

INK-Tour : Kinésithérapie de la Mère et de l'enfant

A – Programme détaillé

DUREE

Une journée en présentiel :
- 7 heures de formation

INTERVENANTS

- Didier EVENOU (Kinésithérapeute, cadre de santé, MSc)
- Jean-Claude FERRANDEZ (Kinésithérapeute, Consultant en lymphologie)
- Christian FAUSSER (Kinésithérapeute, cadre de santé, MSc)
- Jean-Pierre DENTZ (Kinésithérapeute, cadre de santé, MSc)
- Christine BATAILLON (Kinésithérapeute, Consultante en pelvi-périnéologie)
- Pierre-Henri GANCHOU (Kinésithérapeute, MSc)
- Un kinésithérapeute régional expert en pédiatrie
- Un kinésithérapeute régional expert en périnéo-shynctérien

1) OBJECTIFS

Généraux :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est, pour le kinésithérapeute formé :

- de comparer ses prises en charge kinésithérapiques aux recommandations actuelles
- d'acquérir ou de perfectionner ses techniques de kinésithérapie appliquées aux pathologies étudiées lors de cette journée et donc,
- d'améliorer l'offre de soins, de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins)
- de l'amener 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, il est nécessaire de 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 :

La prise en charge (1) des nourrissons et des jeunes enfants présentant des pathologies respiratoires, en intégrant la dimension éducative, des femmes en amont et dans les suites du post-partum et des patient(e)s traité(e)s pour un cancer du sein.

Des kinésithérapeutes ayant des spécificités d'exercice sur l'une des 3 thématiques développées lors de cette formation interviendront tout au long de cette journée à la fois sur les enseignements magistraux et sur les ateliers pratiques.

Objectifs de la journée :

A l'issue de la journée, les kinésithérapeutes en formation seront en capacité de :

Dans le domaine pédiatrique

- Maîtriser les connaissances actualisées des éléments médicaux concourants au diagnostic et au suivi des nourrissons et enfants atteints de bronchiolites.
- Comprendre l'intérêt et connaître les principes de l'éducation thérapeutique auprès des familles et des enfants atteints de pathologies respiratoires

Dans le domaine de la lymphologie et vasculaire

- A partir de deux cas cliniques, de maîtriser les bases pratiques des deux principales techniques de traitement : le drainage manuel et le bandage.
- A partir d'un échange avec les professionnels et de leur pratique préalable, de pratiquer cette technique de drainage manuel ou de bandage selon l'Evidence Based Practice,
- A partir de l'étiologie du lymphœdème, reconnaître grâce à l'examen clinique la localisation du lymphœdème et la zone à drainer manuellement.
- D'être en capacité à partir de la consistance du lymphœdème, l'observation de ses zones de consistance différentes permet de choisir la pression manuelle du drainage à exercer.
- De choisir des bandes de compression se fait en fonction des recommandations de la HAS.
- D'adapter à l'aspect clinique, l'application des bandes, leur recouvrement et leur tension
- De donner des conseils d'auto surveillance à la patiente.

Les cas cliniques servant de support :

Cas A : Madame Chantal X. a été opérée et irradiée il y a 7 ans pour un cancer du sein à droite chez cette droitnière. Elle présente un lymphœdème du membre supérieur depuis 3 ans. Son médecin, ayant éliminé un diagnostic de rechute axillaire, pose une indication de drainage manuel.

Cas B :

Madame Yvette G. a présenté une thrombose veineuse profonde il y a 10 ans. Devant la présence d'un œdème du segment jambier, le médecin a exclu toute origine de récurrence de Thrombose veineuse profonde et autre origine cancérologique. Il pose l'indication de bandage de décongestion du membre inférieur pour insuffisance veineuse profonde. Il confie à Mme. Y. les résultats du Doppler qui précise la zone du reflux veineux.

Dans le domaine de la pelvi-périnéologie

- De choisir leurs outils thérapeutiques pour prendre en charge au mieux chaque patiente.
- D'être en capacité d'utiliser de la façon la plus pertinente des différentes méthodes de rééducation abdominale dans le cadre particulier du post-partum.

2) RESUME

Séance plénière

- **Méthode expositive (ou magistrale)** : le conférencier donne son cours théorique, lors de la partie cognitive

Déroulé

1 journée (7h00 dont 3h d'ateliers pratiques)

Matinée – Conférences plénières

8h00 – Accueil participants

Pédiatrie (1h30)

Nous nous proposons à partir, dans un premier temps d'apports didactiques centrés sur les recommandations internationales, les actualités récentes et notamment en regard des recherches cliniques produites sur cette thématique d'aborder les aspects thérapeutiques, pratiques et éducatifs de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique dans le contexte des prises en charge ambulatoires des pathologies respiratoires aiguës des nourrissons. Dans un deuxième temps des ateliers permettent d'aborder les aspects pratiques et de raisonnement clinique permettant aux participants de s'assurer ou de se réassurer quant à la qualité et à la sécurité de leurs prises en charge.

8h30 - Bronchiolite, le point sur la PEC aujourd'hui (D.EVENOU) – 25 min

La **bronchiolite** est une infection virale respiratoire atteignant les bronchioles. Elle atteint les nourrissons de moins de 2 ans. Le virus provoque une inflammation des parois des bronchioles (les plus petites bronches) et une augmentation des sécrétions responsables

d'un phénomène d'obstruction. Elle est l'objet, chaque hiver, de prescriptions de kinésithérapie. Les indications et les méthodes ont évoluées durant ces dernières années.

9h00 - Le rôle de l'éducation dans les pathologies respiratoires de l'enfant (Ch.FAUSSE) – 25 min

L'implication des enfants et de leur famille est un gage d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la kinésithérapie dans les pathologies respiratoires de l'enfant.

9h30 - Rééducation du Pied Bot Varus Equin (PBVE) et du pied de l'enfant (Kinésithérapeute – Expert pédiatrie) – 25 min

Le pied bot varus équin est une déformation congénitale très fréquente qui touche une à deux naissances sur 1 000 en France. Il existe deux méthodes de traitement possible : le traitement fonctionnel associant une kinésithérapie de mobilisation du pied et maintien des corrections obtenues par une attelle.

Lymphologie et vasculaire (1h00)

10h00 - Les suites du cancer du sein (JC FERRANDEZ) – 25 min

La kinésithérapie peut être présente tout au long du parcours de soins d'une patiente traitée pour un cancer du sein. En post opératoire, le but de la kinésithérapie est de garantir par des techniques spécifiques le maintien ou la récupération d'une amplitude d'épaule permettant la mise en position lors de la radiothérapie. Lors de l'apparition d'un lymphœdème, l'application de techniques de drainage manuel et de bandages est réalisée. Ces techniques sont toutes actualisées et validées (Evidence Base Practice).

10h30 – Pause

11h00 - Du raisonnement clinique au traitement, que faire devant un œdème du membre inférieur (PH GANCHOU) – 25 min

La bonne prise en charge d'une patiente se présentant avec un œdème du membre inférieur nécessite d'en évaluer l'origine et les mécanismes lésionnels, les risques évolutifs, les implications psycho-sociales. Le diagnostic kinésithérapique qui en résulte fixe les objectifs de la rééducation de décongestion et les modalités d'application. Les manœuvres de Drainage Manuel et les Contentions-Compressions utilisées ne sont pas standardisées. Au travers de trois cas cliniques, la diversité des traitements sera abordée.

Périnéo-sphinctérien (1h30)

11h30 - Les conséquences musculo-aponévrotiques de l'accouchement et leur rééducation (Kinésithérapeute – expert périnéo-sphinctérien) – 25 min

La maternité est une séquence heureuse de la vie génitale féminine, elle est aussi génératrice de complications musculaires, ligamentaires, osseuses, nerveuses et ceci de façon systématique quel que soit le mode d'accouchement

12h00 - La rééducation périnéale en post-partum : contexte, evidence base médecine, bilan diagnostic kinésithérapique. (C. BATAILLON) – 25 min

Cette intervention permettra de re-préciser le cadre de cette prise en charge, ainsi que les données actuelles de la littérature en matière de rééducation abdominale du post-partum. En outre, seront repris les éléments importants du BDK permettant au masseur-kinésithérapeute d'orienter au mieux son traitement : présence d'un diastasis, d'une cicatrice, d'un trouble postural, etc... Après un bref rappel de la physiologie des muscles abdominaux, nous présenterons les différentes méthodes de renforcement musculaire de la paroi abdominale : leur modalité d'action, leurs avantages et inconvénients. Il s'en suivra une discussion avec les participants.

12h30 - les conséquences musculo-aponévrotiques de l'accouchement et leur rééducation (JP DENTZ) – 25 min

Après un tour d'horizon des déficits observés dans les suites immédiates et à distance du partum, il est proposé habituellement une rééducation périnéo-sphinctérienne qui a une place prépondérante et primordiale dans la réhabilitation périnéale et le traitement des troubles urinaires, fécaux, sexuels et de la statique pelvienne et des postures rachidiennes. Cette rééducation, qui se doit d'associer plusieurs techniques physiothérapiques, peut être associée avec bénéfice à un traitement médical et parfois chirurgical.

13h - Pause déjeuner (Déjeuner libre)

Après-midi – Ateliers pratiques (3h00)

Trois ateliers d'une heure chacun, les participants doivent participer obligatoirement aux 3 ateliers :

Atelier 1 : Bronchiolite et asthme : Point sur la PEC aujourd'hui (D.EVENOU / C. FAUSSER)

Apprentissage et mise en œuvre des techniques de bilan et de kinésithérapie appliquées à la bronchiolite et à l'asthme de l'enfant.

Atelier 2 : DLM en cancérologie du sein et de bandage en phlébologie (JC FERRANDEZ / PH GANCHOU)

Partie A :

Atelier drainage lymphatique manuel d'un lymphœdème récent de l'avant-bras secondaire à un cancer du sein : Pratique du drainage manuel en cancérologie du sein

Partie B :

Intitulé : Pratique d'un bandage de décongestion d'un œdème post phlébitique du membre inférieur

Atelier 3 : Choix des techniques abdominales en post-partum (C. BATAILLON / JP DENTZ)

L'atelier se présentera de la façon suivante :

Dans un premier temps, les formateurs présenteront une revue rapide de 4 « méthodes » de travail abdominal, avec leurs avantages et leurs limites et/ou inconvénients :

- la gymnastique abdominale hypo-pressive « M. Caufriez » et « B. de Gasquet » (en précisant notamment les quelques différences entre les deux)
- les deux méthodes de « L.Guillarme »
- la méthode « Pilates »
- la méthode « abdos sans risques » B. Calais-Germain

Dans un second temps, les formateurs présenteront quelques cas cliniques illustratifs. A partir de ces cas, les participants seront invités à réfléchir sur les méthodes les plus appropriées sur ces cas en post-partum ainsi qu'à poser leurs éventuelles questions et proposer leurs propres cas cliniques s'ils le souhaitent.

14h15 - Début des ateliers

Créneaux horaires des ateliers :

- 14h15 à 15h15
- 15h15 à 16h15

16h15 – Pause

- 16h45 à 17h45

Fin 18h

3) METHODOLOGIES

- Analyse par « **pré-test** » avant la formation
- Partie présentielle d'une durée de 7 h comportant des échanges sur les résultats des grilles pré-tests, d'un face à face pédagogique de 7 h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les prétests et d'une préparation des post-tests
- Analyse par « **post-test** »

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 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 ateliers

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

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

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

D – Référence recommandation bibliographie

- Ajdos V, Katsahian S, Beydon N et al. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PLoS Med* 2010; 7(9): e1000345. doi: 10.1371/journal.pmed.1000345
- 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.
- Barthe J, « Désencombrement du nourrisson : La Bronchiolite, La Mucoviscidose ... » *Kinésithérapie, MASSON, PARIS, Les cahiers n° 8-9-Aout Sept 2002, P. 50-2*
- Belgrado J-P, Vandermeeren L, Vankerckhove S, Valsamis J-B, Malloizel-Delaunay J, Moraine J- J, et al. Near-Infrared Fluorescence Lymphatic Imaging to Reconsider Occlusion Pressure of Superficial Lymphatic Collectors in Upper Extremities of Healthy Volunteers. *Lymphat Res Biol.* 1 juin 2016;14(2):70-7.
- Blaise S et Al. Réseau GRANTED. Designing a therapeutic education program for patients with lymphedema : live with lymphedema. *J Mal Vasc* 2012; 37(1): 1-8
- 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.
- Bosken CH, Hunt WC, Lambert WE, Samet JM. A parental history of asthma is a risk factor for wheezing and nonwheezing respiratory illnesses in infants younger than 18 months of age. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000 Jun; 161(6):1810-5
- Bouchet JY, Blaise S. Place de l'éducation thérapeutique des patients dans les lymphoedèmes chroniques. *In Physiothérapie des oedèmes. De la clinique à la pratique.* Ed Elsevier Masson, Paris 2016, 197-201.
- Bouchet JY, Blaise S. Place de l'éducation thérapeutique des patients dans les lymphoedèmes chroniques. *In Physiothérapie des oedèmes. De la clinique à la pratique.* Elsevier Masson, Paris 2016: 197-201. Caufriez M. Abdominaux et périnée, mythes et réalités, MC Editions
- Boulon et al. Comment quantifier un œdème des membres ? *Jour. Mal. Vasc.* 35:3, 163-168.
- 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.
- Calais Germain B. *Abdos sans risque* Editions Desiris
- Calais Germain, Bertrand Raison B. *Pilates sans risque* Blandine Calais Germain, Edition Adverbum collection le geste anatomique
- 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.
- Chavoutier P. L., Bouchet Y., Richaud C., Reproductibilité et fiabilité des mesures périmétriques d'un membre inférieur sain, *Ann. Kinesither* 2000; 27(1):3-7
- Cody Meissner H, Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med* 2016; 374:62-72 January 7, 2016 DOI: 10.1056/NEJMra1413456

- Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire. Lyon 2 et 3 décembre 1994. Kinésithér Scient 1995; 344: 45-54.
- Cormie P, Pumpa K, Galvao DA, Turner E, Spry N, Saunders C, Zissiadis Y, Nexton RU. Is it safe and efficacious for women with lymphedema secondary to breast cancer to lift heavy weights during exercise: a randomized controlled trial? J Cancer Surviv J. 2013;7(3):413-24
- de Gasquet B. Abdominaux arrêtez le massacre éditions Robert Jauze.
- Di Sipio T, Rye S, Hayes S; Incidence of unilateral lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta analysis. Lancet Oncol 2013; 14 500-15.
- Do JH, Kim W, Cho YK, Lee J, Song EJ, Chun YM, Jeon YM. Effects of resistance exercises and complex decongestive therapy on arm function and muscular strength in breast related lymphedema. Lymphology. 2015 ;48(4):184-96
- Dutau G Reste-t-il des indications pour la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites ? Réalités Pédiatrique N° 178 Avril 2013
- Evenou D, et al. Evaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville. Kinesither Rev 2017; 17(187):3-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.04.003>
- Evenou D, Fausser C, Sebban S « Bronchiolite du nourrisson : Données actuelles – Recommandations » Kinésithérapie scientifique n°558, SPEK, Paris 2014,
- 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 Médecine Express, EMC, Rédatel, et la base Pascal de l'INIST).
- Ferrandez J-C, Theys S, Bouchet J-Y, rééducation des œdèmes des membres inférieurs, Paris : Masson 1999
- 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
- Gaultier C le poumon du nouveau né, Pédiatrie, DOUIN 2000, p 58
- Gomes ELFD, Postiaux G, Medeiros DRL, Monteiro KKDS, Sampaio LMM, Costa D. Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial [A fisioterapia respiratória é eficaz na redução de escore clínico na bronquiolite:ensaio controlado randomizado]. Revista Brasileira de Fisioterapia 2012;16:241-7.
- Guillaume L, Guillaume E. Sauvez votre abdomen et votre périnée Editions Frizon-Roche
- Gullarme L. Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG Editions Frizon-Roche
- Haute Autorité de Santé Rapport d'évaluation technologique. Prise en charge masso- kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein. Indications et conditions de réalisation. Décembre 2012.
- Haute Autorité de Santé Evaluation et amélioration des pratiques – Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GHM04M18) 2013
- Haute Autorité de Santé : Les dispositifs médicaux et les technologies de santé. Avis de la commission nationale d'évaluation ; HAS 10 juillet 2012
- 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
- Jeulin JC (2014) Approche Anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie, Doctorat en Sciences de l'Éducation, université de Provence Aix Marseille, en ligne. <http://www.theses.fr/2014AIXM3031>
- JIKRI Intérêt des aspirations des voies aériennes : Recommandations. Journées internationales en kinésithérapie respiratoire instrumentale – Lyon 16-17/11/2000

- Castro-Rodríguez, J. A., Holberg, C. J., Wright, A. L., & Martinez, F. D. (2000). A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 162(4), 1403-1406.
- Latchford et al. Estimating limb volumes and alterations in peripheral edema from circumferences measured at different intervals. *Lymphology* 1997;27(2):56-70
- Lee D. Diastasis Rectus Abdominis & Postpartum Health Consideration for Exercise Training.
- Lee D. Diastasis rectus abdominis Editions Blurb
- Leung EY, Tirlapur SA, Meads C. The management of secondary lower limb lymphoedema in cancer patients: A systematic review. *Palliat Med*. 2014 Aug 18.
- 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.
- Mauroy B, Pelca D, Fausser C, Merckx J, Flaud P, Toward the modeling of mucus draining from human lung: role of airways deformation on air-mucus interaction. *Physical biology*, 2011
- 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.
- 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.
- Postiaux G, Louis J, Labasse HC, Gerroldt J, Kotik AC, Lemuhot A, et al. Effects of an alternative chest physiotherapy regimen protocol in infants with RSV bronchiolitis. *Respiratory Care* 2011; 56(7):989–94. [DOI: 10.4187/respcare.00721; PUBMED: 21352671]
- Ramesh Khandale S, Hande D. Effects of abdominal exercises on réduction of diastasis recti in postnatal women.
- Rohner-Spngler M, Mannion AF, Babst R. Reliability and minimal detectable change for the figure-of-eight-20 method of measurement of ankle edema. *J Orthop Sports Phys Ther* 2007; 37(4) : 199-205.
- Sebban S et al Influence of chest physiotherapy on the decision of hospitalization of the infant with acute bronchiolitis in a pediatric emergencies department. *Kinesither Rev* 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.
- 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
- The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 Consensus document of the international society of lymphology. *Lymphology*, 2013 vol 46, n° 1, 1-11.
- The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 consensus document of the international society of lymphology. *Lymphology* 49 (2016) 170-184
- Torres Lacomba M, Mayoral del Moral O, Coperias Zazo JL, Yuste Sánchez MJ, Ferrandez JC, Zapico A. Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. *Breast Cancer Research and Treatment: Volume 117, Issue 3 (2009)*, 625.
- Torres Lacomba M. Evaluation de l'oedème. in *Physiothérapie des oedèmes, de la clinique à la pratique*. Elsevier-Masson, Paris 2016: 82-85
- Vaillant L et al. Les infections des lymphoedèmes: le point de vue du médecin. In *Physiothérapie des oedèmes*. 2016. Elsevier Masson: 191-195
- Van Ginderdeuren F, et al. Effectiveness of Airway Clearance Techniques in Children Hospitalized With Acute Bronchiolitis *Pediatric Pulmonology* 52:225–231 (2017)
- Verstraete, P et al Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson de moins de 1 an : actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest HUGO) *Archives de Pédiatrie* 2014;21 : 53-62

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

E – Grille d'évaluation des « pré-tests » et « post-tests »

Cf. page suivante

Kinésithérapie Mère et enfant

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 - Le signe de Stemmer positif est un bon pronostic ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Un oedème qui prend le godet est d'origine veineuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Le meilleur outil pour évaluer un oedème est le mètre-ruban ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Devant un lymphoedème secondaire à un traitement de cancer évolutif, les manoeuvres de drainage manuel sont-elles dangereuses, provoquant la diffusion métastatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Lors de la réalisation de l'AFE, votre critère d'efficacité de mobilisation des sécrétions est objectivé par l'apparition d'une majoration sonore mouillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - L'AFE diagnostic associe l'identification des éléments suivants : L'utilisation du volume courant et le dépassement du seuil de tolérance de fermeture bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - La démarche d'évaluation diagnostique de l'encombrement comporte l'évaluation de la faisabilité clinique, de la faisabilité technique, une recherche de l'encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - La lettre du médecin prescripteur est-elle nécessaire pour obtenir des informations sur l'état de santé du nourrisson avant de réaliser une séance de kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Faut-il toujours effectuer un bilan abdomino-périnéal en PP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Toutes les femmes ont elles besoin d'une rééducation abdominale en PP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - La lombalgie est-elle systématique en PP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Y a-t-il beaucoup d'études récentes sur la rééducation abdominale en PP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Faut-il toujours faire de la gymnastique abdominale en post-partum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - L'utilisation d'une méthode exclut-elle l'utilisation des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le travail du grand droit de l'abdomen est-il forcément « hyperpressif » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - Peut-on proposer des cours de gymnastique abdominale collectifs en post-partum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - L'accouchement par voie basse majeure les complications périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - La vessie est suspendue par les ligaments utérosacrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Les déchirures anales sont fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - La rééducation comporte doit associer de nombreuses techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>