

MAIS POURQUOI INONDE-T-ON LE NEZ DES NOURRISSONS ?

REMISE EN QUESTION D'UN DOGME

Dominique PELCA¹, Christian FAUSSER²

“**L'enjeu de ce travail est bien de poser le problème, de proposer une attitude thérapeutique, ainsi qu'une proposition d'éducation en santé dans un discours qui permette à chacun de se constituer un argumentaire pertinent**”

”

INTRODUCTION

L'objet de cet article est d'interroger les pratiques professionnelles, afin de les confronter à leur véracité. Si *“toute connaissance comporte en elle le risque de l'erreur et de l'illusion”* [1], *“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”* [2].

C'est à travers un exemple concret, le nettoyage du nez du nourrisson, que nous illustrerons ce propos.

“Être auteur de son acte, et se comporter comme formateur, passeur d'un savoir, avec l'objectif de rendre le patient auteur ou co-auteur de sa santé”, c'est un projet à la hauteur des enjeux de la kinésithérapie de demain.

LES ENJEUX D'UNE KINÉSITHÉRAPIE RESPONSABLE

La kinésithérapie d'aujourd'hui ne se résoud plus à l'application de techniques prescrites et stéréotypées.

MOTS CLÉS

Dogme
Évaluation
Nettoyage du nez
Pratique professionnelle

L'évolution du cadre professionnel, acté par les institutions [3, 4, 5, 6, 7], place le kinésithérapeute devant la responsabilité des actes mis en œuvre, et l'évaluation de ses pratiques. C'est donc bien dans toutes les composantes de son activité que celui-ci se doit d'être vigilant et compétent : Albert Jacquard distingue la science, attitude propre à l'homme, des techniques, quelquefois très élaborées, dont sont capables les oiseaux qui construisent un nid, ou les castors qui édifient des barrages. *“Seuls les hommes participent à la science si l'on regarde celle-ci comme une interrogation à propos de la réalité et l'invention de quelques réponses toujours partielles et provisoires”* [8].

C'est par un triptyque articulé autour d'un questionnement que nous pouvons tenter de définir notre activité : évaluation, réponse technique, et élaboration d'une démarche éducative.

La démarche d'évaluation globale à laquelle nous sommes amenés à nous conformer (loi de santé publique, août 2004) implique une distanciation de l'individu par rapport à ses savoirs, afin de pouvoir les remettre en cause. Les dogmes ne peuvent tomber qu'à ce prix.

• • • • •

¹ Kinésithérapeute libéral, Pierrefitte (93)
Secrétaire du Réseau ARB
Master 2 en Sciences de l'éducation

² Kinésithérapeute cadre supérieur de Santé
Hôpital Kremlin-Bicêtre AP-HP (94)
Vice-président du Réseau ARB
Maîtrise en Sciences de l'éducation



Le statut des savoirs mobilisés par le professionnel de santé doit ainsi pouvoir être identifié par lui-même, condition indispensable à la justesse de son propos.

L'évolution de nos compétences nous conduit à modifier non seulement notre manière de faire, mais aussi notre manière de penser. Il semble bien qu'au-delà d'un simple virage, d'un simple changement, d'une simple réactualisation de la définition de notre exercice, ce soit bien une mutation, au sens génétique du terme, dont il s'agit. *"Lorsqu'un gène subit une mutation, les copies que la nature en fera seront conformes au nouveau modèle, éliminant de manière définitive la structure antérieure"* [8]. Nous ne préjugerons pas des conséquences induites par ces caractéristiques nouvelles, gageons que celles-ci auront un effet plus favorable que défavorable...

La formation initiale des kinésithérapeutes induit encore aujourd'hui un comportement d'agents exécutants d'une prescription médicale. Les méthodes d'apprentissage les plus utilisées dans nos instituts de formation sont basées sur le béhaviorisme [9], la répétition, l'imitation, et sont des freins à l'appropriation d'une démarche réflexive [10]. *"Certains savoirs souvent acquis par immersion, mimétisme et autodidactie se sont automatisés de manière plutôt dogmatique chez les élèves et se constituent en obs-*

tacles à l'étude et à l'appropriation du savoir scientifique. Si les conceptions de l'élève se révèlent incompatibles, voire contradictoires, avec le savoir enseigné, elles résisteront alors à l'apprentissage".

"Si les savoirs appris par immersion sont contraires aux savoirs scientifiques, si la nature ou la culture de l'élève est contradictoire ou incompatible, il y a obstacle".

Le kinésithérapeute qui se contente d'une délégation médicale de soins ne peut dépasser le cadre qui le fixe dans son statut paramédical. En revanche, il est possible d'intégrer une notion plus large de professionnel de santé, avec sa propre spécificité, ses propres outils, ses propres démarches, et de devenir un partenaire du médecin, autour d'une vision de la santé qui ne soit plus définie comme une simple absence de maladie [11].

La loi du 4 mars 2002 place le sujet comme décideur et co-auteur de sa santé [3]. Elle contraint de fait le professionnel à transférer au citoyen les notions les plus à même de permettre à ce dernier de veiller à sa santé et à celle de ses enfants.

Accepterions-nous encore aujourd'hui les assertions communes il n'y a pas plus de deux siècles, qui faisaient la fortune des charlatans (ancien nom des médecins avant le XVIII^e siècle) ? [12]

La loi de santé publique d'août 2004 ordonne l'évaluation des pratiques professionnelles des professions de santé, et s'impose de fait aux kinésithérapeutes.

L'ENCOMBREMENT NASAL DU NOURRISSON

Cette pathologie fréquente (elle constitue un problème de santé publique), est rarement abordée lors de la formation initiale des kinésithérapeutes, et ne fait l'objet que d'évocation dans les formations continues.

En fonction de l'âge de l'enfant, cette pathologie, réputée banale, peut potentiellement s'avérer grave, dans la mesure où, pour le nourrisson en bas âge, la capacité à s'alimenter peut être remise en cause, et pour l'enfant plus grand, être la première manifestation de l'infection à VRS, qui va évoluer vers une symptomatologie plus

intense. L'encombrement nasal est en effet un signe fréquemment inaugural d'une bronchiolite aiguë du nourrisson [13]. 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 et s'étendre plus ou moins dans l'arbre trachéo-bronchique [14].

Le professionnel de santé qu'est le kinésithérapeute y est régulièrement confronté, et doit agir et conseiller ses patients vis-à-vis de ce problème, et puise donc les réponses qu'il donne dans des champs référentiels non toujours identifiés.

Le nettoyage du nez est une habitude, un "allant de soi" intégré dans la démarche thérapeutique des kinésithérapeutes, comme de tous les acteurs de santé, confrontés à un nourrisson atteint d'affection respiratoire aiguë. Le message de cette prise en charge est véhiculé, tant par les professionnels de santé que par les commerçants qui mettent sur le marché des produits divers et variés, et entraînent la confusion. Les praticiens agissent en reproduisant les comportements préconisés par les différents médias, sans toujours les identifier et sans remettre en cause le fondement même de leurs pratiques ni les discours qu'ils véhiculent.

Dans une étude récente, établie sur 243 questionnaires proposés à des kinésithérapeutes de ville [15], nous avons pu noter que :

- 16 % pensent qu'il n'est jamais opportun de recourir à la kinésithérapie pour surveiller ou prendre en charge un enfant dont le nez est obstrué ;
- 25,9 % des kinésithérapeutes interrogés pensent qu'il est utile de laver systématiquement le nez des enfants, plusieurs fois par jour, à grand volume et grande pression ;
- pour 27 %, l'utilisation pluriquotidienne systématique d'un mouche-bébé est recommandé ;
- l'utilisation du sérum physiologique est plébiscitée à 57 % ;
- pour près de 10 %, l'utilisation d'un spray pressurisé est utile ;
- le reniflement n'est retenu que par 9,5 % des répondants ;
- 51 % des praticiens pensent que les parents ne sont pas en capacité de surveiller l'obstruction nasale de leur nourrisson.



L'étude menée sur cet échantillon de kinésithérapeutes montre en outre que les réponses obtenues sont le plus souvent exprimées sur un mode dogmatique. Cette observation nous permet d'affirmer, en s'appuyant sur les travaux de F. Gatto [10], que ces savoirs, ces connaissances, lorsqu'ils ne sont pas en conformité avec les données actuelles de la science, se constituent en obstacles à leur remise en question par ces professionnels, et lorsqu'ils sont conformes, posent le problème de leur transmission en tant qu'objet d'éducation en santé à un patient qui penserait autrement...

Les déclarations recueillies auprès de notre échantillon de confrères, nous indiquent des prises de positions qui ne permettent pas de les relier à des savoirs stables (nous entendons ici des connaissances construites à partir de référentiels issus de disciplines identifiées).

Les attitudes des professionnels, comme leurs conseils, semblent faire appel à des savoirs expérimentiels, qui vont chercher leurs sources dans des plaquettes d'information, des documents publicitaires, ou un "inconscient collectif" non remis en cause. Cette attitude est à l'origine de savoirs qui se constituent en obstacles au changement, dans la mesure où ces savoirs, intégrés dans des routines quotidiennes, ne trouvent pas d'opposition [10].



Nous pensons que certaines de ces pratiques sont susceptibles d'être contestées, de par la faible argumentation qui les soutient :

- Le lavage pluriquotidien systématique, préconisé par beaucoup est-il pertinent ?
- Le lavage du nez est-il la base de la prévention de la rhinite, ou le fait de s'assurer de la perméabilité des voies aériennes supérieures n'est-il pas le point essentiel ? Doit-on alors parler de lavage ou de nettoyage ?
- L'utilisation de produits mouillants en grande quantité est-elle légitime ?
- L'utilisation de sprays pressurisés présente-t-elle un intérêt ou au contraire des inconvénients ?
- Ne peut-on pas faire autrement ?

Sans être exhaustif, il semble que certaines données [16] puissent servir de base à la réflexion du praticien. Nous les rappelons ici brièvement :

- 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 3 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 ;

– chez le nouveau-né (de la naissance à environ 6 semaines), puis chez le nourrisson pendant les 6 premiers mois de la vie, l'inspiration est préférentiellement nasale [17, 18, 19].

On comprend ainsi facilement que la moindre agression, virale ou bactérienne, qui entraîne une hypersécrétion, empêche l'enfant de ventiler mais aussi de se nourrir [13, 14].

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 [17].

Le nouveau-né a une respiration nasale préférentielle mais, lorsque le nez est obstrué, il est capable de respirer par la bouche [18]. 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 [19].

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 [17].

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.

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).

Le cycle nasal physiologique de turgescence/déturgescence survenant toutes les 2 à 6 heures de façon alternante à droite et à gauche, permet la mise au repos et la régénération de l'épithélium [20].

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. Les résistances à l'écoulement de l'air se trouvent ici significativement augmentées ;
- physiologiquement, car les cellules nasales ont pour fonction d'être le premier rempart aux polluants atmosphériques de tout type (poussières, grosses particules). L'air pénètre dans les fosses nasales par les narines tapissées de peau comportant des poils courts et épais appelés vibrisses¹ et un épithélium malpighien non kératinisé (épithélium commun de type respiratoire). Les fosses nasales sont des cavités maintenues béantes par la charpente osseuse de la face et par des plaques de cartilage hyalin ; elles sont recouvertes en majorité d'une *muqueuse caractéristique des voies aérophores, la muqueuse respiratoire*², sauf au niveau du plafond des fosses nasales où la muqueuse est de type olfactif : l'épithélium pseudostratifié contient des neurones sensoriels responsables de la sensibilité olfactive.

Comparer les fosses nasales de l'enfant à des conduits inertes, que l'on peut décaper de manière itérative à grand renfort de sérum physiologique instillé avec plus ou moins grande pression interroge sur la prise en compte de l'épithélium recouvrant les voies nasales.

La fin justifie-t-elle les moyens ? Tient-on compte à la fois des structures que l'on malmène en agissant ainsi, mais surtout tient-on compte de l'enfant, dans sa globalité, et nous pensons ici à sa perception à travers son filtre affectif et émotionnel [21] ?

ÉVALUATION DE LA PERMÉABILITÉ NASALE

L'attitude thérapeutique, comme les conseils que nous pourrions prodiguer aux parents de cet enfant, passe bien par l'évaluation de son obstruction nasale. Nous pouvons alors distinguer trois situations qui guideront notre attitude :

- Les voies nasales sont libres, l'enfant respire sans effort ni bruit surajouté, garde sa tétine ou tête tranquillement :

¹ Les vibrisses retiennent les particules inhalées les plus grosses.

² La muqueuse respiratoire comprend un épithélium pseudostratifié cilié riche en cellules caliciformes et un chorion contenant des glandes séromuqueuses, des formations lymphoïdes plus ou moins développées en fonction de la qualité de l'air inspiré, elle est très vascularisée et innervée.



il semble légitime de ne pas systématiser une intervention du praticien ou des parents.

- Les voies nasales sont partiellement obstruées, l'enfant présente une gêne inspiratoire, une inspiration nasale bruyante. La localisation de l'encombrement induira une désobstruction par renflement, aspiration (mouche-bébé ou aspiration nasale par le kinésithérapeute si l'enfant a moins de 3 mois), ou mouchage.
- Les voies nasales sont totalement obstruées, et le recours à l'instillation de quelques gouttes de sérum physiologique trouve son indication, afin de favoriser la mobilisation des sécrétions, et de se retrouver dans la situation "2".

L'évaluation conduit à la décision : "L'évaluation kinésithérapique se confond avec l'acte de rééducation" [22].

CONCLUSION

L'enjeu de ce travail est bien de poser le problème, de proposer une attitude thérapeutique, ainsi qu'une proposi-

tion d'éducation en santé dans un discours qui permette à chacun de se constituer un argumentaire pertinent. Un prolongement se trouve dans une proposition à tester cette hypothèse sur un échantillon de patients. Cette remise en cause d'attitudes dogmatiques présente-elle un intérêt en terme de santé publique ?

La modification des comportements professionnels stéréotypés évoqués plus haut peut-elle contribuer à améliorer la santé des nourrissons que nous prenons en charge ? Il ne s'agit là que d'une étude préliminaire, et nous nous garderons d'en tirer hâtivement quelque conclusion.■

Indexation Internet :

Évaluation
Pédiatrie

Bibliographie

1. MORIN E. *La méthode*. Tome 4 : *Les idées, leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*. Paris : Le Seuil, 1991.
2. BACHELARD. *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin, 1938.
3. Loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, et ses décrets d'application.
4. Décret dit "de compétences" : Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la masso-kinésithérapie ; article L. 6321-1 du Code de la Santé publique ; articles L. 162-43 à L. 162-46 du Code de la Sécurité Sociale.
5. Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.
6. Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.
7. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, dans les prochaines semaines droit de prescription.
8. JACQUART A. *Tentatives de lucidité*. Stock, 2004.
9. SKINNER B.F. *The behavior organisms*. New York : Appleton Century Crofts, 1938.
10. GATTO F. *Évaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé*. Synthèse pour l'habilitation à diriger les recherches en Sciences de l'éducation. Université de Corse (Corté), 2004.
11. OMS (1997). *Déclaration de Jakarta : à ère nouvelle, acteurs nouveaux, adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle*. 4^e Conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion § éducation, vol. IV, n° 3 : 56-8.
12. FOUCAULT M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 1963.
13. Conférence de consensus sur la bronchiolite, septembre 2000. Communication de F. Freymuth, p. 141.
14. BLACK C.P., PhD RRT-NPS. Systematic review of the biology and medical management of respiratory syncytial virus infection. *Respiratory Care* 2003;vol.48:n°3.
15. PELCA D. Mémoire de Master 2 en Sciences de l'éducation, Université de Corse (Corté), septembre 2005.
16. PELCA D. Éducation thérapeutique : exemple du nettoyage du nez. *Kinésithér. Scient.* 2004;448:63-6.
17. GAULTIER C. *Le poumon du nouveau-né*. COLL. Pédiatrie 7. DOIN, 2000 : 58.
18. RODENSTEIN D.O. and al. Infants are not obligatory nasal breathers. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1985;131:343-7.
19. GAULTIER C. Cardio-respiratory adaptation during sleep in infants and children. *Pediatr. Pulmonol.* 1995;19:105-17.
20. BONFILS P. Rhinologie. In : *Pathologie ORL et cervico-faciale. Comprendre, Agir, Traiter*. Paris : Éditions Ellipses, 1996 : 17-100.
21. DAMASIO. *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob, 1995.
22. GATTO F., RAVESTEIN J. Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie. *Recherche en Kinésithérapie* 2003;n°1:17-27. Paris : Société de Presse et d'Édition de la Kinésithérapie.