 ans)

L'enfant commence à avoir une pensée logique mais uniquement dans les situations concrètes. Il est capable de réaliser des calculs mais l'utilisation d'un support matériel comme des jetons, des billes rend sa tâche plus facile. C'est également à ce stade que se met en place la notion de conservation des substances et de réversibilité.

*Le stade des opérations formelles (11 ans à 16 ans)

L'enfant acquiert un raisonnement logique à la fois dans les choses concrètes mais également dans les situations abstraites.

Une autre approche du développement de l'intelligence est celle de Wallon, il décrit 5 stades du développement cognitif de l'enfant. Pour lui le développement est une succession de phases centrifuges (développement de l'intelligence, ouverture vers l'extérieur...) et de phases centripètes (construction de sa propre personne).

*Stade impulsif et émotionnel (0-1 an)

De 0 à 3 mois, le développement de l'enfant est caractérisé par un désordre gestuel, celui-ci est ensuite régulé grâce à l'interaction entre le bébé et son entourage. Ces variations d'interactions avec le monde qui l'entoure vont faire naître diverses émotions chez le nouveau-né. Ces émotions qui seront au fur et à mesure régulées sont la source de la communication chez l'enfant.

*Stade sensori-moteur (1 à 3ans)

L'enfant se développe grâce à la manipulation des objets et à l'exploration du monde qui l'entoure. L'enfant est capable d'imitation différée (reproduire en mimant une situation qu'il a vécue ou vue). Le langage se développe davantage permettant de se rapprocher d'une intelligence représentative. C'est également à ce moment que la jalousie apparaît.

*Stade du personnalisme (3 à 6 ans)

L'enfant s'individualise par la période du « non ». Il est également dans une période d'opposition qui va permettre la construction de sa personne et la différenciation avec l'autre.

C'est à cette période qu'apparaît le début de la séduction.

*Stade catégoriel (6 à 11 ans)

La capacité d'attention et de mémorisation de l'enfant se développe davantage. L'enfant devient capable d'imaginer des choses abstraites.

*Stade de l'adolescence (à partir de 11 ans)

L'adolescence amène à un changement des pensées et du schéma corporel. Ce stade conduit à l'aboutissement de la personnalisation. [7][8][11]

e) L'évaluation de la douleur

Elle doit être réalisée avec des outils appropriés.

Pour le jeune enfant ou le polyhandicapé, ce sont souvent des hétéro-évaluations qui sont mises en place. C'est-à-dire que ce n'est pas l'enfant lui-même qui évalue ses douleurs mais une autre personne comme le soignant ou parfois le parent. Dans ces échelles, les éléments regardés pour

savoir si l'enfant a mal peuvent être la présence de pleurs ou cris, l'expression du visage, la gestuelle, la protection du membre...

Les hétéro-évaluations utilisées sont par exemple l'échelle San Salvador ou l'échelle FLACC.

Pour l'enfant ayant des capacités cognitives suffisantes (enfant ayant généralement plus de 6 ans) des auto-évaluations peuvent être réalisées. La douleur est ainsi décrite à partir de différentes images, objets ou tout simplement verbalement pour les plus grands.

On retrouve l'échelle des visages, l'échelle visuelle analogique ou encore l'échelle numérique. [12][13]

f) Lien d'attachement et triade

D'après John Bowlby, « l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. »

Ce lien va permettre au bébé de se sentir en sécurité et d'être en confiance. Le bébé aura des liens d'attachement avec plusieurs personnes mais ce lien sera généralement plus fort avec sa mère. C'est pourquoi cette dernière aura le plus d'influence sur le bébé. [14][15]

Le bébé va exprimer son besoin d'attachement à sa mère par des pleurs, des cris. Ce lien sera d'autant plus fort que les parents répondront rapidement et efficacement à l'appel de leur petit.

Plusieurs types de lien d'attachement ont plus tard été décrits : sécurisant, insécurisant de type anxieux, insécurisant de type ambivalent ou encore de type désorganisé. Ces types sont décrits selon la réaction que l'enfant a lorsqu'il est en présence de ses parents puis que ces derniers s'éloignent quelques instants et qu'ils reviennent. [14][16][17]

La triade, contrairement au lien d'attachement qui unit l'enfant et un parent (la mère en général), réunit 3 individus : le soignant, le parent et l'enfant. Cette triade apparaît donc dans les situations de soin dans lesquelles est confronté l'enfant.

C'est une des spécificités de la pédiatrie. Le vécu et l'expérience du soignant et du parent ont des répercussions immédiates sur le soin que recevra l'enfant. Le soignant devient dépendant du parent et vice-versa.

En effet, notamment chez les plus jeunes, la présence du parent est souvent indispensable pour pouvoir expliquer les problèmes de l'enfant, ses douleurs, son histoire... Les parents sont souvent présents aussi pour rassurer l'enfant et faire en sorte que le soin se déroule dans les meilleures conditions. L'enfant ayant une relation de confiance très importante envers ses parents ne se laisse pas forcément soigner par quelqu'un qu'il ne connaît pas et pour lequel il n'a pas d'affection.

Lorsqu'il s'agit de bébé ou de très jeune enfant, la dépendance envers le parent est totale. Les conseils sont donc destinés directement aux parents et non à l'enfant soigné. Il est ainsi important de tenir compte des connaissances du parent, de leur point de vue, leurs capacités de compréhension et même encore leurs craintes et angoisses. [18]

Lorsque l'enfant grandit et s'autonomise la relation au sein de la triade évolue. Le dialogue ne concerne plus uniquement deux personnes mais bien trois. L'enfant peut s'exprimer et devenir acteur de sa propre santé.

Plusieurs guides d'éducation thérapeutique ont été mis en place, c'est notamment le cas pour les enfants souffrant de mucoviscidose ou encore de diabète de type 1. Lorsque les enfants sont petits l'éducation thérapeutique est directement adressée aux parents. Ce n'est pas le jeune enfant qui est formé à la pathologie mais bien les parents. Ces derniers ont donc un rôle majeur dans la surveillance de l'évolution de la pathologie de son enfant.

Cependant cette collaboration n'est pas toujours facile à vivre que ce soit pour le soignant, l'enfant ou le parent. Il faut trouver un équilibre entre ces trois acteurs pour garantir des soins de qualité à l'enfant. [19]

L'article de Coscia et al parut en 2010 évoque les difficultés de communication entre les soignants et les parents dans une Unité de Soins Intensifs Néonatale (USIN) en Italie.

Dans ces unités la vie du nouveau-né peut-être en jeu et les équipes doivent être capables de communiquer au mieux avec les parents. Ils doivent être capables de répondre à leurs questions, d'expliquer les complications et risques auxquels l'enfant peut être confrontés tout en faisant garder espoir aux parents. Les parents qui avaient une image idéaliste de la naissance de leur enfant peuvent être profondément bouleversés et risquent de culpabiliser. Dans un tel service chaque parole envers les parents doit être réfléchie, le langage doit être adapté aux capacités de

compréhension des parents sans utiliser des termes inappropriés. Le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension des informations par la famille. [20]

Ainsi on peut voir que la communication dans le domaine de la pédiatrie est une notion très complexe et que le soignant doit être suffisamment formé à cette dernière.

2) La masso-kinésithérapie

a) Définition

D'après l'article L4321-1 du code de la santé publique « la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. »

Également « lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an [...]. »

Selon le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au 1er janvier 2020 la France comptait environ 90 000 masseurs-kinésithérapeutes, environ 90% d'entre eux ont un exercice libéral exclusif ou mixte. [21][22]

b) la formation initiale en 1989 VERSUS la réforme des études de 2015

Le plus ancien décret concernant les études de masseur-kinésithérapeute retrouvé sur le site Légifrance date de septembre 1963. Il décrit notamment les conditions d'accès à la formation. Cependant les annexes le décrivant ne semblent pas disponibles. Plusieurs modifications ont ensuite été apportées notamment vis-à-vis des conditions d'admission aux écoles de masso-kinésithérapie et le contenu de la formation initiale.

Nous allons nous intéresser à l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif « aux études préparatoires au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute », celui-ci semble être le plus ancien document auquel nous pouvons avoir accès à l'ensemble des articles et annexes. [23][24]

En comparaison nous allons analyser de façon globale la nouvelle réforme des études de 2015 afin de voir l'évolution de l'enseignement en pédiatrie en plus de 20 ans.

Nous nous intéressons exclusivement aux contenus de la formation ainsi qu'aux modalités de stage. Les conditions d'admissions ainsi que les modalités d'évaluations sont laissées de côté.

* Contenu et durée de la formation :

Selon le décret du 5 septembre 1989, la formation initiale pour devenir masseur-kinésithérapeute se déroule en 3 années. Elle se compose de différents modules répartis entre les trois années. [24]

En 1^{ère} année, la formation est répartie en quatre modules présentés ci-après :

Tableau 1. Numéro de module et contenu associé pour la 1^{ère} année

Module	Intitulé du module
1	Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur
2	Physiologie humaine
3	Pathologie-psycho-sociologie
4	Masso-kinésithérapie – Activités physiques et sportives

En seconde et troisième année, la formation est répartie en douze modules présentés ci-après :

Tableau 2. Numéro de module et contenu associé pour la 2ème et 3ème année

Module	Intitulé du module
1	Masso-kinésithérapie, technologie
2	Psycho-sociologie, réadaptation
3	Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie
4	Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central
5	Rééducation et réadaptation en rhumatologie
6	Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire
7	Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire, réanimation
8	Kinésithérapie en médecine, gériatrie et chirurgie
9	Pathologie infantile
10	Prévention, promotion de la santé, ergonomie
11	Kinésithérapie et sports
12	Législation, déontologie, gestion

On peut ainsi voir que l'ancienne réforme accordait des modules en fonction des différentes populations ou activités. En effet des modules étaient spécifiquement dédiés à la pédiatrie, à la gériatrie ou encore aux sportifs. [24]

D'après l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif aux diplômes d'état de Masseur-kinésithérapeute, la formation initiale passe d'une durée de 3 ans à 4 ans. La première promotion d'étudiant ayant suivi la formation en quatre années a donc été diplômée en 2019.

La formation initiale en quatre ans doit permettre d'évaluer l'élève sur 11 compétences. Le contenu de la formation initiale en masso-kinésithérapie est réparti en 32 unités d'enseignement (Ue). Ces unités d'enseignement sont réparties entre les 2 cycles. Dans le premier cycle 13 Ue sont abordées, dans le second cycle 19 Ue sont abordées. [24] (cf annexe 1)

Désormais les Ue sont organisées en fonction des différents champs cliniques et non plus en fonction des différentes populations. Ainsi la pédiatrie peut être présente dans différentes Ue. Plus précisément, les pathologies pédiatriques et la rééducation associées peuvent être enseignées dans les Ue suivantes :

Tableau 3. Unité d'enseignement pouvant contenir des pathologies pédiatriques

Ue	Intitulé de l'unité d'enseignement
5	Sémiologie, physiopathologies et pathologies dans le champ musculo-squelettique
15	Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ musculo-squelettique
16	Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuro-musculaire
17	Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoires, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
18	Physiologie, sémiologie et physiopathologie spécifiques
19	Évaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ musculo-squelettique
20	Évaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ neuro-musculaire
21	Évaluation, techniques et outils d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
23	Interventions spécifiques en kinésithérapie

Aucune pathologie ne semble obligatoire à enseigner, des objectifs sont cependant émis selon les unités d'enseignements, par exemple :

Dans l'unité 18 concernant les pathologies spécifiques, un objectif est entièrement dédié à la pédiatrie. Dans celui-ci il est indiqué que l'élève doit connaître le développement et la maturation des différents organes, également connaître les aptitudes et besoins des enfants selon leur âge. Mais aussi de connaître et comprendre la sémiologie des pathologies congénitales, génétiques et acquises.

Dans l'unité 23, le premier objectif concerne l'intervention en pédiatrie. Il y est notamment figuré que le futur MK doit être capable d'identifier et de réaliser les premiers actes de soins en kinésithérapie respiratoire pédiatrique dans les situations d'urgences. Il est également noté que le futur MK doit être capable de concevoir et adapter une séance de kinésithérapie pour un

nourrisson, un enfant ou un adolescent. Le dernier point figurant dans cet objectif et que le futur MK doit être capable d'expliquer le cadre de soin à l'enfant et d'inclure les parents dans la prise en charge.

Également des recommandations dans le domaine de la pédiatrie figurent parfois dans le détail des unités d'enseignements :

-Dans l'Ue 5 et 15 (présentent uniquement au premier cycle), des recommandations concernant l'orthopédie pédiatrique figurent, on retrouve par exemple les notions de croissance et de développement neuro-moteur de l'enfant, les principes de l'examen orthopédique en pédiatrie ou encore certaines pathologies comme les déformations des membres inférieurs, les pathologies du rachis et ostéochondrites.

-L'unité 16 concerne les pathologies du champ neuromusculaire et concerne tous les âges de la vie. Il peut donc s'agir des syndromes pyramidaux, extra-pyramidaux, des myopathies... Aucune recommandation spécifique concernant la pédiatrie n'est indiquée. Il est également important de soulever le point suivant « Le choix des pathologies prévalentes retenues relève du projet pédagogique de l'institut de formation »

L'unité 17 concerne plusieurs champs comme la respiration, les téguments ou encore le champ interne. La pédiatrie peut être abordée à travers ces thèmes comme la brûlure chez l'enfant ou encore les troubles vésico-sphinctériens cependant cela ne figure pas clairement dans les recommandations de cet enseignement.

La phrase «Le choix des pathologies prévalentes retenues relève du projet pédagogique de l'institut de formation» est encore présente, cela montre encore une fois que la formation initiale peut être différente d'un établissement à l'autre et que l'enseignement de certaines pathologies pourrait être laissé de côté.

Les unités 19, 20 et 21 sont respectivement complémentaires des unités 15, 16 et 17 puisqu'elles évoquent les outils et techniques utilisés selon les différents champs. Elles peuvent concerner tous types de public mais aucune n'est dédiée spécifiquement à la pédiatrie.

Tout comme pour les autres champs cliniques, le kinésithérapeute prenant en charge des enfants doit être formé au raisonnement clinique et à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique. Il doit également être formé aux techniques de bases pour mener à bien sa rééducation. Ces

notions sont notamment enseignées dans plusieurs unités d'enseignement et d'intégration comme l'Ue 6, l'Ue 7 ou encore l'Ui 10. [25]

*Les stages

Le décret de 1963 modifié en 1989 indique que l'élève doit obligatoirement participer à des stages. Cependant il est difficile de trouver des archives précisant la durée de ces stages ni même les contenus obligatoires.

Le décret n° 2009-494 du 29 avril 2009 modifie les exigences concernant les modalités de stages mis en vigueur en 1963. [26]

On peut y lire que des périodes de stage sont définies durant les 3 années de formation.

En première année un « stage d'initiation » d'une durée de 70 heures soit 2 semaines doit être mis en place. En deuxième et troisième année l'élève doit avoir réalisé un total de 1400 heures soit 40 semaines de stages (minimum 980 heures de présence).

Parmi les 980 heures de présence obligatoire, 700 heures doivent être consacrées aux cinq champs suivants:

- neuro-musculaire
- musculo-squelettique
- cardio-respiratoire et viscérale
- gériatrie
- pédiatrie

Les 280 heures restantes peuvent être d'autres stages cliniques ou hors cliniques.

Actuellement selon la nouvelle réforme des études, 18 semaines de stages doivent être réalisées durant le premier cycle et 24 semaines de stages doivent être réalisées durant le second cycle.

Les stages doivent permettre aux élèves d'explorer l'ensemble des champs d'exercices ainsi que d'être en contact avec tous types de public (gériatrie, pédiatrie, sportifs...)

Cependant à la fin de sa 3^{ème} année de formation, seuls les champs suivant doivent obligatoirement avoir été validés : « neuro-musculaire », « musculo-squelettique » et « respiratoires, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire ».

La mise en situation auprès d'enfants durant un stage n'est donc pas une obligation. On peut également noter que la durée de stage actuelle (42 semaines de stage) est identique à celle d'avant la réforme de 2015 alors qu'une année d'étude supplémentaire a été instaurée.

3) La prise en charge pédiatrique

Plusieurs articles ont été publiés concernant la nouvelle réforme des études de masseur-kinésithérapeute. Un article de Etienne Panchout datant de 2017 présente notamment une enquête réalisée auprès d'environ 680 masseurs-kinésithérapeutes travaillant en libéral. Cette enquête a notamment pour but d'identifier les pathologies prévalentes selon différents champs pour organiser au mieux l'enseignement en fonction de ce qui est le plus vu en pratique professionnelle. Les champs présentés étaient les suivants : « rhumatismale », « neuromusculaire », « musculo-squelettique », « cardio-respiratoire » « tégumentaire et interne » et pour finir « spécifique ».

Les M-K ayant participé à cette enquête devaient ainsi classer dans l'ordre les champs les plus vus puis classer par champs les trois pathologies les plus fréquentes dans leur cabinet selon une série de propositions.

Dans chaque champ une partie était réservée à l'expression libre du MK afin de proposer d'autres pathologies qui n'étaient pas évoquées. Dans la partie réservée au champ spécifique il y a eu 17 propositions concernant le champ de la pédiatrie. Également dans la partie concernant les thèmes à inclure dans l'enseignement, presque 25% (23%) ont indiqué que la pédiatrie devrait davantage être enseignée dans les IFMK.

Également, la prévalence des pathologies rencontrées en cabinet libéral chez le patient adulte suivant les différents champs cliniques est très présente dans la littérature. L'on connaît donc désormais les pathologies concernant l'adulte qui devraient être le plus abordées dans les instituts de formation. Contrairement à cela la prévalence des pathologies infantiles rencontrées en libéral est peu étudiée. Peu d'articles semblent aborder ce point alors même que cela est crucial pour avoir un enseignement en adéquation avec la pratique professionnelle. [27]

Un article concernant la kinésithérapie pédiatrique est récemment paru (octobre 2021). Cet article rapporte notamment les résultats d'une enquête menée par l'association de kinésithérapie pédiatrique en Midi Pyrénées-Occitanie (AKPMIP). Dans cet article, on peut voir que parmi les 400 participants, 92 % déclarent prendre en charge des enfants. Parmi eux, 7 % ont une

patientèle exclusivement pédiatrique, 48% en prennent régulièrement et le reste en accueille de façon occasionnelle et principalement en période hivernale pour la bronchiolite par exemple.

On peut également constater qu'une des raisons principales pour laquelle le masseur-kinésithérapeute ne prend pas en charge des enfants est le manque de formation. Il semble y avoir un réel manque de formation dans le domaine de la pédiatrie à la fois en formation initiale mais également en formation continue. Seulement un quart des MK interrogés dans cette étude, disent se former régulièrement.

Pour les MK ne se formant pas régulièrement, ils trouvent que les formations continues ne sont pas assez nombreuses, ouvertes à un nombre trop faible de participants ou encore qu'elles ne présentent pas assez d'entraînement pratique.

Également, la prévalence des pathologies prises en charge en kinésithérapie selon les divers champs cliniques semble être très différente. Les pathologies du champ neurologique sont peu prises en charge (40% n'en prennent jamais en charge) tandis que les pathologies des champs cardio-respiratoire et orthopédique sont plus traitées (82%).

Un autre point qui est évoqué ici est le manque de communication entre les professionnels de santé notamment chez les enfants atteints de pathologies chroniques. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux se sentent parfois démunis, il est parfois difficile de communiquer avec le pédiatre de l'enfant ou le prescripteur de l'ordonnance et de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire réellement adaptée à l'enfant. Ces difficultés se retrouvent notamment quand le MK prend en charge des enfants avec des troubles du comportement et que le travail pluridisciplinaire semble alors indispensable. [28]

4) Formation continue dans le domaine de la pédiatrie

En 2016, l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) a été créée grâce à la loi de modernisation de notre système de santé. Cette agence a pour but de proposer des formations répondant aux besoins nationaux en santé publique. Des formations spécifiques à chaque professionnel de santé sont alors établies.

La formation continue est obligatoire pour tous les masseurs-kinésithérapeutes. Elle est nécessaire pour acquérir et entretenir des connaissances et utiliser des techniques adaptées à l'avancée scientifique. Cela doit notamment satisfaire à l'obligation de développement

professionnel continue comme indiqué dans le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. [29] [30]

Dans le même sens, une ordonnance portant sur la certification périodique de certains professionnels de santé est parue le 19 juillet 2021.

La certification périodique est définie comme « une procédure qui a pour objet de garantir :

- Le maintien des compétences
- La qualité des pratiques professionnelles
- L'actualisation et le niveau de connaissances. »

Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes au même titre que d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens, infirmiers ou encore sages-femmes doivent réaliser dans une période de 6 ans des actions permettant l'actualisation de leurs savoirs et l'amélioration de leurs pratiques.

Un référentiel de certification périodique regroupe ainsi les différentes actions proposées selon les professions.

Le non-respect de cette obligation de certification peut être considéré comme une faute, le professionnel de santé peut donc être suspendu temporairement pour insuffisance professionnelle. Cette certification obligatoire sera valable à partir du 1^{er} janvier 2023. [31]

4) Droit des enfants

Tout comme un adulte, l'enfant a lui aussi des droits, on peut en retrouver un certain nombre dans la charte européenne des enfants hospitalisés qui a été créée en 1988 à Leiden. Elle résume les droits des enfants qui sont hospitalisés.

On peut notamment y lire dans la traduction française à l'article n°2 « Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, et quel que soit son âge et son état. ».

Également à l'article n°3 on peut lire « On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. [...] » (cf. annexe 2)

Ainsi on peut voir que la présence des parents est fortement conseillée pour accompagner au mieux l'enfant durant son séjour, pour qu'il se sente en sécurité et optimiser les conditions de réalisation des soins.

Dans cette charte, un autre point est mis en évidence. Il s'agit de la formation de l'équipe soignante aux besoins psychologiques des enfants et leur famille. Article n° 8 « L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille ». On comprend ainsi que les soignants et l'ensemble du personnel s'occupant de l'enfant doivent avoir été préalablement formés car cela fait partie intégrante du parcours de soin. L'équipe doit être préparée aux éventuelles questions des parents pour ne pas être submergée par l'émotion. [32]

En 2011, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un guide d'accompagnement concernant les enjeux et spécificités des enfants et adolescents en établissement de santé. Ce guide s'appuie sur la charte des enfants hospitalisés et y développe davantage certaines notions. L'HAS indique que le personnel doit être suffisamment formé à la communication et l'information auprès des enfants et adolescents à la fois en formation initiale et continue. Elle indique également que le soignant doit être formé à la pratique de techniques sous le regard des parents. [33]

La pédiatrie représente un champ clinique très large. Il apparaît que les connaissances nécessaires à la fois théoriques mais également pratiques pour assurer des prises en charge efficaces ne peuvent donc pas toutes être abordées en formation initiale. En effet, peu de littératures renseignent de façon précise les pathologies prévalentes concernant la kinésithérapie pédiatrique et ne sensibilisent pas les masseurs-kinésithérapeutes aux réalités des besoins de la prise en charge des enfants.

C'est ainsi que la question de recherche suivante se pose : « **De quelle manière, les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en rééducation pédiatrique répondent-ils aux besoins qu'ils ressentent pour exercer cette spécificité ?** »

À partir de cette question nous tenterons de répondre aux hypothèses suivantes :

H1 : Il existe des différences de niveau de formation en pédiatrie selon la région de formation, l'âge et l'expérience du masseur-kinésithérapeute.

H2 : Les masseurs-kinésithérapeutes manquent de connaissances pratiques à la fin de leur formation initiale.

H3 : Les besoins des masseurs-kinésithérapeutes concernent principalement le champ cardio-respiratoire.

III) Méthode

1) Choix de la méthode

La méthode utilisée est une méthode quantitative, il s'agit d'un questionnaire. Cette méthode peut permettre d'avoir un grand nombre de réponses et d'obtenir des informations qui représentent de façon plus importante l'ensemble de la population étudiée. Cependant cette méthode a l'inconvénient d'obtenir des réponses succinctes puisqu'il s'agit principalement de questions à choix unique ou multiple (QCU et QCM). Le participant ne peut donc pas toujours développer ses idées.

2) Objectif

L'objectif de cette enquête par questionnaire est d'identifier les besoins que peuvent avoir les masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge des enfants et comment ils y répondent.

3) Population étudiée

La population étudiée sont les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés prenant en charge des enfants et ayant réalisé leurs études en France.

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Être masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
- Avoir réalisé ses études pour devenir MKDE en France
- Prendre en charge des enfants

b) Nombres de réponses minimales nécessaires

Il y a environ 90 000 masseurs-kinésithérapeutes en France dont 92% prenant en charge des enfants de façon régulière ou occasionnelle. [22][28]

D'après le site Survey Monkey, en choisissant un niveau de confiance à 95% ainsi qu'une marge d'erreur de 5%, la taille d'échantillon pour une population cible entre 10 000 et 100 000 personnes est donc de 383 personnes. Il faudrait donc qu'au moins 383 personnes répondent au questionnaire pour que les réponses à ce dernier soient significatives. [34]

pour une marge d'erreur de $\pm 3\%$, $\pm 5\%$ et $\pm 10\%$			
Population	$\pm 3\%$	$\pm 5\%$	$\pm 10\%$
500	345	220	80
1000	525	285	90
3000	810	350	100
5000	910	370	100
10 000	1 000	385	100
100 000	1 100	400	100
1 000 000	1 100	400	100
10 000 000	1 100	400	100

Figure 1. Estimation du nombre de réponses nécessaires selon la marge d'erreur

4) Type de questions et organisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à partir de Google Forms. Le temps de réalisation est estimé à 10 minutes. Il se compose d'une introduction puis de 41 questions réparties en 20 sections. Il y a 26 questions à choix unique, 12 questions à choix multiples et 3 questions à réponses libres et facultatives. (Cf. tableau 4 et figure 2)

Les participants ne répondent pas à toutes les questions puisque les questions proposées sont dépendantes des réponses précédentes. Les participants répondent au minimum à 35 questions et au maximum à 38. (Cf. Annexe 3)

Tableau 4. Numéro de section et contenu associé

Numéro de section	Questions et thèmes associés
Section 1	Introduction
Section 2 et 3	Q1 et Q2 : Critères d'inclusion
Section 4	Q3 : Structure d'exercice
Section 5	Q4 à Q6 : Informations générales
Section 6	Q7 à Q15 : Questions sur la formation initiale
Section 7	Q 16 : Questions sur la proportion d'enfant pris en charge

Section 8 à 16	Q17 à Q 28 : Questions sur les différents champs cliniques
Section 17	Q29 à 32: Questions sur la triade relationnelle
Section 18	Q 33 et Q 34 : Autres formations continues et diplômes
Section 19	Q35 et Q36 : Auto-évaluation
Section 20	Q37 et Q39 : Proposition de thèmes
Section 21	Q40 et Q41 : Moyens pédagogiques utilisés en formation initiale et continue
Section 22	Fin du questionnaire

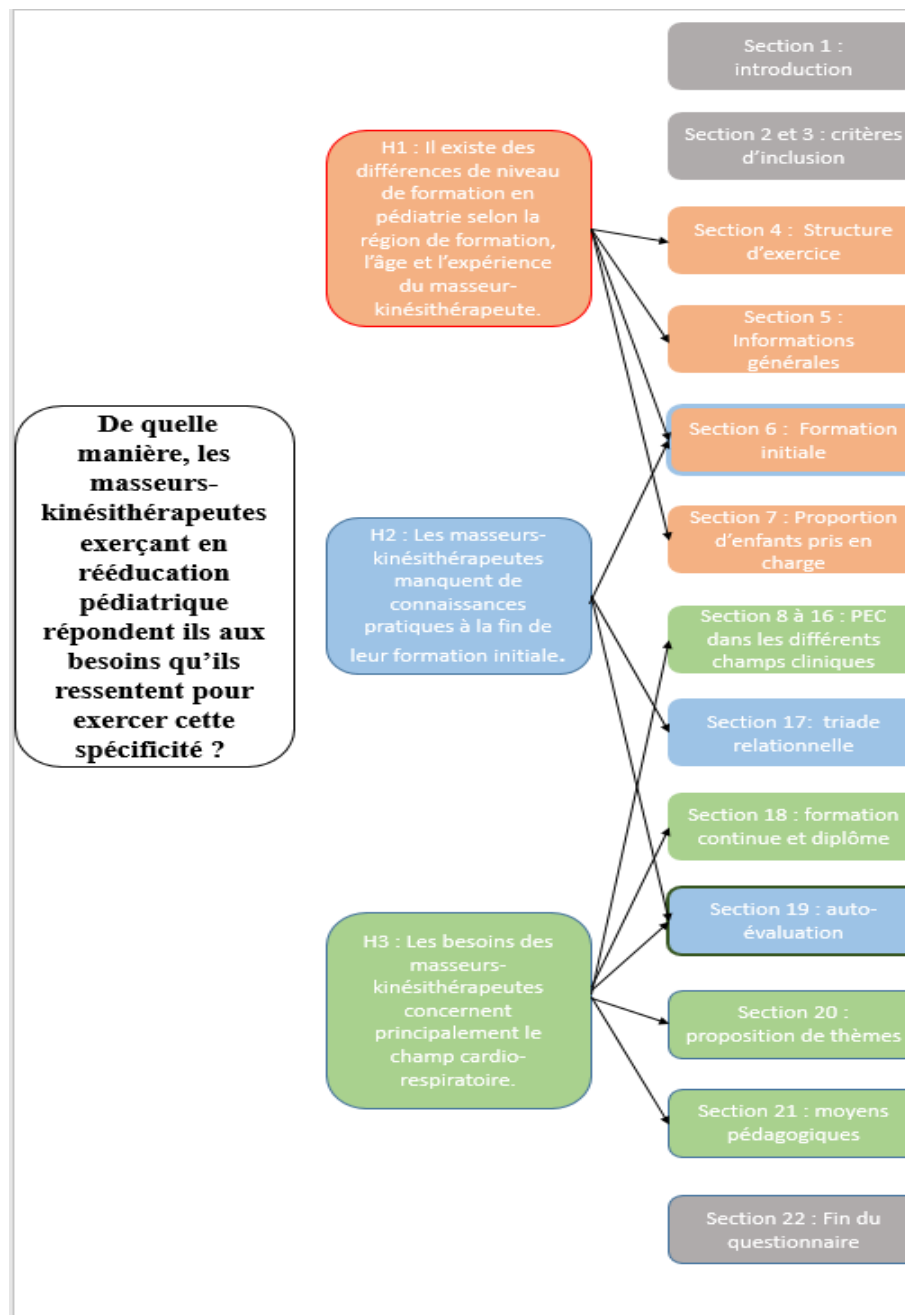


Figure 2. Schéma de la construction du questionnaire

5) Phase de pré-test et diffusion

a) Pré-test

Une phase de pré-test a eu lieu en semaines 46 et 47. Cinq étudiants en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie ont réalisé le questionnaire et fait un retour sur l'organisation des questions, leur pertinence et leur formulation. Également 2 personnes n'ayant pas de formation en santé ont réalisé le test pour avoir un avis extérieur sur l'aspect du questionnaire. Certaines questions ont ainsi été modifiées :

-La question n°1 est passée de « Êtes-vous masseur-kinésithérapeute diplômé d'État ? » à « Avez-vous réalisé vos études pour devenir MKDE en France ? » car je m'interroge sur les besoins des kinés dans le domaine de la pédiatrie après leur formation initiale en France.

-La question n°2 est passée de « Dans quel institut avez-vous réalisé vos études ... ? » à « Dans quelle région, avez-vous suivi votre formation initiale pour devenir MKDE ? » Afin de diminuer le nombre de propositions mais également pour ne pas comparer à l'échelle locale mais plutôt régionale.

- Les questions n°19, n°22 et n°25 sont passées de questions libres à questions à choix multiples.

b) Mode de diffusion

Le questionnaire a été partagé sur le réseau social FACEBOOK dans différents groupes :

-Avis stages kiné France (5.4K membres)

-Entraide à la recherche kiné-étudiant et DE (3.8 K membres)

-Association des Kinés pédiatriques du Territoire Normands (1500 membres)

- TADEI (1.5 K membres)

-Le réseau des kinés de Basse-Normandie (1.2 K membres)

-Objectif mémoire kiné (268 membres)

c) Calendrier

Il y a eu une première diffusion sur le réseau social puis deux relances. (cf. tableau 5)

Tableau 5. Planning de la diffusion du questionnaire

1 ^{ère} diffusion	1 ^{ère} relance	2 ^{ème} relance
03 février 2022 à 18h00	17 février 2022 à 18h00	03 mars 2022 à 18h00

Les réponses aux questionnaires ont été acceptées jusqu'au 15 mars 2022.

IV) Résultat

1) Critères d'inclusion

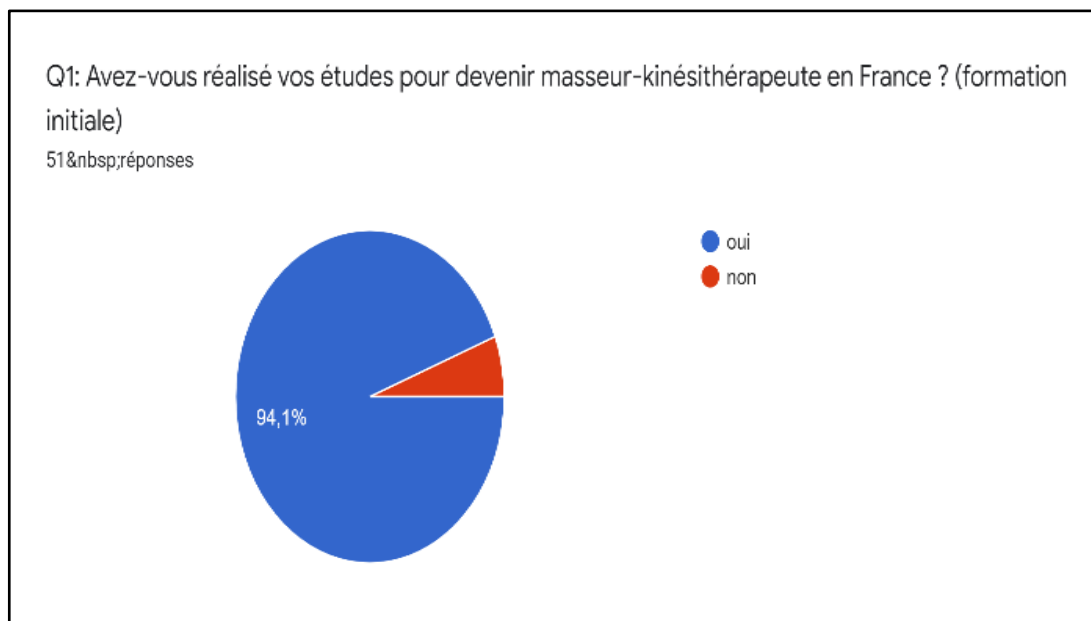


Figure 3. Critère d'exclusion n°1

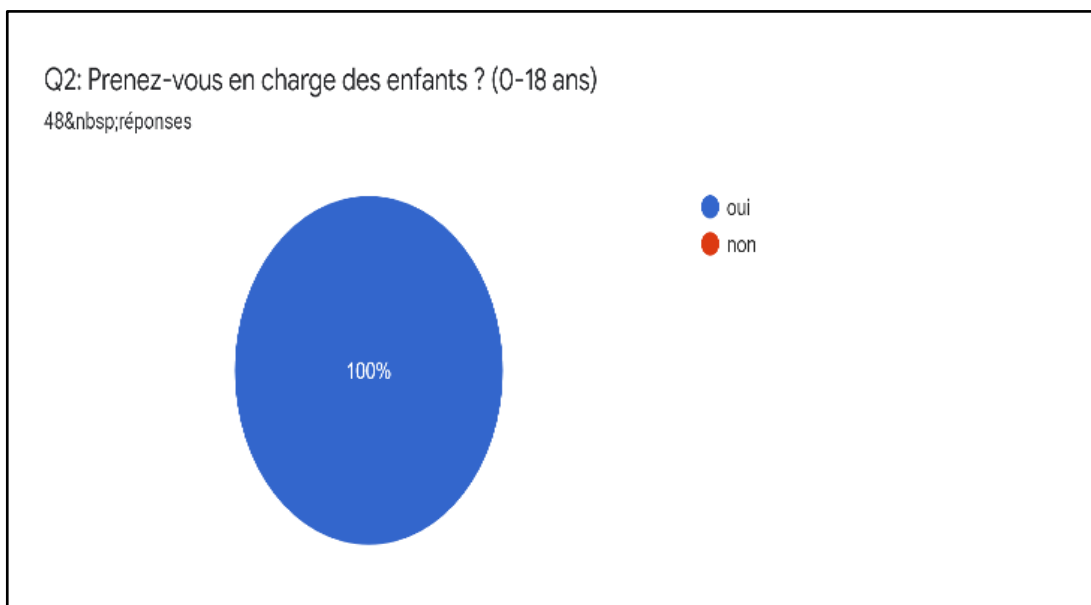


Figure 4. Critère d'exclusion n°2

51 MK ont participé au questionnaire, parmi eux 3 ont été exclus grâce aux deux premières questions car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Il y a donc eu 48 masseurs-kinésithérapeutes ayant réalisé en entier ce questionnaire. (cf. figure 3 et 4)

2) Description de la population

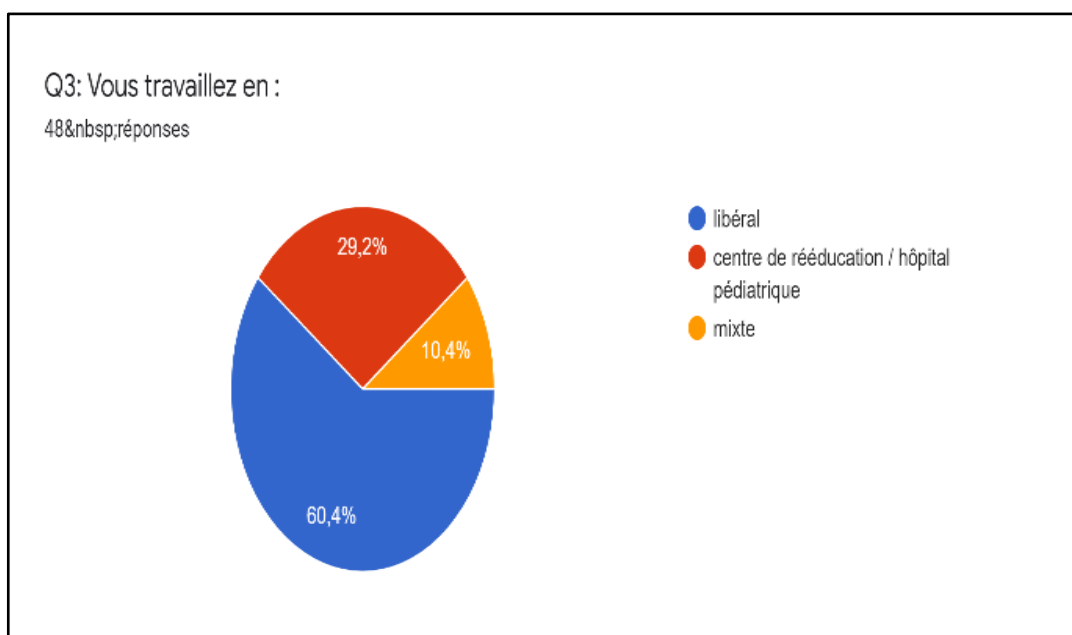


Figure 5. Mode d'exercice des participants

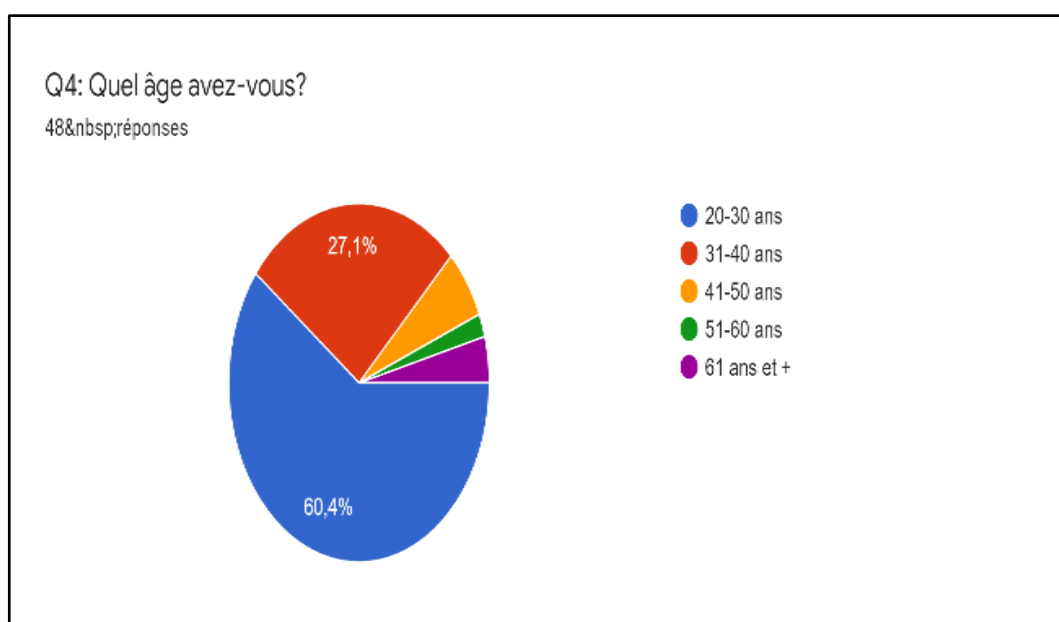


Figure 6. Age des participants

Sur les 48 participants, 29 (60,4%) travaillent en libéral, 14 (29,2%) en tant que salarié et 5 (10,4%) ont une activité mixte.

29 participants (60,4%) ont entre 20 et 30 ans, 13 participants (27,1%) ont entre 31 et 40 ans, 3 (6,3%) ont entre 41 et 50 ans, 1 (2,1%) a entre 51 et 60 ans et 2 (4,2%) ont plus de 60 ans.

(cf. figure 5 et 6)

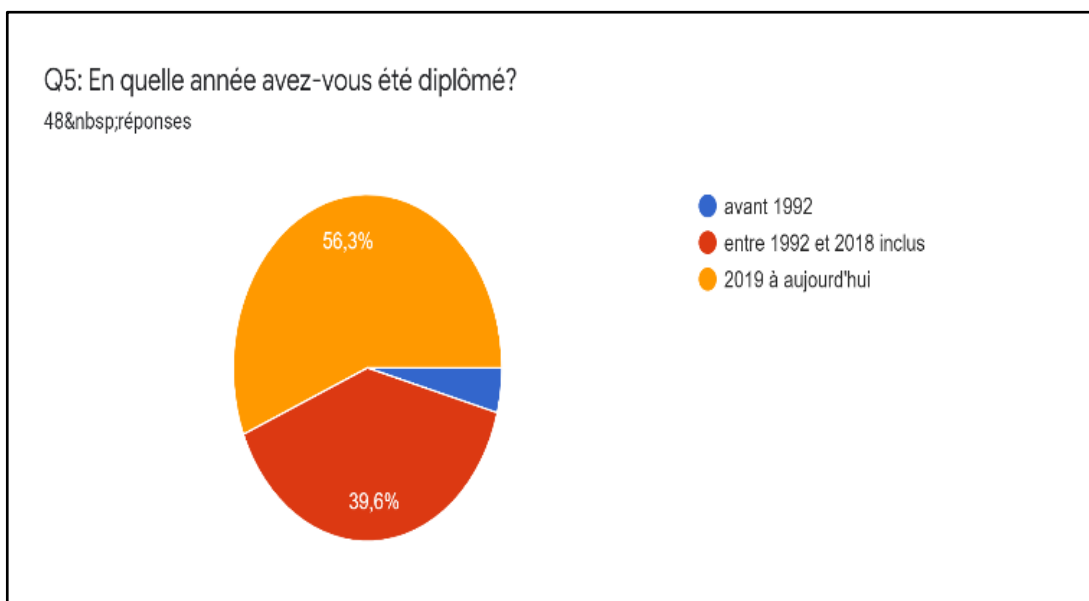


Figure 7. Année d'obtention du diplôme de MKDE

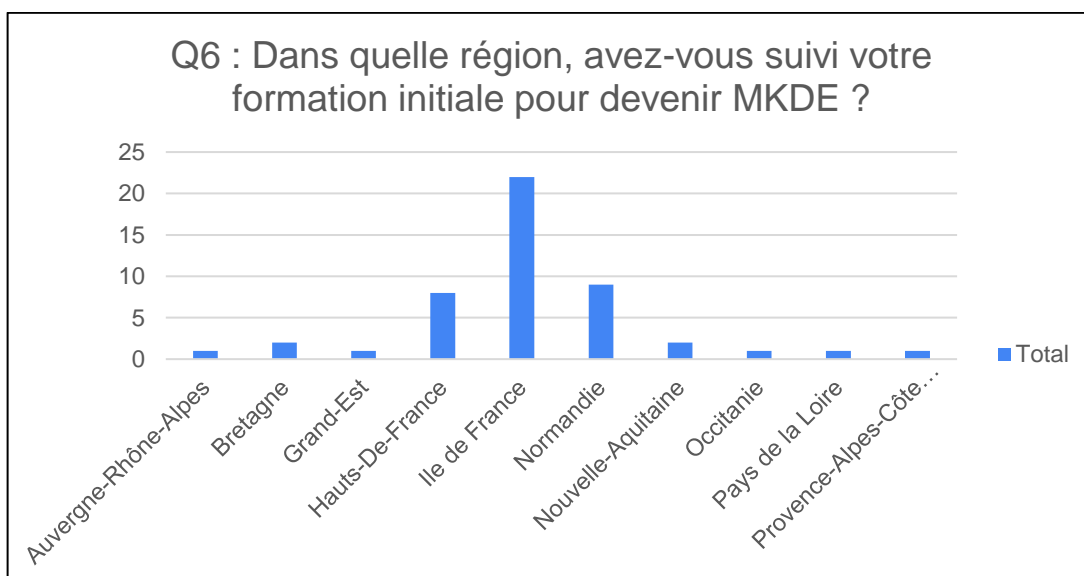


Figure 8. Région de formation initiale des participants

27 MK (56.3 %) ont été diplômés de 2019 à aujourd'hui, 19 MK (39.6%) ont été diplômés entre 1992 et 2018 et 2 MK (4.2%) ont été diplômés avant 1992.

Les participants ont réalisé leur formation initiale en Ile de France pour 22 d'entre eux (45.8%), en Normandie pour 9 d'entre eux (18.8%), en Haut de France pour 8 d'entre eux (16.7%). Les autres participants ont réalisé leur formation en Bretagne pour 2 MK (4.2%), en Nouvelle Aquitaine pour 2 MK également (4.2%), et les 5 autres MK ont réalisé leurs études en Provence Alpes Côte d'Azur (2.1%), en Occitanie (2.1%), en Pays de la Loire (2.1%), en Auvergne Rhône Alpes (2.1%), et dans la région Grand Est (2.1%). (cf. figure 7 et 8)

3) Formation initiale

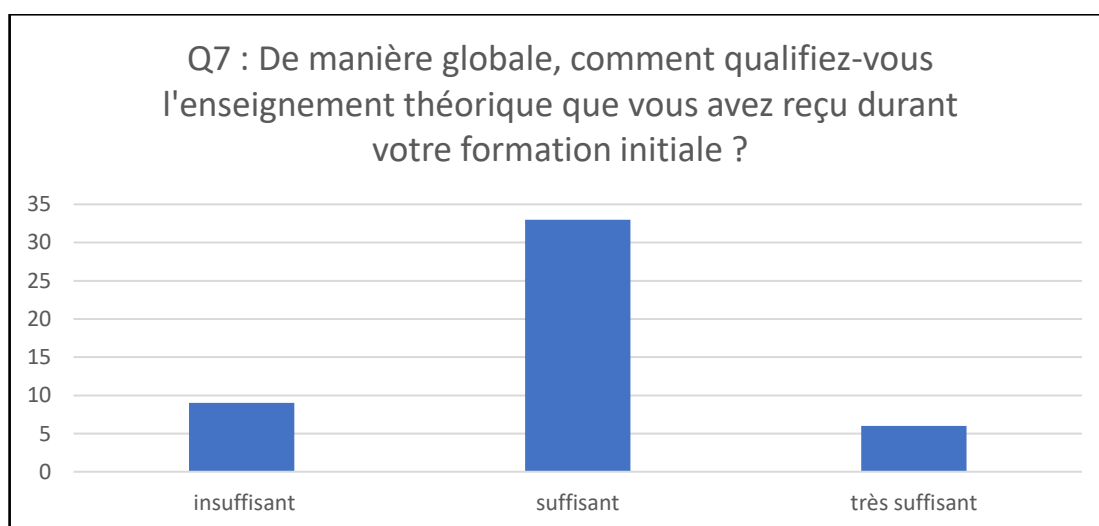


Figure 9. Qualification de l'enseignement théorique global

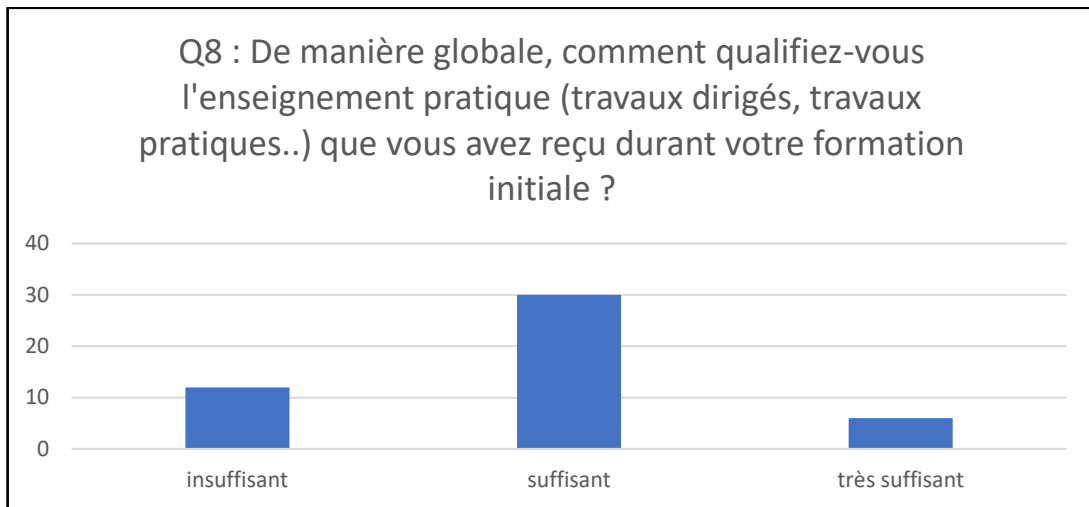


Figure 10. Qualification de l'enseignement pratique global

9 MK (18.8%) qualifient l'enseignement théorique global (tous domaines confondus) en formation initiale comme insuffisant, 33 (68.8%) comme suffisant et 6 (12.5%) comme très suffisant.

Concernant l'enseignement pratique global (tous domaines confondus également), 12 MK (25%) le qualifient comme insuffisant, 30 (62.5%) comme suffisant et 6 (12.5 %) comme très suffisant. (cf. figure 9 et 10)

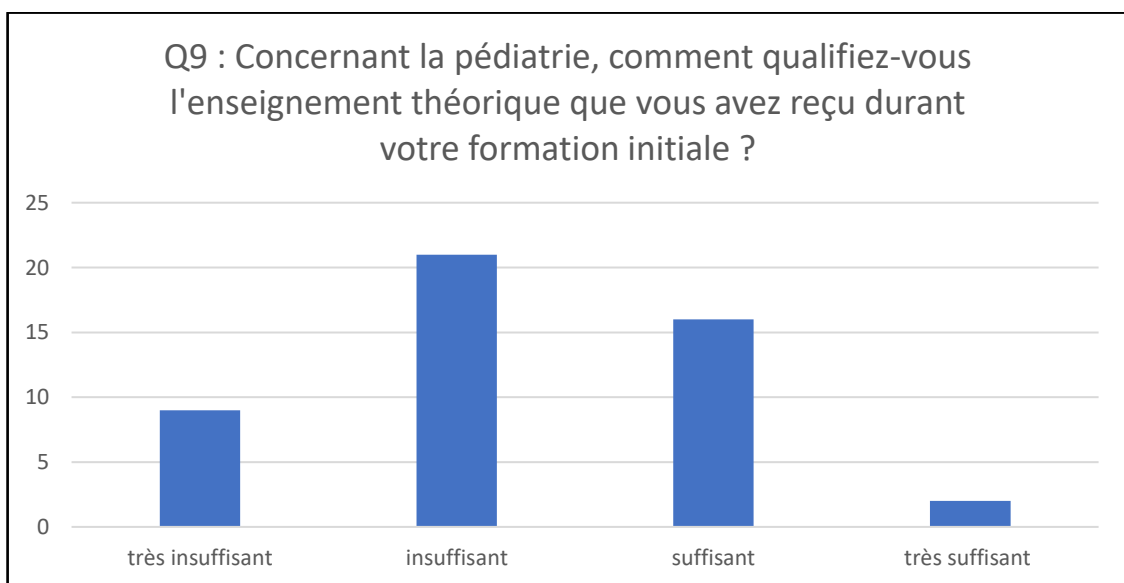


Figure 11. Qualification de l'enseignement théorique en pédiatrie

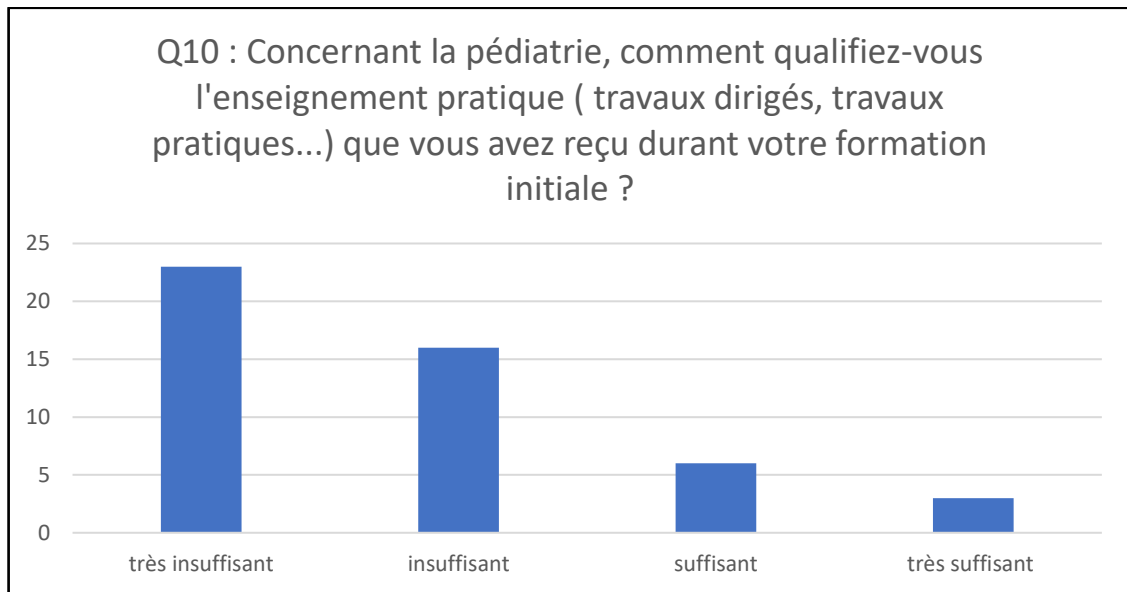


Figure 12. Qualification de l'enseignement pratique en pédiatrie

Concernant l'enseignement théorique dans le domaine de la pédiatrie, 9 MK (18.8%) le qualifient comme très insuffisant, 21 MK (43.8%) comme insuffisant, 16 (33.3%) comme suffisant et 2 (4.2%) comme très suffisant.

Concernant l'enseignement pratique dans le domaine de la pédiatrie, 23MK (47.9%) le qualifient comme très insuffisant, 16 (33.3%) comme insuffisant, 6 (12.5%) comme suffisant et 3 (6.3%) comme très suffisant. (cf. figure 11 et 12)

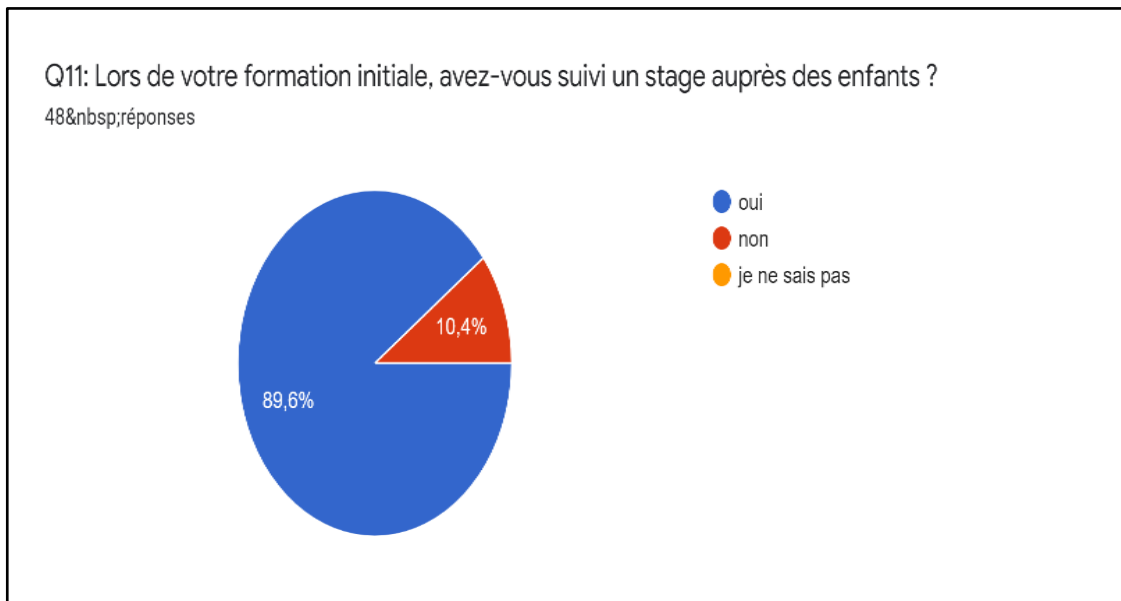


Figure 13. Participation à un stage pédiatrique

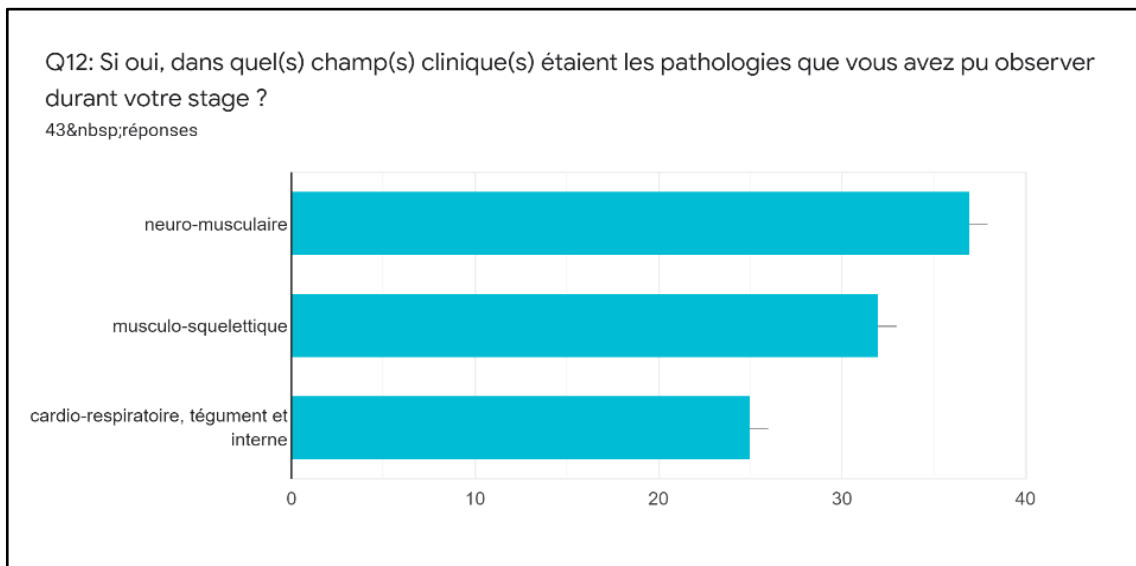


Figure 14. Champs cliniques rencontrés en stage

43 MK (89.6%) ont réalisé un stage en pédiatrie durant leur formation initiale. Le champ clinique principalement abordé durant ce stage était le champ neuro-musculaire (86%) puis le champ musculo-squelettique (74.4%) et enfin le champ cardio-respiratoire, tégument et interne (58.1%).

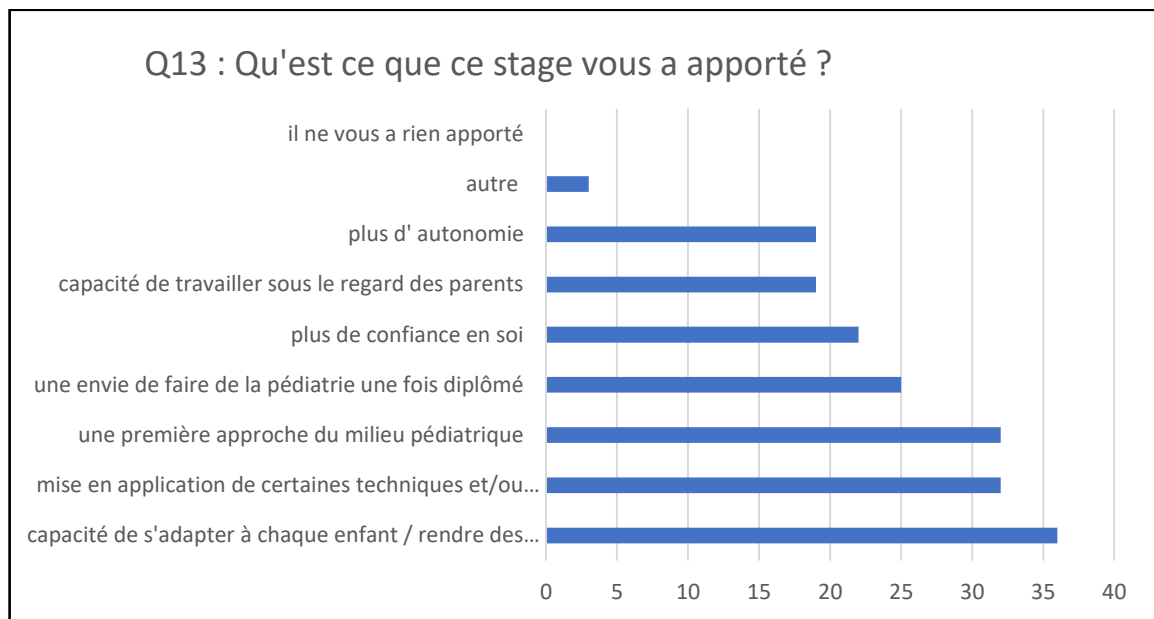


Figure 15. Apport du stage

A la question 13 « qu'est-ce que ce stage vous a apporté ? », la proposition la plus choisie a été « capacité de s'adapter à chaque enfant/rendre des séances ludiques » avec 36 voix (83.7%). Puis les propositions « mise en application de certaines techniques et/ou bilan spécifiques en pédiatrie » et « une première approche du milieu pédiatrique » avec chacune 32 voix (74.4%). La proposition « une envie de faire de la pédiatrie une fois diplômé » a obtenu 25 voix (58.1%). La proposition « plus de confiance en soi » a obtenu 22 voix (51.2%), les propositions « capacité de travailler sous le regard des parents » et « plus d'autonomie » ont obtenu toutes les deux 19 voix (44.2%). Il n'y a eu aucune voix pour la proposition « il ne vous a rien apporté ».

Il y a eu 3 réponses à la proposition « autre » qui sont : « intégration et implication de la famille dans la prise en charge », « apprentissage de tout un tas de techniques dont le guidage des NEM » et « les limites de l'empathie ». (cf. figure 14 et 15)

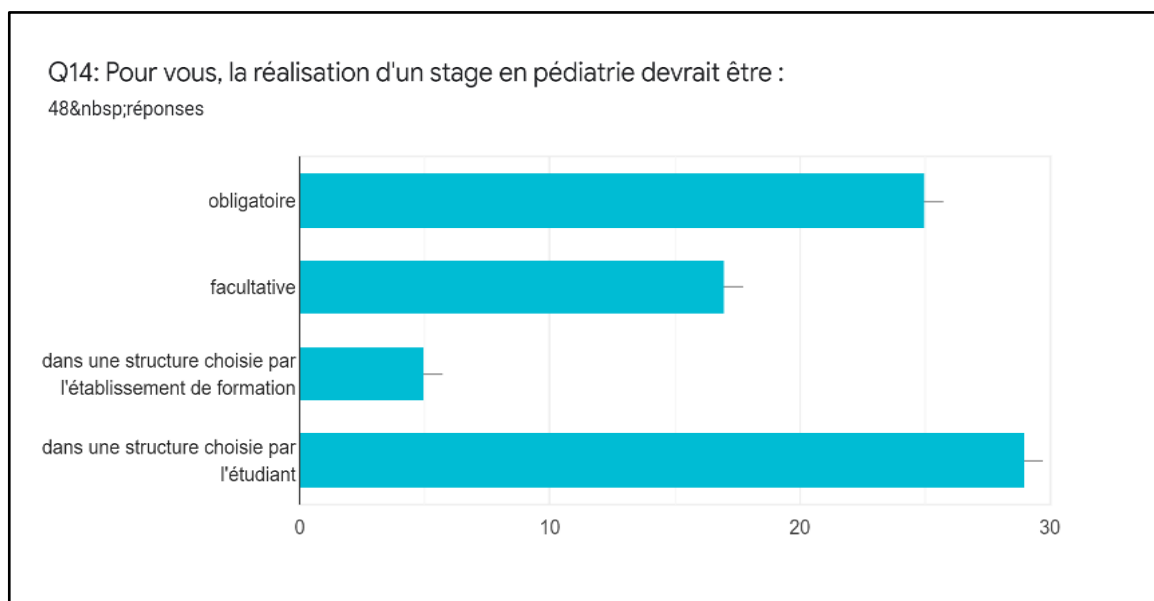


Figure 16. Modalités du stage en pédiatrie

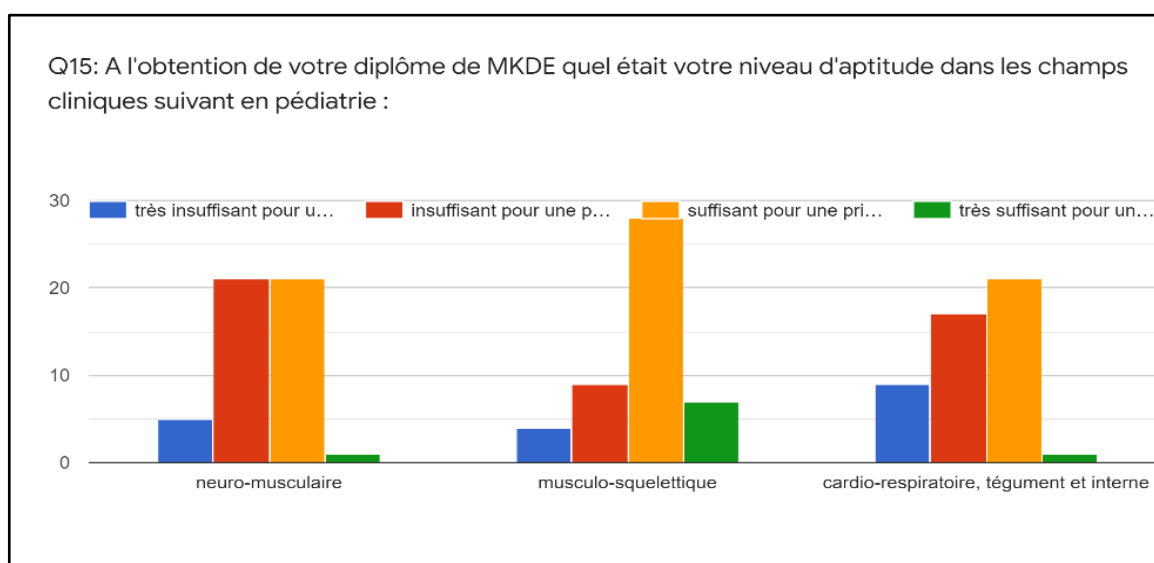


Figure 17. Niveau d'aptitude dans les différents champs cliniques à l'obtention du diplôme

Le stage en pédiatrie devrait être obligatoire pour 25 MK (52.1%) et facultative pour 17 MK (35.4%). Il devrait être dans une structure choisie par l'étudiant pour 29 MK (60.4%) et imposé par l'établissement pour 5 MK (10.4%)

Les kinés ont estimé leur niveau d'aptitude dans le champ neuro-musculaire à la sortie de la formation initiale comme très insuffisant pour 5 MK (10.4%), comme insuffisant pour 21 MK (43.75) comme suffisant pour 21 MK (43.75) et comme très suffisant pour 1 MK (2.1%).

Concernant le champ musculo-squelettique, 4 MK (8.4%) l'estiment comme très insuffisant, 9 (18.7%) comme insuffisant, 28 (58.3%) comme suffisant et 7 (14.6%) comme très suffisant.

Concernant le champ cardio respiratoire, 9 MK (18.7%) l'estiment comme très insuffisant, 17 (35.5%) comme insuffisant, 21 (43.7%) comme suffisant et 1 (2.1%) comme très suffisant. (cf. **figure 16 et 17**)

4) PEC en pédiatrie

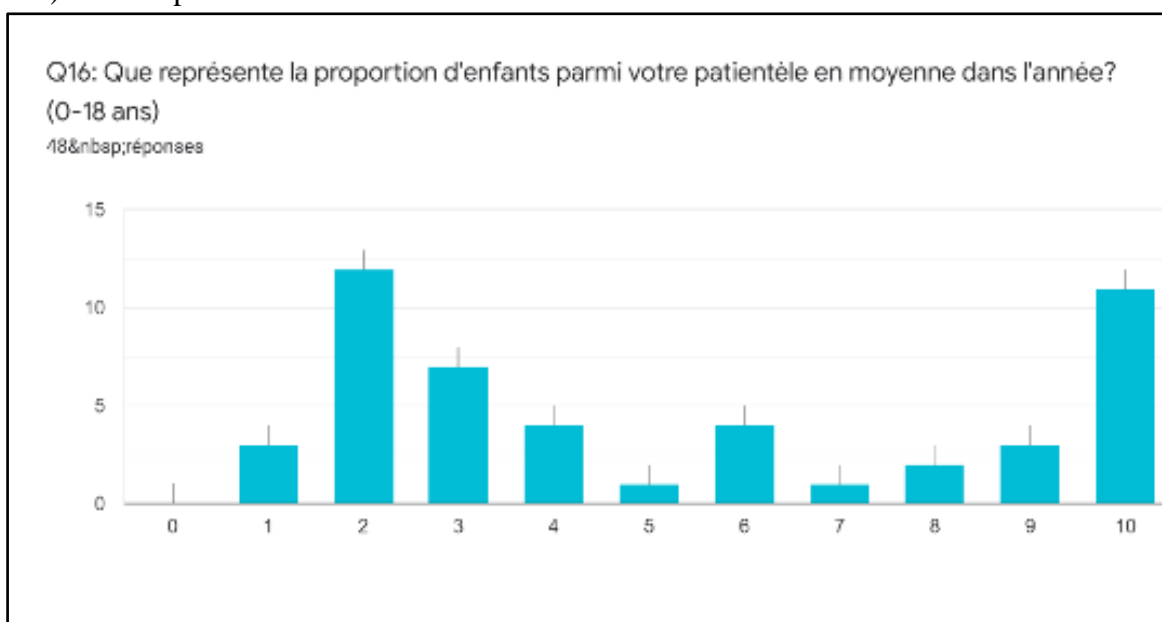


Figure 18. Proportion d'enfants pris en charge

La proportion d'enfants parmi leur patientèle est de moins de 50% d'enfants pour 26 MK (54.2%). De 50% d'enfants pour 1 MK (2.1%). Entre 50 et 90% pour 10 MK (20.8%) et de 100% d'enfants pour 11 MK (22.9%). (cf. **figure 18**)

Champ neuro-musculaire

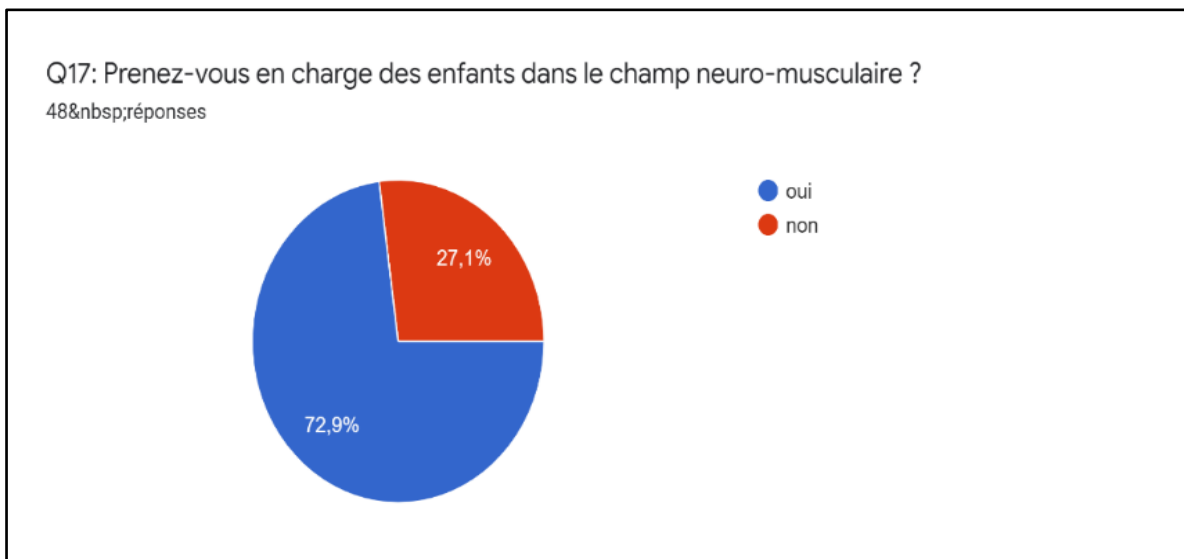


Figure 19. PEC dans le champ neuro-musculaire

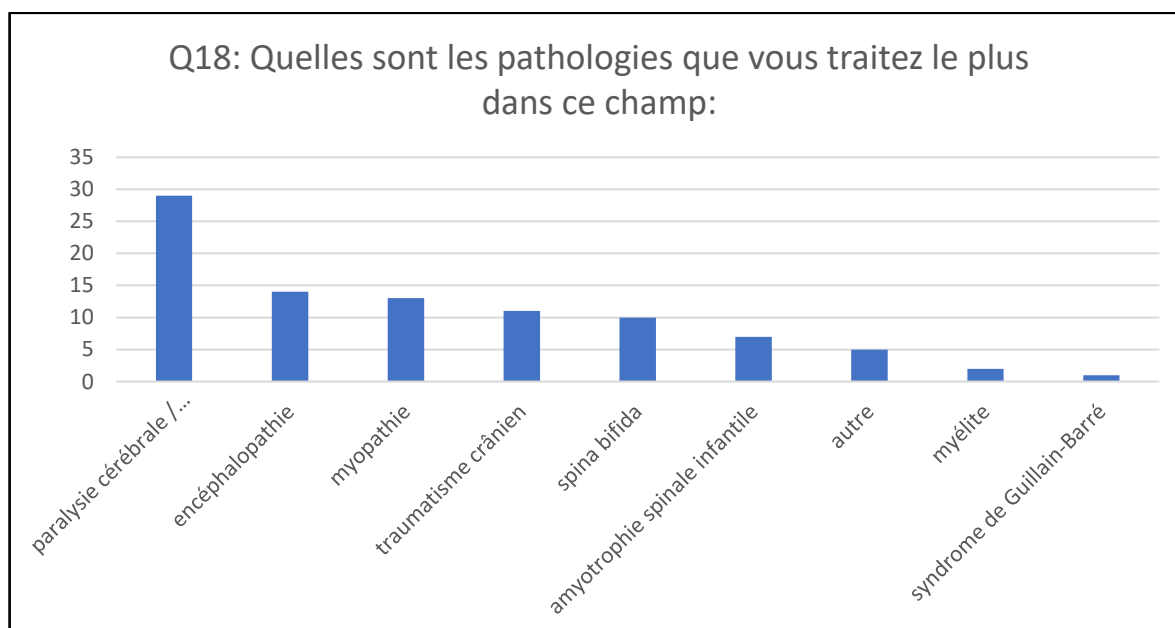


Figure 20. Pathologies prévalentes dans le champ neuro-musculaire

35 (72.9%) des MK interrogés disent prendre en charge des enfants dans le champ neuro-musculaire. Dans ce champ les trois pathologies les plus prises en charge sont la paralysie cérébrale avec 29 voix (82.9%), les encéphalopathies avec 14 voix (40%) puis les myopathies avec 13 voix (37.1%). On retrouve ensuite les traumatismes crâniens avec 11 voix (31.4%), les

spina bifida avec 10 voix (28.6%), les amyotrophies spinales infantiles avec 7 voix (20%), les myélites avec 2 voix (5.7%) et le syndrome de Guillain-Barré avec 1 voix (2.9%).

Parmi les propositions « autre » on retrouve : « Suivi d'enfants prématurés ou hospitalisés en néonatale pour du développement psycho moteur », « hémiplégie », « cytopathie mitochondriale », « maladie génétique » et « paraplégie, syndrome cérébelleux ». (cf. figure 19 et 20)

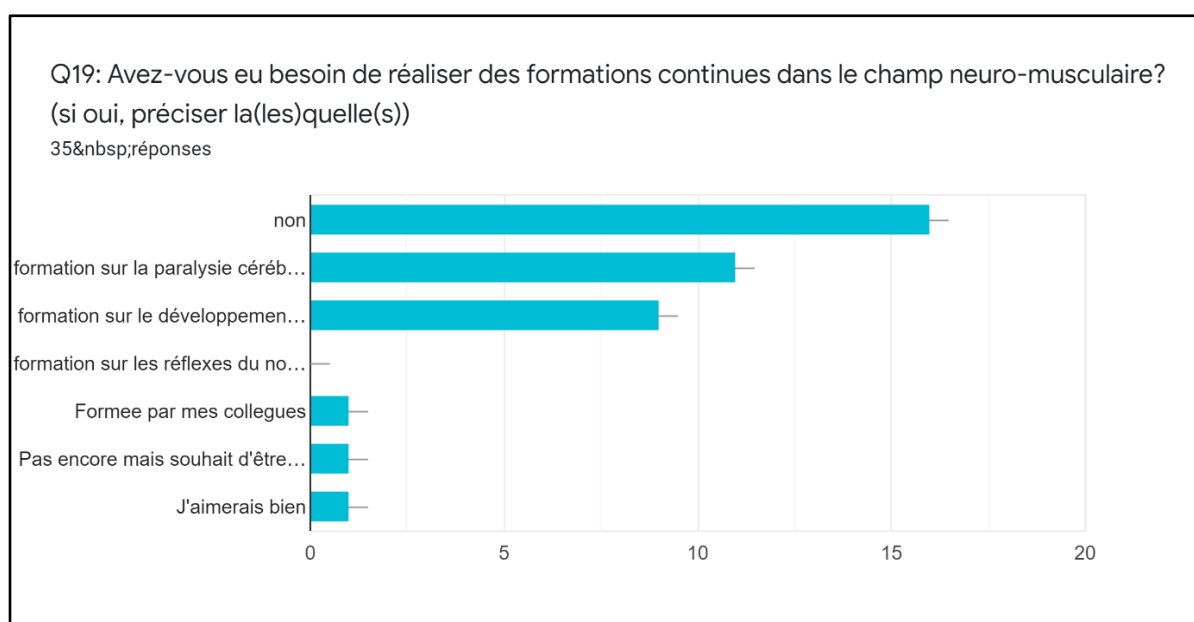


Figure 21. Réalisation de formations continues dans le champ neuro-musculaire

16 MK (45.7%) disent ne pas avoir eu besoin de formation dans ce champ clinique.

11 MK (31.4%) ont réalisé une formation sur la paralysie cérébrale, 9 (25.7%) sur le développement psycho-moteur. Dans la proposition autre une personne (2.9%) a indiqué « formée par mes collègues » 1 personne (2.9%) a indiqué « pas encore mais souhait d'être formé dans ces différents domaines » et une dernière personne (2.9%) a indiqué « j'aimerais bien » (cf. figure 21)

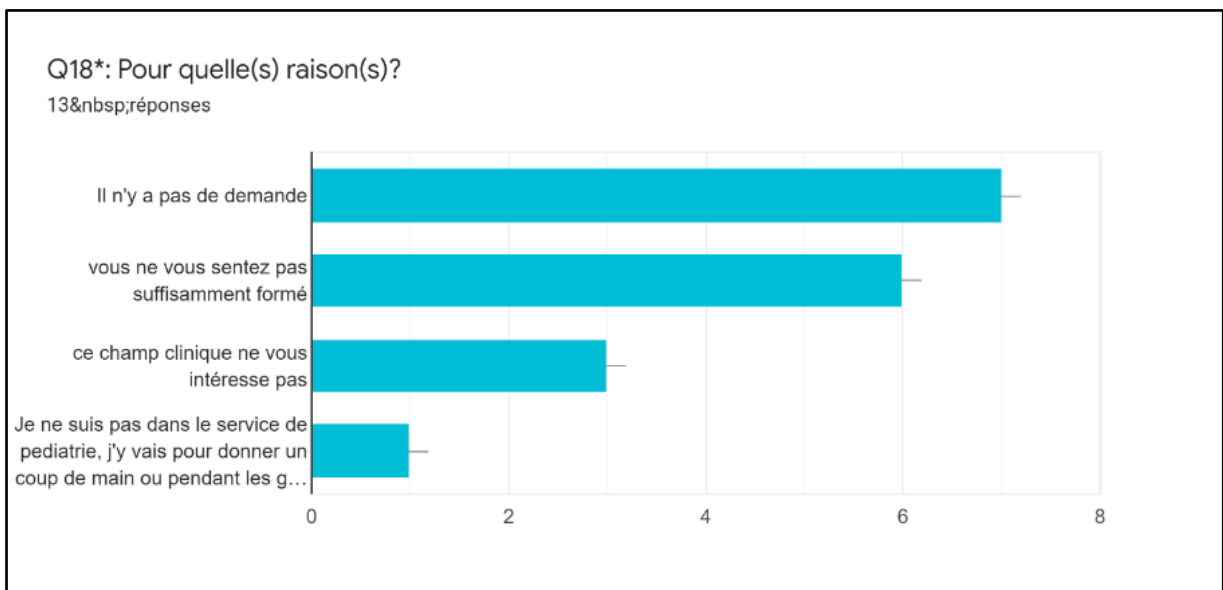


Figure 22. Les raisons de ne pas prendre en charge d'enfants dans le champ neuro-musculaire

A la question concernant la raison pour laquelle ils ne prenaient pas en charge d'enfants dans ce champ 7 MK (53.8%) ont répondu qu'ils n'avaient pas de demande, 6 (46.2%) ont répondu qu'ils ne se sentaient pas suffisamment formés, 3 (23.1%) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés par ce domaine. A la proposition « autre », 1 personne (7.7%) a répondu « Je ne suis pas dans le service de pédiatrie, j'y vais pour donner un coup de main ou pendant les gardes » (cf. figure 22)

Champ musculo-squelettique

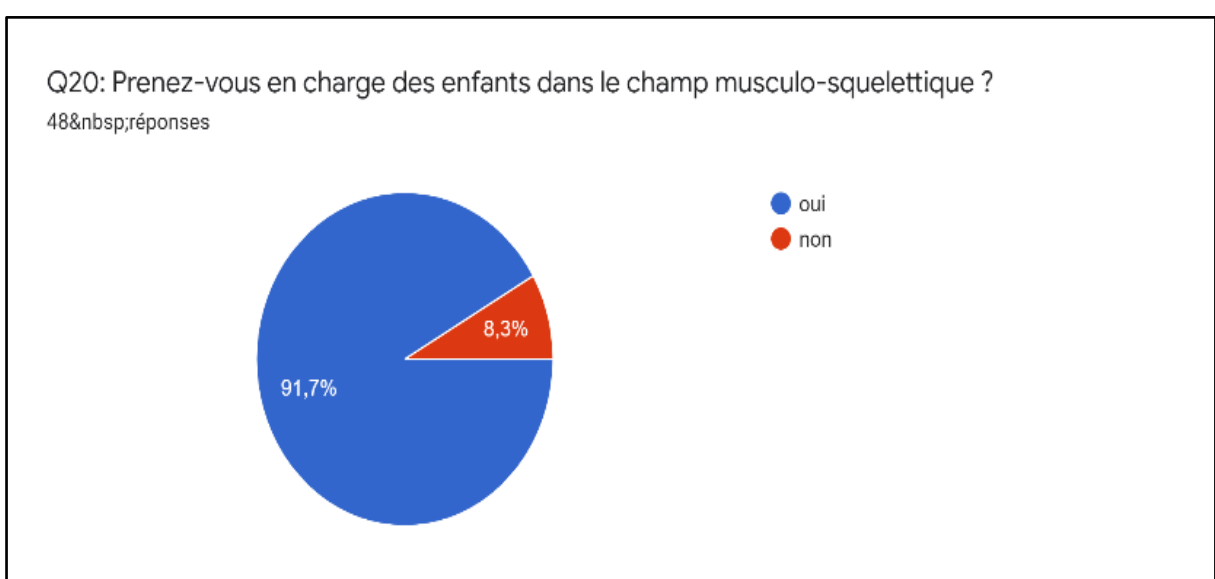


Figure 23. PEC dans le champ musculo-squelettique

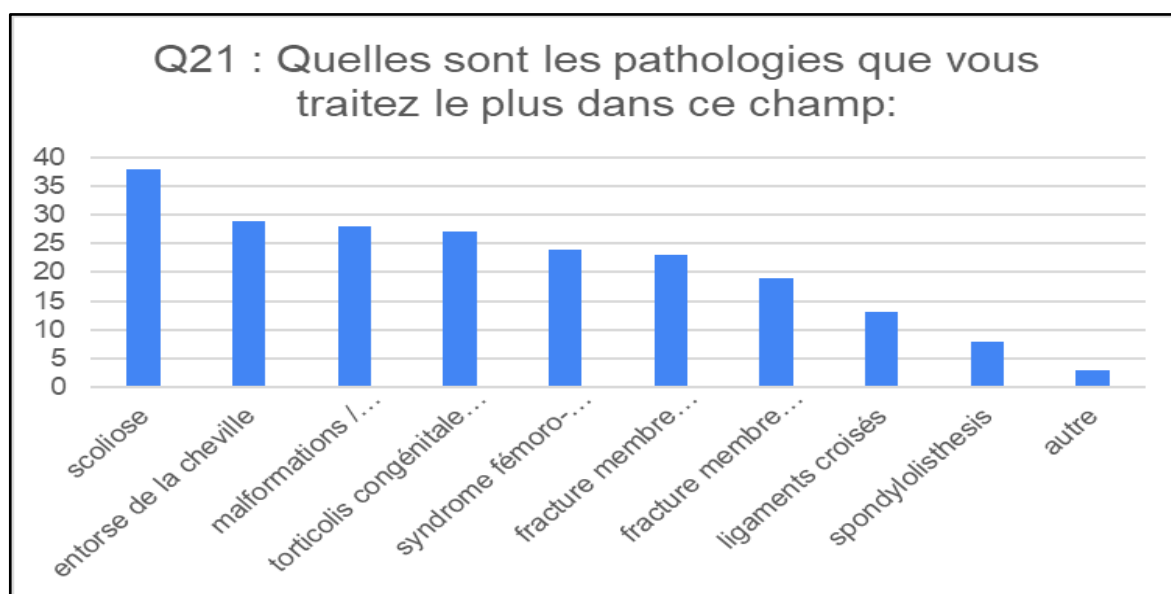


Figure 24. Pathologies prévalentes dans le champ musculo-squelettique

44 des MK interrogés (91.7 %) disent prendre en charge des enfants dans le champ musculo-squelettique. Dans ce champ les pathologies les plus prises en charge sont la scoliose avec 38 voix (86.4%), l'entorse de la cheville 29 voix (65.9%), les malformations/ malpositions du pied 28 voix (63.6%) suivies de près par les torticolis congénitaux / déformation crânienne 27 voix (61.4%) et les syndrome fémoro-patellaires avec 24 voix (54.5%). Puis les fractures des membres inférieurs et supérieurs avec respectivement 23 (52.3%) et 19 (43.2%) voix, les ruptures du ligament croisé avec 13 voix (29.5%) et enfin les spondylolisthésis avec 8 voix (18.2%).

Dans les 3 propositions « autre » on retrouve : « Epiphysiolyse/osteocondrite/Opération multi-étagée », « marche en équin, chirurgie multisites, post opératoire allongement » et « maladie de legg-Calvé-Perthes ». (Cf. figure 23 et 24)

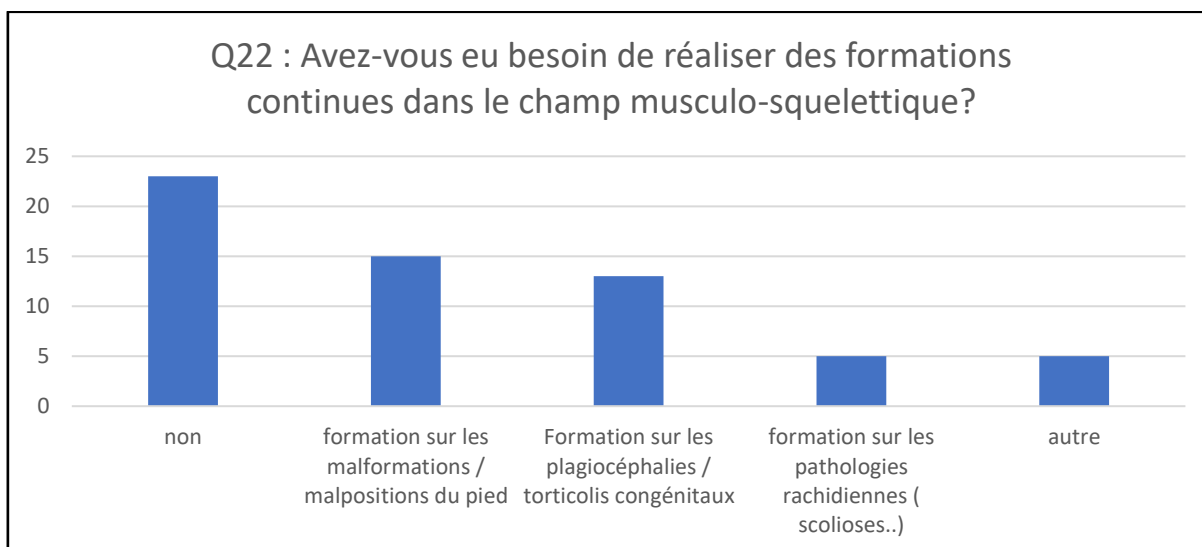


Figure 25. Réalisation de formation continues dans le champ musculo-squelettique

23 MK (52.3%) disent ne pas avoir eu besoin de réaliser de formation dans ce domaine, 15 MK (34.1%) ont réalisé une formation sur les malformations des pieds, 13 (29.5%) sur les plagiocéphalies, 5 (11.4%) ont réalisé des formations sur les pathologies rachidiennes. Dans la proposition « autre », on retrouve « méthode Busquet, méthode Sohier », « en projet sur les pathologies rachidiennes », « j’ai été formée dans mon établissement par mes collègues donc formation globale », « DIU PC et patho associées » ou encore « formation Forestier en motricité libre » (cf. figure 25)

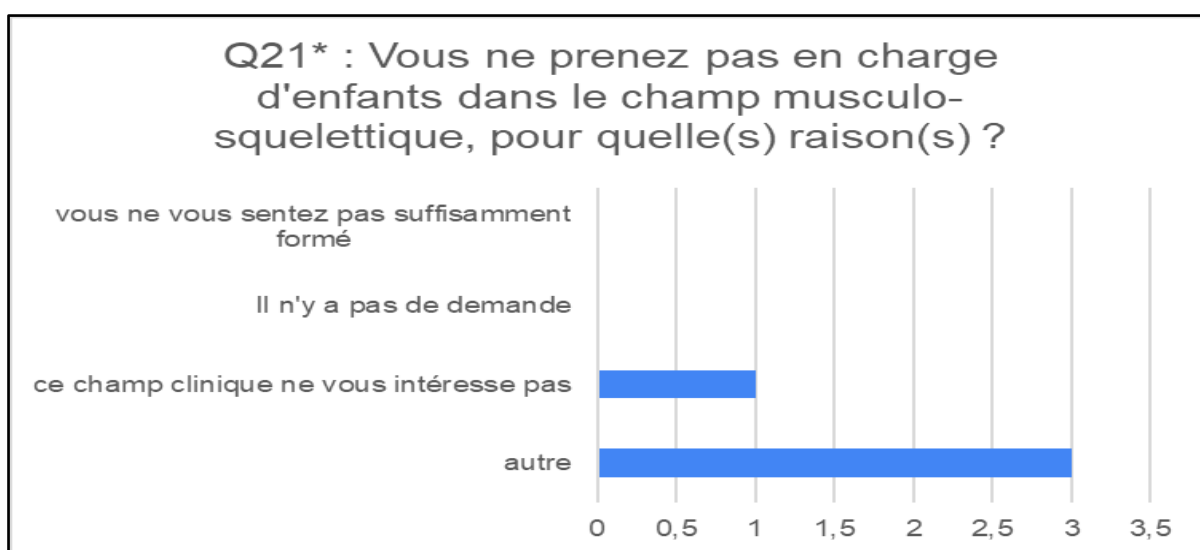


Figure 26. Raison de ne pas prendre en charge d'enfants dans le champ musculo-squelettique

Parmi les 4 MK ne prenant pas en charge d'enfant dans ce champ, 1 personne (25%) a indiqué que ce champ ne l'intéressait pas et 3 MK (75%) ont indiqué dans la proposition « autre » : « Exercice en institut d'éducation motrice donc PEC neuro+++ », « même réponse que précédemment » et « mon centre n'accueille que des paralysies cérébrales (imp) ». (cf. figure 26)

Champ cardio-respiratoire tégument et interne

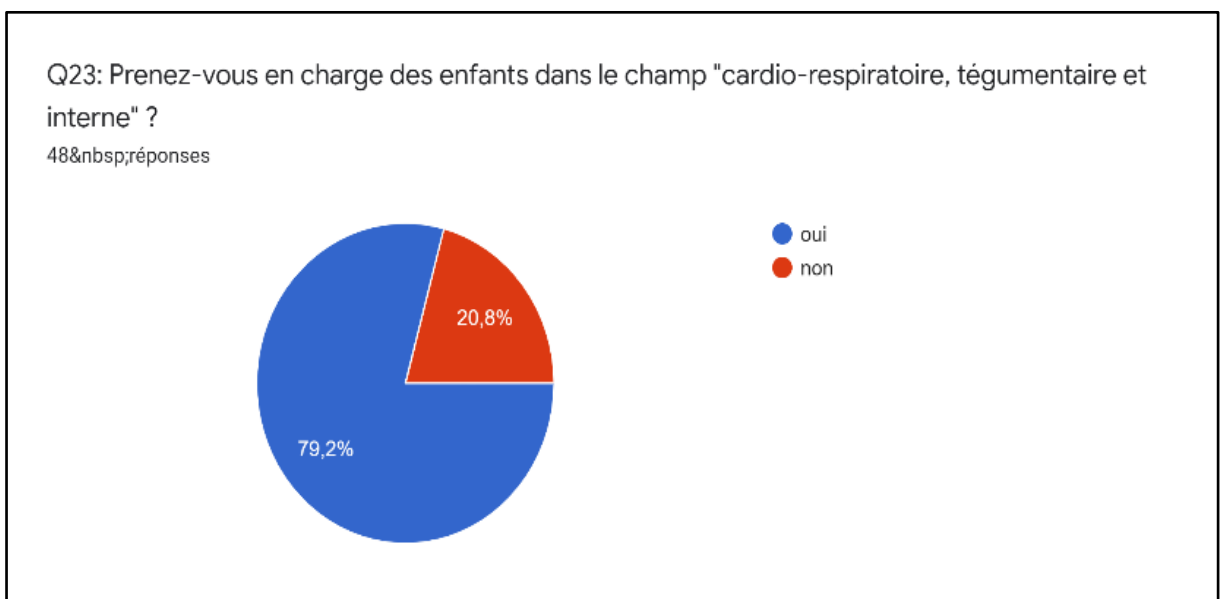


Figure 27. PEC dans le champ "cardio-respiratoire, tégumentaire et interne"

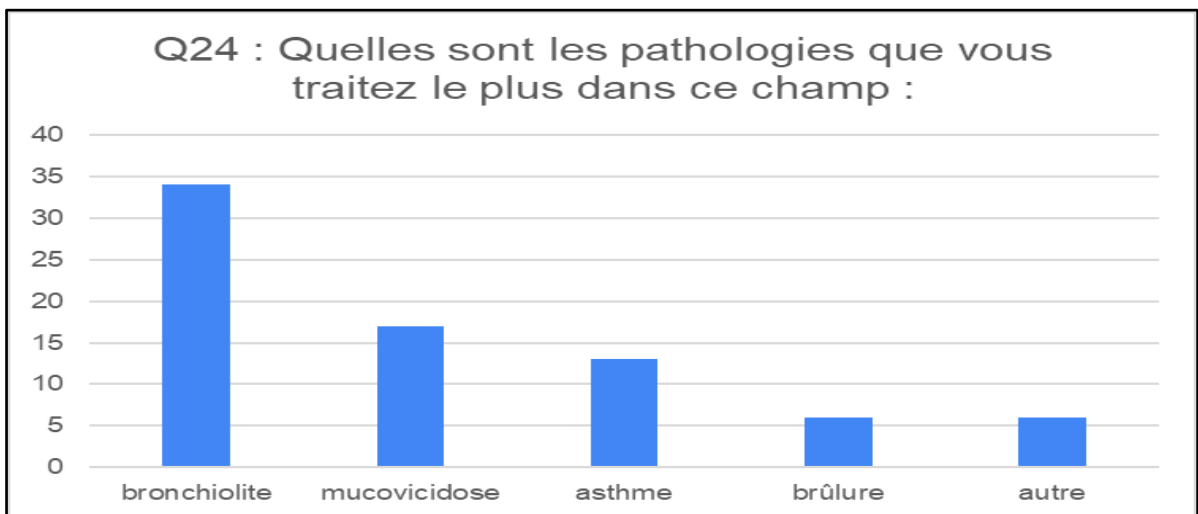


Figure 28. Pathologies prévalentes dans le champ "cardio-respiratoire, tégumentaire et interne"

38 (79.2%) des MK interrogés disent prendre en charge des enfants dans le champ cardio-respiratoire, tégument et interne. Dans ce champ les pathologies les plus prises en charge sont la bronchiolite avec 34 voix (89.5%), la mucoviscidose avec 17 voix (44.7%), l'asthme avec 13 voix (34.2%) et la brûlure avec 6 voix (15.8%). On retrouve ensuite dans les réponses à la proposition autre : « PEC des prématurés en réanimation », « infections hivernales-encombrements bronchiques suite à crise d'épilepsie » « entretien respi par hyperinsufflateur », « Pavm, atélectasies », « pneumopathie d'inhalation, conséquences respi de patho neuro » et enfin « encombrements bronchiques pathologiques » (cf. figure 27 et 28)

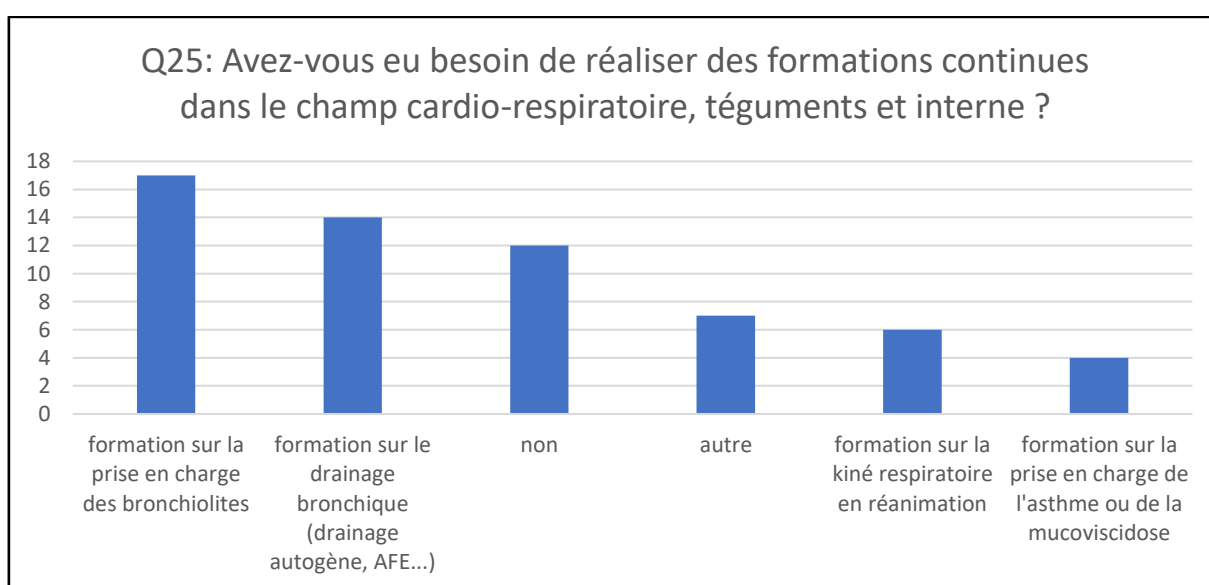


Figure 29. Réalisation de formations continues dans le champ "cardio-respiratoire, tégument et interne"

12 MK (31.6%) n'ont pas eu besoin de réaliser de formation pour prendre en charge des enfants dans ce champ. Parmi ceux ayant réalisé des formations, 17 (44.7%) ont réalisé une formation sur la prise en charge spécifique des bronchiolites, 14 (36.9%) ont réalisé une formation sur le drainage bronchique, 6 (15.8%) sur la kiné respiratoire en réanimation, 4 (10.5%) sur la prise en charge de l'asthme ou de la mucoviscidose.

Dans les réponses à la proposition autre on retrouve : « toujours formé par mes collègues », « en projet », « oui mais pas encore réalisée », « ce furent des formations internes, ou des transmissions internes de connaissances de collègues », « j'en ai besoin mais pas encore eu l'opportunité », « pas d'obligation mais je l'ai fait spontanément » et « traitement des cicatrices ». (cf. figure 29)

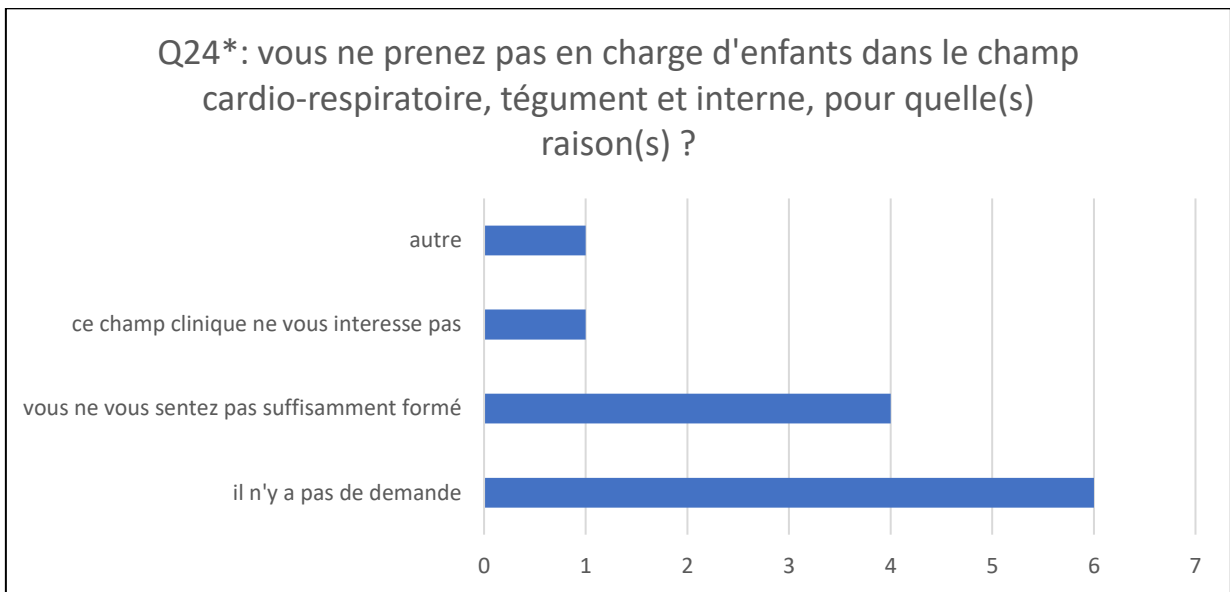


Figure 30. Raison de ne pas prendre en charge dans le champ "cardio-respiratoire, tégument et interne"

5 MK (50%) ont indiqué qu'il n'y avait pas de demande, 3 MK (30%) ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas suffisamment formés, 1 personne (10%) a indiqué qu'il n'y avait pas de demande et a inscrit dans la réponse autre « je ne suis pas concernée par ce champ ». Et une personne (10%) a indiqué que ce champ clinique ne l'intéressait pas et qu'il ne se sentait pas assez formé. (cf. figure 30)

Communication avec les parents

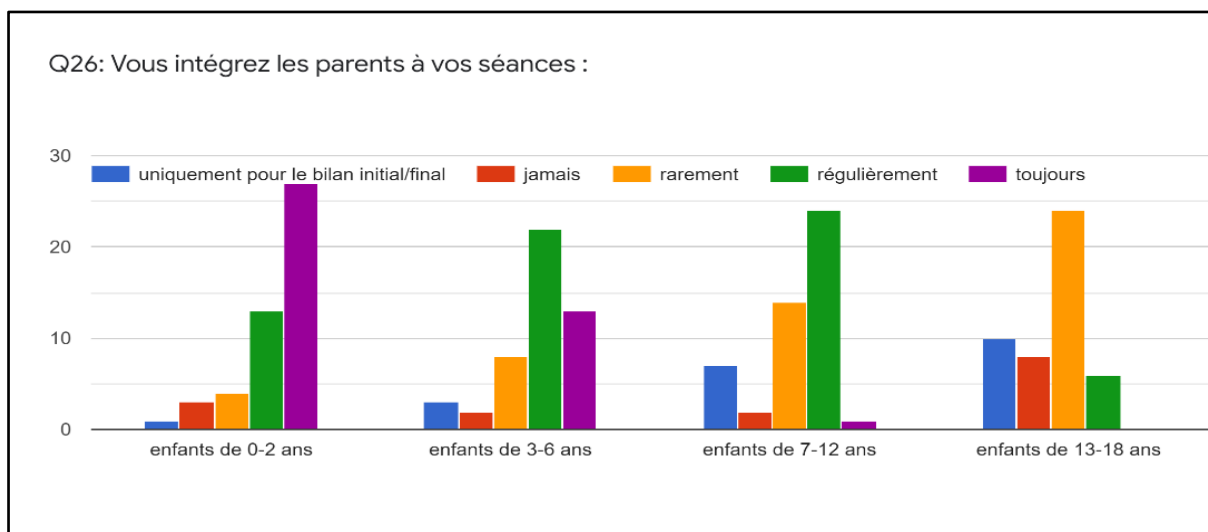


Figure 31. Intégration des parents aux séances

Les parents sont toujours intégrés aux séances des enfants de 0-2 ans pour 27 MK (56.25%), régulièrement pour 13 MK (27%), rarement pour 4 (8 %), uniquement pour les bilans pour 3 MK (6.25%) et jamais pour 1 (2.5 %).

Pour les enfants de 3-6 ans, 13 MK (27%) les intègrent toujours, 22 (45,75%) régulièrement, 8 (16%) rarement, 3 uniquement pour les bilans (6.25%) et 2 (5%) jamais.

Pour les enfants de 7-12 ans, 1 (2.5%) les intègre toujours, 24 régulièrement (50%), 14 (29%) rarement, 7 (13.5%) uniquement pour les bilans et 2 (5%) ne les intègrent jamais.

Pour les enfants de 13-18 ans, 6 (12.5%) les intègrent régulièrement, 24 (50%) rarement, 10 (21.5%) uniquement pour les bilans et 8 (16%) jamais. **(cf. figure 31)**

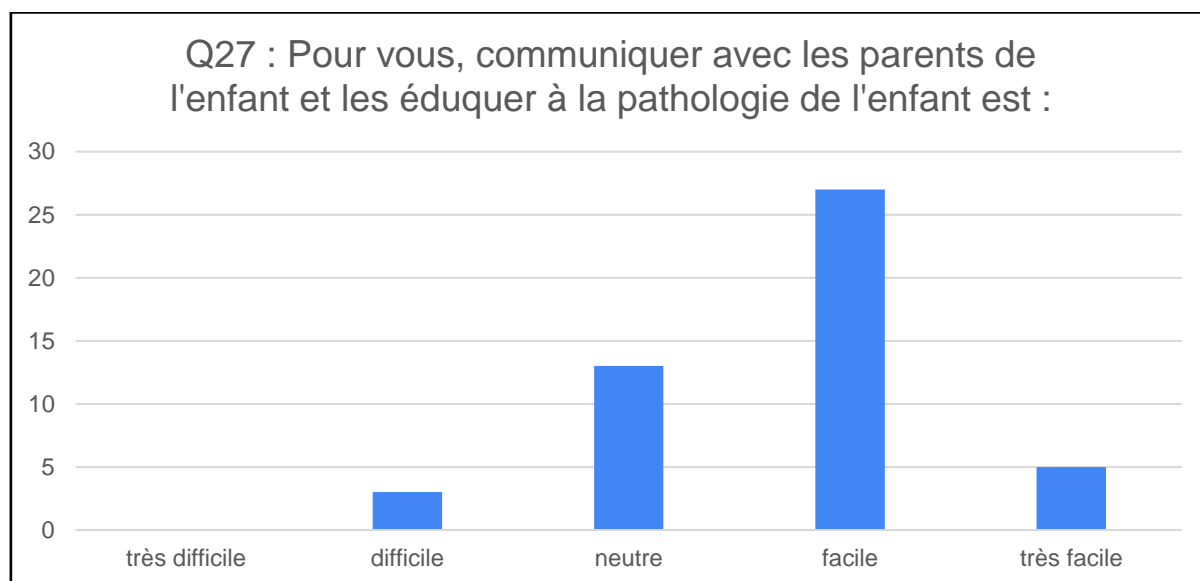


Figure 32. Communication et éducation des parents

Aucun MK ne trouve que communiquer avec les parents soit très difficile à faire, 3 MK (6.3%) trouvent cela difficile, 13 MK (27.1%) sont neutres et trouvent cela ni facile ni difficile, 27 (56.3%) trouvent cela facile et 5 (10.4%) MK trouvent cela très facile à faire. **(cf. figure 32)**

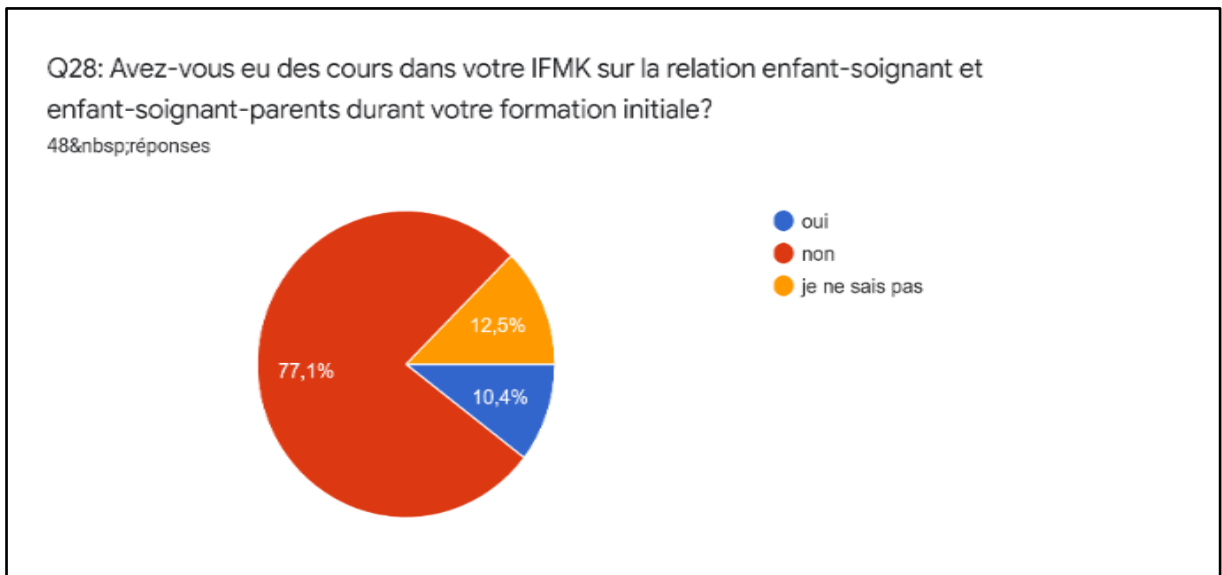


Figure 33. Cours sur la relation enfant-soignant et enfant-soignant-parent dans les IFMK



Figure 34. Formations continue sur la relation enfant-soignant et enfant-soignant-parent

Parmi les interrogés, seulement 6 MK (12.5%) disent avoir reçu des cours sur la relation enfant – soignant et enfant – soignant - parent durant leur formation initiale et 5 MK (10.4%) ne savaient pas s'ils avaient reçu des cours sur ce thème. Aucun des 48 MK interrogés n'a réalisé de formation continue sur ce thème. (cf. figure 33 et 34)

A la question 30, concernant les autres formations qu'ont réalisées les MK en lien avec la pédiatrie on retrouve :

- « Forestier pour la motricité globale »
- « Formation en stimulation basale, initiation à la CAA »
- « Rééducation motrice du nourrisson (m. forestier) »
- « Yoga »
- « Formation sur la distraction et l'hypno-analgésie »
- « Cours de perfectionnement en motricité bucco-faciale chez des sujets IMC et polyhandicap »
- « La trachéotomie chez l'enfant »
- « BAFA »

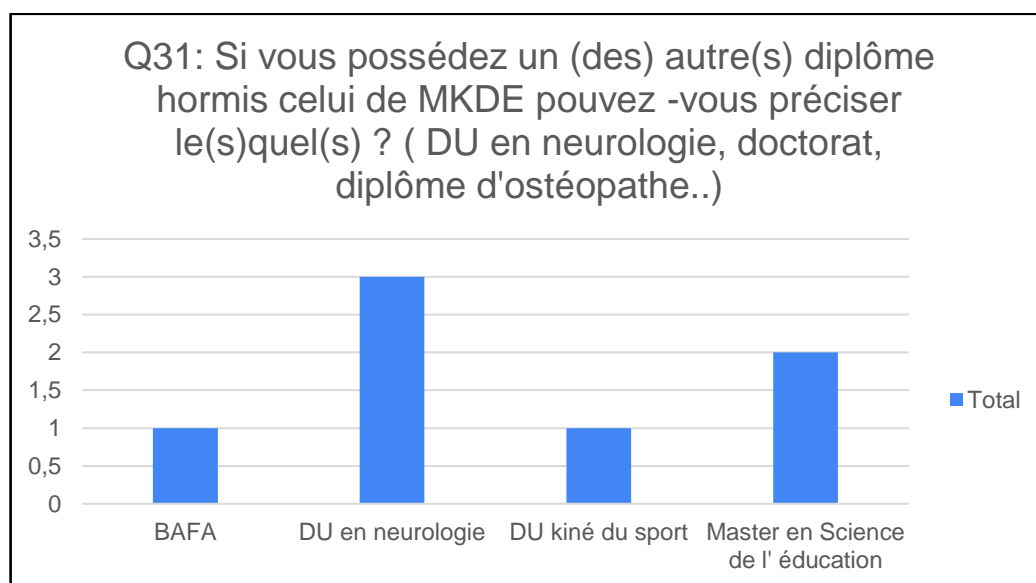


Figure 35. Autres diplômes hormis celui de MKDE

Hormis le diplôme de MKDE, 2 MK ont un master 2 en sciences de l'éducation, 1 MK à un DU kiné du sport, 3 MK ont des DU en lien avec la neurologie (DU paralysie cérébrale et DU neuro-pédiatrie) et un possède le BAFA. (cf. figure 35)

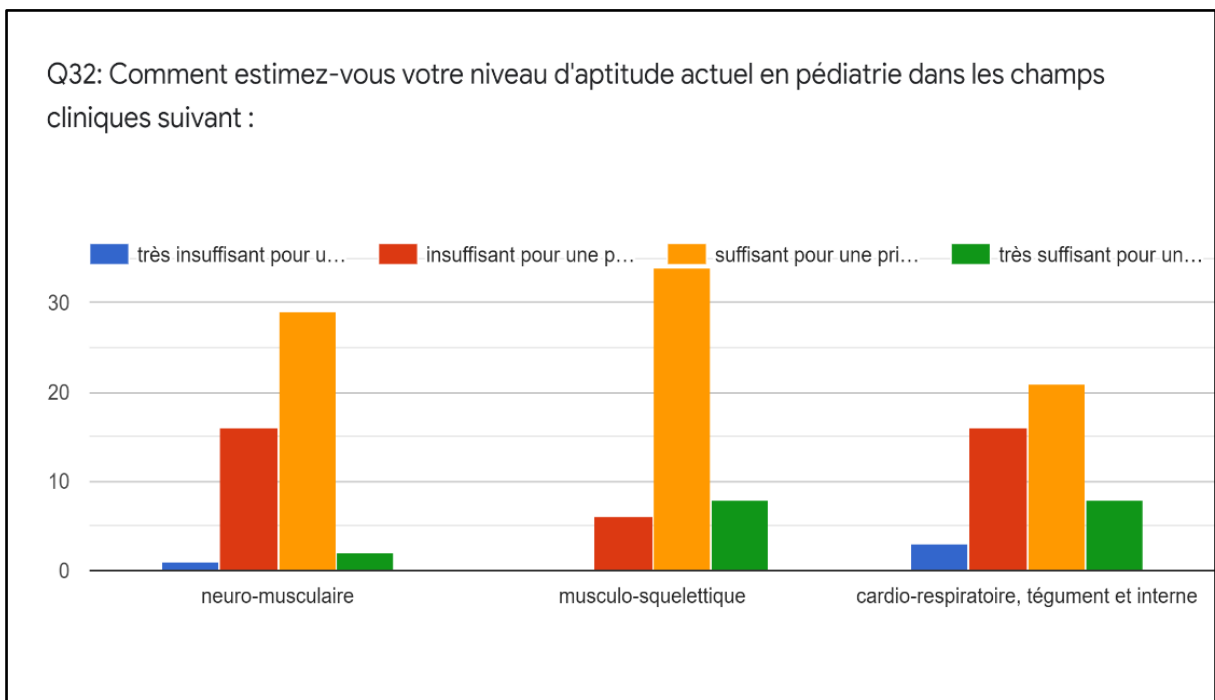


Figure 36. Niveau d'aptitude actuel dans les différents champs cliniques

Les kinés estiment leur niveau actuel dans le champ neuromusculaire comme très suffisant pour 2 d'entre eux (4.2%), comme suffisant pour 29 d'entre eux (60.4%), insuffisant pour 16 d'entre eux (33.3%) et très insuffisant pour 1 (2.1%) d'entre eux.

Dans le champ musculo-squelettique, 8 (16.7%) l'estiment comme très suffisant, 34 (70.8%) comme suffisant et 6 (12.5%) comme insuffisant.

Dans le champ cardio-respiratoire, tégument et interne, 8 (16.7%) l'estiment comme très suffisant, 21 (43.7%) comme suffisant, 16 (33.3%) comme insuffisant et 3 (6.3%) comme très insuffisant. (cf. figure 36)

5) Formation et moyens pédagogiques

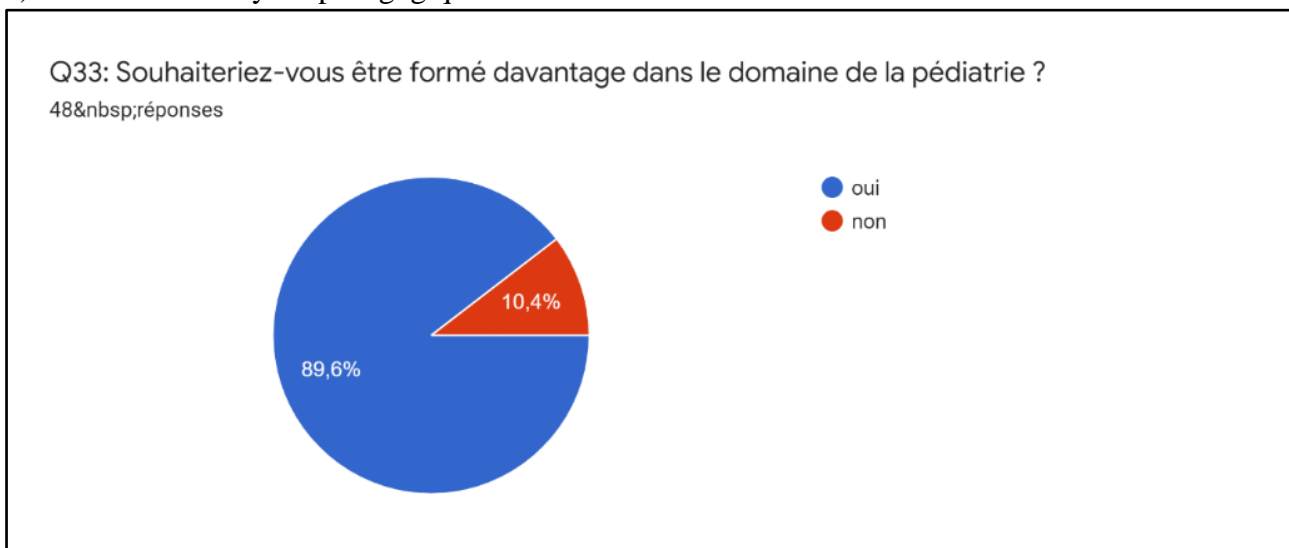


Figure 37. Souhait d'être formé davantage en pédiatrie

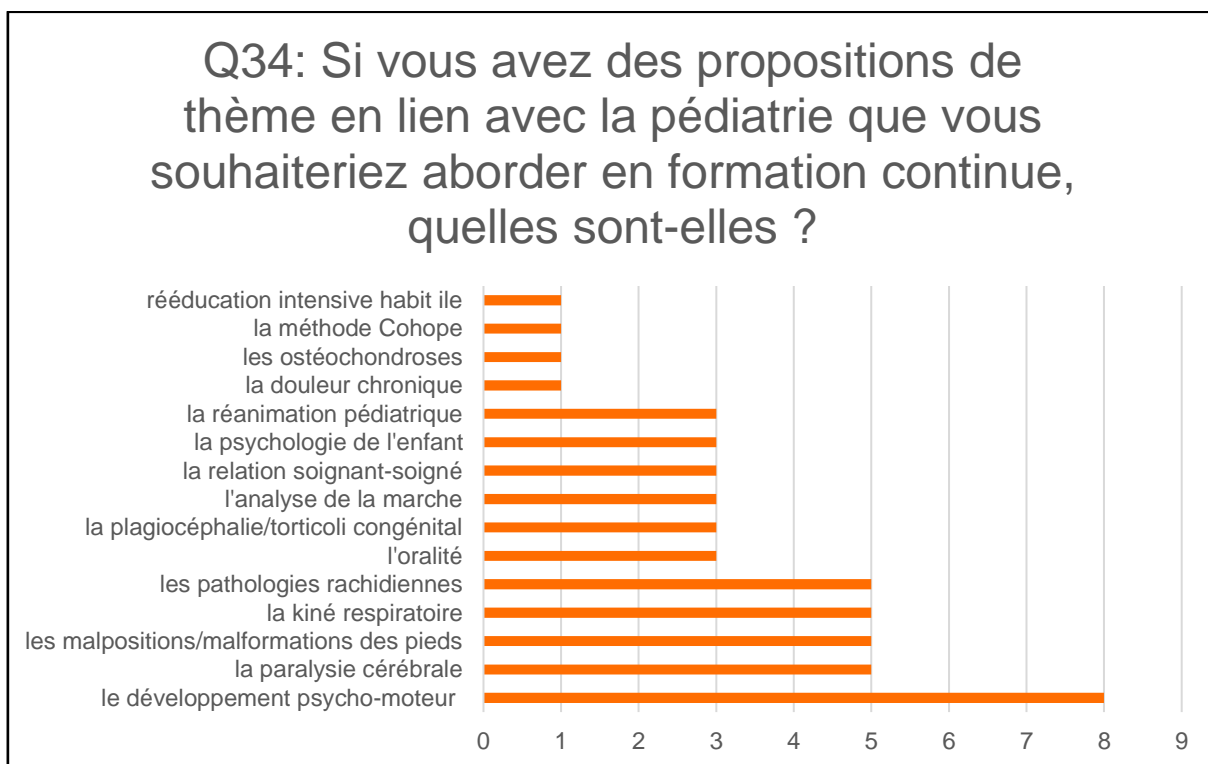


Figure 38. Proposition de thème à aborder en formation continue

43 des MK interrogés seraient intéressés pour être davantage formés dans le domaine de la pédiatrie. 29 MK ont proposé des thèmes qu'ils souhaiteraient aborder en formation continue. Dans les thèmes qui reviennent le plus fréquemment on retrouve le développement

psychomoteur de l'enfant avec 8 voix, les pathologies rachidiennes avec 5 voix tout comme la paralysie cérébrale, la kiné respiratoire et les malpositions / malformations des pieds avec 5 voix.

On retrouve ensuite des thèmes sur la réanimation pédiatrique, l'analyse de la marche chez l'enfant, la psychologie de l'enfant, la relation soignant-soigné, la plagiocéphalie ou encore l'oralité avec 3 voix. Et enfin avec une voix on retrouve la douleur chronique de l'enfant, les ostéochondroses, la méthode Cohope ou encore « rééducation intensive habit ile ». (cf. figure 37 et 38)

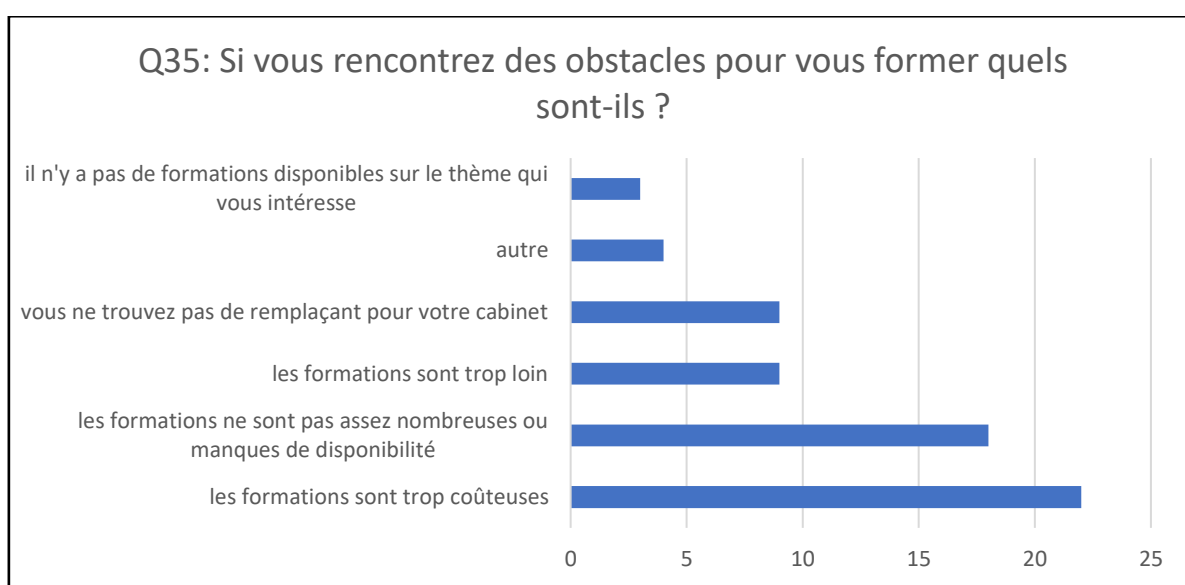


Figure 39. Obstacles rencontrés pour se former

35 MK disent faire face à des obstacles pour se former. Les freins que rencontrent les kinés sont principalement le coût des formations avec 22 voix (66.7%), les formations pas assez nombreuses ou manquant de disponibilité avec 18 voix (54.5%), puis les formations trop loin avec 9 voix (27.3%) tout comme le fait de ne pas avoir de remplacement avec 9 voix (27.3%) également.

On retrouve ensuite 3 voix (9.1%) pour la proposition « il n'y a pas de formation disponible sur le thème qui vous intéresse ». Et enfin 4 réponses à la proposition « autre » qui sont : « pas d'autorisation du centre en tant que salarié » « mon employeur ne me les autorise pas » « formation dépendante de l'accord de l'établissement » et « l'établissement au sein duquel je travaille ne m'a validé aucune demande de formation jusqu'à présent. » (cf. figure 39)

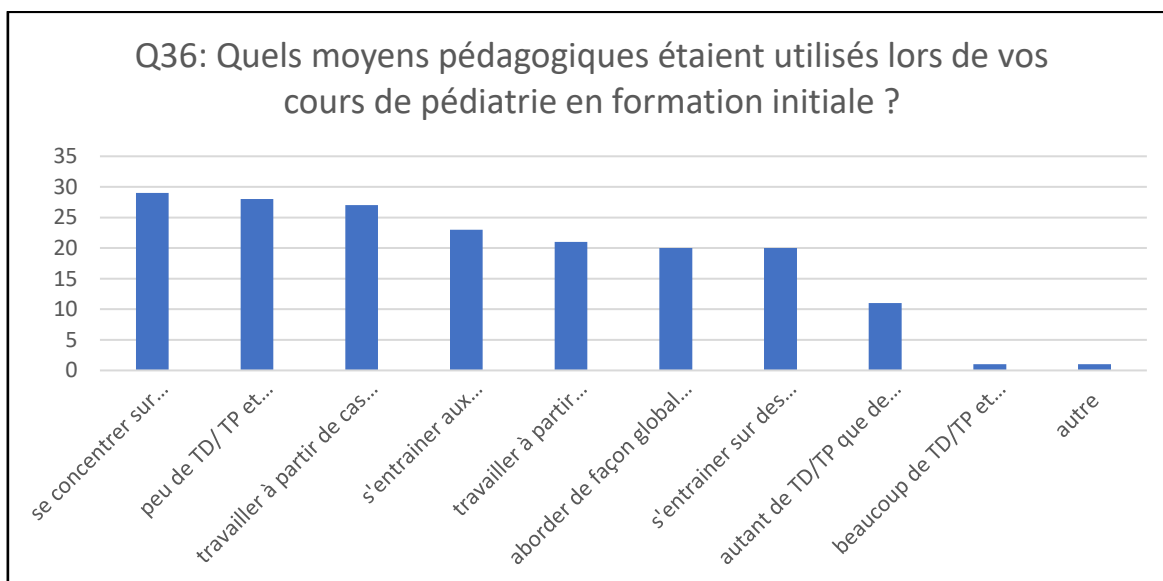


Figure 40. Moyens pédagogiques utilisés lors des cours de pédiatrie des MK

Les moyens utilisés lors des cours de pédiatrie en formation initiale sont principalement : « se concentrer sur quelques pathologies infantiles les plus fréquentes » avec 29 (61.7%) voix , « peu de TD/TP et beaucoup de cours magistraux » avec 28 voix (59.6%) et « travailler à partir de cas cliniques » avec 27 voix (57.4%). On retrouve ensuite « s'entraîner aux techniques pratiques sur vos camarades » avec 23 voix (48.9%) , « travailler à partir d'image d'enfants sains et malades » avec 21 voix (44.7%) , « aborder de façon global de nombreuses pathologies infantiles » avec 20 voix (42.6%) tout comme « s'entraîner sur des poupons » puis « autant de TD/DP que de cours magistraux » avec 11 voix (23.4%) « beaucoup de TD/TP et peu de cours magistraux » avec 1 voix (2.1%) et enfin dans la proposition « autre » une personne (2.1%) a indiqué « 3 stages ». (cf. figure 40)

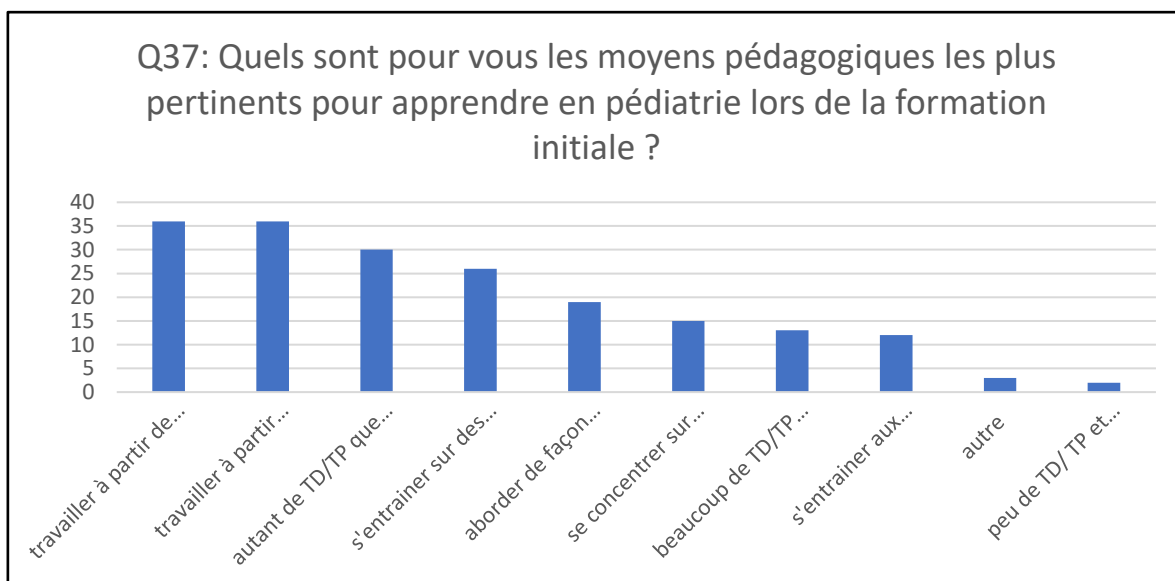


Figure 41. Outils les plus pertinents pour apprendre en pédiatrie

Les moyens les plus pertinents pour apprendre en pédiatrie selon les MK interrogés sont : « travailler à partir d'images d'enfants sains et malades » et « travailler à partir de cas cliniques » avec 36 voix (75%), puis « autant de TD/DP que de cours magistraux » avec 30 voix (62.5%) , « s'entraîner sur des poupons » avec 26 voix (54.2%), « aborder de façon globale de nombreuses pathologies » avec 19 voix (39.6%), « se concentrer sur quelques pathologies infantiles les plus fréquentes » avec 15 voix (31.3%), « beaucoup de TD/TP et peu de cours magistraux » avec 13 voix (27.1%) , ensuite « s'entraîner aux techniques pratiques sur vos camarades » avec 12 voix (25%) « peu de TD/TP et beaucoup de cours magistraux » avec 2 voix (4.2%) .

Dans la proposition « autre », il y a eu 3 réponses qui sont « simulation en santé » « PEC de patients à l'hôpital et en centre de rééducation » et « pratiquer en stage ». (cf. figure 41)

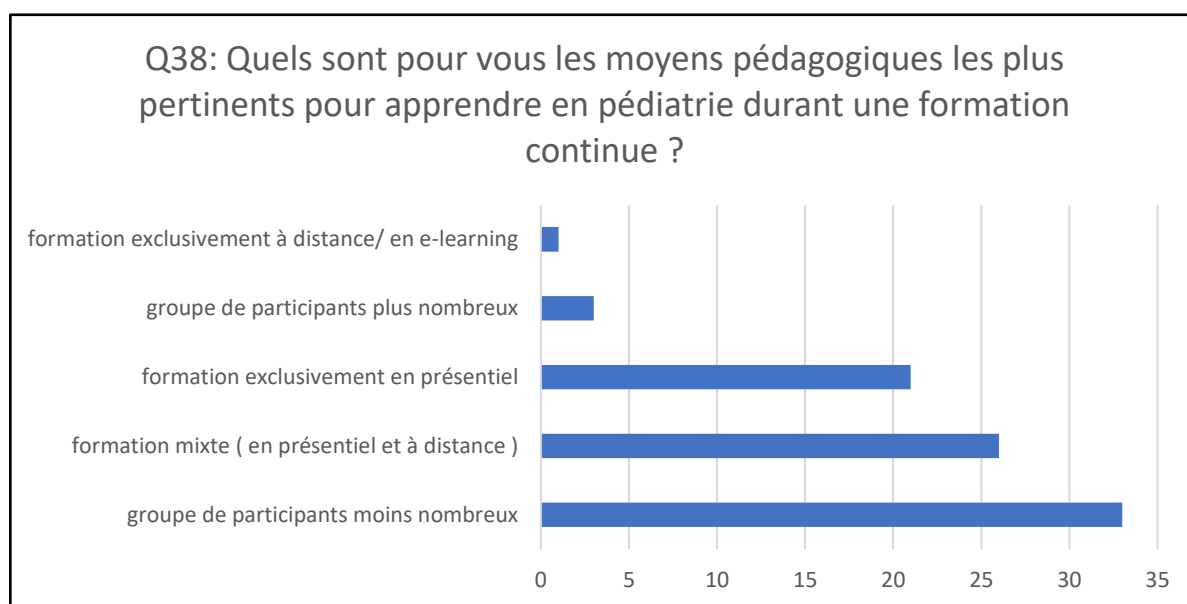


Figure 42. Moyens pédagogiques les plus pertinents pour apprendre en formation continue

Concernant la formation continue, 26 (54.2%) des kinés disent préférer une formation mixte (présentiel et distanciel), 21 (43.8%) préféreraient une formation exclusivement en présentiel et seulement 1 (2.1%) personne préférerait une formation exclusivement à distance.

Les MK interrogés préfèrent également des groupes de participants moins nombreux pour 33 d'entre eux (68.8%) tandis que 3 (6.3%) préféreraient des groupes de participants plus nombreux en formation initiale. (cf. **figure 42**)

Croisement des données :

Pour les 6 graphiques suivant, la légende est la suivante :

Légende :	
1	: très insuffisant
2	: insuffisant
3	: suffisant
4	: très suffisant

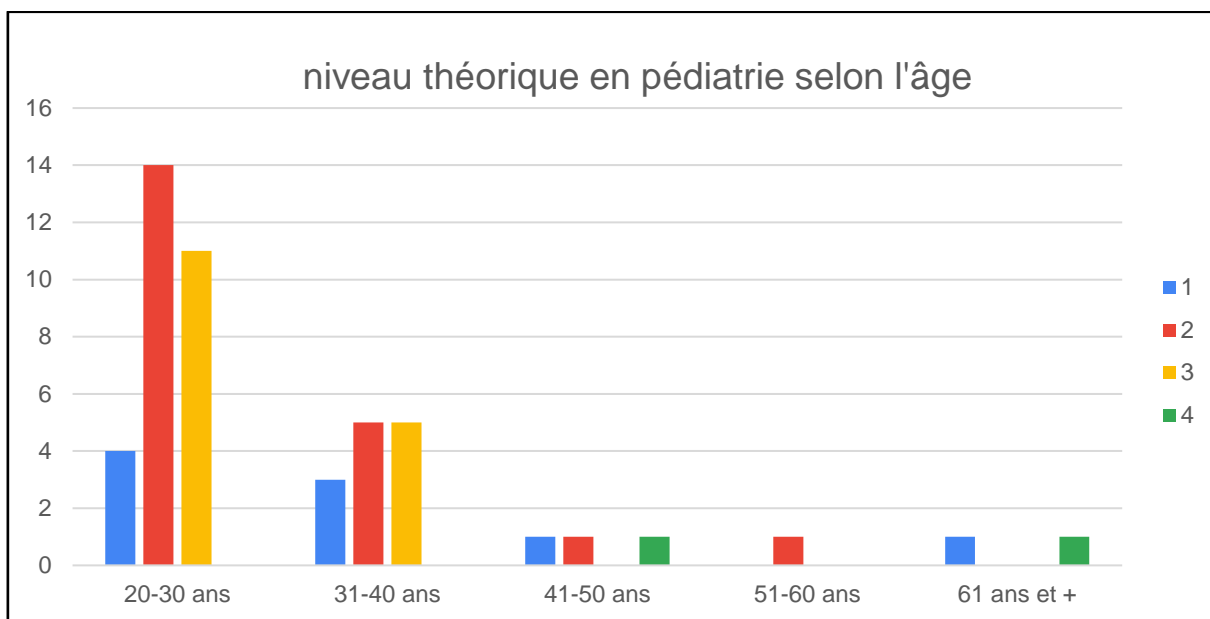


Figure 43. Estimation du niveau théorique en pédiatrie selon l'âge

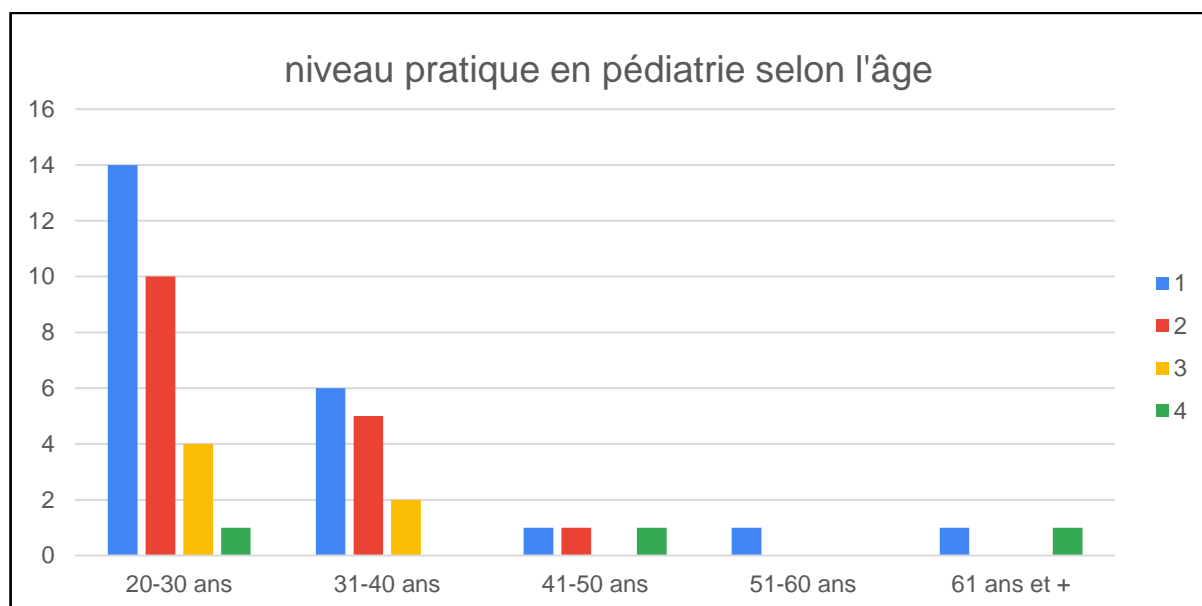


Figure 44. Estimation du niveau pratique en pédiatrie selon l'âge

Concernant la formation initiale théorique en pédiatrie, on peut voir que dans la tranche d'âge 20-30 ans, 4 MK (13.8%) qualifient leur niveau théorique en pédiatrie comme très insuffisant, 14 MK (48.3%) comme insuffisant, et 11 (37.9%) comme suffisant.

Dans la tranche d'âge, 31-40 ans, 3 MK (24%) l'estiment comme très insuffisant, 5 (38.5%) comme insuffisant et 5 également (38.5%) comme suffisant.

Dans la tranche 41-50 ans, 1 MK (33.3%) l'estime comme très insuffisante, 1 (33.3%) comme insuffisante et 1 l'estime comme très suffisante (33.3%).

Dans la tranche 51-60 ans, le MK concerné l'estime comme insuffisante et dans la tranche 61 ans et +, un MK (50%) l'estime comme très insuffisante et un MK (50%) comme très suffisante.

(cf. figure 43)

Concernant la formation initiale pratique en pédiatrie, on peut voir que dans la tranche d'âge 20-30 ans, 14 MK (48.2%) estiment leur niveau comme très insuffisant, 10 (34.5%) comme insuffisant, 4 (13.8%) comme suffisant et 1 (3.5%) comme très suffisant.

Dans la tranche d'âge 31-40 ans, 6 MK (46.1%) l'estiment comme très insuffisante, 5 (38.5%) comme insuffisante et 2 (15.4%) comme suffisante.

Dans la tranche 41-50ans, 1 MK (33.3%) l'estime comme très insuffisante, 1 (33.3%) comme insuffisante et 1 autre (33.3%) comme très suffisante.

Dans la tranche d'âge 51-60 ans, le MK concerné l'estime comme très insuffisante et dans la tranche 61 ans et +, 1 MK (50%) l'estime comme très insuffisante et l'autre (50%) comme très suffisante. **(cf. figure 44)**

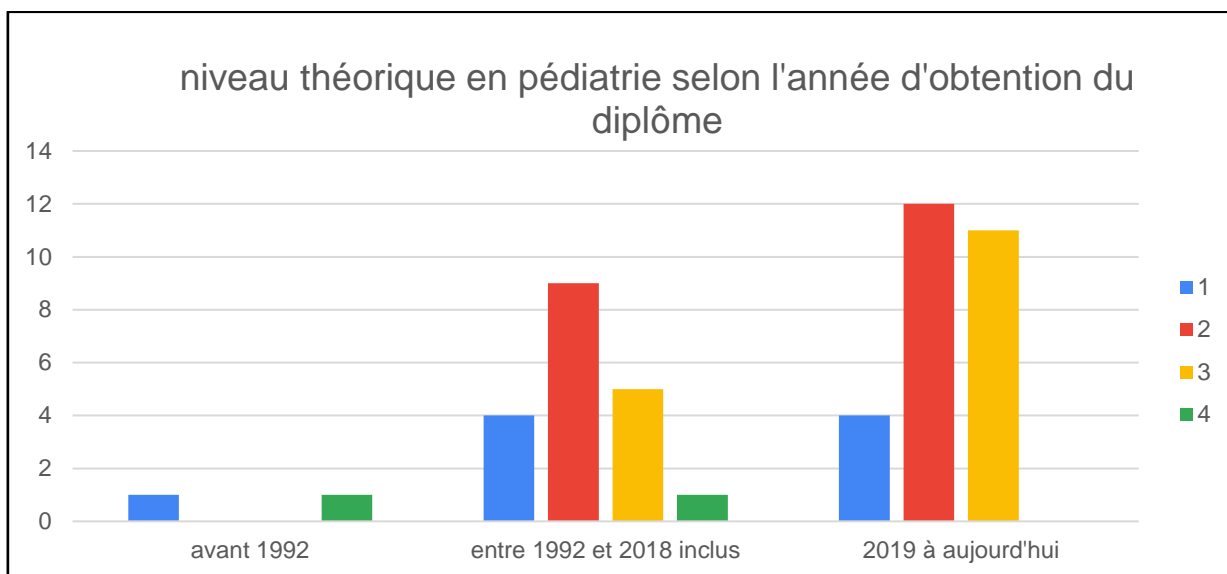


Figure 45. Estimation du niveau théorique en pédiatrie selon l'année d'obtention du diplôme

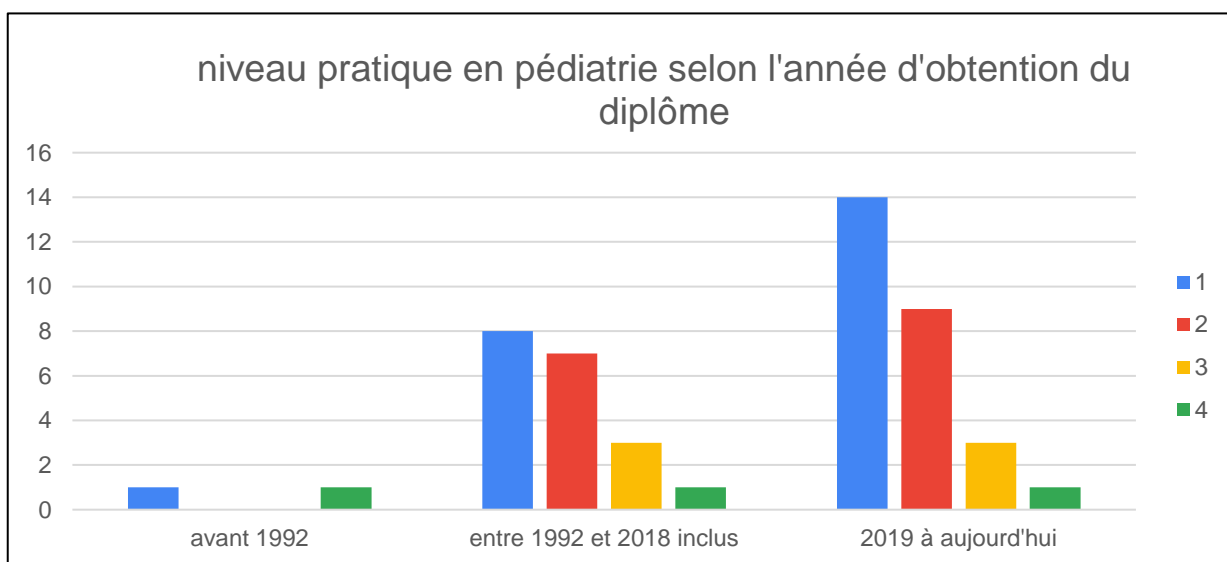


Figure 46. Estimation du niveau pratique en pédiatrie selon l'année d'obtention du diplôme

Concernant la formation théorique en pédiatrie, parmi ceux diplômés avant 1992, un MK (50%) l'estime comme très insuffisante et un MK (50%) comme très suffisante.

Parmi ceux diplômés entre 1992 et 2018, 21% l'estiment comme très insuffisante, 47.4% comme insuffisante, 26.3% comme suffisante et 5.3% comme très suffisante.

Parmi les MK diplômés de 2019 à maintenant, 14.8% estiment leur formation théorique en pédiatrie comme très insuffisante, 44.4% comme insuffisante et 40.8% comme suffisante. (cf. figure 45)

Concernant la formation pratique en pédiatrie, parmi ceux diplômés avant 1992, 1 MK (50%) l'estime comme très insuffisante et 1 MK (50%) comme très suffisante. Parmi ceux diplômés entre 1992 et 2018, 42.1% l'estiment comme très insuffisante, 36.8% comme insuffisante, 15.8% comme suffisant et 5.3 % comme très suffisant.

Parmi les MK diplômés de 2019 à aujourd'hui, 51.9% l'estiment comme très insuffisant 33.3% comme insuffisante, 11.1% comme suffisante et 3.7% comme très suffisant. (cf. figure 46)

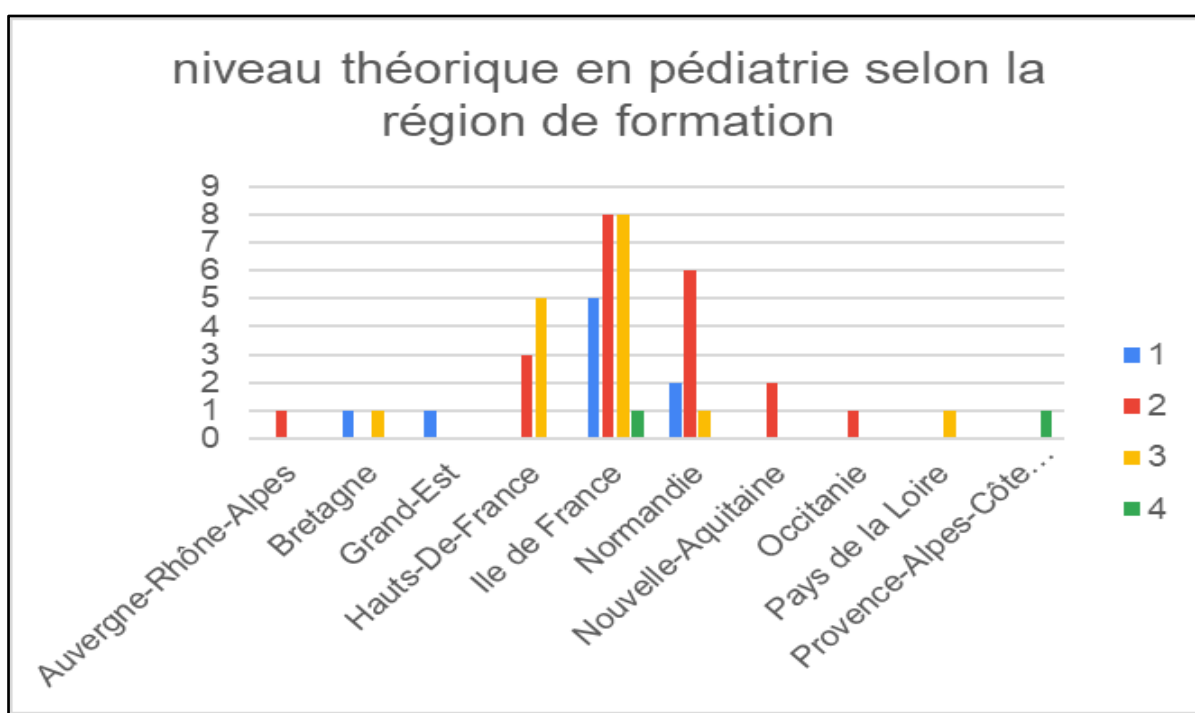


Figure 47. Estimation du niveau théorique en pédiatrie selon la région de formation

Sur la figure 48, on peut voir qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, la formation théorique est considérée comme insuffisante pour tous, en Bretagne 50 % la considèrent comme très insuffisante et 50% comme suffisante. Dans la région Grand-Est 100% la considèrent comme très insuffisante. En Haut-De-France, 35.7% la considèrent comme insuffisant et 62.5 % comme suffisant.

En Ile de France, 22.7% l'estiment comme très insuffisant, 36.4% comme insuffisant, 36.4% comme suffisant et 4.5% comme très suffisant. Pour la Normandie, 22.2% comme très insuffisant, 66.7% comme insuffisant et 11.1% comme suffisant. En nouvelle aquitaine et

Occitanie 100% la considèrent comme insuffisante. En Pays de La Loire, 100% la considèrent comme suffisante et en Provence-Alpes-Côte d'Azur 100% la considèrent comme très suffisante. (cf. figure 47)

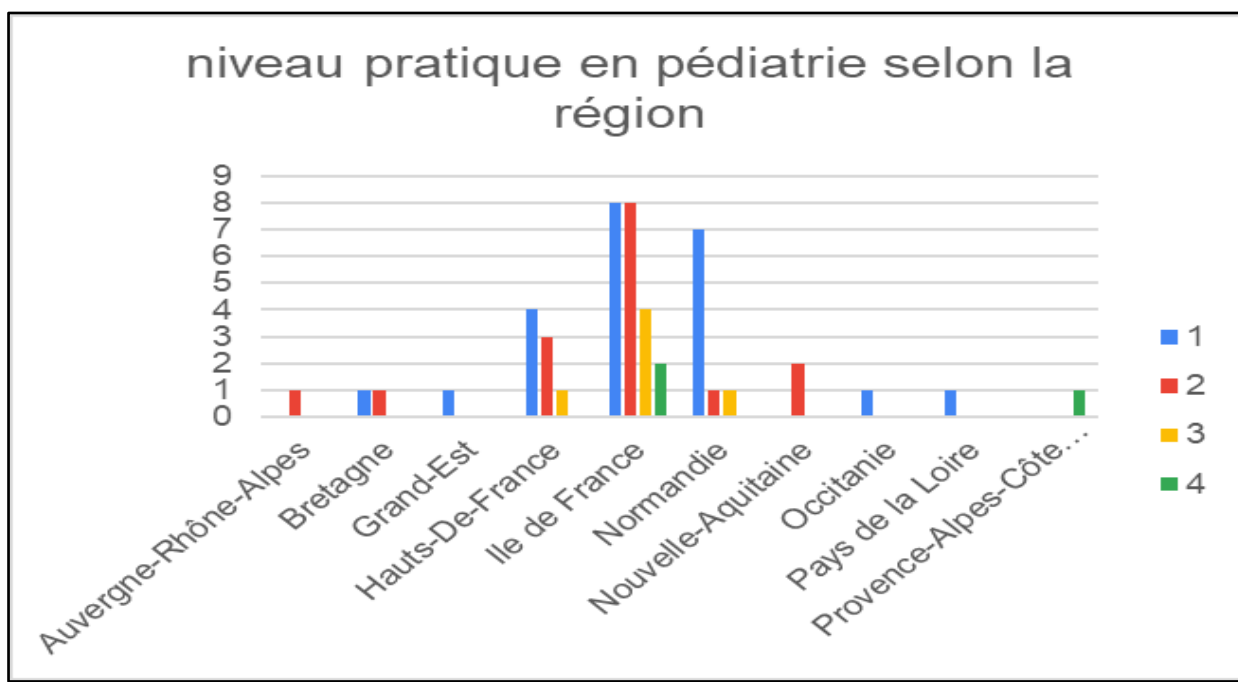


Figure 48. Estimation du niveau pratique en pédiatrie selon la région de formation

On peut voir qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, 100% considèrent la formation pratique en pédiatrie comme insuffisante (100%), en Bretagne 50% la considèrent comme insuffisante (50%) et 50% comme suffisante.

Pour le MK du Grand-Est, elle est considérée comme très insuffisante (100%).

En haut-de-France, 50% l'estiment comme très insuffisante, 37.5% comme insuffisante et 12.5% comme suffisante.

En Ile de France, 36.4% la considèrent comme très insuffisante, 36.4% comme insuffisante, 18.2% comme suffisante et 9.1 % comme très suffisante.

En Normandie, 77.8% la considèrent comme très insuffisante, 11.1% comme insuffisante et 11.1% comme suffisante.

En Nouvelle Aquitaine, 100% la considèrent comme insuffisante. En Occitanie et en Pays de la Loire 100% comme très insuffisante et en Provence-Alpes-Côte d’Azur 1 MK la considère comme très suffisante. (cf. figure 48)

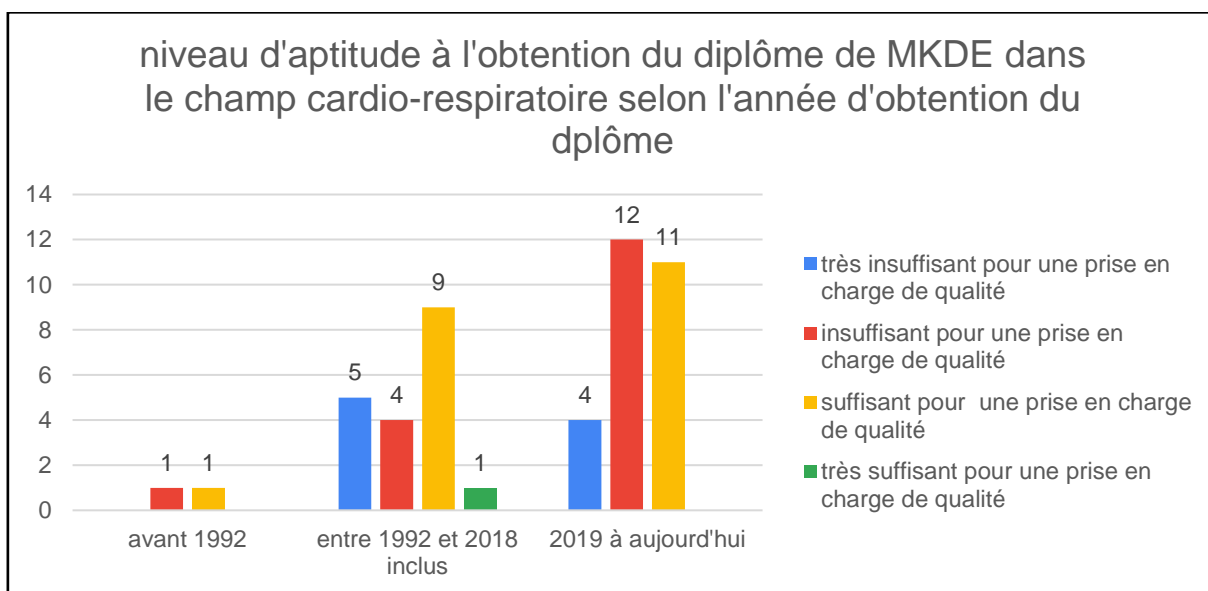


Figure 49. Niveau d'aptitude post DE dans le champ cardio-respiratoire en fonction de l'année d'obtention du diplôme

Parmi les MK diplômés avant 1992, 50 % qualifient leur niveau d'aptitude à l'obtention du diplôme de MKDE comme insuffisant et 50% comme suffisant.

Parmi les MK diplômés entre 1992 et 2018, 26.3% qualifient leur niveau d'aptitude comme très insuffisant, 21% comme insuffisant, 47.4% comme suffisant et 5.3% comme très suffisant.

Parmi les MK diplômés entre 2019 et aujourd'hui, 14,8% qualifient leur niveau d'aptitude comme très insuffisant, 44.45% comme insuffisant et 40.75% comme suffisant. (cf. figure 49)

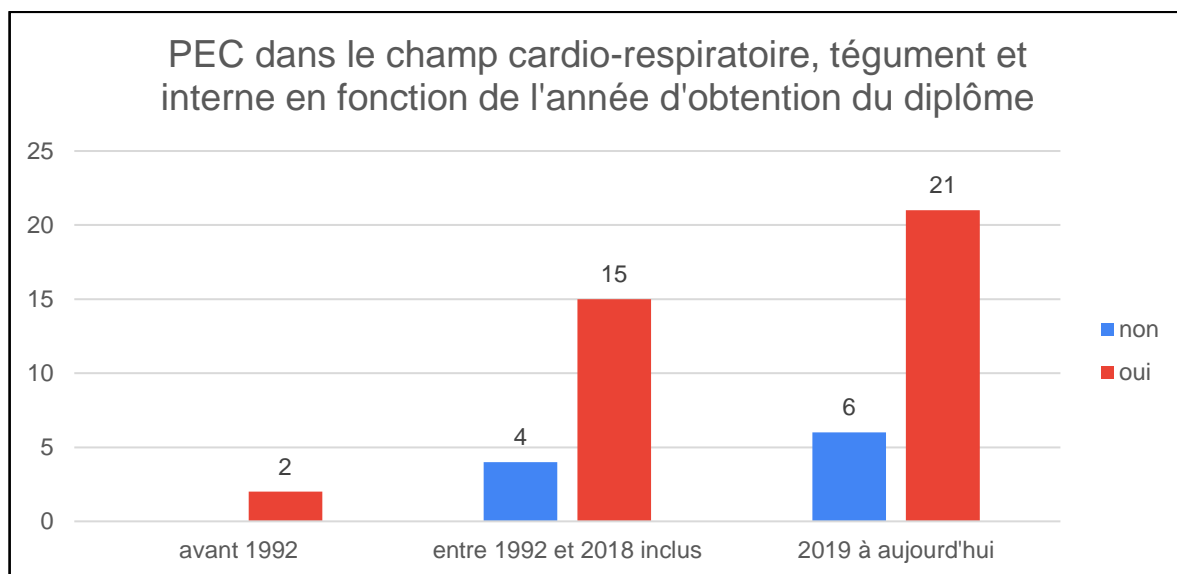


Figure 50. PEC dans le champ cardio—respiratoire en fonction de l'année d'obtention du diplôme

La totalité des MK diplômés avant 1992, prend en charge des enfants dans le champ cardio-respiratoire. 78.9 % des MK diplômés entre 1992 et 2018 prennent en charge des enfants dans ce champ et 77.78 % de MK diplômés entre 2019 et aujourd'hui prennent également en charge des enfants dans ce champ. (cf.figure 50)

V) Discussion

1) Les hypothèses

a) Rappel des hypothèses

Hypothèse 1 : Il existe des différences de niveau de formation en pédiatrie selon la région de formation, l'âge et l'expérience du masseur-kinésithérapeute.

Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes manquent de connaissances pratiques à la fin de leur formation initiale.

Hypothèse 3 : Les besoins des masseurs-kinésithérapeutes concernent principalement le champ cardio-respiratoire.

b) Analyse des hypothèses

Hypothèse 1 :

Comme on peut le voir sur la figure 43 (représentant le niveau théorique en pédiatrie post DE selon l'âge) 13.8% des 20-30 ans estiment leur niveau théorique comme très insuffisant, 24% pour les 31-40 ans, 33.3% pour les 41-50 ans et 50% pour les 61 ans et plus. **(cf.figure 43)**

Comme on peut le voir sur la figure 44 (représentant le niveau pratique en pédiatrie post DE selon l'âge) 48.2% estiment leur niveau pratique comme très insuffisant pour les 20-30 ans, 46.1% pour les 31-40 ans, 33.3% pour les 41-50 ans, 100% pour les 51-60 ans et 50% pour la tranche d'âge 61 et plus. **(cf.figure 44)**

Concernant l'année d'obtention du diplôme et l'enseignement théorique, il y a autant de MK diplômés avant 1992 qui qualifient l'enseignement théorique en pédiatrie comme très insuffisant que de MK qui le qualifient de très suffisant. Parmi les MK diplômés entre 1992 et 2018, la majorité le qualifie d'insuffisant ou très insuffisant (68.4%). Parmi ceux diplômés depuis 2019, la majorité le qualifie également comme insuffisant ou très insuffisant (59.2%) **(cf. figure 45)**

Concernant l'année d'obtention du diplôme et l'enseignement pratique, il y a autant de MK diplômés avant 1992 qui qualifient l'enseignement pratique en pédiatrie comme très insuffisant

que de MK qui le qualifient de très suffisant, parmi les MK diplômés entre 1992 et 2018, 78.9% le qualifient d'insuffisant ou très insuffisant. Pour ceux diplômés depuis 2019, 85.2% le qualifient également comme insuffisant ou très insuffisant.

Concernant la région de formation et l'enseignement théorique, il existe une grande variabilité entre les régions et cela est également accentuée car pour de nombreuses régions, il n'y a l'avis que d'un seul MK. Cela ne représente donc pas du tout l'ensemble des MK issus de la même région de formation. Par exemple en Hauts de France, 35.7% qualifient l'enseignement théorique comme insuffisant, en Ile de France 59.1 % le qualifient comme très insuffisant ou insuffisant et en Normandie 88.9% le qualifient comme très insuffisant ou insuffisant.

Concernant, la région de formation et l'enseignement pratique, la variabilité entre les régions est beaucoup moins importante que l'enseignement théorique. De nombreuses régions qualifient l'enseignement pratique comme très insuffisant. Parmi les régions ayant plusieurs MK pour les représenter, on peut voir qu'en Hauts de France, 87.5% le qualifient comme très insuffisant ou insuffisant. En Ile de France, 72.8% le qualifient comme très insuffisant ou insuffisant et en Normandie, 88,9% le qualifient comme très insuffisant ou insuffisant.

Hypothèse 2 :

Comme on peut le voir aux questions n° 7, 8, 9 et 10 la pédiatrie semble un domaine moins approfondi en formation initiale comparativement aux autres domaines. En effet, théorie et pratique confondues, 12.5% des participants estiment leur enseignement global comme très suffisant, 65.65 % comme suffisant, et 21.9% comme insuffisant.

Tandis que pour la pédiatrie seulement 5.25% le considèrent comme très suffisant, 22.9% le considèrent comme suffisant, 33.55% comme insuffisant et 26.7% comme très insuffisant. **(cf figure 9, 10, 11 et 13)**

Également, l'enseignement pratique (grâce aux travaux pratiques ou dirigés) semble moins développé que l'enseignement théorique. Comme on le voit aux questions n°9 et n°10, 37.5 % sont satisfaits ou très satisfaits de l'apport théorique contre 18.8% pour l'apport pratique.

Presque la moitié des participants considèrent l'apport pratique comme très insuffisant (47.9%). **(cf figure 11 et 13)**

89.6% des participants ont réalisé un stage auprès d'enfants. Pour tous ce stage a été bénéfique et leur a permis de s'améliorer sur divers points. 52.1% pensent que ce stage devrait être de nouveau obligatoire tandis que 35.4% souhaiteraient qu'il reste facultatif.

A la question n°36 montrant les moyens pédagogiques utilisés pour enseigner la pédiatrie, on peut voir qu'il y a surtout beaucoup de cours magistraux pour peu de TD/TP alors que pour les MK le plus pertinent serait plutôt d'avoir autant de TD/TP que de cours magistraux comme on peut le voir à la question n°37. **(cf. figure 41 et 42)**

Hypothèse 3 :

À l'obtention de leur diplôme de MKDE, on peut voir que le champ musculo-squelettique est celui où les MK se sentent le plus formé. En effet 72.9% des MK estiment leur niveau d'aptitude dans ce champ comme suffisant ou très suffisant contre 45.85% dans le champ neuro-musculaire et 45.8% dans le champ cardio-respiratoire. **(cf. figure 17)**

91.7% des MK prennent en charge des enfants dans le champ musculo-squelettique contre 79.2% dans le champ cardio-respiratoire et 72.9% dans le champ neuro-musculaire. **(cf. figure 19, 23, 27)**

Dans le champ musculo-squelettique, 47.7% des MK ont eu besoin ou ont besoin de réaliser une formation. La principale formation réalisée concerne les malformations/malpositions du pied avec 34.1% de MK puis la plagiocéphalie 29.5 % et les pathologies rachidiennes avec 11.4%. **(cf. figure 25)**

Parmi les MK prenant en charge des enfants dans le champ neuro-musculaire, 54.3 % ont eu besoin ou ont besoin de réaliser une formation post DE.

La formation la plus réalisée concerne la paralysie cérébrale puis en seconde place le développement psychomoteur. **(cf. figure 21)**

Tandis que dans le champ cardio-respiratoire, tégument et interne, 68.4% ont eu besoin ou ont besoin de réaliser une formation. La formation la plus réalisée concerne la bronchiolite (44.7%) puis des formations sur le drainage bronchique (36.9%) et la kiné respiratoire en réanimation (15.8%). **(cf. figure 29)**

Les principales raisons des MK ne prenant pas en charge d'enfants dans le champ musculo-squelettiques sont que ce champ clinique ne les intéresse pas (25%) ou que les MK travaillent

en institut d'éducation motrice ou dans des structures similaires qui ne prennent en charge que des patients avec des pathologies neurologiques (75%). (cf. figure 26)

Les principales raisons des MK ne prenant pas en charge d'enfants dans le champ cardio-respiratoire, tégument et interne sont qu'il n'y a pas de demande pour 60% des MK et qu'ils se sentent pas assez formés pour 40% des MK. (cf. figure 30)

Dans le champ neuro-musculaire, 46.2% ne prennent pas en charge d'enfant car ne se sentent pas suffisamment formés et 53.8% car il n'y a pas de demande. (cf. figure 22)

c) Validation des hypothèses

H1 : Cette hypothèse semble donc partiellement validée. En effet, il ne semble pas y avoir de différence significative concernant l'âge mais il semble y en avoir par rapport à l'expérience du MK et la région de formation.

H2 : Cette hypothèse est validée puisqu'on peut voir que la pédiatrie n'est globalement pas assez développée comparativement aux autres domaines et notamment en terme de pratique.

H3 : Cette hypothèse est également partiellement validée. Les champs cliniques où les MK se sentent les moins aptes à la fin de la formation initiale sont les champs « neuromusculaires » et « cardio-respiratoires, téguments et internes ».

C'est dans ce dernier champ que les MK se forment le plus. Cependant, ce champ clinique est représenté principalement par une seule pathologie qui est la bronchiolite. Or cette pathologie n'est pas rencontrée toute l'année par les MK mais surtout en période hivernale, où les MK doivent parfois faire face à un pic important. Comme on le voit alors sur la figure 31, les raisons pour lesquelles certains MK ne prennent pas en charge d'enfants dans ce champ sont qu'il n'y a pas de demande (60%) ou qu'ils ne se sentent pas assez formés (40%).

Il est également important de rappeler que la prise en charge de cette pathologie en kinésithérapie n'est plus recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2019. Hors comme on peut le voir sur la figure 51, le nombre de MK prenant en charge des enfants dans ce champ ne semble pas diminuer depuis 2019. Cependant, il faut noter que les MK semblent moins formés en formation initiale dans ce champ depuis 2019 alors qu'il semblerait y avoir toujours une forte demande. [35]

À contrario, dans le champ neuro-musculaire on retrouve de nombreuses pathologies et les MK se forment également beaucoup dans ce champ clinique. De plus de nombreux MK travaillant en centre de rééducation ou en institut spécialisé, souhaiteraient se former dans ce champ mais leur demande n'est pas toujours acceptée par l'établissement.

On peut donc voir que les besoins ne concernent pas uniquement le champ cardio-respiratoire mais également le champ neuro-musculaire.

2) qualités méthodologiques de l'étude

a) Les biais liés au questionnaire

- L'effet d'ancrage (les premières propositions ont plus de chance d'être sélectionnées que les dernières)

- L'effet de longueur de questionnaire (si le questionnaire est trop long, cela peut être fastidieux pour le répondant, celui-ci peut donc être tenté d'interrompre sa participation au questionnaire ou d'être moins précis et rigoureux dans ses réponses)

Certaines questions sont mal formulées comme la question n°11 concernant le stage en pédiatrie. À cette question il n'a pas été précisé qu'il s'agissait d'un stage dans un service dédié spécifiquement à la pédiatrie. Ainsi un participant ayant simplement vu une fois un enfant en stage libéral pouvait répondre oui à cette question.

La question n°14 concernant l'obligation ou non d'un stage en pédiatrie et le choix de la structure aurait dû être scindé en 2 ou mis sous forme de tableau croisé car les participants ont parfois répondu à une seule partie de la question.

Les questions n°18, n°21 et n° 24 qui sont formulées de la même façon, n'ont pas les mêmes possibilités de réponses pour les candidats. En effet, les questions n° 18* et n°24* sont à choix multiples tandis que la question n°21* est à choix unique.

Également la question n°32 peut être difficile à interpréter, l'intérêt de cette question est de pouvoir la comparer avec la question n°15 pour évaluer l'évolution des capacités des MK selon les différents champs cliniques. Cependant cela ne tient pas compte de l'année d'obtention du diplôme du MK, il y a donc un problème de temporalité dans cette question. Ainsi un jeune diplômé de l'année passée aura peut-être répondu de la même façon aux 2 questions tandis que

pour un MK diplômé depuis 20 ans, ses compétences auront pu nettement augmenter durant cette période.

b) Les biais liés aux modalités de diffusion du questionnaire

-La période d'accessibilité au questionnaire était courte puisqu'il a été disponible 1 mois et demi seulement (du 03/02/2022 au 15/03/2022)

- Le questionnaire n'a été diffusé que sur un seul type de moyen de communication (le réseau social Facebook), cela peut donc expliquer le faible nombre de répondants mais également la non homogénéité de la population. En effet, 62% des participants étaient âgés de 20 à 30 ans et seulement 6.3% ont plus de 51 ans.

c) Les biais liés à la population

-Biais d'échantillonnage : Tout d'abord le nombre de réponses obtenues (48) est très loin des 383 nécessaires afin que l'étude soit significative. Également, la population ayant répondu n'est pas totalement représentative de tous les MK. En effet, il s'agit ici principalement de jeunes diplômés et toutes les régions de formation initiale ne sont pas représentées.

d) Points forts de l'étude

Le questionnaire est composé majoritairement de questions fermées ce qui permet aux participants de répondre plus rapidement mais aussi d'analyser plus facilement les réponses. Également à chaque question une proposition « autre » est disponible si les propositions précédentes ne correspondent pas à l'idée du participant.

e) Proposition d'amélioration

Le questionnaire aurait également pu être diffusé par mail ou d'autres réseaux sociaux afin d'obtenir plus de réponses. Des centres de rééducation pédiatrique ou cabinets libéraux spécialisés en pédiatrie auraient pu également être contactés par mail pour les solliciter.

Le questionnaire est conséquent (41 questions et environ 10 min pour répondre). Celui-ci aurait pu être diminué pour permettre aux répondants d'insister sur des points précis.

L'utilisation dans le questionnaire des champs cliniques « neuro-musculaire », musculo-squelettique » et « cardio-respiratoire, tégument et interne » permet de reprendre les termes utilisés dans la réforme des études de 2015 et donc d'être cohérent avec le contexte de l'étude. Cependant ces termes sont restrictifs, et certaines pathologies peuvent appartenir à plusieurs

champs. En effet, c'est ce qu'on peut voir à la question n°24, où plusieurs répondants ont indiqué prendre en charge des patients atteints de pathologie neuro-musculaire pour de la kinésithérapie respiratoire.

Également certaines pathologies peuvent parfois être difficiles à classer comme le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) chez l'enfant ou la scoliose d'origine neurologique.

f) Ouverture

Ce travail tant à montrer que de nombreux MK se sont formés dans le domaine de la pédiatrie après l'obtention de leur diplôme. Il serait maintenant intéressant de pouvoir interroger les parents de ces enfants et savoir s'ils trouvent facilement des masseurs-kinésithérapeutes compétent pour prendre en charge leur enfant par exemple et de savoir s'il y a suffisamment de MK formés à la pédiatrie.

Également il serait intéressant de se demander pourquoi l'enseignement de la pédiatrie semble moins développé depuis la réforme des études de 2015. Cela pourrait être dû à une baisse des demandes en cabinet libéral par exemple (dépistage de plus en plus précoce de certaines pathologies, développement de la prévention auprès des parents...) mais également à des difficultés de trouver des enseignants / intervenants dans les instituts de formation. Une enquête auprès des MK ne prenant pas en charge d'enfant aurait également pu être intéressante pour savoir les raisons de ce choix. Cela aurait pu permettre de savoir si la raison était un non-intérêt pour la pédiatrie, un manque de formation dans ce domaine ou simplement l'absence de demande de prise en charge.

VI) Conclusion

En tant qu'étudiante, ce travail m'a permis de voir que le domaine de la pédiatrie était un domaine complexe et qu'il était normal de ne pas tout connaître à l'issue de la formation initiale. Ce travail m'a fait prendre conscience qu'il était important de se former mais surtout que cela faisait partie de l'obligation de formation continue des professionnels de santé. Ce travail m'a également permis de réaliser une première initiation à la méthodologie de recherche.

La pédiatrie est considérée comme une réelle spécificité. En tant que future professionnelle de santé ce travail m'a rappelé que dans ce domaine, une relation à trois se joue. Il faut à la fois tenir compte de l'enfant mais également des parents. La prise en charge peut parfois être complexe c'est pourquoi il faut parfois être capable de réorienter l'enfant vers des collègues plus compétents selon la pathologie mais également vers d'autres professionnels de santé si nécessaire.

Comme la réforme des études de 2015 le montre, le choix des pathologies à enseigner dans certaines unités d'enseignements est libre. Ce travail semble mettre en avant les pathologies prévalentes et qui devraient être enseignées en priorité. Les MK semblent notamment manquer de pratique à l'issue de leur formation initiale, c'est pourquoi lors des travaux pratiques et travaux dirigés, il serait intéressant d'insister davantage sur les bilans et techniques spécifiques à la pédiatrie.

L'objectif de ce travail était d'identifier les principaux besoins des MK prenant en charge des enfants. Les champs cliniques où les MK semblent se sentir le moins formés à l'issue de leur formation initiale, sont le champ clinique cardio-respiratoire, tégument et interne ainsi que le champ clinique neuro-musculaire. La bronchiolite, les malformations/ malpositions des pieds, la paralysie cérébrale ou encore les troubles rachidiens semblent être les pathologies auxquelles les MK se forment le plus.

Il semblerait également que parmi les MK interrogés et travaillant en institut (public ou privé), certains n'obtiennent pas toujours de réponses favorables à leur demande de formation. Cela

est probablement à mettre en lien avec l'importance du nombre de poste vacants en structure hospitalière notamment.

Enfin il est important de rappeler que le nombre de participants à cette étude est faible, c'est pourquoi une étude à plus grande échelle permettrait ou non de confirmer les tendances observer.

L'enseignement de la pédiatrie a évolué au cours des dernières années, les stages dans ce domaine ne sont plus obligatoires, le module spécifique aux pathologies pédiatriques a été supprimé. Une étude complémentaire pour mieux comprendre les raisons de cette évolution pourrait être bénéfique et notamment pour identifier si ce changement est dû à un manque de connaissances scientifiques ou/et à une diminution des demandes.

VII) Bibliographie

- [1] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicale. (page consultée en 09/21). Pédiatrie, [en ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/p%C3%A9diatrie>
- [2] UNICEF. (page consultée en 11/21). Convention internationale des droits de l'enfant, [en ligne]. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf>
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée en 09/21). OMS, [en ligne]. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd_final_m30/fr/
- [4] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (page consultée en 09/21). INSEE, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- [5] Adamsbaum C, Ait Ameer A, Benosman SM, André C, kalifa G. Age osseux et diagnostic des troubles de la croissance. *Encycl Méd Chir.* 2002;30(20):480-8
- [6] Lacroze V. Prématurité : définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins. *Journal de pédiatrie et de puériculture.* Elsevier Masson SAS.2011;(28):47-48
- [7] Piaget J. *La construction du réel chez l'enfant.* 6th ed. Chatenois les forges:delachaux et nieslé;1998
- [8] Wallon H. *Les origines de la pensée chez l'enfant.* Vendôme:Presses Universitaires de France;1989
- [9] Olivier I, Ripoll H. Développement psychomoteur de l'enfant et pratiques physiques et sportives. Paris:Revue E.P.S;1999.
- [10] Budowski M. Le développement psychomoteur du nourrisson : quand penser à une anomalie ?. *JNMG.*2006 Oct 10;20(744):1023-4
- [11] Piaget J. *La psychologie de l'enfant.* 14 éd. Paris:Presses Universitaires de France;1992.
- [12] *Pediadol.* (page consultée en 09/21). *Pediadol la douleur de l'enfant,* [en ligne]. <https://pediadol.org/evaluation/>
- [13] Vincent B, Horle B, Wood C. Évaluation de la douleur de l'enfant. *EMC.* 2009;(4):170-80

- [14] Tereno S, Soares I, Martins E, Samaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. med hyg.2007;19(2):151-88
- [15] Ling D, Ling AH. Communication development in the first three years of life. JSLHR. Oct 1973:146-159
- [16] Hornor G. Attachment Disorders. J Pediatr Health Care.2019;33(5):612-23
- [17] Robert SJ. Why do babies cry ?. Arch Dis Child.2018 Apr19 :1-3
- [18] Tombeur M, Lempereur E, Durieux MP. Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé. Cah psychol cli. 2007;1(28):221-38
- [19] Als H. Developmental care in the newborn intensive care unit. Curr Opin Pediatr. 1998;10(2):138-42.
- [20] Coscia A et al. Communicative strategies in a neonatal intensive care unit. JMFNM. 2010Aug12;23(3):11-3
- [21] Légifrance (page consultée le 05/10/21). Code de la santé publique Article L4321-1, [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/
- [22] Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (page consultée le 17/10/2022). La démographie des kinésithérapeutes en France, [en ligne]. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>
- [23] Légifrance (page consultée en 09/21). Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000501428?isSuggest=true>
- [24] Légifrance. (page consultée en 09/21). Décret n°89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000882812?isSuggest=true>
- [25] Légifrance (page consultée en 09/21). Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, [en ligne].

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778?init=true&page=1&query=arrete+du+5+septembre+2015+relatif+au+diplome+de+kin%C3%A9&searchField=ALL&tab_selection=all

[26] Légifrance (page consultée en 09/21). Décret n°2009-494 du 29 avril relatif aux études préparatoires et au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020567935>

[27] Panchout E, Doury-Panchout F, Launay F, Couliandre A. Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ?. *Kinesither Rev.* 2017Sept3;17(192):310

[28] Conrard S. kinésithérapie pédiatrique des professionnels en manque de reconnaissance. *Kineactu.* 2021oct14;(1595):8-9

[29] Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (page consultée le 03/01/2022). Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, [en ligne]. <https://deontologie.ordremk.fr/>

[30] Le DPC en pratique (page consultée le 03/01/2022). Agence nationale du DPC, [en ligne]. <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>

[31] La certification (page consultée le 15/02/2022). Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, [en ligne]. <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-certification/>

[32] European Association for Children in Hospital. (page consultée en 09/21). Each involved in the welfare of sick children, [en ligne]. <https://each-for-sick-children.org/>

[33] Haute Autorité de Santé (page consultée en 09/21). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante

[34] SurveyMonkey (page consultée le 5 mars 2021). Comment calculer la taille de l'échantillon d'un sondage, [en ligne]. <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>

[35] Haute autorité de Santé. (page consultée en 03/2022). Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aigue chez le nourrisson de moins de 12 mois, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf

VII) Annexes

Annexe n°1 : Répartition des unités d'enseignements entre le 1^{er} et 2^{ème} cycle [25]

UNIVERSITE	IFMK				
	1 ^{er} cycle		2 ^{ème} cycle		
	L1 (S1-S2)	K1 (S1-S2)	K2 (S3-S4)	K3 (S5-S6)	
Unités d'enseignement de première année commune aux études de santé (PACES) ou de première année de licence Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) ou de première année de licence dans le domaine Sciences, Technologies, Santé (STS).	UE 1. Santé publique	UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1	UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2	UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure	Enseignements fondamentaux
	UE 2. Sciences humaines et sciences sociales		UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire		
	UE 3. Sciences biomédicales	UE 17. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire			
	UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)	UE 18. Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques			
	UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie	UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité	UE 19. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique 2	Sciences et ingénierie en kinésithérapie	
			UE 20. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire 2		
			UE 21. Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire 2		
	UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation				
			UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie		
			UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique		
UE 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche	UE 9. Langue anglaise professionnelle	UE 27. Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie	Apprentissages et approfondissements		
UE 10. Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive		UE 26. Langue anglaise professionnelle			
UE 11. Formation à la pratique masso-kinésithérapique		UE 25. Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention			
	UE 28. Mémoire				
UE 12. optionnelle 1	UE. 13 optionnelle 2	UE. 30. Formation à la pratique masso-kinésithérapique			
		UE. 31 optionnelle 3	UE. 32 optionnelle 4		
60 ECTS	60 ECTS	120 ECTS	180 ECTS	DEM K = 240 ECTS	

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital, c'est l'affaire de tous.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

Avec APACHE, soutenez son application en France, faites-la connaître autour de vous.



1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.



6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.



10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.



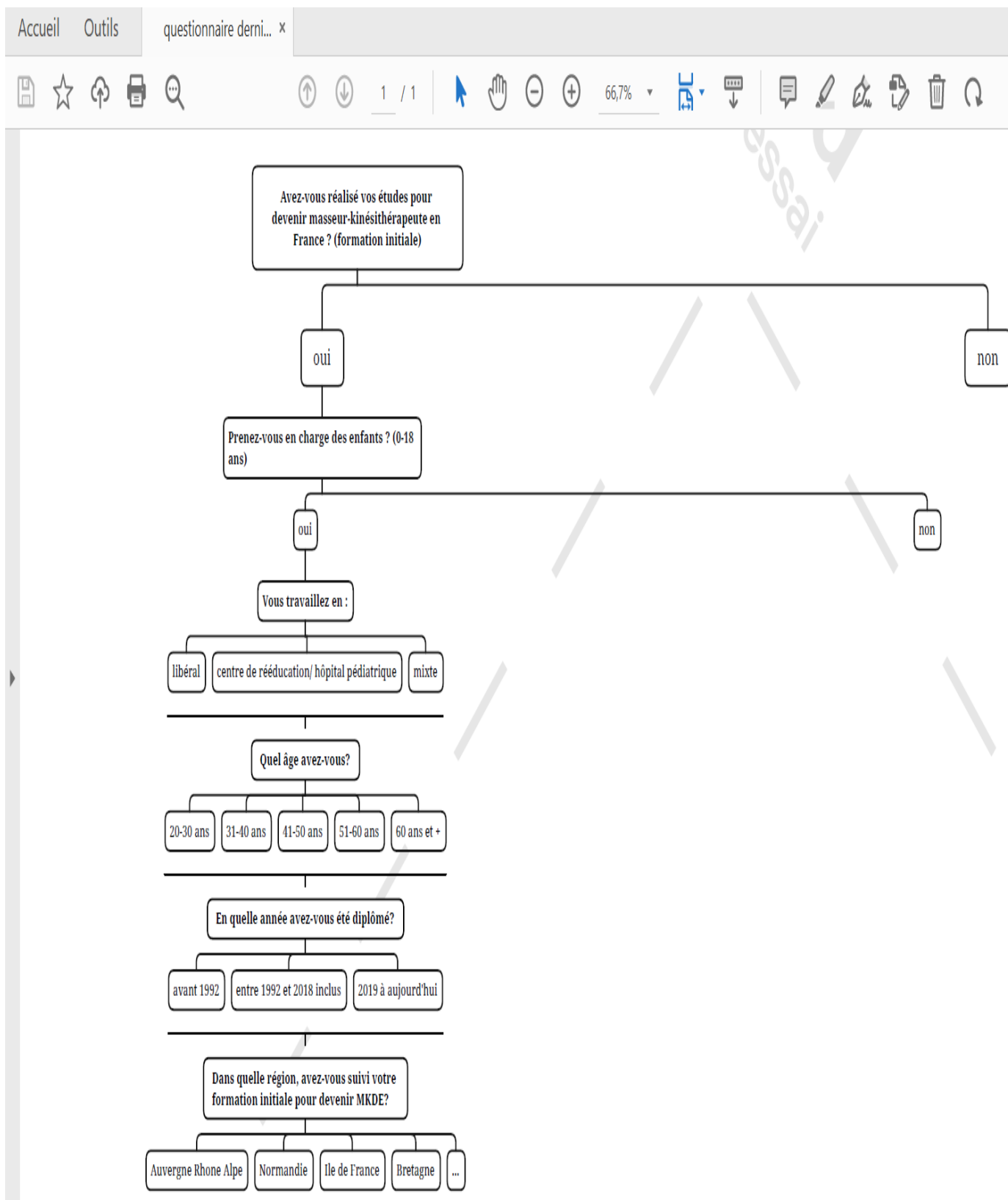
APACHE

Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants

B.P. 162 - 92 185 Antony Cedex - tél & fax : 01 42 37 61 88

Courriel : apache.asso@wanadoo.fr - Site web : www.hospiweb.com

Annexe n°3 : Schéma représentant le déroulement du questionnaire



De manière globale, comment qualifiez-vous l'enseignement théorique que vous avez reçu durant votre formation initiale ?

De 1 (pas du tout suffisant) à 4 (complètement suffisant)

De manière globale, comment qualifiez-vous l'enseignement pratique (travaux dirigés, travaux pratiques...) que vous avez reçu durant votre formation initiale ?

De 1 (pas du tout suffisant) à 4 (complètement suffisant)

Concernant la pédiatrie, comment qualifiez-vous l'enseignement théorique que vous avez reçu durant votre formation initiale?

De 1 (pas du tout suffisant) à 4 (complètement suffisant)

Concernant la pédiatrie, comment qualifiez-vous l'enseignement pratique (travaux dirigés, travaux pratiques...) que vous avez reçu durant votre formation initiale ?

De 1 (pas du tout suffisant) à 4 (complètement suffisant)

Lors de votre formation initiale, avez-vous suivi un stage auprès des enfants ?

Lors de votre formation initiale, avez-vous suivi un stage auprès des enfants ?

- non
- oui
- je ne sais pas

Si oui, dans quel(s) champ(s) clinique(s) étaient les pathologies que vous avez pu observer durant votre stage ?

- neuro-musculaire
- musculo-squelettique
- cardio-respiratoire, tégument et interne

Qu'est ce que ce stage vous a apporté :

- il ne vous a rien apporté
- mise en application de certaines techniques et/ou bilans spécifiques en pédiatrie
- plus de confiance en soi
- une première approche du milieu pédiatrique
- ...
- autre

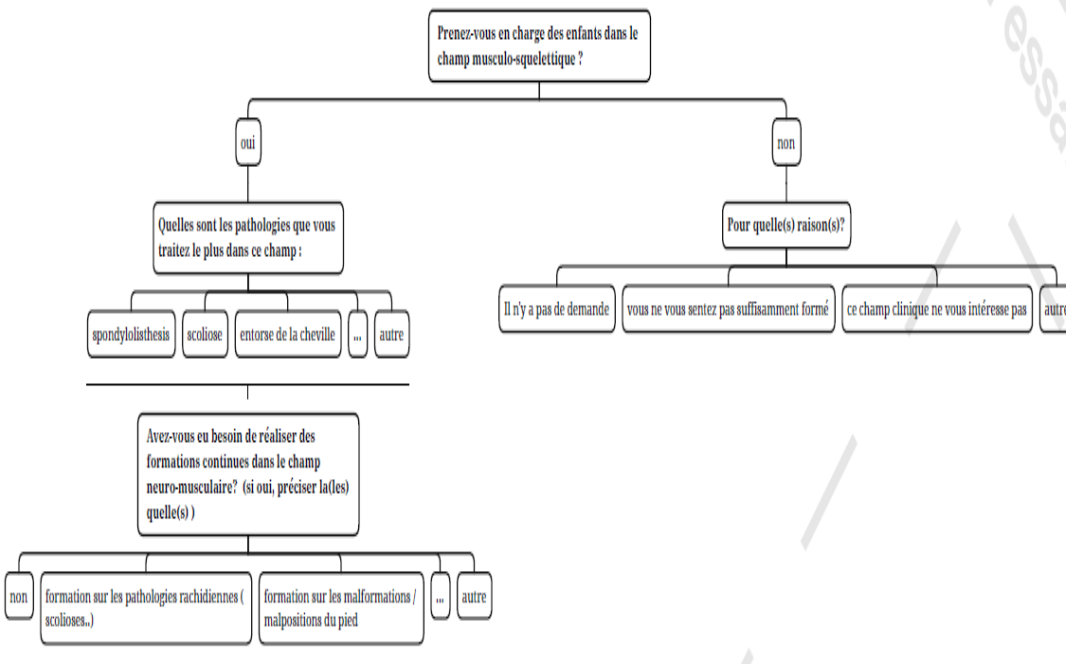
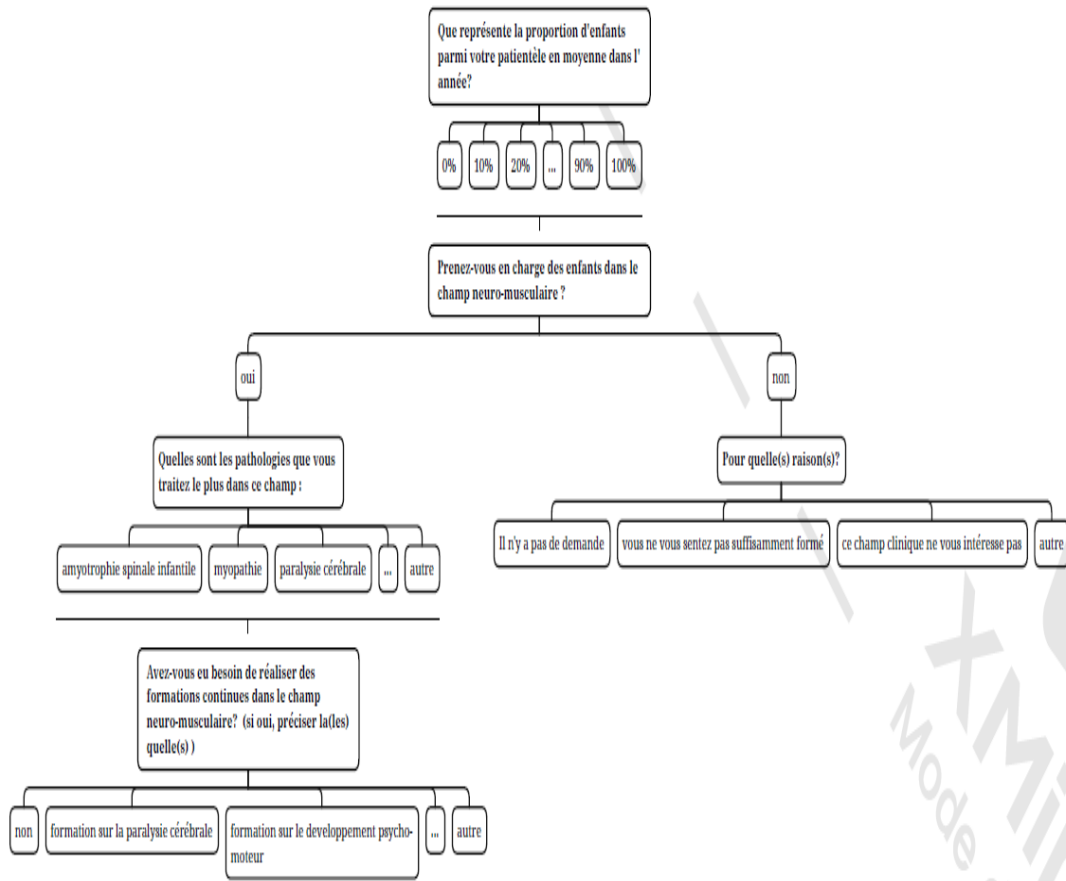
Pour vous, la réalisation d'un stage en pédiatrie devrait être :

- obligatoire
- facultative
- dans un établissement choisi par l'étudiant
- dans un établissement choisi par l'école

A l'obtention de votre diplôme de MKDE quel était votre niveau d'aptitude dans les champs cliniques suivant (de 1 très insuffisant à 4 très suffisant) :

- neuro-musculaire
- musculo-squelettique
- cardio-respiratoire, tégument et interne

Que représente la proportion d'enfants parmi votre patientèle en moyenne dans l'année?





1 / 1



50,3%



Prenez-vous en charge des enfants dans le champ "cardio-respiratoire, tégumentaire et interne" ?

oui

non

Quelles sont les pathologies que vous traitez le plus dans ce champ :

- bronchiolite
- asthme
- mucoviscidose
- ...
- Sous-sujet 5

Pour quelle(s) raison(s) ?

- Il n'y a pas de demande
- vous ne vous sentez pas suffisamment formé
- ce champ clinique ne vous intéresse pas
- autre

Avez-vous eu besoin de réaliser des formations continues dans le champ neuro-musculaire? (si oui, précisez la(les) quelle(s))

- non
- formation sur le drainage bronchique (drainage autogène, AFE...)
- formation sur la kiné respiratoire en réanimation
- formation sur la prise en charge de l'asthme ou de la mucoviscidose
- ...
- autre

Vous intégrez les parents à vos séances (enfants de 0-2 ans, 3-6 ans, 7-12 ans et 13-18 ans) :

- uniquement pour le bilan initial/final
- jamais
- rarement
- régulièrement
- toujours

Pour vous, communiquer avec les parents de l'enfant et les éduquer à la pathologie de l'enfant est :

de 1 (très difficile à réaliser) à 5 (très simple à réaliser)

Avez-vous eu des cours dans votre IFMK sur la relation enfant-soignant et enfant-soignant-parents durant votre formation initiale?

- oui
- non
- je ne sais pas

Avez-vous déjà réalisé des formations continues sur le thème de la relation enfant-soignant et enfant-soignant-parents ?

- oui
- non

