

# KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE PEDIATRIQUE DANS LA BRONCHIOLITE

Institut National de la Kinésithérapie  
[www.maisondeskines.com](http://www.maisondeskines.com)

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris  
tél. : 01 44 83 46 71

[secretariat@ink-formation.com](mailto:secretariat@ink-formation.com)

N° de déclaration d'activité : 1175 116 30 75



## A – Programme détaillé

### DUREE

- Deux jours en présentiel
- 1 heure d'évaluation des pratiques
- 14 heures de formation

### NOMBRE DE STAGIAIRES :

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

### FORMATEURS

. Christian FAUSSER - Masseur-kinésithérapeute Cadre de Santé – Master 2 en Sciences de l'Education, option formation de formateurs - Chargé de cours dans les Instituts de formation MK - Auteur d'ouvrages.

. Didier EVENOU - Masseur-kinésithérapeute - Cadre supérieur CHU pédiatrique R. Debré

### 1) OBJECTIFS

#### Généraux :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est, pour le kinésithérapeute formé, d'acquérir ou de perfectionner les techniques de kinésithérapie appliquées de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite de l'enfant, et donc d'améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations de meilleure qualité réalisées par un plus grand nombre de professionnels.

Amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

#### Spécifiques :

En permettant au professionnel :

- d'être en capacité d'évaluer la situation clinique du nourrisson et de l'enfant, et de décider d'une prise en charge thérapeutique ou non
- d'être en capacité de faire le diagnostic de l'encombrement des VAS et VAI
- d'être en capacité d'autoévaluer ses pratiques professionnelles
- d'approfondir les connaissances en anatomo-pathologie respiratoire chez l'enfant
- de maîtriser les techniques de désencombrement des VAS et VAI
- de maîtriser l'utilisation des aérosols : pourquoi, quand et comment les utiliser ?
- de mesurer l'impact de la formation sur la pratique professionnelle

## 2) RESUME

### Premier jour : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

- Analyse et présentation graphique des résultats des grilles EPP 1 et tour de table
- Identification des points faibles et de leurs différentes causes :
  - professionnelles
  - institutionnelles
  - organisationnelles
  - personnelles
- Identification des mesures correctives
- Tour de table avec intervention de chaque participant
- Reflux gastro-œsophagien
- Physiologie
- Examens et relation avec les pathologies respiratoires de l'enfant
- La globalité de la prise en charge chez l'enfant présentant une pathologie respiratoire
- Bronchiolite du nourrisson et de l'enfant
- Physiopathologie et traitement
- Le point sur la recherche

### PREVENTION :

- Définition des différents types
- Déclinaison sur le thème des bronchiolites et asthme de l'enfant
- Le site de l'INPES

### APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE ET COORDINATION DES SOINS en pédiatrie respiratoire :

- Les réseaux
- Les différents acteurs intervenant et leurs rôles respectifs
- Les droits du patient (loi du 4 mars 2002)
- Les sociétés savantes en pédiatrie respiratoire
- Les autres outils de la coordination impliquant le kinésithérapeute : le BDK et la FICHE DE SYNTHÈSE, les DOSSIERS PARTAGES

### Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

- Exposé des problèmes théoriques et pratiques des participants au cours de leur exercice professionnel

### EDUCATION A LA SANTE :

- Définition
- Objectifs et bénéfices attendus en kinésithérapie respiratoire chez l'enfant
- Le rôle pédagogique du professionnel de santé
- Compétences du professionnel de santé
- Le patient partenaire (l'enfant et les parents)
- Programme, stratégie, fiches pour l'entourage et l'enfant
  - Approche globale du patient
  - Relation parents /enfant / thérapeute
  - Point sur l'hygiène
  - Evaluation clinique du patient et diagnostic MK, formalisation écrite
  - Auscultation
  - Les mouchages
  - L'aspiration naso-pharyngée
  - La toux provoquée
  - L'augmentation du flux expiratoire
  - Table ronde sur les recommandations HAS (septembre 2000)
  - Synthèse – préparation EPP 2



**MAISON  
DES  
KINES**  
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie  
[www.maisondeskines.com](http://www.maisondeskines.com)

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris  
tél. : 01 44 83 46 71

[secretariat@ink-formation.com](mailto:secretariat@ink-formation.com)

N° de déclaration d'activité : 1175 116 30 75



### 3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille EPP pré formation
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15 h comportant des échanges de 30 minutes sur les résultats des grilles pré-formation, d'un face à face pédagogique de 14h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les EPP et d'une préparation de 30 minutes des EPP post formation
- Analyse des pratiques par EPP post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique.

### **B – Méthodes pédagogiques mises en oeuvre**

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, tapes, etc...).

### **C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée**

- EPP pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

### **D – Référence recommandation bibliographie**

Recommandations : Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire. Lyon 2 et 3 décembre 1994. Kinésithér Scient 1995; 344: 45-54.

ANAES Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Paris, France, 21 Septembre 2000. Arch Pediatr 2001 Jan; 8 Suppl 1:1s-196s.

JKRI Intérêt des aspirations des voies aériennes : Recommandations. Journées internationales en kinésithérapie respiratoire instrumentale – Lyon 16-17/11/2000

Gaultier C le poumon du nouveau né, Pédiatrie, DOUIN 2000, p 58



DEVIENT



José A. Castro-Rodriguez, Catharine J. Hodlberg, Anne L. Wright, and Ferando D. Martinez "A Clinical Index to Define Risk of Asthma in Young Children with Recurrent Wheezing", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 162, No. 4 (2000), pp. 1403-1406.

A parental history of asthma is a risk factor for wheezing and nonwheezing respiratory illnesses in infants younger than 18 months of age. Bosken CH, Hunt WC, Lambert WE, Samet JM. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000 Jun; 161(6):1810-5

Ho Jen Chin & Quah Ban Seng Reliability and validity of the respiratory score in the assessment of acute bronchiolitis Department of Pediatrics School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Health Campus 16150 Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia

Antonello M, Delplanque D – Comprendre la kinésithérapie respiratoire, Masson, Paris, 2001

Barthe J, « Désencombrement du nourrisson : La Bronchiolite, La Mucoviscidose ... » Kinésithérapie, MASSON, PARIS, Les cahiers n° 8-9-Aout Sept 2002, P. 50-2

Chalumeau M, Foix-L'Helias L, Scheinmann P, Zuani P, Gendrel D, Ducou-le-Pointe H. Rib fractures after chest physiotherapy for bronchiolitis or pneumonia in infants. *Pediatr Radiol* 2002;32(9):644-7.

Systematic Review of the Biology and Medical Management of Respiratory Syncytial Virus Infection Craig Patrick Black PhD RRT-NPS, *Respiratory Care*, March 2003, Vol 48 N°3

Vincon C, Fausser C, « Kinésithérapie respiratoire » Kinésithérapie Scientifique SPEK 2004 n° 441 Fév 2004

Bohe L, Ferrero ME, Cuestas E, Polliotto L, Genoff M. [Indications of conventional chest physiotherapy in acute bronchiolitis]. *Medicina (B Aires)* 2004; 64(3):198-200.

Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD004873.

D.EVENOU C FAUSSER 2017  
SIGN. Bronchiolitis in Children: A National Clinical Guideline. 2006.

Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. *Pediatrics* 2006 October 1, 2006; 118(4):1774-93.

Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD004873.

Bronkinou Gajdos V, Beydon N, Bommenel L, Pellegrino B, de Pontual L, Bailleux S, et al. Inter-Observer Agreement Between Physicians, Nurses, and Respiratory Therapists for Respiratory Clinical Evaluation in Bronchiolitis. *Pediatr Pulmonol* 2009.

Fausser C. Sebban S. Evenou D. « Prise en compte des dimensions de la prise en charge kinésithérapique au sein de la nouvelle fiche d'examen du Réseau Bronchiolite Ile de France » Kinésithérapie scientifique n°538, SPEK, Paris 2012, pp 31-35, (Revue indexée dans Médexpress, EMC, Rédatel, et la base Pascal de l'INIST).

Haute Autorité de Santé Evaluation et amélioration des pratiques – Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GHM04M18) 2013

François Corrad et Al Food intake during the previous 24 h as a percentage of usual intake: a marker of hypoxia in infants with bronchiolitis: an observational, prospective, multicenter study *BMC Pediatrics* 2013, 13:6 doi : 10.1186/1471-2431-13-6

Dutau G Reste-t-il des indications pour la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites ? *Réalités Pédiatrique* N° 178 Avril 2013

Evenou.D, Fausser C, Sebban S « Bronchiolite du nourrisson : Données actuelles – Recommandations » Kinésithérapie scientifique n°558, SPEK, Paris 2014,

Verstraete, P et al Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson de moins de 1an: actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) Archives de Pédiatrie 2014;21 : 53-62

## **E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles**

Cf. page suivante

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

*Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :*

*- O = OUI, la réponse est conforme*

*- N = NON, la réponse est non conforme*

*- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)*

*Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.*

	OUI	NON	NC
01 - La prescription médicale est le document indispensable à la prise d'informations avant la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - L'obstruction bronchique est objectivée par la présence de sibilants à l'auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Chez le nouveau-né et le nourrisson la cyanose est observable sur le lobe et/ou sur le tragus de l'oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - La dyspnée est une gêne à la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Le balancement thoraco abdominal est une ventilation alternée soit abdominale soit thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - La limite basse de la saturation en oxygène pour laquelle un recours médical doit être envisagé est inférieur à 97%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Une séance de kinésithérapie respiratoire pédiatrique peut être effectuée 1 heure après une prise alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les axes dynamiques des appuis manuels (Thoracique et Abdominal) lors de la réalisation de l'AFE sont obliques à 60° se rejoignant en T7/T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Le test de pré-contrainte sert à vérifier l'intégrité de la cage thoracique et du caisson abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Pour la pratique de l'AFE vous positionnez le nourrisson assis sur la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - La respiration nasale du nourrisson est essentiellement nasale jusqu'à environ 24 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Le grade attribué à la Conférence de consensus Bronchiolite de septembre 2000 est B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Le VRS est contagieux sur les surfaces de 30 minutes à 1 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Lors de la réalisation du geste d'AFE, votre critère d'efficacité de mobilisation des sécrétions est objectivé par l'apparition d'une majoration sonore grasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le tirage intercostal est une contre indication à la kinésithérapie respiratoire pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - La toux du nourrisson est peu efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Les volumes actifs mobilisés par le nourrisson sont importants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Le collapsus bronchique se traduit par un cri du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Existe-il une recommandation relative à l'aspiration des voies aériennes supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Une ration alimentaire diminuée de 20% dans les 24 heures précédant la séance de kinésithérapie doit vous alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>