



Soins Masso-Kinésithérapiques du nourrisson porteur de bronchiolite aigue et identification des drapeaux rouges

615 Avenue de Montpellier 34970 LATTES

Téléphone : 04 67 54 76 55

Web : <https://www.ifcees.fr/>

**FORMATION RESERVEE AUX MASSEURS KINESITHERAPEUTES
DUREE : 2 JOURS**



INTRODUCTION

La bronchiolite est une maladie virale du jeune enfant, qui touche principalement les enfants avant l'âge de 2 ans. Dans la très grande majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable, spontanément ou avec la mise en place d'un traitement médicamenteux et/ou de séances de kinésithérapie respiratoire (KR). Dans de rares cas, la bronchiolite impose l'hospitalisation, afin de pouvoir surveiller la fonction respiratoire et, éventuellement, de mettre en œuvre des mesures de réanimation.

Le masseur kinésithérapeute (MK) doit aujourd'hui montrer son utilité dans le traitement, mais aussi dans la prévention de cette affection du nourrisson. Le soin de KR a été très contesté dans les pays anglo-saxons et par certains périodiques médicaux français, depuis le Conseil National de l'Ordre des MK a rappelé que la KR n'a jamais prétendu être un traitement contre l'agent causal de la bronchiolite, mais a une action bénéfique sur les symptômes qu'il entraîne, de plus cette pratique est très encadrée.

La connaissance des différentes études, de la physiopathologie et la maîtrise de différentes techniques de désencombrement, mais aussi d'éducation et de prévention, sont des atouts indéniables pour conserver le champ de compétence des MK, elle permet surtout d'identifier des drapeaux rouges spécifiques qui peuvent fonder un diagnostic d'exclusion et réorienté un enfant vulnérable. La prévention et l'autonomisation de des parents face au troubles ventilatoires de leur nourrisson sont des est, pour aider au mieux ces nourrissons et leurs parents.

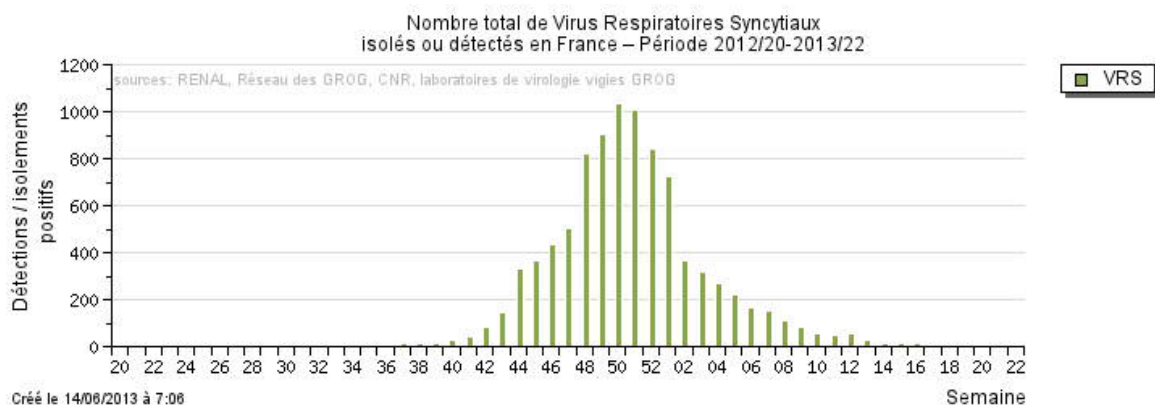
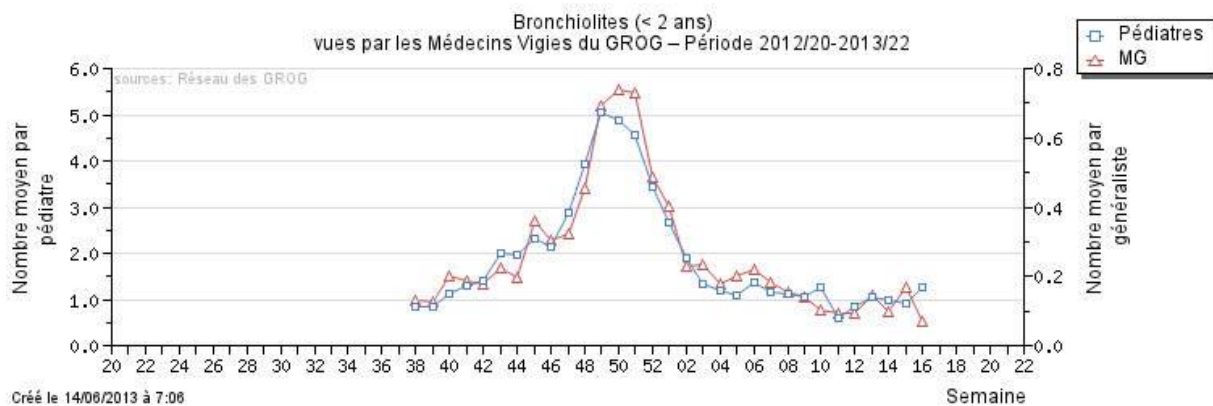
CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET REGLEMENTAIRE

1.1 Définition et épidémiologie de la bronchiolite

Pour l'**InVS** (Institut de Veille Sanitaire) en 2012, la bronchiolite se manifeste le plus fréquemment sous forme d'épidémie saisonnière. L'épidémie débute généralement à la mi-octobre, pour atteindre un pic en décembre et se termine à la fin de l'hiver.

En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des enfants de moins de deux ans, soit environ 460 000 nourrissons par an. Deux pour cent des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année. Elle représente donc un réel problème de santé publique.

Dans plus de 7 cas sur 10, la bronchiolite de l'enfant est due au virus respiratoire syncytial (VRS). Les autres agents causaux sont les virus parainfluenza, adénovirus... Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Ainsi, un rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson. Le VRS reste présent en France mais les cas de bronchiolite du jeune enfant déclarés par les médecins vigies **GROG** (Groupe Régionaux d'Observation de la Grippe) en 2013 sont peu fréquents.



Cette pathologie hivernale mobilise chaque année des moyens considérables faisant appel aux réseaux de soins ambulatoires et hospitaliers, entraînant ponctuellement la saturation des hôpitaux et des urgences. Néanmoins l'essentiel de ces nourrissons bénéficient d'un suivi par quotidien par un kinésithérapeute (sur prescription médicale) au cabinet de ce dernier ou à domicile. Pour Pelca et col. (2006), les MK vont diminuer les symptômes de la bronchiolite et améliorer la qualité de vie de ces enfants et de leurs parents, permettant de limiter les hospitalisations et l'angoisse des parents, même si, à ce jour aucune étude sérieuse n'a été menée et n'a donc pu le démontrer.

Dans ce cadre et avec les modifications réglementaires relatives aux prescriptions médicales (ni quantitative, ni qualitative), il est proposé aux

MK une formation pour évaluer l'état respiratoire du nourrisson, connaître les codes de la kinésithérapie respiratoire, ses indications et contre-indications, identifier les drapeaux rouges et conseiller et éduquer les parents enfin pouvoir si nécessaire renvoyer des informations au médecin prescripteur.

1.2 Règlementation bronchiolite et kinésithérapie

La Haute Autorité de Santé (HAS) se réfère à :

La recommandation de bonne pratique de novembre 2019 : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Texte de recommandations.

La **référence de consensus de septembre 2000**, qui précise : « le recours à la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne et sur un avis d'experts (grade C) » et rappelle que : « le kinésithérapeute ne se borne pas à l'exécution de gestes techniques itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles ».

La **référence de consensus de Lyon 1994** (grade C) recommande les techniques de désencombrement bronchiques qui prennent en compte les particularités des bronches du nourrisson (techniques expiratoires passives et lentes) associées au désencombrement des voies aériennes supérieures.

TEXTES REGLEMENTAIRES ET SUPPORTS THEORIQUES

- Guide de bonnes pratiques Collège de la Masso-Kinésithérapie oct 2023
- Référence de Consensus de Lyon 1994
- Référence de Consensus de Paris 2000
- Loi Kouchner du 4 mars 2002
- Loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de 2009
- Physiologie de la respiration (West, 2003)
- Physiopathologie de bronchiolite et de l'encombrement du nourrisson (51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2009)
- HAS recommandation de bonne pratique : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Novembre 2019
- Les modèles et les outils de l'évaluation
- Les modèles et les outils de la formation

- Les théories, les modèles et les outils de la communication
- Les théories et les outils de l'apprentissage et de l'éducation
- Les théories et les outils de la didactique et de la pédagogie

RESULTATS ATTENDUS DE LA FORMATION

Pour les MK

- Évaluer l'état d'encombrement du nourrisson (Voies Aériennes Supérieures et Voies Aériennes Inférieures)
- Évaluer la fatigue du nourrisson (faisabilité du geste de désencombrement)
- Connaître les critères de vulnérabilité du nourrisson
- Identifier les drapeaux rouges et savoir réorienter au médecin / SAMU
- Évaluer les connaissances des parents : en hygiène, en techniques de nettoyage de nez et signes d'altération de l'état général du nourrisson
- Si nécessaire avoir les compétences pour éduquer les parents sur :
 - L'environnement et Hygiène
 - Le nettoyage du nez de leur enfant
 - La surveillance (dégradation de l'état général)
- Rétablir la perméabilité de la filière naso-pharyngée (instillation de sérum, drainage rhino-pharyngé, aspiration)
- Désencombrer les voies aériennes inférieures (modulations du flux ventilatoire et toux provoquée)

Pour les patients

1 Pour le nourrisson

- Améliorer sa ventilation, il pourra ainsi mieux dormir.
- Diminuer la fatigue liée à la ventilation, ce qui va améliorer la prise des biberons.
- Diminuer les risques de complications et de récurrence

2 Pour les parents

La formation va permettre aux participants de développer des compétences pour :
Éduquer – Impliquer – Rassurer les parents des nourrissons soignés.

3 Pour les institutions

- Mise en place de mesures préventives
- Diminution du nombre d'hospitalisation
- Diminution du coût pour la sécurité sociale
- Désengorger les urgences

PUBLIC CONCERNE

Masseur-Kinésithérapeutes libéraux ou salariés, groupes de 15 personnes maximum.

DUREE

Une journée et demie : 12h

Le samedi de 9h à 13h00 et 14h à 18h et le dimanche de 8h30 à 12h30

SITE DE FORMATION

Espace de formation – place d’Aragon
615 Avenue de Montpellier, 34970 LATTES

INTERVENANT

Vincent BESSE DESMOULIERES

- Masseur Kinésithérapeute libéral à Teyran
- Cadre de santé formateur en IFMK
- Formateur aux gestes et soins d’urgence (AFGSU)
- D.I.U. de kinésithérapie respiratoire en pédiatrie et en réanimation néonatale et pédiatrique
- Maîtrise dans le domaine Sciences Humaines et Sociales, mention Education et Formation
- Expérience en exercice libéral à Paris et Reims
- Expérience salariale en réanimation pédiatrique et néonatale à R. Debré (Paris), R. Debré (Reims) et cadre du service de rééducation de l’Institut Saint Pierre de Palavas.
-

PRINCIPES PEDAGOGIQUES

- Respect des valeurs de la formation
- Analyse des pratiques à partir de données scientifiques et réglementaires
- Valorisation et questionnement de l’expérience professionnelle individuelle et collective.
- Les apports théoriques et les apports d’outils seront travaillés à partir de situations concrètes.

- Évaluation anonyme de la satisfaction des participants est réalisée en fin de formation

OUTILS ET METHODES PEDAGOGIQUES

- Paper Board ou tableau Velléda
- Ordinateur et vidéo projecteur
- Table de soin et mannequins (nourrissons)
- Brainstorming
- Cours magistraux
- Travaux pratiques
- Études de cas concrets
- Mises en situations concrètes
- Analyse et évaluation des pratiques professionnelles.
- Analyse des concepts et des outils d'éducation à partir de cas concrets.
- Fichiers PDF donnés aux participants sur un support clé USB

OBJECTIFS ET CONTENUS DE LA FORMATION

Module 1 : Matinée n°1

	Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus
	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les acteurs - Évaluer les connaissances des stagiaires concernant la PEC de la bronchiolite 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des stagiaires et du formateur : parcours professionnels - Expériences positives et négatives avec les nourrissons encombrés

	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre la mécanique ventilatoire du nourrisson et ses différences par rapport à celle de l'adulte Faire les liens avec les techniques de kinésithérapie - Connaître la physiopathologie de la bronchiolite 	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomie et physiologie comparées de l'adulte et du nourrisson - Liens avec la spécificité de la kinésithérapie respiratoire du nourrisson - Épidémiologie de la bronchiolite - Physiopathologie de la bronchiolite
	<ul style="list-style-type: none"> - Réactualiser les connaissances des recommandations de l'HAS concernant la bronchiolite 	<ul style="list-style-type: none"> - Les textes réglementaires et les recommandations sur la bronchiolite et leurs conséquences au niveau des pratiques - Place du MK - Place des médicaments

	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un bilan diagnostique kinésithérapique complet - identifier les drapeaux rouges - critères de réorientation vers un médecin - Adapter ses gestes en fonction du BDK 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement et tenue adaptée - Place des parents - Liens entre les signes observés et la théorie
--	---	---

Module 2 : Après midi

	Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus
	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre, réaliser et savoir éduquer à la désobstruction nasopharyngée 	<ul style="list-style-type: none"> - Instillation simple - Drainage Rhino-Pharyngé (DRP) antérograde et rétrograde - Blocage glosso-pharyngé - Aspirations nasopharyngées

	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de techniques éducatives pertinentes pour favoriser la santé du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Théories de l'apprentissage - Modèles de la communication - Statut de l'erreur - Du modèle de santé biomédical curatif au modèle de santé complexe
	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir conseiller les parents sur les prises d'aérosol 	<ul style="list-style-type: none"> - Les savoirs, les ressources et les obstacles des familles - Une bonne utilisation de la chambre d'inhalation - Aérosols usuels - Respect des prescriptions
1h30	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les gestes d'urgence avec un nourrisson et savoir comment réagir en cas de problème 	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de l'état de conscience

		<ul style="list-style-type: none"> - Manœuvre de Heimlich adaptée au nourrisson - Réanimation cardiorespiratoire
	- Éduquer les parents à la santé de leur de leur enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Hygiène - Lavages de nez - Repérer les signes de gravité de l'état de leur enfant et réagir en conséquence

Module 3 : Matinée n°2

	Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus
	Retour sur la première journée	Adapté aux questions du groupe

	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre et réaliser le drainage des voies aériennes inférieures 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du Flux Expiratoire (AFE) - Expiration Lente Prolongée - Drainage autogènes - Autres techniques
	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de techniques éducatives pertinentes pour favoriser la santé du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Théories de l'apprentissage - Modèles de la communication - Statut de l'erreur - Du modèle de santé biomédical curatif au modèle de santé complexe
	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la satisfaction des participants 	

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, J.C., (1999). Psychologie de la communication. Paris : Armand Colin.
- ANAES, (2000). Conférence de consensus : Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, Paris.
- ANAES, (2000). Recommandations et références professionnelles : Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, Paris.
- ANDEM, (1994), Conférence de consensus sur les techniques de kinésithérapie respiratoire non instrumentales, Lyon.
- ANTONELLO, M., DELPLANQUE, D., (2004), Comprendre la kinésithérapie respiratoire, du diagnostic au projet thérapeutique. 2ème édition, Le point en rééducation. Paris : Masson.
- BAILLEUX, S., LOPES, D., (2008), La bronchiolite du nourrisson, la kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire : une évidence?, Kinésithérapie scientifique, n° 484. Paris : SPEK.
- BARTHE, J., BINOCHE, C., BROSSARD, V., (1990), Pneumokinésithérapie. Paris: Doin.
- BUTOUR, Y., (2000), Biomécanique de l'expression ventilatoire des détresses respiratoires du nourrisson. Kinésithérapie Scientifique, n° 403. Paris : SPEK.
- CABERNAUD, J. L., LEBARS, G., (2009), Détresse respiratoire de l'enfant. 51ème congrès d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier Masson.
- CMK Collège de la Masso-Kinésithérapie Prise en charge prescrite de la bronchiolite aiguë du nourrisson par le masseur-kinésithérapeute. Guide d'ebonnes pratiques. Octobre 2023.
- DECCACHE, A., LAVENDHOMME, E., (1989), Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck.
- EVENOU, D., (2004), Intérêt de l'évaluation clinique pour le diagnostic kinésithérapique : exemple de la bronchiolite aiguë du nourrisson. Kinésithérapie scientifique, n° 448. Paris : SPEK.
- EVENOU, D., PELCA, D., FAUSSER, C., (2007), Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite, modalités de pratiques actuelles. Médecine, n°0061. Montrouge : John Libbery
- FAUSSER, C., VINCON, C., (1993), Kinésithérapie respiratoire en pédiatrie. 3ème édition. Masson, Paris, 1993.

FAUSSER, C., EVENOU, D., LOPES, D., PELCA, D., (2008), L'augmentation du flux expiratoire, 40 ans après... Kinésithérapie scientifique, n° 492. Paris : SPEK.

FAUSSER, C., BREHERET, V., LOPES, D., (2002), Augmentation du flux expiratoire (AFE) et tolérance. Kinésithérapie scientifique, n° 428. Paris : SPEK.

FAUSSER, C., PELCA, D., EVENOU, D., LABRUNE, P., GATTO, F., (2006), Les savoirs académiques et les bonnes pratiques en kinésithérapie respiratoire pédiatrique. Kinésithérapie scientifique, n° 462. Paris : SPEK.

FAUSSER, C., (2006), Le désencombrement naso-pharyngé - Pratique instrumentale, Kinésithérapie scientifique, n° 470. Paris : SPEK.

GATTO, F., GARNIER, A., VIEL, E., (2007), Education du patient en kinésithérapie. Montpellier : Sauramps médical.

GRANRY, J. C., DUBE, L., MONRIGAL, J.P., (2001), Bronchiolites aiguës. SFAR.

GUYET, D., FAUSSER C., (2015), Raisonement clinique en masso-kinésithérapie et prise en charge en ambulatoire d'un nourrisson présentant une bronchiolite. Kinésithérapie scientifique, n° 566. Paris : SPEK.

GUYET, D., GUILLIER, A., CARME, T., FAUSSER C., (2015), Kinésithérapie et désencombrement des voies aériennes inférieures par stimulations de la toux réflexe et/ou du réflexe expiratoire chez le nouveau né et le nourrisson. Kinésithérapie scientifique, n° 568. Paris : SPEK.

HAS, (2007), Recommandations professionnelles : Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical

HAS, (2012), Évaluation et amélioration des pratiques : Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite.

HAS (2019) Recommandation de bonne pratique : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.

LOPES, D., VINCON, C., (2001), L'aspiration endotrachéale chez le prématuré intubé : analyse d'un guide anglo-saxon de bonnes pratiques. Kinésithérapie scientifique, n° 414. Paris : SPEK.

PELCA, D., FAUSSER, C., (2006), Mais pourquoi inonde-t-on le nez des nourrissons ? Remise en question d'un dogme. Kinésithérapie scientifique, n° 462. Paris : SPEK.

PELCA, D., FAUSSER, C., EVENOU, D., (2006), Mise au point sur l'AFE. Kinésithérapie scientifique, n° 462. Paris : SPEK.

PELCA, D., FAUSSER, C., EVENOU, D., PICARD, H., SEBBAN, S., (2008), Kinésithérapie respiratoire pédiatrique, argumentaire pour une évolution des pratiques. Kinésithérapie la revue, n° 75. Paris : Elsevier Masson.

PEREZ, C., VINCON, C., BAILLEUX, S., CAMBAS, C. H., DEMONT, B., LABRUNE, P., (2001), La kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites : le "souffle-douleur" des mères. Kinésithérapie scientifique, n° 414. Paris : SPEK.

PIAGET, J., (1967), Psychologie de l'intelligence. Paris : Armand Collin.

POSTIAUX, G., (1998), Kinésithérapie respiratoire de l'enfant, les techniques de soins guidées par l'auscultation pulmonaire. Bruxelles : De Boeck Université.

POSTIAUX, G., DUBOIS, R., MARCHAND, E., DEMAY, M., JACQUY, J., MANGIARACINA, M., (2006), Effets de la kinésithérapie respiratoire associant expiration lente prolongée et toux provoquée dans la bronchiolite du nourrisson. Kinésithérapie la revue, n°72. Paris : Elsevier Masson.

POSTIAUX, (2013), 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. Kinésithérapie la revue, n°140-141. Paris : Elsevier Masson.

VINCON, C., FAUSSER, C., (2004), Kinésithérapie respiratoire du nourrisson : les données mécaniques, cliniques et thérapeutiques. Kinésithérapie scientifique, n° 441. Paris : SPEK.

VYGOTSKI, L. S., (1938), Pensée et langage. Paris : Editions Sociales.

WEST, J. B., (2003), La physiologie respiratoire. 6ème édition. Paris : Maloine.

SITE DE FORMATION

Espace Formation – Place d'Aragon – 615 avenue de Montpellier – 34970 LATTES

INFORMATION ET INSCRIPTION

Magali Debard-Bellanger : 04 67 54 76 55 – contact@ifcees.fr