

Éducation thérapeutique :

exemple du nettoyage du nez

Dominique PELCA*

“
Le nez bouché
est dangereux
pour le petit
enfant.

”

Introduction

L'exercice en réseau implique une cohérence dans les comportements professionnels des différents acteurs. Si ce principe paraît naturel dans les procédures d'évaluation comme dans les procédures de soins, il s'impose aussi dans le discours pédagogique.

Lors de nos séances de kinésithérapie respiratoire, nous sommes amenés à aborder, spontanément ou au travers de questions, divers thèmes qui peuvent faire l'objet de conseils ou d'explications auprès des parents de nos petits patients.

Cet attendu est implicite de la part de nos patients, qui ne demandent pas uniquement au kinésithérapeute de désencombrer les bronches de leur nourrisson. Les conditions d'une formation sont ainsi réunies pour qu'un contrat didactique se mette en place.

Au-delà d'un rôle de prévention des complications, de diminution des récurrences, l'éducation des patients, ici des parents, peut se fixer comme objectifs

l'apprentissage de compétences et de comportements de santé utiles pour améliorer la qualité de vie, l'autonomie, et diminuer les dépendances.

C'est à travers l'exemple du nettoyage du nez que nous allons étayer notre réflexion.

Comme il n'est pas question pour nous d'imposer une vision des choses au détriment d'une autre, sans que cette démarche ait fait l'objet d'une négociation, c'est par un projet de recherche qui impliquera les acteurs du réseau que nous proposons d'agir : l'idée que nous soumettons ici est d'inclure des volontaires kinésithérapeutes à participer à un protocole d'éducation en santé sur le thème du nettoyage de nez, qui sera proposé durant la saison prochaine de bronchiolite, aux parents des nourrissons que nous consultons.

C'est la remise en cause des "allant de soi" qui sous-tend le projet de recherche que nous mettrons à l'épreuve.

Identifiée comme un problème de santé publique, la rhinopharyngite de

MOTS CLÉS

- Éducation thérapeutique
- Nez
- Nouveau-né
- Pneumologie



* Kinésithérapeute libéral
Pierrefitte (93)

Éducation thérapeutique : exemple du nettoyage du nez

l'enfant est souvent un signe inaugural de la bronchiolite aiguë du nourrisson. La rhinite est souvent l'expression première de l'atteinte des voies respiratoires chez le jeune enfant [1b].

Non pas que le virus "descende" dans les voies respiratoires de manière mécanique, comme on l'entend souvent dire, mais parce que l'infestation virale profite du caractère commun de l'épithélium de type respiratoire des voies nasales et bronchiques pour se propager de proche en proche [4].

Le caractère visible et audible de cette obstruction nasale a toujours retenu l'attention des jeunes parents, qui combattent cet écoulement avec les "moyens du bord".

En fonction de leur capacité à surveiller leur nourrisson, (le mode de garde interfère largement sur cette capacité), et de leurs habitudes culturelles, (les mamans africaines, par exemple, ont l'habitude d'aspirer le nez de leur bébé avec leur bouche), la perméabilité des voies aériennes supérieures est plus ou moins prise en charge.

Cette constatation amène un positionnement de tous les acteurs intervenant auprès des enfants, et constitue le fondement de certitudes souvent partiellement ou totalement mal comprises : Comment et pourquoi réagissent les professionnels de santé vis-à-vis de ce problème, et quel est le comportement des parents quand leur enfant présente un encombrement nasal ?

Habitudes, pré-acquis

Il faut nettoyer le nez des enfants plusieurs fois par jour, avec du sérum physiologique, de préférence sous forme de dosettes à usage unique, de spray pressurisés, en grande quantité, voire sous pression.

Cette habitude est relayée par certains médecins, les PMI, crèches, etc., promue par les laboratoires pharmaceutiques, qui développent une communication "musclée", à la hauteur des enjeux économiques.

Remarque : cette technique peut être employée efficacement dans certaines conditions (hospitalisations en particulier).

Explications, justifications

Des savoirs savants qu'il faut évaluer, développer ou adapter en fonction des personnalités, mais qui ne sont pas remis en cause :

- Le nez est un filtre, un réchauffeur et un humidificateur.
- La perméabilité des voies nasales est d'autant plus indispensable que l'enfant est petit. En effet, à moins de trois mois, elle conditionne la capacité pour l'enfant à se nourrir. La tétée n'est possible que si la bouche de l'enfant est fermée sur la tétine ou le mamelon, et implique une ventilation par voie nasale.
- Les particularités anatomiques et mécaniques des voies aériennes supérieures (VAS) du nouveau-né et du nourrisson sont des facteurs favorisant la survenue d'apnées obstructives [5].

Le nouveau-né a une respiration nasale préférentielle, mais lorsque le nez est obstrué, il est capable de respirer par la bouche [6]. Cependant, le temps pour passer d'une respiration nasale à une respiration buccale dépend de l'âge postural et de l'état de vigilance.

La respiration buccale s'établit d'autant plus vite que le nourrisson est à un âge postnatal avancé et qu'il est en sommeil calme comparé au sommeil agité [7].

- La pression dite de fermeture des VAS est peu négative, et proche de la pression atmosphérique chez le nourrisson comparé à l'enfant, ce qui peut favoriser des événements obstructifs durant le sommeil, en particulier lorsqu'il existe un rétrécissement anatomique des VAS associé. La position du cou est déterminante pour la dynamique des VAS. La flexion du cou favorise les apnées obstructives [C. Gaultier].
- Le voile du palais, proportionnellement plus long chez le nourrisson que chez l'adulte caractérise ce larynx "primitif" qui permet au nouveau-né de déglutir tout en respirant (faculté réservée aux mammifères adultes inférieurs —bovins—).
- Le rapport de volume de la langue dans la bouche est différent chez l'adulte et chez l'enfant l'insertion postérieure de la langue obstrue totalement les voies respiratoires lors de la succion (tétée).
- Nous rappellerons pour mémoire le cycle nasal physiologique de turgescence/déturgescence survenant toutes les 2 à 6 heures de façon alternante à droite et à gauche [8].
- La muqueuse du nez, comme son épithélium, sont des structures spécialisées et ne se comportent pas comme de simples conduits inertes. Chez l'enfant, ces structures sont immatures, tant physiquement que physiologiquement :
 - physiquement, car le diamètre des lumières nasales, réduit, est propice à l'obstruction, du fait même de sa petite taille ;
 - physiologiquement car les cellules nasales ont pour objet d'être le premier rempart aux polluants atmosphériques de tout type (poussières, grosses particules), et les narines sont dépourvues chez l'enfant des poils qui caractérisent les

voies nasales adultes. L'épithélium nasal est un épithélium commun de type respiratoire (unistratifié).

Interprétation des données précédentes

- Un nez bouché chez un nourrisson entraîne des difficultés alimentaires. L'obstruction totale mettant cet enfant devant le dilemme suivant, boire ou respirer, auquel il ne tarde pas à répondre !

Le risque essentiel d'une diminution de la ration alimentaire du bébé est la déshydratation. **Il convient donc de s'assurer de la liberté de ces voies aériennes** (une perte de 10 % du poids du corps expose le nourrisson à la déshydratation).

- La ventilation par voie buccale expose l'arbre bronchique à l'air extérieur. Nous l'avons vu, cette adaptation est possible bien que difficile chez le nouveau-né [6], mais transfère la charge d'humidification de réchauffage et de filtration aux bronches qui ne sont pas équipées pour y faire face, et entraîne ainsi des réactions d'adaptation (Dutau).

À ce stade de la discussion, le savoir savant est partagé, les différents acteurs sont en capacité de proposer des solutions.

Problématique

Le lavage à grands volumes et à grandes pressions est-il la réponse la plus appropriée ?

Le contenu de l'enseignement

Au décours de la séance de désencombrement du nourrisson, j'insiste sur l'obstruction nasale en montrant aux parents que leur enfant mouche ou renifle au fil de la séance.

Cela m'amène naturellement à aborder le problème du nettoyage du nez à la maison.

Une première question s'inquiète de la manière dont ils s'y prennent pour maintenir le nez libre de tout encombrement.

La réponse la plus courante décrit alors le lavage à grande pression, ou à grand volume, ou les deux (restitution du conditionnement précédemment décrit).

L'entretien se poursuit et fait l'objet d'une mise en scène :

Question

Combien de fois par jour vous nettoyez-vous le nez ?
Êtes-vous prêts à vous laver le nez ?

Démonstration

1. Question préalable

- Combien pesez-vous ? ;
- combien pèse votre bébé ? ;
- quel ratio de poids votre différence fait-elle ?

2. Démonstration à proprement dit

J'utilise une seringue contenant la quantité d'eau représentant l'équivalent instillé théoriquement au bébé. Par exemple, si l'enfant pèse 6 kg, et la maman 60 kg, et que la quantité de sérum instillé à chaque séance est de 5 ml, je remplis la seringue de 50 ml d'eau.

Je propose alors aux parents de leur instiller la quantité d'eau contenue dans la seringue, par analogie à ce qu'ils font vivre à leur nourrisson, et de recommencer l'expérience plusieurs fois par jour, pendant plusieurs jours.

Réaction

Refus des parents. Déstabilisation, crise. C'est à Ribstein et coll. que fait référence cette notion de crise : *“La définition de la crise est l'incertitude. L'évolution critique débute par la rupture d'un état, jusque-là bien structuré”*.

Mise en évidence que la pratique habituellement conseillée génère une sensation de noyade chez le bébé que la procédure n'est pas acceptable.

Les réactions de l'enfant à ces “lavages” ne sont d'ailleurs pas équivoques, et l'objectif de cette remise en cause est aussi de proposer à ces jeunes parents de porter une attention toute particulière à la réaction de leur enfant face à ce “soin”.

Que faire ?

Rassurer ce parent déstabilisé par cette explication : c'est de ma faute si mon bébé a le nez qui coule, mes pratiques sont dangereuses ou délétères pour mon enfant, je suis un mauvais parent, mais c'est pourtant ce que l'on m'a dit de faire, je ne fais que répéter les gestes que l'on m'a enseignés.

Proposition d'attitude

Déculpabiliser les parents en reprenant les pré-acquis, les justifications à leur geste.

L'humidification de l'air inspiré est, nous l'avons dit, un rôle dévolu à l'appareil nasal.

L'air inspiré est faiblement saturé en eau, et doit pourtant l'être à l'arrivée à l'alvéole. L'air expiré est saturé, lui, à 100 %.

Reprendre les requis

- Le nez bouché est dangereux pour le petit enfant.

Éducation thérapeutique : exemple du nettoyage du nez

- Il faut assurer la perméabilité des VAS.

Amener les parents à proposer une solution

Il est légitime d'améliorer la mobilisation de sécrétions nasales asséchées, en instillant quelques gouttes de sérum physiologique dans les narines, essentiellement avant les repas afin de permettre une bonne alimentation, de même qu'il est légitime de moucher ou d'aspirer les sécrétions qui obstruent le nez, mais de manière symptomatique, non systématique, et sans introduire le système d'aspiration profondément dans la narine.

Il semble beaucoup moins judicieux de traiter les voies nasales de son enfant comme de simples conduits inertes, au risque de générer une irritation, voire une délétion de l'épithélium nasal, qui réagira par une hyper-sécrétion réactionnelle, aboutissant à l'obstruction des lumières nasales, soit au strict contraire du but recherché.

Si les dosettes autocassantes de sérum physiologique sont utilisées, on prendra garde à les maintenir à distance de la narine (quelques millimètres), afin d'éviter de blesser la peau, déjà irritée à cet endroit par la rhinorrhée.

Objectif pédagogique

Faire passer le sujet du statut d'agent (je répète un geste stéréotypé, sans me poser la question de sa pertinence) au statut d'auteur (je décide du geste approprié en le modulant en fonction des besoins de mon enfant) [Ardoino].

Méthode pédagogique

Il n'est pas dit aux parents que leur manière de faire n'est pas bonne, on

leur montre simplement l'incidence que peut avoir le geste qu'ils pratiquent.

Le savoir préexistant est testé, puis auto-évalué, à partir de l'expérience nouvelle, de données nouvelles.

L'obstacle majeur réside dans le savoir préexistant des parents : *"On connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant les connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même fait obstacle à la spiritualisation"* [9].

Trouver une situation qui permette aux parents de se convaincre de l'insuffisance de leurs connaissances, de pouvoir réorganiser et modifier celles-ci pour construire un nouveau savoir, adapté au problème [10].

Dans un esprit post-constructiviste, on régulera pour permettre l'acquisition de nouvelles procédures dont les parents deviendront coauteurs. Ce n'est pas une technique unique mais une proposition à faire autrement, en laissant une marge de manœuvre technique qui tiendra compte des habitudes sociales des uns et des autres. *"Il ne s'agit pas de donner (...) une méthode toute faite mais de les aider à construire leur propre méthode"* [11].

Au total

- 1) Valoriser les réussites
- 2) Donner des balises et repères par rapport aux procédures
- 3) Laisser place à l'autorégulation. La personne le fait quand elle veut. Elle va devenir auteur (Bonniol).

À travers ce bref résumé d'une approche différente de l'éducation en santé, nous proposons, au-delà du simple objet éducatif, une modification du comportement du professionnel de santé, lorsqu'il délivre un message ou prodigue un conseil.

L'objet de la recherche que nous entendons mettre en place est donc double :

- d'une part l'évaluation d'une réelle démarche éducative, construite et raisonnée à partir de référentiels disciplinaires (la transposition pourra servir à d'autres objets d'éducation en santé : comment coucher l'enfant, quel mode de garde, comment prévenir la contagion, conseils d'hygiène, etc.) ;
- d'autre part l'expérimentation de l'intérêt de préconisations différentes de celles que contient le discours commun, qui puise actuellement ses sources dans des registres quelquefois non identifiés.■

Bibliographie

1. *Conférence de consensus sur la bronchiolite*. Paris, septembre 2000.
- 1b. *Conférence de consensus sur la bronchiolite*. Sept 2000 : communication de F. Freymuth : p. 141.
2. *Conférence de consensus sur les techniques de kinésithérapie respiratoire non instrumentale*. Lyon, 1994.
3. *Conférence de consensus sur les techniques de kinésithérapie respiratoire instrumentales*. JIKRI Lyon, 2000.
4. Systematic review of the biology and medical management of respiratory syncytial virus infection Craig Patrick Black PhD RRT-NPS. *Respiratory Care* 2003;vol.48:n°3.
5. GAULTIER C. Le poumon du nouveau-né. *Pédiatrie* 2000;7:58.
6. RODENSTEIN D.O. and al. Infants are not obligatory nasal breathers. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1985;131:343-7.
7. GAULTIER C. Cardio-respiratory adaptation during sleep in infants and children. *Pediatr. Pulmonol.* 1995;19:105-17.
8. BONFILS P. Rhinologie. In : *Pathologie ORL et cervico-faciale. Comprendre, agir, traiter*. Paris : Éditions Ellipses, 1996 : 17-100.
9. BACHELARD G. *La formation de l'esprit scientifique*. Librairie Philosophique Vrin, 1938 : 14.
10. GATTO F., FAVRED. Utilisation des indicateurs discursifs dans la rééducation de patients lombalgiques. *Santé Publique* 1997;3:344.
11. BERBAUM. *Apprentissage et formation*. Collection Que sais-je ? n° 2129. Paris : PUF.

Indexation Internet :
Éducation
Enfant
Pneumologie