

## Kinésithérapie respiratoire de la bronchiolite du nourrisson

### A – Programme détaillé

#### DUREE

Deux jours en présentiel :  
- 14 heures de formation

#### NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)  
- Maximum : 25

#### FORMATEURS

**Didier EVENOU** - Masseur-kinésithérapeute - Cadre supérieur CHU pédiatrique R. Debré Master 2 en Sciences de l'Éducation

Ou

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

Ou

**Philippe JOUD** - Praticien en kinésithérapie respiratoire - Enseignant à l'institut technique de réadaptation de Lyon - Co-responsable de l'attestation d'étude universitaire de kinésithérapie cardio-respiratoire de Lyon 1.

Ou

**Collaborateurs** (Kinésithérapeute expert dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique).

#### 1) OBJECTIFS

La bronchiolite est une infection aiguë saisonnière des voies aériennes inférieures du nourrisson, de moins de deux ans. La kinésithérapie respiratoire pédiatrique est utilisée comme le traitement de choix pour assurer l'accompagnement des nourrissons atteints de bronchiolite. Dès lors organiser les conditions de l'amélioration des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux représente un enjeu de coordination et d'amélioration de la qualité des soins de ville. Ce programme comporte un temps d'évaluation de l'état des pratiques un temps d'acquisition des connaissances et un temps d'évaluation sur l'évolution des pratiques à l'issue de l'étape présentielle.

#### Contenu :

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

#### Objectifs généraux :

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de la 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 la formation le formé devra être en capacité de :

- Connaître les recommandations internationales relatives à la prise en charge de la Bronchiolite
- Connaître la physiopathologie de la Bronchiolite du nourrisson
- Mettre en œuvre une évaluation clinique adaptée
- Identifier les critères de gravité nécessitant un recours médical
- Pratiquer les techniques d'augmentation du flux expiratoire, de nettoyage des voies aériennes supérieures, et de toux provoquée.
- Mettre en œuvre des actions d'éducation en santé
- Partager les informations de santé avec les autres acteurs de santé impliqués dans la prise en charge des nourrissons.

## 2) RESUME

### **Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00**

#### **Contenus :**

#### **9h00-9h30**

- Restitution des grilles « Pré-formation » (pré-test) et tour de table
- Identification des points faibles et de leurs différentes causes :
- Tour de table avec intervention de chaque participant

#### **9h30-12h30**

#### **Remettre de l'ordre**

Le point sur la recherche : La bronchiolite (consensus 2000 + Cochrane), les recommandation 2019 de la Haute Autorité de Santé et les bronchopathies du nourrisson.

#### **13h30-17h00**

- Physiologie et physiopathologie relation avec les pathologies respiratoires du nourrisson.
- Évaluation de l'état général du nourrisson.
- Évaluation de l'encombrement des voies aériennes par les différents scores.

#### **Objectifs de la première journée**

- Connaître les recommandations internationales relatives à la prise en charge de la Bronchiolite
- Connaître la physiopathologie de la Bronchiolite du nourrisson
- Mettre en œuvre une évaluation clinique adaptée
- Identifier les critères de gravité nécessitant un recours médical

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

#### **9h00-12h30**

- Auscultation pulmonaire chez le nourrisson : support audio et utilisation du stéthoscope
- Les outils de la coordination impliquant le kinésithérapeute : le BDK et la fiche de synthèse, les dossiers partagés
- Point sur l'hygiène

#### **Les techniques (limites et précautions)**

- Les mouchages
- La toux provoquée
- L'augmentation du flux expiratoire

- Les traitements médicamenteux, l'administration des bronchodilatateurs et des corticoïdes inhalés avec chambre d'inhalation

**13h30-17h00**

### **Education à la sante :**

- Objectifs et bénéfices attendus en kinésithérapie respiratoire chez le nourrisson
- Le rôle pédagogique et éducationnel 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, éducation des parents, conseils d'hygiène.
- Gestes d'urgence

### **Objectifs de la seconde journée**

- Mettre en œuvre une évaluation clinique adaptée
- Identifier les critères de gravité nécessitant un recours médical
- Pratiquer les techniques d'augmentation du flux expiratoire, de nettoyage des voies aériennes supérieures, et de toux provoquée.
- Mettre en œuvre des actions d'éducation en santé
- Partager les informations de santé avec les autres acteurs de santé impliqués dans la prise en charge des nourrissons.

### **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, un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme, sur poupons.
- **Méthode par "Cas clinique intégré"** : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient ou « case-based learning ». Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

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**

- 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
- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006;118:1774-93.
- 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.
- Antonello M, Delplanque D – Comprendre la kinésithérapie respiratoire, Masson, Paris, 1996.
- Barthe J, « Désencombrement du nourrisson : La Bronchiolite, La Mucoviscidose ... » Kinésithérapie, MASSON, PARIS, Les cahiers n° 8-9-Aout Sept 2002, P. 50-2
- Bazin R , Labbé M H , Boucher Ch , Ménard C , Azizha G M , Gagnon J , Côté F , Les méthodes d'aspiration des sécrétions chez les enfants atteints de bronchiolite . Université Laval Québec. Juin 2007. Rapport 11. Collection les rapports du BTEC.
- Beydon Nicole, Pneumologie pédiatrique : guide pratique , Elsevier Masson 2011
- 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.
- 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.
- Carvelli T , De Halleux V , Lombet J . Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson. *Rev Med Liège* 2007 ; 62 : 5-6 : 293-298
- 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.
- Cincinnati Children's Hospital medical Center . Evidence based clinical practice for infant with bronchiolitis. Cincinnati (OH) : Cincinnati Children's Hospital medical Center ; 2001 Nov 28 ,9 p .
- Cincinnati Children's hospital medical center: Evidence-based clinical practice guideline for medical management of bronchiolitis in infants less than 1 year of age presenting with a first time episode. Cincinnati Children's hospital medical center, 2006 May. 13 p.
- Conférence de consensus : Recommandations sur les techniques non instrumentales de désencombrement bronchique. ANAES. Lyon . Décembre 1994. www.anaes.fr
- Conway E, Schoettker PJ, Moore A, et al. Empowering respiratory therapists to take a more active role in delivering quality care for infants with bronchiolitis. *Respir Care* 2004;49:589-99.
- Dehan M, Micheli J L, Le poumon du nouveau-né . Progrès en pédiatrie 7 : périnatalogie, Edit. Doin Paris, 2000
- Demont B , Vinçon CI , Bailleux S , Cambas C H , Dehan M , Lacaze Masmonteil T , Chest physiotherapy using the expiratory flow increase procedure in ventilated newborns : a pilot study . *Physiotherapy* Volume 93, issue 1, March 2007 , Pages 12-16
- Dureau Guy. Guide pratique des infections respiratoires récidivantes chez l'enfant. Collections Médiguides . MMI Editions.
- Dutau G Reste-t-il des indications pour la kinésithérapie respiratoire dans les
- Evenou D, Fausser C. 2017 SIGN. Bronchiolitis in Children: A National Clinical Guideline. 2006.

- Evenou D, S Sebban, Ch Fausser, D Girard. 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. *Kinésithér Rev* 2017; 17 (187) : 3-8
- 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 Médexpress, EMC, Rédatel, et la base Pascal de l'INIST).
- 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
- Gajdos 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: e100345.
- Gaultier C. Le poumon du nouveau né, *Pédiatrie*, DOUIN 2000, p 58
- Haute Autorité de Santé Evaluation et amélioration des pratiques – Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GHM04M18) 2013
- Haute Autorité de Santé (HAS) Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois, Recommandation de bonne pratique, 2019.
- 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
- JIKRI Intérêt des aspirations des voies aériennes : Recommandations. Journées Internationales en kinésithérapie respiratoire instrumentale – Lyon 16-17/11/2000
- 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.
- Joud Ph, Desbois G, Brun O, Stamm D, Score d'évaluation de l'encombrement des voies aériennes (SEVA) dans le suivi clinique chez le nourrisson : à propos de 205 cas. *Ann. De kinésithér.* 1998 ; t. 25 ; n°3 : 125 -135.
- Joud P, Th Coppens, Newborn Upper airway obstruction; European respiratory care congress Barcelona 201
- Joud Ph. Intérêt des pressions thoraciques manuelles dans le désencombrement bronchique 1991 *Annales de kinésithérapie*.
- Perotta C Ortiz Z Roque M - Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 to 24 months old. *Cochrane database Syst Rev*, 2005, 2, CDOO4873.
- 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.
- Joud Ph (comité d'organisation). Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Paris. ANAES, 2001.
- Postiaux G, Dubois R, Marchand E, et col - Chest Physiotherapy in infant bronchiolitis : a new approach. *Proc.VITH. International congress on pediatric pneumology Lisboa .Fe.2004.* (abstract). *Rev Mal respir*, 2005, 22, 1S30-1S111. *Kinésithér Rev*, 2006, 55, 35-41.
- Postiaux G, Ladha K, Gillard C et col. la kinésithérapie respiratoire du petit enfant (< 24 mois) guidée par l'auscultation pulmonaire. *rev Fr Allergol*, 1997, 37, 206-222.
- Postiaux G, Louis J, Labasse HC, et al. Evaluation of an alternative chest physiotherapy method in infants with RSV bronchiolitis. *Respir Care* 2011;56: 989-94.
- Postiaux G, Zwaenepoel B, Louis J. Chest physical therapy in acute viral bronchiolitis: an updated review. *Respir Care* 2013; 58:1541-5.
- Postiaux G. La Cochrane Review : ce qu'elle a dit, n'a pas dit, dira/ne dira pas à propos de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. *Kinésithér Rev* 2013; 13:52-5.
- Postiaux Guy. Kinésithérapie respiratoire de l'enfant : les techniques de soins guidées par l'auscultation pulmonaire. Bruxelles 2ème édition. DeBoeck Université, 2000.
- Recommandations : Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire. Lyon 2 et 3 décembre 1994. *Kinésithér Scient* 1995; 344: 45-54.
- Reychler G, Roeseler J, Delguste P. *Kinésithérapie Respiratoire*. Edition Elsevier.

- Rochat I, Leis P, Bouchardy M, et al. Chest physiotherapy in bronchiolitis: a randomised trial assessing passive expiratory manoeuvres. Paediatr Respir Rev 2010;11 (Suppl 1526 ):85-6. and : Rochat I, Leis P, Bouchardy M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. Eur J Pediatr 2012;171:457-62.
- Roqué i Figuls M, et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old ( Review ). Copyright , 2017 The Cochrane Collaboration . Published by John Wiley and Sons , Ltd
- Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD004873.
- Marqueta S, P. Naguet, G. Postiaux . Bronchiolite du nourrisson : La kinésithérapie est-elle toujours la pierre angulaire du traitement ? Archive de Pédiatrie 2014 ; 21 : 228 - 229 .
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines, 2006 nov. 46 p.
- Stagnara J , Balagny E , Cossalter B , Dommergues JP , Dournel C , Drahi E , et al . Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Recommandations. Texte long. Arch.Pediatr 2001 Jan ; 8 Suppl 1 : 11S-23S . [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- 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
- Tournier G, Sardet-Frismand A , Baculard A . Pneumologie pédiatrique : Abrégés. Masson
- Verstraete, P et al. Prise en charge de la bronchiolite aiguë 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
- Vincon C, Fausser C, « Kinésithérapie respiratoire » Kinésithérapie Scientifique SPEK 2004 n° 441 Fév 2004
- Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;7:CD006458.

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

Cf page suivante

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 : 11 75 116 30 75



## Bronchiolite 1

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

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document :

- 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 - J'ai demandé l'âge du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - J'ai questionné les parents sur les ATCD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - J'ai regardé le carnet de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - J'ai cherché à évaluer la faisabilité d'une séance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Je peux faire la séance si la cyanose est présente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Une saturation en oxygène inférieure à 94 % contre-indique la séance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - La fréquence respiratoire supérieure à 60 cycles par minute contre-indique la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - L'hypotonie constatée chez le nourrisson contre-indique la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Je pratique un test de pré-contrainte thoracique et abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - J'évalue la perméabilité des voies aériennes supérieures par l'auscultation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Les sibilants repérés à l'auscultation mettent en évidence un spasme bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Je repère les caractéristiques de la toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Je ne déshabille pas le nourrisson pour réaliser la séance de kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
14 - Les percussions, les vibrations, le drainage de posture sont contre-indiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Je module les débits expiratoires afin de permettre la mobilisation des sécrétions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Je privilégie les techniques de moucher pour désencombrer les voies aériennes supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - J'utilise plusieurs pipettes de 0,5 ml de sérum physiologique 0,9% pour chaque narine pour nettoyer le nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Je pratique systématiquement 4 à 6 séances de kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - J'utilise des critères haptiques pour guider mes gestes et vérifier leur efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - La toux provoquée est une technique que j'emploie systématiquement chez les nourrissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Je communique systématiquement au médecin prescripteur les informations recueillies sur l'état respiratoire du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - L'accord des parents pour le traitement proposé doit être écrit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Le virus respiratoire syncytial survit 6 à 7 h sur les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - L'administration d'antitussifs et de mucolytiques chez les nourrissons de moins de 24 mois est contre indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Une séance de kinésithérapie respiratoire peut être pratiquée 30 minutes après l'alimentation du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Les recommandations de bonnes pratiques françaises datent de Septembre 2000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>