

Photo 2 : Lors des techniques lentes, il est fréquent que l'enfant ne pleure pas, ce qui permet de mieux entendre la progression des sécrétions aux bruits à la bouche. Les pleurs ne sont cependant pas un frein puisque l'enfant réalise ainsi une pression expiratoire positive qui a pour effet de retarder le collapsus bronchialaire. Dans ce cas, les débits expiratoires sont limités par la pression expiratoire positive.



d'éviter que le nourrisson ne déglutisse ses sécrétions et ne se remplisse l'estomac de mucus indigeste.

Objectif 4 : l'inhalothérapie

Si un spray de broncho-dilatateur a été prescrit, c'est le kinésithérapeute qui va décider du moment opportun pour l'administration. Si l'auscultation a montré une dominante de bronchospasme le broncho-dilatateur est administré avant la séance de désencombrement ; et inversement si c'est l'encombrement qui prédomine. Le geste est effectué avec les parents pour le leur enseigner (photo 4 page 18).

On positionne le masque facial sur le visage de l'enfant et lorsque les valves inspiratoires et expiratoires de la chambre d'inhalation s'ouvrent et se ferment alternativement, on administre la bouffée de broncho-dilatateur



Photo 3 : L'expectoration est obtenue par un blocage de la déglutition suivant immédiatement la toux.

Photo 5 : le mouvement des valves permet de contrôler l'inhalation de l'enfant. Quelle que soit la position de l'enfant, la cartouche de spray doit toujours être tête en bas.

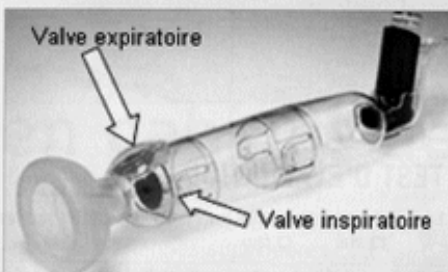


Photo 6 : Une désinfection du plan de travail et un lavage des mains suivent la séance.



(photo 5). On compte une dizaine de mouvements ventilatoires de l'enfant avant de retirer la chambre ou de réitérer l'opération si plusieurs bouffées ont été prescrites.

Objectif 5 : l'éducation thérapeutique

Le kinésithérapeute, comme les autres professionnels de santé assume une fonction de santé publique, il informe, il conseille et forme les parents.

Ceux-ci, en sortant de chez le kinésithérapeute doivent avoir acquis :

- Des connaissances : concernant les modes de transmission de la bronchiolite (évitement des collectivités), l'hygiène (lavage des mains), les risques du tabagisme passif, le rôle des traitements (notamment les broncho-dilatateurs auxquels s'attachent encore des croyances fausses)...
- Des savoir-faire : réaliser un lavage de fosses nasales, administrer un broncho-dilatateur en chambre d'inhalation.
- Des attitudes : administrer un antipyrétique à bon escient, consulter le médecin traitant ou le service d'urgences à temps.

Pratiquement, il peut être utile de regrouper ces objectifs éducatifs en un tableau (tableau 2 page 21).

Cet abord pédagogique permet en outre de responsabiliser les patients et leur entourage en les sortant d'une dynamique consumériste des soins.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) édite des brochures pour les parents que l'on peut obtenir gratuitement ou télécharger pour mettre à disposition dans les salles d'attente.*

L'évaluation du soin

La séance se conclut par un examen clinique de contrôle qui permet de vérifier que les techniques employées ont été efficaces et n'ont pas majoré un bronchospasme ou un reflux gastro-oesophagien et qu'elles n'ont pas épuisé l'enfant.

Le score SEVA (Score d'encombrement des voies aériennes) bien que non validé, peut être utile pour suivre l'évolution kinésithérapique d'un enfant atteint de bronchiolite. En effet, ce score est peu spécifique et peu sensible (deux patients cliniquement très différents peuvent avoir un score identique) et mal reproductible (deux professionnels peuvent trouver des scores très différents au même patient), mais pour peu qu'on utilise le tableau (tableaux 3 et 4 page 21) plutôt que le score chiffré, on améliore sa spécificité. Les deux tableaux côte à côte permettent de juger rapidement de l'évolution de l'état clinique d'un enfant au cours d'une garde de week-end, par exemple, et peuvent être transmis au confrère ou à la consœur qui reprendra les soins le lundi.