



<p style="text-align: center;"><b>PROGRAMME DETAILLE</b> <b>Kinésithérapie respiratoire pédiatrique en e-learning</b></p>
---

1 session composée de 14 heures de e-learning

permettant ainsi d'optimiser les acquisitions basées sur les recommandations de l'HAS

**Objectifs :**

La prise en charge des pathologies respiratoires pédiatriques comporte des spécificités que le praticien de ville mais aussi hospitalier doit maîtriser.

L'objectif principal de cette formation est de permettre l'appropriation des savoirs théoriques par une séquence en e-learning suivie d'une séquence présentielle axée quasi-exclusivement sur la pratique.

La formation permettra au praticien:

- D'identifier les facteurs de gravité nécessitant de réadresser l'enfant (triage)
- De pratiquer un bilan respiratoire spécifique mais aussi de la fonction motrice globale
  - De maîtriser les gestes techniques reconnus avec ou sans aide technique
- De prodiguer aux parents/aidants les conseils adaptés en fonction de la pathologie (bronchiolite, asthme et mucoviscidose principalement mais aussi maladies dégénératives type myopathies)

Dans ce contexte, le e-learning permet une remise à jour efficace.

Les différentes séquences sont mises à disposition sur la plate-forme pédagogique edoceo<sup>®</sup>. Les participants peuvent s'y rendre lorsqu'ils le souhaitent et poser des questions à l'équipe



## 1. Déroulé pédagogique par étape

### Formation en e-learning

Durée 14h

Enchaînement des séquences : 4 séquences PROGRESSIVES permettant de redéfinir les contextes anatomo-physiopathologiques, les principes, les modalités, les indications et contre-indications de l'approche en kinésithérapie respiratoire en fonction du contexte des troubles fonctionnels.

La durée des séquences correspond au temps nécessaire pour assimiler les notions indispensables afin de répondre aux questionnaires QCM en ligne. Le participant peut accéder à tout moment à ce questionnaire.

Le participant exploite de manière chronologique les différentes séquences qui comportent des apports théoriques puis des notions de bilan et de traitement, selon les chapitres

#### Session 1 : 4 heures

**Objectif : Bien identifier les notions théoriques générales actualisées de la prise en charge à la lumière des études scientifiques indispensables à la compréhension des troubles fonctionnels relevant d'une prise en charge kinésithérapique**

*Recommandations scientifiques, où en est-on ?*

- la conférence de consensus de 2000
- les années 2010-2020 : la remise en question au travers des publications scientifiques, mise au point (1h)

*Actualisation au sujet de la mécanique ventilatoire et effets de la kinésithérapie (3 heures)*

- biomécanique de l'expression ventilatoire des signes de détresse respiratoire : observation grâce aux outils modernes portables (saturomètre etc...)
- actualisation sur les effets supposés des techniques mécaniques kinésithérapiques

*Durée : 4 heures*

*Méthode : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées*

*Evaluation : QCM au décours de la formation (textes à trous, pioche, QCM)*



## **Session 2 : 3 heures**

**Objectif : Bien identifier les notions de pathologie indispensables actualisées à la compréhension des troubles fonctionnels relevant d'une prise en charge kinésithérapique**

*Pathologie pulmonaire : les grandes pathologies et leurs traitements actuels médicaux et physiques (3 heures), interactions médicamenteuses possibles, niveaux de preuve dans la littérature*

- asthme
- bronchiolite
- mucoviscidose
- pathologies orphelines de l'enfant : maladie des membranes hyalines, inhalation méconiale, myopathies et troubles respiratoires
- *Durée* : 3 heures
- *Méthode* : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées
- *Evaluation* : QCM au décours de la formation (textes à trous, pioche, QCM)
- 

## **Session 3 : 4 heures**

**Objectif : S'approprier les incontournables du bilan actualisé afin de mettre en place un diagnostic d'exclusion (triage) et spécifique.**

*Techniques spécifiques actualisées de bilan en kinésithérapie respiratoire pédiatrique (4 heures)*

- anamnèse
- observation
- palpation
- auscultation pertinente pour le kinésithérapeute
- indications, contre-indications et décision de prise en charge

*Durée* : 4 heures

*Méthode* : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées

*Evaluation* : QCM au décours de la formation (textes à trous, pioche, QCM)

## **Session 4 : 3 heures**

**Objectif : s'approprier des techniques de rééducation actualisées en lien avec les troubles fonctionnels relevant de la kinésithérapie respiratoire**

*Techniques actualisées de traitement kinésithérapique (3 heures)*

- désobstruction des voies aériennes supérieures
- désobstruction des voies aériennes inférieures
- toux provoquée, toux dirigées, pompage trachéal externe



- suivi, Conseils aux parents

*Durée* : 3 heures

*Méthode* : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées

*Evaluation* : QCM au décours de la formation (textes à trous, pioche, QCM)

## 2. Moyens et encadrement

### **Moyens pédagogiques :**

Le Parcours e-learning se veut vivant et interactif grâce à :

- l'utilisation de questionnaires sous forme de textes à trous, de pioche ou de QCM...
- la possibilité d'interpeller le webmaster en cas de doute. L'équipe pédagogique répondra dans les meilleurs délais

### **Encadrement :**

Les cours sont élaborés par nos formateurs possédant une expertise dans le domaine (formés, évalués et certifiés)

**Type de support pédagogique remis au stagiaire et contenu :** possibilité de télécharger un certain nombre de supports en fonction des séquences (articles etc...)

### **Type d'évaluation pratiquée par l'organisme de formation :**

- QCM au décours de la formation

## 3. Références

Kinésithérapie actualité n° 785, 2 novembre 2000

RKBE – Kiné scientifique, septembre 2000

La revue du praticien, tome XIII n° 475, novembre 1999

Panorama du médecin n° 4680, novembre 1999

Le parisien – 26 octobre 1999

André-Vert J., Gazave M., Goudenège P., Moreno J. Kinésithérapie, La Revue, avril 2008. Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne

Bailleux S., Lapes D. La bronchiolite du nourrisson. La kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire : une évidence ? Kinésithérapie Scientifique 2008 ; 484 : 5 – 17.

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus. Paris, septembre 2000.

Fausser Ch., Breheret V., Lapes D. Augmentation du flux expiratoire et tolérance.

Kinésithérapie Scientifique, 2006 ; 462 : 5 – 6.

Maréchal L., Barthod C., Gautier G., Jeulin J.-C., Lottin J. Instrumentation and LobVIEW based continuous processing for chest physiotherapy. BIOSEC International conference on biomedical electronics and devices : 41 – 6, January 28 – 31, 2008, Funchal, Portugal.



Remondière R., Garnier R. Techniques de kinésithérapie respiratoire pour les enfants atteints de mucoviscidose. Annales de Kinésithérapie, n° 6 1991 : 289 – 96.

Recommandations : Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire. Lyon, 2 et 3 décembre 1994. Kinésithérapie Scientifique, 1995 ; 344 : 45 – 54.

Fausser Ch., Vinçon C. Manuel de kinésithérapie pratique, rééducation en pédiatrie. Paris : Lamarre, 1998 : IV 15 – 110 – 00 IV, 15 – 113 200.

Postiaux Guy. Kinésithérapie respiratoire de l'enfant. éd. De Boeck, 2009.

Labbé A. Prise en charge des bronchiolites aiguës du nourrisson. EMC. Elsevier Masson. 2010.

Stagnara J, Balagny E, Cossalter B, Dommerges JP, Dournel C, Drahi E, et al. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Texte des recommandations texte long. Arch Pédiatrie. 2001 ;8 :11–23.

Chéron G, Patteau G, Nouyrigat V. Bronchiolite du nourrisson. EMC. Masson. 2009.

Malot L, Fetouh M. Bronchiolite aiguë du nourrisson : aspects de la prise en charge médico-kinésithérapique. Réseau Aquitain Bronchiolite et Asthme du nourrisson. 2007.

Benoist G, Bourrillon A. Pathologies les plus fréquentes chez le nourrisson âgé de 1 à 9 mois. EMC. Elsevier Masson. 2013 ; p. 1–17.

Smyth RL, Openshaw PJM. Bronchiolitis. Lancet. 2006 Jul 22 ;368(9532):312–22.

Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. PEDIATRICS. 2006 Oct 1;118(4):1774–93.

Che D, Caillère N, Josseran L. Surveillance et épidémiologie de la bronchiolite en France. Arch Pediatr. 2008 ;15:327–8.

Sannier N, Bocquet N, Timsit S. Evaluation du coût du premier épisode de bronchiolite du nourrisson en France. Arch Pediatr. 2001 ;8:922–8.

Chen Y-J, Lee W-L, Wang C-M, Chou H-H. Nebulized Hypertonic Saline Treatment Reduces both Rate and Duration of Hospitalization for Acute Bronchiolitis in Infants : An Updated Meta-Analysis. Pediatr Neonatol. 2014 Jan 21.

Kuzik BA, Al-Qadhi SA, Kent S, Flavin MP, Hopman W, Hotte S, et al. Nebulized hypertonic saline in the treatment of viral bronchiolitis in infants. J Pediatr. 2007 Sep ;151(3):266–270, 270.e1.

Sauvaget E, David M, Bresson V, Retornaz K, Bosdure E, Dubus J-C. Sérum salé hypertonique nébulisé et bronchiolite aiguë du nourrisson : données actuelles. Arch Pédiatrie. 2012 ;19(6):635–41.