

Être kinésithérapeute pédiatrique, c'est tellement plus qu'être kinésithérapeute !

CORALIE DU COEUR

Kinésithérapeute pédiatrique

*au centre Cothan (Coordination de thérapies pour enfants porteurs
d'un handicap neuromoteur)*

à l'Hôpital civil Marie Curie (C.H.U. de Charleroi)

c.ducoeur@hotmail.be

RESPONSABLE : CARLYNE ARNOULD

Section de kinésithérapie

Département des sciences de la motricité

Domaine de la santé

Campus de Montignies-sur-Sambre

Haute école Louvain-en-Hainaut

arnouldc@helha.be

RÉSUMÉ. – La kinésithérapie pédiatrique est un domaine plus vaste qu'on ne pourrait le penser. Après la kinésithérapie respiratoire du jeune enfant, c'est le cas de l'enfant souffrant de paralysie cérébrale qui est le plus fréquemment rencontré. Au centre Cothan (école de type 4), les enfants sont pris en charge de manière très spécifique par le kinésithérapeute qui les soigne en prenant en compte toutes leurs facettes. En cabinet, de nombreuses pathologies peuvent être rencontrées, telles que la plagiocéphalie, le retard de développement du jeune enfant, le trouble de développement de la coordination... Le kinésithérapeute pédiatrique exerçant en hôpital peut également être amené à se rendre dans le service de néonatalogie pour une prise en charge respiratoire, orthopédique ou une stimulation développementale. Dans ces quelques lignes, je me propose de vous dévoiler mon parcours avec tous ces enfants. Mon métier est diversifié, exaltant et enrichissant, mais il est bien plus : c'est une réelle passion !

ABSTRACT. – Paediatric physiotherapy is a much broader field than one might think. Children suffering from cerebral palsy is the second most frequently intervention encountered in paediatric field after the respiratory care achieved for young children. At the Cothan Center, a “type 4” Belgian school which caters for physical/motor disabilities, children are cared for in a very specific way by the physiotherapist who includes all aspects of their illness in his treatment plan. In a clinical setting, one is likely to encounter various pathologies including plagiocephaly, developmental delay in young children and developmental coordination disorder, whereas the paediatric physiotherapist practising in a hospital setting may also be required to visit the neonatal ward to deal with respiratory, orthopaedic and developmental stimulation issues. Through this brief description, I reveal my own career pathway with these various types of children. My profession is not only diverse, exhilarating and enriching, it is a real passion !

MOTS-CLÉS. – Paralyse cérébrale — Pédiatrie — Plagiocéphalie — Prématurité — Trouble développemental de la coordination (TDC)

Peut-être la kinésithérapie pédiatrique est-elle connue de certains d’entre vous ou par des professionnels aguerris, mais, la plupart du temps, elle semble méconnue des étudiants, des jeunes parents et de bien d’autres personnes. C’était bien mon cas dans le passé. Nombreuses sont les personnes qui connaissent la kinésithérapie pédiatrique à travers la prise en charge respiratoire du jeune enfant, un traitement paraissant parfois brutal chez ce petit être. Pourtant, ce n’est qu’une facette de ce domaine de la kinésithérapie qui est bien plus diversifié.

Depuis toute petite, je me destinais à être pédiatre. Mais le destin en a décidé autrement : c’est finalement vers la kinésithérapie que je me suis tournée. Ces études ne me plaisaient pas pour autant. Ce n’est qu’avec la rencontre d’un professeur bien particulier que mon avenir s’est éclairé. Olivier Cools, professeur de kinésithérapie pédiatrique à la HELHa, a réussi à me donner goût à la kinésithérapie et m’a permis d’entrevoir ce qui serait ma future voie. Le cours de neuropédiatrie débutait sur le développement du jeune enfant pour embrayer vers la prise en charge de l’enfant avec handicap moteur. Sa manière d’enseigner et de partager sa vocation a été une révélation. Elle m’a amenée à réaliser un stage au centre Cothan de Gosselies et au service Mikado au CHR de Namur.

Ma première impression s’est alors confirmée : j’ai mis sans aucune hésitation les prothèses de genou, les entorses de cheville et les lombalgies définitivement de côté. Diplômée majeure de promo avec la plus grande distinction, j’ai eu le privilège de remplacer mon « mentor » au centre Cothan et, ensuite, d’y être définitivement engagée.

Cothan est un centre extraordinaire. C'est une école spécialisée (type 4), qui accueille des enfants infirmes moteurs cérébraux avec un potentiel incroyable. Le travail y est extrêmement enrichissant ; il est construit autour de l'enfant et de son évolution au jour le jour. Une équipe pluridisciplinaire dévouée permet énormément d'échanges autour de la paralysie cérébrale. Étant donné que j'y travaille comme kinésithérapeute, mon rôle consiste à y entretenir la mobilité ostéo-articulaire et musculaire des enfants, à préserver leur statut orthopédique, et à favoriser leur motricité volontaire. Mais Cothan c'est bien plus que cela ! J'y ai appris à intégrer la kinésithérapie et ses objectifs dans le quotidien de l'enfant, que ce soit pour se mettre debout à son bureau, pour s'asseoir correctement au moment du repas ou pour se déplacer entre les activités de la journée. J'y ai appris à réfléchir aux appareillages (attelles des membres inférieurs, attelles et gants des membres supérieurs, plan de verticalisation, coque assise...) et aux moyens de déplacement (voiturette manuelle/électrique, cadre de marche, vélo...). J'y ai appris à accompagner l'enfant dans ses apprentissages et à participer aux temps pédagogiques. J'y ai appris à stimuler le langage, la sphère orofaciale et la déglutition lors du repas. J'y ai appris à prendre en compte les aléas psychologiques, familiaux et le passé d'enfants tous différents. Être kinésithérapeute à Cothan, c'est tellement plus qu'être kinésithérapeute !

Le terme d'infirmité motrice cérébrale, aussi nommé plus récemment « paralysie cérébrale », réfère à « un groupe de désordres du développement du mouvement et de la posture entraînant une limitation de l'activité motrice. Elle est due à une atteinte non progressive du développement du cerveau survenant pendant la période fœtale ou de la petite enfance. Souvent le handicap est accompagné de troubles sensoriels, cognitifs, de la communication et de la perception, du comportement et d'épilepsie » (Bax *et al.*, 2007). La prise en charge kinésithérapeutique de l'enfant infirme moteur cérébral est donc particulière. Comme signalé précédemment, l'entretien du statut orthopédique est bien sûr majeur, mais la motricité active et son caractère fonctionnel le sont tout autant. Une grande partie de la séance consiste donc à stimuler l'enfant de manière active, par exemple via les NEMs (Niveaux d'Évolution Motrice) dans des positions telles que le passage de l'assis au debout, le déplacement en marchant avec une aide de marche ou non, mais aussi via la psychomotricité. La prise en charge s'adapte toujours aux capacités des enfants, qui peuvent être plus ou moins mobiles, et elle les pousse à évoluer continuellement. Pour atteindre cet objectif, le caractère ludique est primordial, car qui trouverait sympa de se mettre à quatre pattes et de se rasseoir cinq fois d'affilée ? Tel est également le nerf de la guerre en kinésithérapie pédiatrique : il faut motiver l'enfant à réaliser les objectifs thérapeutiques. Pour cela, de nombreux jeux,

compétitions et challenges sont élaborés : il faut travailler en s'amusant ! En effet, l'enfant n'est pas un adulte en miniature : tout doit lui être adapté, ce qui rend la composition du plan de traitement complexe, mais très stimulante. Il faut toujours réfléchir et repenser non seulement à l'évolution de la prise en charge, mais aussi à son caractère divertissant.

Pour continuer sur cette voie pédiatrique, j'ai décroché un poste comme kinésithérapeute neuropédiatrique à l'hôpital civil Marie Curie. Cet emploi, peu similaire à celui de Cothan, le complète à merveille à travers un large panel de prises en charge pédiatriques. Le travail y est complètement différent, mais tout aussi enrichissant. Les pathologies sont aussi diverses que variées, passant du jeune enfant au plus grand. J'y ai commencé en faisant, le week-end, des gardes en pédiatrie. Les principales prises en charge étaient respiratoires, mais j'ai pu découvrir un service qui m'était encore inconnu : les soins intensifs néo-nataux. Les premiers hôpitaux dédiés aux enfants sont apparus à la fin du XVIII^e siècle et ce n'est qu'en 1879 que le premier pédiatre connu à ce jour a commencé à parler de médecine pour enfants. Stéphane Tarnier (1828-1897), un accoucheur, a mis au point les premières couveuses ainsi que les bases des soins aux prématurés comme l'hygiène rigoureuse, l'alimentation par gavage, l'atmosphère humide, le maintien à une température ambiante constante et l'isolement. Plus tard, cet isolement a été remis en question, permettant aux parents et autres thérapeutes, tels que le kinésithérapeute, d'intervenir auprès du nourrisson (Mauroy *et al.*, 2007). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un bébé sur dix naît prématurément, ce qui équivaut à 15 millions de naissances par an, un chiffre en constante augmentation (Alvarez *et al.*, 2017). Ma première prise en charge en soins intensifs néonataux a consisté à soigner une petite fille née à 24 semaines d'aménorrhée, correspondant à une prématurité dite extrême. Cette petite fille pesait 750 grammes, était intubée, branchée à toute une série de câbles et entourée d'un nombre incalculable d'appareils. Sa peau était transparente et son visage pas tout à fait formé. J'étais très impressionnée, mais, accompagnée d'un collègue, j'ai réalisé mon premier traitement néonatal. Actuellement, je retourne régulièrement dans ce service, craint de la plupart des kinésithérapeutes, pour plusieurs types de prises en charge : respiratoire, stimulation au développement moteur, stimulation au développement global, mobilisations diverses... L'évolution du bébé né prématurément dépend de chaque enfant : rien ne permet de prévoir s'il présentera des séquelles à court ou à long terme (Ancel & Rozé, 2015). Au niveau moteur, la paralysie cérébrale est l'une des grandes conséquences, le risque d'infirmité motrice cérébrale augmente lorsque l'âge gestationnel et le poids diminuent (Durig & Salamini, 2012). D'autres troubles moteurs, tels qu'une dyspraxie, des troubles

attentionnels, une dyschronométrie, une dysmétrie, un retard psychomoteur ou un trouble de coordination, peuvent également apparaître.

Les séquelles de la prématurité sont donc nombreuses, et c'est pour cette raison que j'ai eu l'opportunité de revoir, un peu plus tard, ma première patiente de néonatalogie. En effet, outre les gardes, j'occupe actuellement un poste en ambulatoire à l'hôpital civil Marie Curie, où je reçois de nombreux bébés et enfants. La petite s'y est donc présentée pour un torticolis et une plagiocéphalie postérieure unilatérale (c.-à-d., une déformation asymétrique du crâne consistant en un aplatissement postérieur du crâne). Étant donné que les bébés dorment sur le dos afin d'éviter les risques de mort subite du nourrisson, les torticolis positionnels et les plagiocéphalies postérieures avec une déformation occipitale sont fréquents. Afin d'éviter l'installation d'un retard de développement, les stimulations neuromotrices s'avèrent essentielles et doivent être réalisées en plus de la prise en charge orthopédique durant laquelle le cou, la nuque et le crâne sont mobilisés. Les stimulations neuro-motrices s'avèrent essentielles car un retard de développement peut s'installer. La patiente présentait une hypotonie, ce qui augmente le méplat postérieur. Malgré tous les efforts et la bonne évolution de ma patiente, le port d'un casque a dû être envisagé, car la plagiocéphalie était sévère. Le port d'un casque, solution souvent crainte des parents, est dit passif, car il laisse une zone libre là où se trouve le méplat, mais il reste en léger contact là où se trouvent les bosses. Aucune pression n'est exercée par le casque qui constitue en quelque sorte un tuteur guidant le développement crânien. Il est à porter 22 h sur 24, et la durée de traitement est très variable, allant généralement de 3 à 6 mois, en fonction de la gravité de la plagiocéphalie (Godfroid, 2019). Pendant la période de port du casque, les stimulations neuromotrices peuvent être poursuivies, car, comme dans le cas de ma petite patiente, le retard développemental peut se prolonger. Une fois la plagiocéphalie soignée et le casque enlevé, tous les NEMs ont été travaillés avec la patiente pour finalement aboutir à l'apprentissage de la marche. En effet, âgée de 22 mois, un réel retard était apparu dans cette acquisition majeure. Grâce à de multiples conseils, séances et exercices, ma patiente s'est finalement mise à marcher, il y a de ça quelques jours. Dresser le portrait et l'évolution de cette petite fille, avoir eu la chance de poursuivre le traitement sur plus de deux ans de sa vie est une opportunité humaine incroyable. Cela permet également de se rendre compte de l'importance du kinésithérapeute dans la prise en charge précoce du nourrisson et de la variabilité des prises en charge pédiatriques.

En neuropédiatrie, certains enfants peuvent également consulter pour des difficultés psychomotrices. Je reçois donc en consultation des enfants, de par-

fois deux ans jusqu'à une dizaine d'années, présentant un retard psychomoteur. Celui-ci est mis en évidence par les parents, le pédiatre ou le neuropédiatre. Il peut s'agir d'un retard de développement moteur, d'un retard global ou d'un trouble de coordination. En réalité, la définition du retard psychomoteur est compliquée à établir et a longtemps évolué. Maladresse du développement, débilité motrice, dysfonction perceptive-motrice, trouble d'acquisition de la coordination (TAC), trouble de développement de la coordination (TDC), dyspraxie, nombreux ont été et sont encore les termes employés. Ce diagnostic touche 5 à 6% de la population entre 5 et 11 ans et, plus souvent, les garçons. De manière concrète, il s'agit d'une maladresse qui touche plusieurs sphères de la vie de l'enfant : la vie quotidienne comme fermer ses boutons, enfiler son t-shirt à l'endroit ; la vie scolaire via l'écriture, la lecture, les mathématiques, la manipulation des outils scolaires comme la latte ou le compas ; ou bien encore les loisirs, comme la maîtrise de la balle au football et l'utilisation d'un instrument de musique. Pourtant, il n'y a pas d'atteinte intellectuelle ou sensorielle, ni d'affection neurologique, de maladie ou traumatisme. « La dyspraxie ou TDC est un trouble de la motricité intentionnelle (volontaire), visant un but (praxie). Planification motrice et/ou programmation du geste sont perturbées en amont de l'exécution, lors de l'intégration sensori-motrice et/ou visuo-spatiale motrice. La gestion automatisée du mouvement en est affectée » (Vaire-Douret, 2018). Un jour, un patient présentant un TDC, m'a dit : « Mes mains, mes doigts et mes yeux ne veulent pas m'obéir alors que j'ai compris ce que je devais faire ». Cet enfant exprime de manière bien plus simple ce à quoi correspond son trouble. Concrètement, en termes de prise en charge, il s'agit d'aider l'enfant, d'un point de vue moteur et visuomoteur, à acquérir les stratégies d'action adéquates qu'il convient de mettre en place dans la vie de tous les jours. C'est une prise en charge complexe, car il est difficile de savoir vers où aller : il n'y a pas de plan de traitement ou de protocole de rééducation tout tracé. Il faut se laisser guider par les plaintes des parents et de l'enfant ainsi que par les observations et opinions des autres thérapeutes et de l'institutrice. Il faut donc collaborer avec les différents acteurs de la vie de l'enfant en fixant régulièrement des objectifs communs et qui font sens pour l'enfant et sa famille. C'est très enrichissant de travailler avec ces enfants qui sont souvent très réceptifs à l'aide apportée puisqu'il y a généralement un potentiel intellectuel incroyable derrière toutes ces difficultés.

L'ensemble de ces pathologies met en lumière le caractère essentiel des formations post-diplômes. Quelques-uns des éléments de prise en charge de ces pathologies sont bien sûr abordés lors des études de kinésithérapie, mais il reste primordial d'entreprendre des formations complémentaires. La pathologie sur

laquelle je me trouvais la plus démunie à la fin de mes études était ce trouble développemental de coordination. J'ai donc suivi les formations d'Éliane De Brabandère, ergothérapeute et kinésithérapeute, basées sur les concepts de Michèle Mazeau, médecin de rééducation. Elles m'ont beaucoup aiguillée dans la compréhension du trouble, de son bilan et de sa prise en charge. J'ai également suivi quelques plus petites formations en graphisme et en troubles attentionnels et exécutifs, afin d'élargir mon champ d'expertise. Concernant le jeune enfant, j'ai réalisé une formation en thérapie manuelle et plagiocéphalie donnée par Stéphane Sabbioni, ostéopathe. Prochainement, c'est aux malformations et malpositions du pied chez le nourrisson que je m'intéresserai. Pour l'enfant infirme moteur cérébral, plusieurs grandes écoles conventionnelles sont conseillées telles que Le Métayer, Bobath ou l'éducation conductive. Des formations incontournables qui seront mes prochains objectifs. Il existe également des formations de thérapies ayant montré des preuves scientifiques (Novak *et al.*, 2013; Novak *et al.*, 2019) qui, peut-être moins plébiscitées, sont plus innovantes comme la thérapie intensive bimanuelle de la main et du membre supérieur incluant le membre inférieur (HABIT-ILE) (Bleyenheuft *et al.*, 2015; Bleyenheuft *et al.*, 2017; Bleyenheuft & Gordon, 2014). Rencontrer des professionnels de tous les horizons lors de ces formations est très enrichissant et donne toujours envie d'apprendre davantage. C'est aussi une des raisons pour lesquelles j'aime participer à la promotion de mémoires en kinésithérapie ainsi qu'aux jurys d'évaluation de ces derniers. Accompagner les étudiants dans la réalisation de leur travail de fin d'études et lors des stages cliniques permet une constante remise en question et pousse à donner le meilleur de soi-même, à partager un métier et une passion, à enseigner, à communiquer et à donner le goût d'une partie spécifique de la kinésithérapie.

Pour conclure, j'aimerais insister sur le travail de collaboration indispensable dans la prise en charge pédiatrique. En pédiatrie, l'enfant n'est pas le seul acteur de son évolution. Qu'il soit bébé ou plus grand, il sera toujours accompagné de ses parents, de son institutrice, de son médecin, et de ses autres thérapeutes. Le travail et la communication pluridisciplinaire sont essentiels si l'on veut faire avancer l'enfant. Enfin, c'est en rédigeant ce texte que je me suis rendu compte de la richesse de ce métier et de l'importance de la partager. Peut-être ces quelques lignes donneront-elles envie à quelqu'un de s'informer, de se renseigner, de se lancer dans ce domaine tellement enrichissant et passionnant qu'est la kinésithérapie pédiatrique ?

Bibliographie

- Álvarez, M. J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-González, D., Rosón, M., & Lapeña, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 119-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009>
- Ancel, Pierre-Yves, & Rozé, J.-C. (2015). Prématurité : ces bébés qui arrivent trop tôt. Récupéré le 15 octobre 2020 de l'INSERM <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
- Bax, M., Rosenbaum, M., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49 (s109), 1-44. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00001.x>
- Bleyenheuft, Y., Arnould, C., Brandao, M. B., Bleyenheuft, C., & Gordon, A. M. (2015). Hand and Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremity (HABIT-ILE) in Children With Unilateral Spastic Cerebral Palsy : A Randomized Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(7), 645-657. <https://doi.org/10.1177/1545968314562109>
- Bleyenheuft, Y., Ebner-Karestinos, D., Surana, B., Paradis, J., Sidiropoulos, A., Renders, A., Friel, K. M., Brandao, M., Rameckers, E., & Gordon, A. M. (2017). Intensive upper- and lower-extremity training for children with bilateral cerebral palsy : A quasi-randomized trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(6), 625-633. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13379>
- Bleyenheuft, Y., & Gordon, A. M. (2014). Hand-arm bimanual intensive therapy including lower extremities (HABIT-ILE) for children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 390-403. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.932884>
- Dürig, F., & Salamoni, C. (2012). Extrême prématurité : sur quels critères éthiques faut-il interrompre les soins intensifs d'un prématuré pour éviter l'acharnement thérapeutique ? Récupéré le 16 octobre 2020 de l'Université de Genève. https://www.unige.ch/collegetheologie/files/8914/0741/8063/travail_matu_2013_Durig_Salamoni.pdf
- Godfroid, M. Le casque de plagiocéphalie chez GTO Orthopédie. [Présentation orale] Formation *Thérapie manuelle et pédiatrique*. SFER – Les Ateliers de la kinésithérapie, Mons, novembre 2019.
- Mauroy, M.-C., Sommer, M., Liegeois, M., Ndamè Ebonguè, N., & Dexpert, F. (2007). Banque de données médico-sociales 2005-2006. Dossier spécial : La prématurité. Récupéré de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_BDMS/2005-2006/BDMS2005_2006.pdf
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., Stumbles, E., Wilson, S.-A., & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy : State of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(10), 885-910. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12246>

- Novak, I., Morgan, C., Fahey, M., Finch-Edmondson, M., Galea, C., Hines, A., Langdon, K., Namara, M. M., Paton, M. C., Papat, H., Shore, B., Khamis, A., Stanton, E., Finemore, O. P., Tricks, A., Te Velde, A., Dark, L., Morton, N., & Badawi, N. (2020). State of the Evidence Traffic Lights 2019 : Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20(2), 3. <https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z>
- Vaivre-Douret, L. (2018). Dyspraxie de l'enfant : des bilans exploratoires précis pour un diagnostic libérateur. *La revue du praticien*, 32 (1000), 331-336.

