



**MAISON
DES
KINÉS**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

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

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



REEDUCATION ANO-RECTALE : LES GRANDS TABLEAUX CLINIQUES

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEURS

- Max Claude CAPPELLETTI, Masseur Kinésithérapeute
- Hélène COLANGELI-HAGEGE, Masseur Kinésithérapeute

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge périnéo sphinctérienne ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour des savoirs afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles des neurosciences à la physiopathologie, du bilan au traitement.

Les troubles de la continence anale de l'adulte sont sous-diagnostiqués et insuffisamment pris en charge car ils sont tabou, source de honte, dans l'enquête de Laurent Siproudhis plus d'un patient sur deux n'en avait jamais parlé.

Le dépistage et la prise en charge des troubles ano-rectaux en rééducation est primordial pour assurer une éducation des patients à une vidange rectale physiologique, pour traiter les troubles de la continence anale, les troubles de la statique rectale et les douleurs périnéales postérieures. La rééducation ano-rectale permet le traitement de symptômes très gênants pour la qualité de vie.

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

Cette formation sur deux journées permet de repérer et de dépister les troubles ano-rectaux, et d'aborder plus efficacement leur prise en charge en l'intégrant si nécessaire dans le déroulement de la rééducation périnéale.

Après le rappel d'éléments théoriques permettant la compréhension des mécanismes assurant la continence anale, la statique pelvienne et la défécation, leurs troubles et les possibilités thérapeutiques reposant sur des données récentes et validées, les stagiaires seront guidés dans l'élaboration d'un bilan diagnostique kinésithérapique de la fonction ano-rectale et d'un protocole de traitement rééducatif adapté aux différents tableaux cliniques par deux formateurs spécialisés dans ce domaine. L'objectif général est d'acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique les techniques de kinésithérapie périnéo sphinctériennes chez l'adulte.

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par l'HAS et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.



DEVIENT



- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- 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.
- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique
- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

A l'issue de ces deux jours de formation, le stagiaire sera capable de :

- Maîtriser les savoirs anatomiques, physiologiques et physiopathologiques du système digestif de l'estomac au rectum
- Comprendre et maîtriser les conséquences de la grossesse et de l'accouchement
- Comprendre et maîtriser les mécanismes responsables de troubles de la continence anale, de la défécation, de la statique rectale et des douleurs du périnée postérieur
- Connaître les examens complémentaires et les indications médico-chirurgicales
- Connaître les différentes étapes du bilan et les techniques validées
- Connaître les principes du bilan endo-cavitaire manuel et instrumental
- Connaître les principes des techniques endocavitaires manuelles
- Connaître les principes des techniques endocavitaires instrumentales
- Savoir manipuler les sondes
- Savoir réaliser les techniques gymniques et les techniques cicatricielles
- Connaître les principes du matériel de biofeedback et les précautions et règles d'usage
- Maîtriser le déroulé d'une séance

2) RESUME

Premier jour (MC Cappelletti) : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

9h00-9h30

Accueil, présentation des stagiaires, de leurs attentes, présentation de la formation

9h30-10h45

Théorie : Anatomie du rectum et de l'appareil sphinctérien – Digestion – Physiologie de la continence et de la défécation – Réflexe gastro-colique – Biomécanique viscérale – Grossesse et accouchement

11h00-12h30

Théorie : Physiopathologie de l'incontinence anale, différents types d'incontinence anale, constipation terminale (anisme), troubles de la statique pelvienne (rectocèles, intussusceptions, prolapsus recto-anaux, périnées descendants, neuropathies d'étirement), douleurs concernant le périnée postérieur. Epidémiologie.

14h00-15h00

Théorie : Examens complémentaires, indications chirurgicales, traitement médical des troubles ano-rectaux.

15h00-16h00

Théorie : Traitement comportemental : information et conseils, utilisation du calendrier des selles, palliatifs, diététique, accompagnement psychologique, activité physique. Prise en charge en multi-disciplinarité.

16h00-16h15

Pratique : posture facilitatrice, comportement défécatoire.

16h15-17h30

Description d'un bilan diagnostique à l'aide d'outils validés.

- Principes spécifiques à l'examen ano-rectal
- Notion de consentement éclairé
- Règles d'hygiène spécifiques à l'abord ano-rectal
- ROMP
- Description de l'examen clinique externe et interne et des techniques manuelles =

Détection des pathologies de la marge anale (fissures, hémorroïdes, intussusception, etc.).
Observation de la mobilisation à l'effort de retenue volontaire et à la poussée.

- Bilan endo-cavitaire manuel : 3 temps de Lucile Poumarat. Vacuité de l'ampoule rectale, douleurs rectales, anales, évaluation du tonus du canal anal. Evaluation des éléments musculaires pubo-rectal et sphincter anal externe, qualité de la contraction et de la relaxation musculaire, poussée. Test digital : différenciation entre les groupes musculaires.
- Bilan endo-cavitaire instrumental : manométrie ano-rectale adaptée à l'usage des rééducateurs.

Objectifs de la première journée :

- A l'issue du premier jour de formation, le stagiaire sera capable de :
- Maîtriser les savoirs anatomiques, physiologiques et physiopathologiques du système digestif de l'estomac au rectum
- Comprendre et maîtriser les conséquences de la grossesse et de l'accouchement
- Comprendre et maîtriser les mécanismes responsables de troubles de la continence anale, de la défécation, de la statique rectale et des douleurs du périnée postérieur
- Connaître les examens complémentaires et les indications médico-chirurgicales
- Connaître les différentes étapes du bilan et les techniques validées
- Connaître les principes du bilan endo-cavitaire manuel et instrumental

Deuxième jour (H. Colangéli-Hagège) : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

9h-9h30

Théorie : intérêt et description des techniques manuelles endo-cavitaires. Installation du sujet, abord progressif et non douloureux, techniques d'entraînement de l'appareil sphinctérien strié anal, faisceau par faisceau, techniques cicatricielles (sténoses), stretch réflexe prudent.

9h30-10h30

Théorie : Description des techniques instrumentales : importance du bio-feed-back, les différents bio-feed-back, place de l'électrothérapie, bio-feed-back sensoriel, bio-feed-back musculaire.

10h30-11h30

Pratique : Manipulation pratique des sondes simples de distension et des sondes double-ballons

11h30-12h30

Pratique : Techniques globales : massage abdominal, auto-massage, gymnastique abdominale adaptée (non génératrice de pression), traitement des cicatrices abdominales, travail postural.

14h-14h30

Théorie : Le matériel biofeedback, stimulateurs, appareil de mesure emg et pression. Sondes endocavitaires, électrodes cutanées externes. Précautions et hygiène. Matériel palliatif.

14h30-15h00

Pratique : simulations d'entraînement BFB adapté aux différents cas cliniques.

15h00-15h30

Cas cliniques et traitements appropriés

Incontinence anale. Troubles de la statique pelvienne – Anisme – Hypotonie périnéale et dyschésie. Douleurs du périnée postérieur.

15h30-16h30

Pratique : Simulation d'une séance bilan, traitement, enseignement auto rééducation.

16h30-17h30

Debriefing. Evaluation de fin de stage

Objectifs de la seconde journée :

A l'issue du deuxième jour de formation, le stagiaire sera capable de :

- Connaître les principes des techniques endocavitaires manuelles
- Connaître les principes des techniques endocavitaires instrumentales
- Savoir manipuler les sondes
- Savoir réaliser les techniques gymniques et les techniques cicatricielles
- Connaître les principes du matériel de biofeedback et les précautions et règles d'usage
- Maîtriser le déroulé d'une séance



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

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

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- 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 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation 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 œuvre

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 (pré-test)
- **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, élastiques, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

1. Abramowitz L. Impact de l'obésité morbide sur le périnée. Acta Endosc, 2008; 38: 19
2. Amarengo G. Électromyographie et constipation. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:171-177
3. Amaro JL. Effect of intravaginal electrical stimulation on pelvic floor muscle strength. Int Urogynecol J 2005 16: 355-358
4. Atienza P. Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement, CNGOF – MISES À JOUR EN GYN.-OBST. – XXIII, 1999.
5. Bassotti G, Chistolini F, Sietchiping-Nzepa F, de Roberto G, Morelli A, Chiarioni G. Biofeedback for pelvic floor dysfunction in constipation. BMJ 2004; 328: 394-396.
6. Beco J, J Mouchel, G Nelissen, La périnéologie, comprendre un équilibre et le préserver, GEP, 1998
7. Billecocq S, Morel MP, Fritel X. Traumatismes du levator ani après l'accouchement, de l'étirement à l'avulsion : revue de la littérature. Progrès en urologie 2013 ; 23, 511—518



DEVIENT





**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

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

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



8. Bo K, Berghmans Bet al 2007 Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Edinburgh: Elsevier 2007
9. Bonniaud V, Parratte B. Effets obésité sur le plancher pelvien. Pelvi Perineol, 2008; vol.2, supp. 1
10. Boulay C et al. Sagittal alignment of spine and pelvis regulated by pelvic incidence: standart values and prediction of lordosis. J Eur Spine, 2006; 15: 415-422
11. Boulay C, Prudhomme M, Prat-Pradal D et al. Statique pelvienne: morphologie osseuse et périnée. Pelvi Perineol, 2: 97-105
12. Cappelletti MC. La rééducation périnéale : de sa naissance à aujourd'hui : Kinésithérapie Scientifique n°498 avril 2009
13. Cappelletti MC. Troubles anaux –rectaux ; intérêt d'une rééducation spécialisée Kiné actualité n°1203 septembre 2010
14. Cappelletti MC. Les seuils sensori-moteurs en électrothérapie périnéale. Kinésithérapie Scientifique, n°520 Avril 2011
15. Cappelletti MC. Indications de l'électrothérapie en périopératoire .Réalité en gynécologie-obstétrique N°158 Nov 2011
16. Cochrane review (2008) C. Dumoulin, J. Hay-Smith ; Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. Eur J Phys Rehabil Med 2008; 44:47-63
17. Colangeli-Hagege H. Prise en charge des dyschésies et rééducation. Kinésithér Scient 2013;539:5-13
18. Colangeli H. Les techniques manuelles de rééducation périnéale : aspects éthiques. Kinésithér Scient 2006 ;464 : 1-4
19. Colangeli Hagege H, Cappelletti MC. La rééducation ano-rectale tout en douceur. Ed Robert Jauze. 2018
20. Cotellet O, Cargill G, Marty ML, Marty MD, Bueno L, Cappelletti MC, Colangeli-Hagège H, Savarieau B, Ducrotté P. A Concomitant Treatment by CO2-Releasing Suppositories Improves the Results of Anorectal Biofeedback Training in Patients With Dyschezia: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo- Controlled Trial. Diseases of the Colon & Rectum 2014 Volume 57: 6.
21. Coulom P. L'algorithme décisionnel devant une dyschésie, jta 2009
22. De Bisschop G et coll. Le plancher pelvien hypotonique. Kinésithér Scient 2007;476:11-19
23. Deffieux X, Hubeaux K, Dampousse M et al. Perineal neuromuscular fatigue. Ann Readapt Med Phys, 2006; 49: 331-6, 413-417
24. Denis P. Diagnostic et prise en charge de la dyschésie. Tiré à part, Hôpital Charles Nicolle, Rouen, 2008.
25. Enck P et col, Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation, Neurogastroenterology and motility, Nov 2009; vol 21 issue 11
26. Gallas S, Leroi AM. Physiologie de la défécation. Pelvi-périnéologie 2010
27. Ghroubi S et coll. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. Annales de readapt et Med Phys 2008;51:96-102
28. Guinet A, Jousse M, Verollet D, Amarenco G. Constipation, dyschésie et lésions neurogéniques centrales. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:181-184.
29. Hagen S, Thakar R. Conservative management of pelvic organ prolapse. Obs Gyn 2012;22-5:118-122
30. Hagen S, Stark D, Glazener CMA et al. A randomised controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2009; 20 : 45-51
31. HAS Guide Affections longues durée Cancer colo-rectal, 2008, www.has-sante.fr ou www.e-cancer.fr
32. HAS Hygiène au cabinet médical ou paramédical recommandations, 2007, www.has-sante.fr
33. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993 Jan;36(1):77-97
34. Lagoidet JP. Prise en charge comportementale et diététique de la constipation. Pelvi-Périnéologie 2010 ; 5:270-274
35. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, et al (2004) Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Consult Clin Psychol 72(6):1100–13
36. Lindberg G et coll. Constipation: une approche globale. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2010.



DEVIENT



37. Mason et coll. (2002) Psychological state and quality of life in patients having behavioral treatment for intractable constipation. *Am J Gastroenterol* 97(12):3154–9
38. Piche T et col, Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte, *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-135
39. Pigot F, Castinel A, Juguet F, Marrel A, Deroche C, Marquis P. Qualité de vie, symptômes de dyschésie et anatomie après correction d'un trouble de la statique rectale par voie basse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25 :154-60. *t J Colorect Dis* 1992 ;7 :102-7
40. Poumarat-Pralus L. Les embarras du ventre : alimentation et traitements. Paris : Robert Jauze, 2010.
41. Raibaut P, Verollet D, Lebreton F, Mandon L, Jousse M, Amarenco G. Intérêt des explorations manométriques dans les dyschésies anorectales. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:252-256.
42. Renzi A et col, Five-item score for obstructed defecation syndrome: study of validation. *Surg Innov.* 2013 Apr;20(2):119-25
43. Siproudhis L, Eléouet M, Kerdraon J. Traitements médicamenteux de la constipation. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:267-269.
44. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. Defecation disorders: a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2006 ; 49(2):219–27
45. Siproudhis L et coll. Stratégie diagnostique d'une dyschésie, *Gastroenterol Clin et Biol.* 2009 ; 33 (10): F 68 – F74
46. SNFCP. Score de Jorge et Wexner simplifié.
47. SNFGE. Constipation de l'adulte (avec le traitement) chapitre 34 in *ABREGE D'HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
48. SNFGE. Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-135.
49. SNFGE. Colopathie fonctionnelle, chapitre 20 - item 229 in *ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
50. SNFGE. Syndrome occlusif, chapitre 18 – item 217 in *ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
51. SNFGE. Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et chez l'adulte, chapitre 16 item 195 in *ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-2ème édition* Paris : Elsevier-Masson ; 2012.
52. Soudan D. Constipation et syndrome de l'ulcère solitaire du rectum. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:178-180.
53. Staumont G, Diagnostic et traitement d'une dyschésie, *Gastroentérologie Clinique et Biologique* Vol 30, N° 3 - mars 2006 pp. 427-438
54. Sultan H. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *The New England Journal of Medicine*, 1993.
55. Valancogne G, Wattier A. Rééducation de la défécation dyssynergique. *Pelvi-Périnéologie* 2010 ; 5:275-284.
56. Valancogne G. Rééducation en colo-proctologie, Masson, 1993

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante

Rééducation ano-rectale grands tableaux cliniques

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)

	OUI	NON	NC
01 - Pour prendre en charge en rééducation la constipation terminale de votre patient(e), la mention « rééducation ano-rectale » doit figurer sur la prescription de rééducation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Lorsque le diagnostic de constipation terminale figure sur la prescription, le BDK n'est pas nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Puisqu'il s'agit d'une constipation terminale, vous n'interrogez pas votre patient(e) sur la continence anale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Vous interrogez votre patient(e) sur les signes subjectifs de dyschésie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Vous quantifiez la gêne ressentie par votre patient(e) sur une échelle visuelle analogique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - Vous ne donnez pas de conseils d'hygiène alimentaire : seuls les professionnels de la diététique sont habilités à le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Vous déconseillez le recours à toute forme de laxatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Vous conseillez les suppositoires à libération gazeuse et en expliquez l'indication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Vous éduquez votre patient(e) à la posture facilitatrice de la défécation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Pour l'examen, vous installez votre patient(e) en quadrupédie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - Lors de l'examen, vous recherchez les réflexes anaux à la toux et à l'étirement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Lors de l'examen endo-cavitaire vous respectez les trois temps de l'examen ano-rectal décrit par Lucile Poumarat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Vous notez dans votre BDK la présence éventuelle d'un résidu rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Lorsque vous visualisez une hémorroïde externe inflammatoire, vous diffusez l'examen endo-cavitaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques digitales endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques d'électrothérapie endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques de bio-feed-back endo-cavitaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Pour votre traitement, vous entraînez la sensibilité rectale consciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Pour votre traitement, vous entraînez le volume maximal tolérable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Pour votre traitement, vous entraînez l'expulsion d'un ballonnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
21 - Toutes vos sondes de rééducation ano-rectale sont patient unique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Vous faites collecter les déchets liés à la rééducation ano-rectale (draps d'examen, gants, etc.) par une filière spécifique pour déchets septiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Pour votre traitement, vous utilisez des techniques de respiration abdomino-diaphragmatique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Vous indiquez à votre patient(e) des exercices d'auto-entraînement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>