

Fracture de côte et kinésithérapie, mythe ou réalité ?

Étude FRA.CO.NOÛ

13eme CPLF

Lyon 18/01/2009

Aline CHAPUIS (KRA-Lyon)

Audrey MAURRIC-DROUET (SUK-Paris)

Eric BEAUVOIS (CKRF-Lyon)

13eme CPLF Lyon 18/01/2009

Contexte épidémiologique

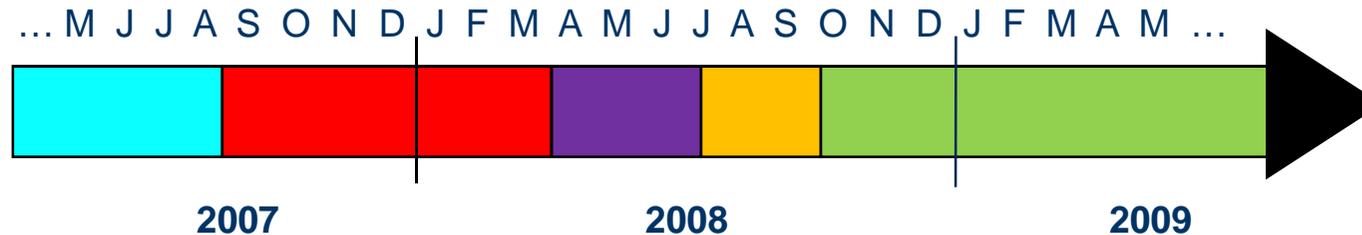
- Pathologies respiratoires
 - ~ 30% des nourrissons
 - ~ 500 000 enfants/an
- Seulement 2 à 4% hospitalisés d'emblée
- Recours à la KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE (de 82,5 à 99%)

Contexte polémique

« Bronchiolite: pas de kinésithérapie respiratoire systématique. Absence d'efficacité démontrée mais risque de fracture de côtes » Revue Prescrire nov. 2006

Élément critique étude CHALUMEAU	Critique faite	Comment y répondre ? étude FRA.CO.NOU
Rétrospectif	Biais de souvenir et de sélection	Prospectif
Hospitalier	Biais d'échantillonnage	Ambulatoire
Intervention	Techniques ? Intervenants?	Thérapeutes libéraux décrivant leurs techniques
Critères de jugement	Pas de définition d'une fracture costale	Définition fracture costale : 3 niveaux de diagnostic Clinique/ Radiologique / Échographique
Unité statistique : L'enfant	Risque lié aux gestes, donc à la SEANCE Absolu : geste	Unité statistique: La séance

Organisation de l'étude



- 1: élaboration/ test/ correction du questionnaire
- 2: diffusion des questionnaires
- 3: collecte/ récupération des questionnaires
- 4: analyse des données
- 5: diffusion des résultats

↓
SUIVI

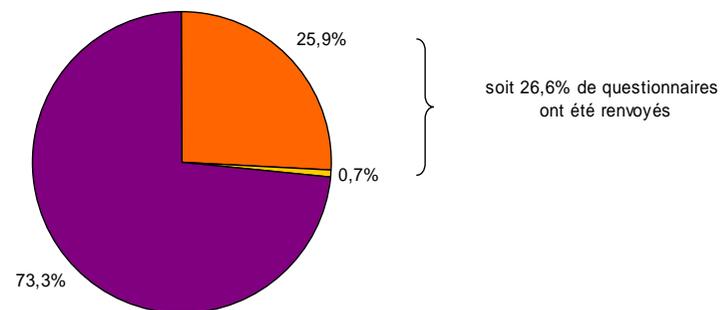
Critique de la critique

Notre réponse: étude FRA.CO.NOU	Critique faite	Comment y répondre ?
Prospectif	Biais de suivi thérapeutes et enfants	Retour systématique des questionnaires
Ambulatoire	Sous estimation du résultat / de l'ampleur du phénomène	???
Thérapeutes libéraux décrivant leurs techniques	Déclaratif Disparité des pratiques	Constituer une équipe d'opérateurs pour qu'ils s'entraînent et se forment aux techniques
Définition fracture costale : 3 niveaux de diagnostic Clinique/ Radiologique / Échographique	Pas de consultation médicale systématique après chaque séance	Difficilement applicable en milieu ambulatoire
La séance	Extrême : chaque geste	Observateurs

Résultats

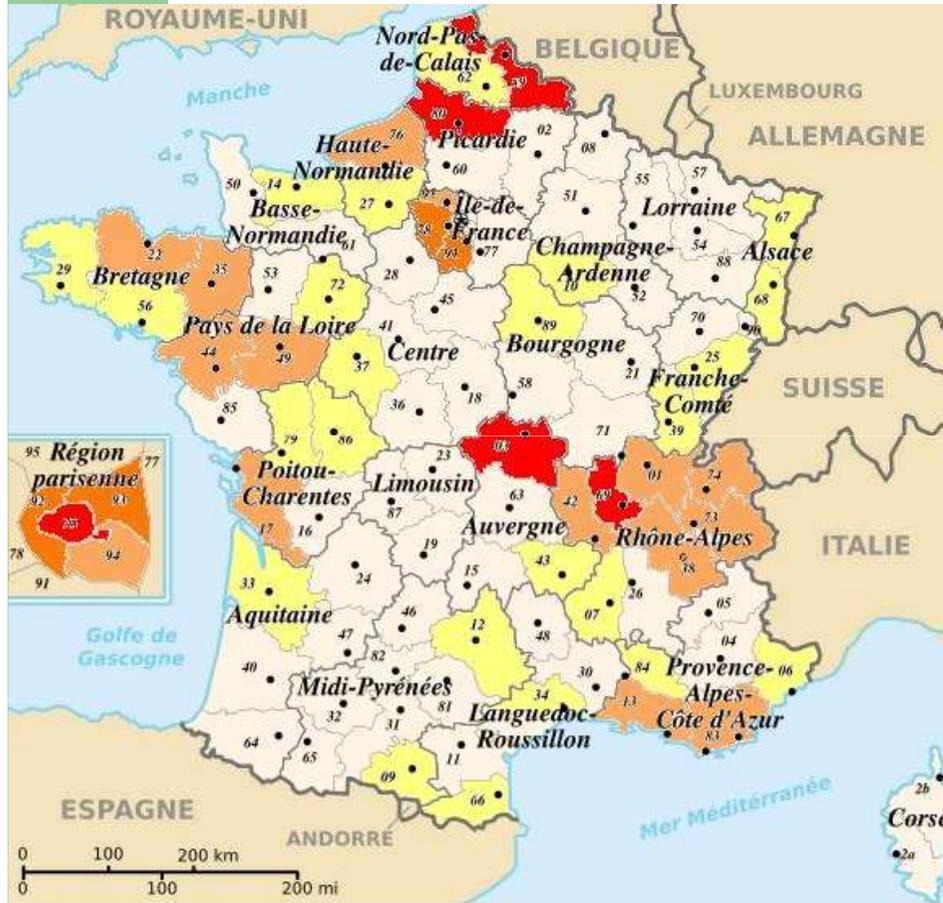
- 128 cabinets sollicités: 35 participants
- 2495 questionnaires distribués:
647 questionnaires retournés valides

Les questionnaires distribués

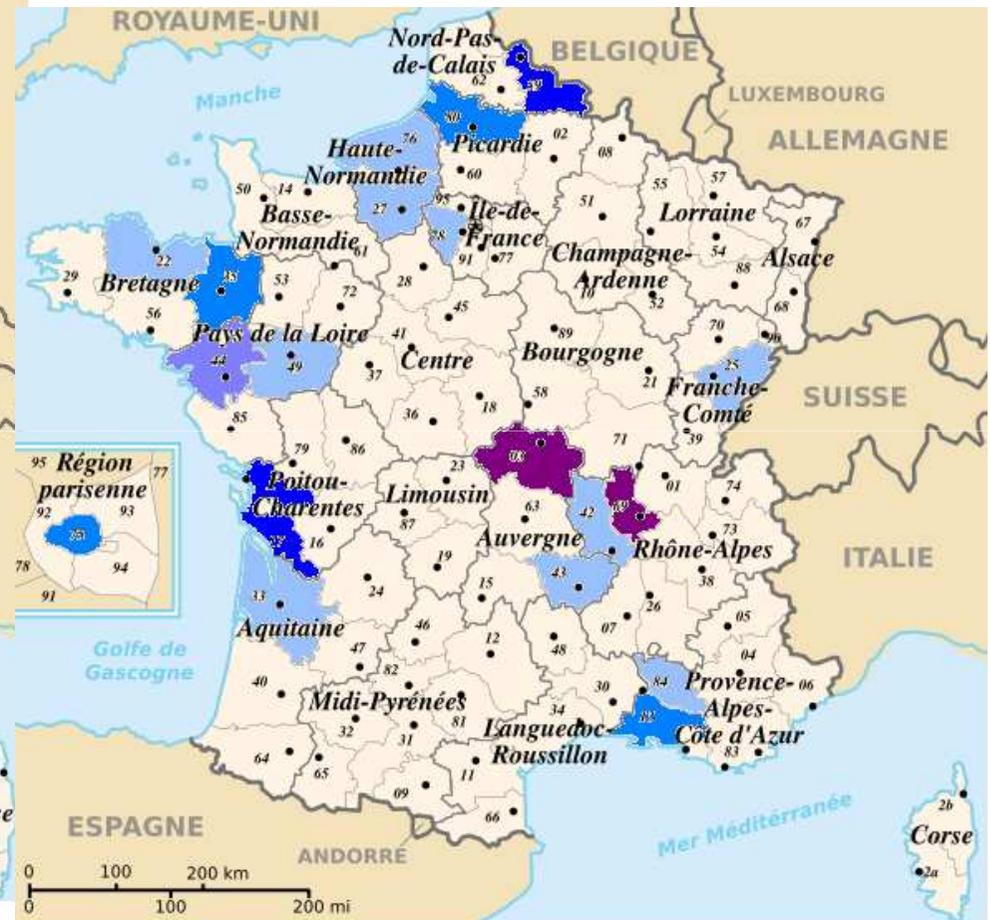


■ Questionnaires retournés valides =647 soit 25,9%
■ Questionnaires retournés non valides=18 soit 0,7%
■ Questionnaires non retournés =1830 soit 73,3%

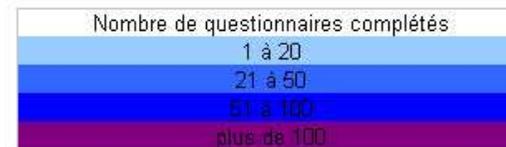
Etude nationale



La Guadeloupe | La Martinique | La Guyane | La Réunion



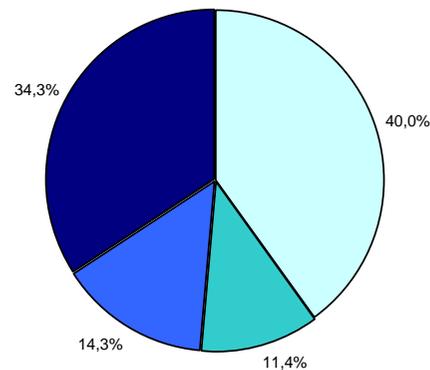
La Guadeloupe | La Martinique | La Guyane | La Réunion



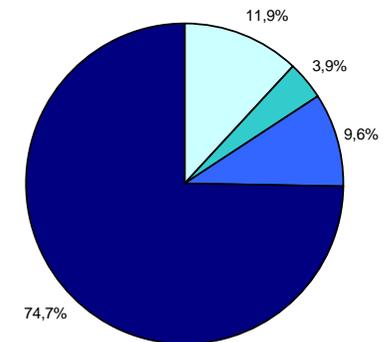
Résultats

- 4103 séances analysées dans 35 cabinets participants

Activité en Kinésithérapie respiratoire par rapport à l'activité global



Unité statistique:
cabinets participants C=35



Unité statistique:
questionnaires retournés valides Q= 647

- Moins de 25% d'actes de kinésithérapie respiratoire
- Entre 25% et 50% d'actes de kinésithérapie respiratoire
- Entre 50% et 75% d'actes de kinésithérapie respiratoire
- Plus de 75% d'actes de kinésithérapie respiratoire

Fracture costale???

- Pas de traumatisme thoracique révélé
- **Risque < 1/4103 séances** lors de séances de kinésithérapie respiratoire chez le nourrisson en milieu ambulatoire
- Mais pas de comparaison possible avec l'article car critères méthodologiques différents

Chiffres: sur le traitement

(selon la médiane)

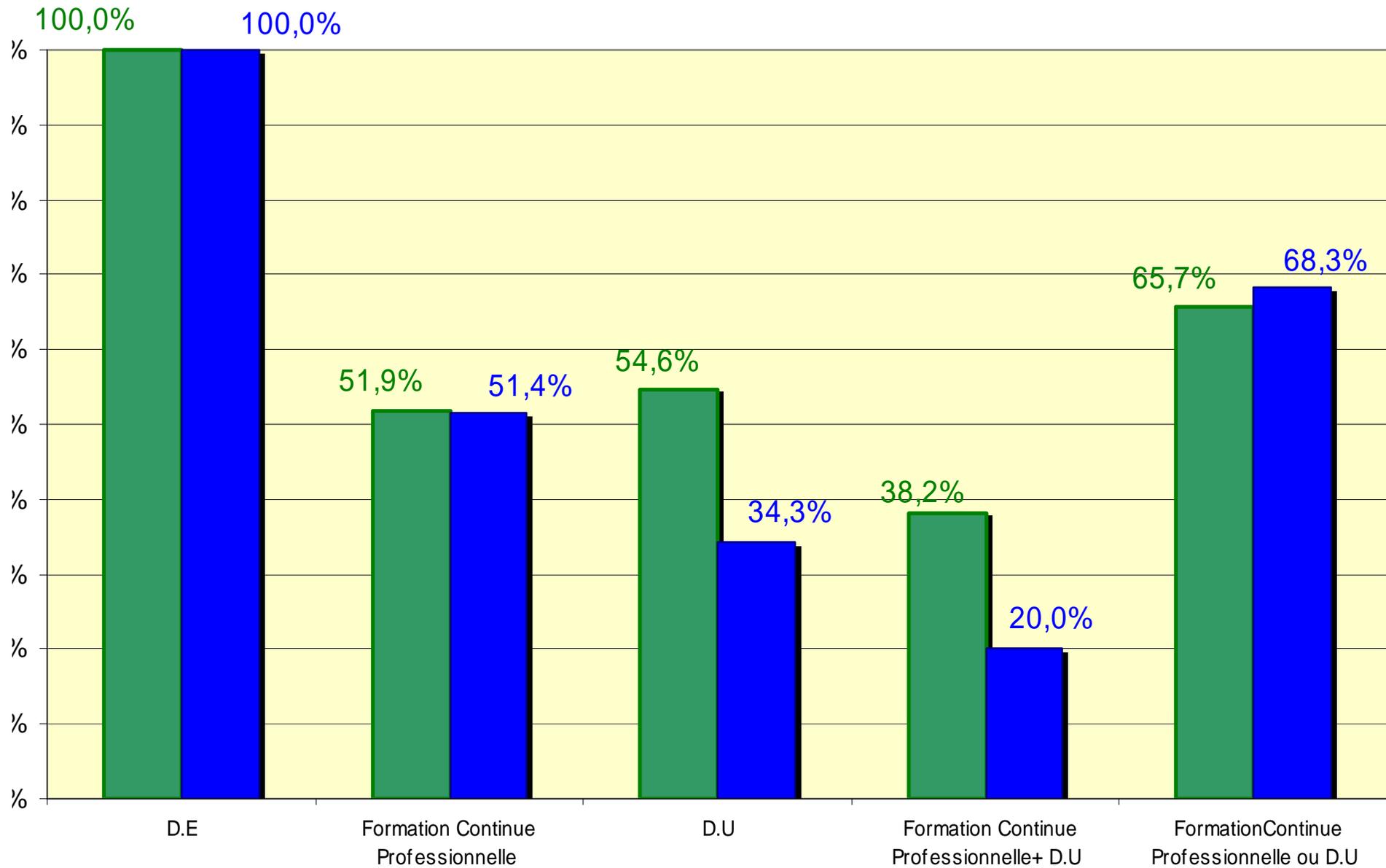
- Délai de réaction : 0 jour immédiat
- Durée de traitement : 8 jours
- Nombre de séances: 5 séances

Sur les thérapeutes

(d'après les questionnaires retournés valides)

- Kinésithérapeutes avec une formation professionnelle ou un D.U : > 65%
- Kinésithérapeutes avec une formation continue pro : > 50%
- Kinésithérapeutes avec un D. U en kinésithérapie respiratoire pédiatrique : >50%

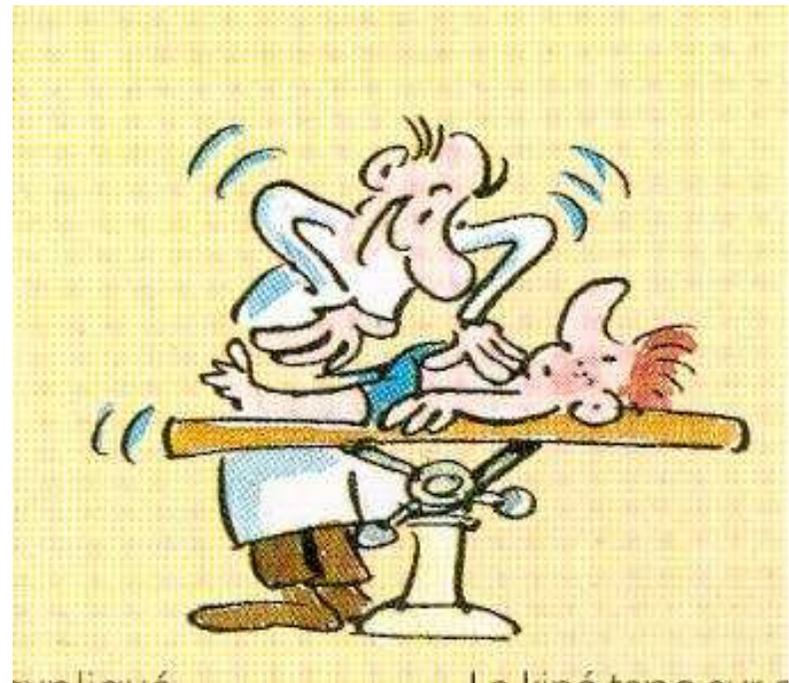
Niveau de formation



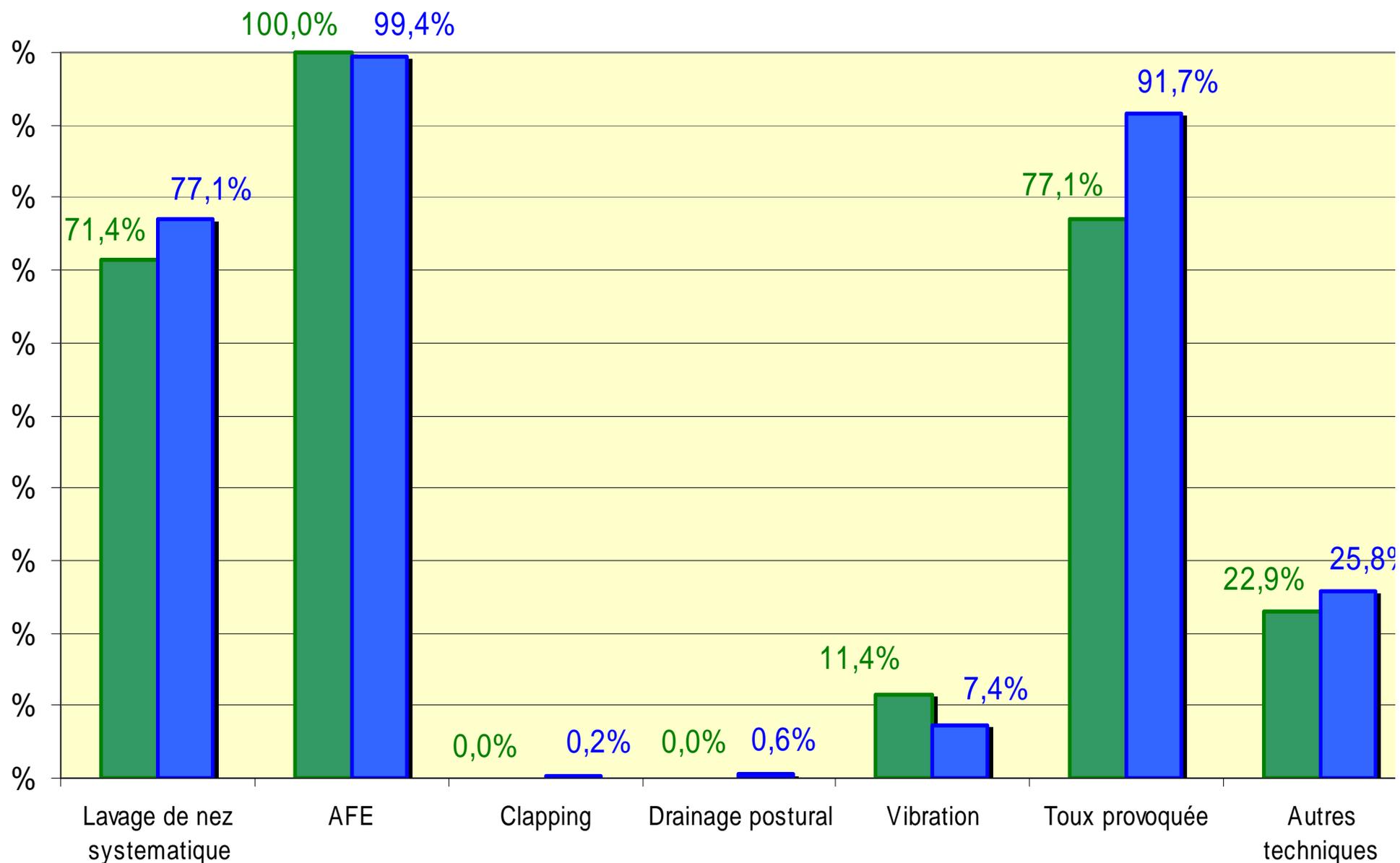
■ Unité statique: questionnaires retournés valides (N= 647)

■ Unité statistique: cabinets participants (N=35)

- Techniques employées:
- Lavage de nez : >77%
- AFE : > 99%
- Toux provoquée : >91%
- Soins en cabinet : > 60%



Les différentes techniques utilisées lors de l'étude



■ Unité statistique: cabinets participants C=357

■ Unité statistique: questionnaires retournés valides Q= 647

Points faibles

- Pré tests insuffisants
- Sur le volontariat
- Sur le déclaratif
- Erreurs possibles de saisies (une suspicion de fracture de côte en réalité une erreur de la part du kinésithérapeute en remplissant le questionnaire)

Points forts

- État des lieux de la prise en charge des enfants en France pour des soins en kinésithérapie respiratoire pédiatrique en ambulatoire
- Utilisation des techniques recommandées par la conférence de consensus sur la bronchiolite
- Formation régulière des kinésithérapeutes interrogés

Après l'étude

Il est indispensable:

- De communiquer les résultats aux différents intervenants dans cette pathologie (kinés, médecins, parents)
- De prouver notre efficacité en déterminant les indices de la réalité et du quotidien, des outils spécifiques et sensibles nécessaires pour l'évaluation de nos techniques auprès du nourrisson dans les soins ambulatoires.

Étude FRA.CO.NOU

etudefraconou@hotmail.fr

Aline CHAPUIS (KRA-Lyon)

Audrey MAURRIC-DROUET (SUK-Paris)

Eric BEAUVOIS (CKRF-Lyon)