

Module Puériculture Pour Aides-Soignants de Santé Publique

Période : 4^{ème} Semestre

Volume Horaire : 45 heures

Coefficient : 02

Nombre d'évaluation : 02

Objectif du module :

Au terme de cet enseignement, l'apprenant doit être capable de décrire les différents grades du développement de l'enfant normal.

SOMMAIRE

DÉFINITION-HISTORIQUE DE LA PUÉRICULTURE	3
CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU – NÉ À TERME :	6
LES BESOINS DU NOUVEAU-NE	9
I. BESOINS PHYSIOLOGIQUES	9
II BESOIN DE SÉCURITÉ ET DE CONFORT :	11
III. BESOIN DE RELATIONS PRÉCOCES AVEC MÈRE :	12
LES DIFFÉRENTS STADES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	14
DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL DE L'ENFANT	17
DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	20
LE PREMATURE.....	37
SOINS EN INCUBATEUR	39
I. ENTRETIEN QUOTIDIEN DE L'INCUBATEUR EN COURS D'HOSPITALISATION DU NOUVEAU-NE	40
II. ENTRETIEN QUOTIDIEN DU BAC A EAU EN DEHORS DE TOUTE TOILETTE OU DE NETTOYAGE	41
III. ENTRETIEN DE L'INCUBATEUR A LA SORTIE DU NOUVEAU-NE	42
NOTIONS DE DIÉTÉTIQUE.....	45
I. L'ALLAITEMENT MATERNEL	45
II. L'ALLAITEMENT MIXTE	53
III. L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL	54
TECHNIQUES DE PUÉRICULTURE	56
I. RÉFECTION DU BERCEAU DU NOUVEAU NÉ	56
II. SOINS D'HYGIENE	57
A. bain	57
B. soins du visage	60
c. soins du cordon	62
III. TOILETTE DU SIÈGE DU NOUVEAU NÉ	64
IV. SOINS DE BOUCHE :	65
V. DONNER UN BIBERON	66
VI. ENTRETIEN DE LA CHAMBRE ET DES ACCESSOIRES DU NOUVEAU NÉ	68
TERME DU CARNET DE SANTE	70
BIBLIOGRAPHIE	72

DÉFINITION-HISTORIQUE DE LA PUÉRICULTURE

Puériculture :

(Du latin : puer enfant et de culture) Science ayant pour but la recherche des connaissances relatives à la reproduction et à la Conservation de l'espèce humaine Science destinée à la recherche et à l'application de tous les moyens **d'hygiène** relatifs à la reproduction et à la croissance de l'être humain. Elle comporte l'hygiène pré-gravidique et prénatale et les soins du premier âge, et encore, les soins de l'enfant

Pratiquement la puériculture est l'Ensemble de mesures mises en œuvre pour assurer à l'enfant un développement physique et psychique normal (Larousse 2006)

La puériculture est fondée sur la connaissance de la **physiologie, du développement psychomoteur et intellectuel** de l'enfant. Elle comporte des prescriptions **d'hygiène** et d'ordre **diététique** et elle s'appuie sur **la psychologie, la pédagogie et la pédiatrie**.

Dans le vaste domaine de la puériculture existent deux territoires bien séparés, par la voie de la parturition.

Dans la première partie entrent toutes les applications des moyens d'hygiène favorables à la naissance d'un enfant vivant et vigoureux sans tare ni maladie, il s'agit de la **puériculture anté-natale**. La seconde concentre l'intérêt des chercheurs et des médecins sur l'enfant déjà venu au monde : le nouveau-né, le nourrisson. C'est la **puériculture post-natale**.

La puériculture anté-natale

Son but, est de favoriser la naissance d'un enfant vivant et vigoureux, sans tare ni maladie.

La puériculture anté-natale ne peut pas se désintéresser de la période qui précède la procréation.

A cette période correspond une discipline scientifique particulière : la puériculture préconceptionnelle « l'eugénique ».

Il est bien évident que tous les soins donnés à une femme enceinte ou en travail pour sauvegarder la vie et l'intégrité de son enfant à naître constituent une branche de la puériculture anté-natale.

Cette branche de la médecine s'adresse à un être qui vit dans l'utérus maternel ; elle ne peut l'atteindre que par l'intermédiaire de l'organisme maternel. Elle s'adresse à la vie de l'embryon et du fœtus « in utero ».

Eugénique (puériculture préconceptionnelle)

Du mot eugénique qui vient du grec eugenes c'est-à-dire de bonne souche.

L'Eugénique est la science qui étudie les moyens à mettre en œuvre pour que la procréation donne un produit dépourvu de tares et, au besoin, pour éviter la venue au monde d'individus tarés.

Embryon : de la fécondation à 12 semaines

Fœtus : de 12 semaines à 40 semaines de la vie intra-utérine

Nouveau né : de la naissance à 28 jours

- 0 à 6 jours = période néonatale précoce

- 7 à 28 jours = période néonatale tardive ou post-néonatale

Nourrisson : enfant de 29 jours à 02 ans

Enfant : de 02 ans à l'âge adolescent (vers 16 ans)

Historique de la puériculture:

La puériculture est un terme peu ancien : 1883 sous la plume du docteur Caron (éducation des enfants).

Depuis l'antiquité on retrouve des recommandations sur l'hygiène, les soins et l'alimentation des nouveau-nés. Souvent ces écrits retrouvés sont le fait des personnes qui assistent la naissance.

Dans le monde grec, Hippocrate, Celse et Galien s'intéressent aux enfants. Ils décrivent la spécificité des affections et traitements chez les enfants. C'est le début de la spécialisation.

En France: Au XIII^e siècle, le docteur Antoine Petit enseigne les préceptes de la puériculture et l'un de ses élèves publie un traité où est signalée l'importance de la protection de l'enfant avant la naissance, voire même avant la conception.

Vers 1865, le mot puériculture est employé pour désigner les soins à donner aux enfants du premier âge, mais peu à peu tombe dans l'oubli. Le professeur Pinard, à la fin du siècle dernier, ressuscita le terme.

La première partie du 20^{ème} siècle est marquée par le bilan démographique catastrophique suite aux deux guerres mondiales. Malgré une diminution depuis le 19^{ème} siècle, la mortalité infantile reste élevée avec 15 % en 1938 et 22 % en 1945.

Durant la deuxième guerre mondiale et dans la période d'après-guerre apparaissent les théories sur l'hospitalisme et la carence maternelle : les nourrissons placés dans des structures et séparés de leurs mères sont privés de liens d'attachement stables. Ces constatations jettent pour quelques temps le discrédit sur les lieux d'accueil de la petite enfance. **La psychanalyse** fait irruption à partir de ce moment dans la pédiatrie, avec l'apparition de l'affectivité dans les soins prodigués aux enfants. Les soins (toilette, repas, sommeil...) deviennent des moments privilégiés, d'échange entre la mère et l'enfant, un moment de plaisir.

Dans les années 50 se développe une sous-partie de la pédiatrie : la médecine néonatale.

Dans les années 1920, l'école de puériculture de la faculté de médecine de Paris est créée, il s'adresse aux Assistantes Sociales, Sages-femmes et Infirmières.

En 1947, une chaire de puériculture est créée.

Aux États-Unis : La fondation des hôpitaux pédiatriques de Philadelphie et de Boston favorise la recherche scientifique et la formation de nouveaux pédiatres, américains et étrangers.

Au Québec :

1879 - à l'université Laval, cours cliniques sur les maladies pédiatriques,

1885 - à Montréal, organisation des premières cliniques de nourrissons.

1888 l'Université la création d'une chaire de pédiatrie, Montréal,

1894 l'université Laval, création d'une chaire de pédiatrie,

Termes d'Épidémiologie :

1. Le taux de mortalité périnatale : il correspond au nombre de mort-nés plus le nombre de décès entre 0 et 7 jours pour 1 000 naissances totales (enfants nés vivants et mort-nés).

2. Le taux de mortalité néonatale : représente le nombre de décès survenu entre la naissance et le 27ème jour inclus rapporté à 1000 naissances vivantes. Il comprend le

- taux de mortalité néonatale précoce : le nombre de décès survenus entre la naissance et le 7ème jour inclus, rapporté à 1000 naissances vivantes, pour l'année.
- Le taux de mortalité néonatale tardive représente le nombre de décès survenus entre le 8ème jour et le 27ème jour inclus rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.
- Le taux de mortalité post néonatale : il représente le nombre de décès survenus entre la fin du premier mois (27 jours révolus) et la première année (365 jours révolus) rapporté au nombre de naissances vivantes sur la même période, pour l'année.
- Le taux de mortalité infantile : il représente le rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an sur le nombre total d'enfants nés vivants rapporté à 1 000 naissances vivantes pour l'année.

Il sert essentiellement à évaluer la qualité des soins en obstétrique et en pédiatrie d'un pays. Les deux composantes de la mortalité infantile sont la mortalité néonatale et la mortalité post néonatale.

- Le taux de mortinatalité : Il représente le nombre d'enfants « déclarés sans vie » à la naissance rapporté à 1000 naissances totales (naissances de nouveau-nés vivants et nés sans vie), pour l'année.

Remarque : On entend par naissance vivante tout enfant qui respire ou manifeste un signe de vie à la naissance quelque soit la durée de la gestation, ou pèse 500 grammes

CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU – NÉ À TERME :

A. Caractéristiques physique

a. Les postures du nouveau-né

Une hypertonie des membres et une hypotonie de la tête et du tronc.



b. aspect extérieur du nouveau-né

1. mensurations

- Poids : en moyenne 3.250 kg
- Taille : 50 cm.
- Périmètre crânien 35 cm.
- Périmètre thoracique de 33 cm.



2. La peau :

- Sa couleur : Normalement, rose.
- Le lanugo : duvet très doux recouvrant la peau au niveau des épaules, du dos. Des tempes et du front. Il disparaît généralement au cours de la première semaine de vie.
- Vernix caseosa : C'est un enduit sébacé gras, d'une couleur blanchâtre, abondant au niveau des plis. Au cours de la vie intra-utérine,
- les points miliaires Ce sont de petits points blancs sur le nez, le menton, dus à l'obstruction des glandes sébacées. Ils disparaissent spontanément au cours des premières semaines.
- la desquamation de la peau : Elle est fréquente au niveau des surfaces de frottement (nez, genoux, épaules).

3. Le crâne : proportionnellement beaucoup plus grosse que le reste du corps.

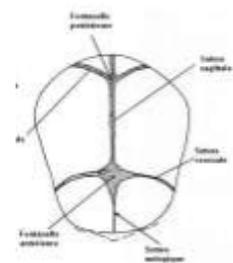
a. Les fontanelles À la naissance, les os du crâne ne sont pas entièrement soudés. Ils sont séparés par des sutures et des espaces membraneux appelés fontanelles.

- la fontanelle antérieure ou « grande fontanelle » :

- est de forme losangique.
- se situe entre les 2 os pariétaux et l'os frontal.
- se ferme entre 12 et 18 mois ;

- la fontanelle postérieure ou « petite fontanelle » :

- est de forme triangulaire,
- se situe entre les 2 os pariétaux et l'os occipital,



- se ferme vers le deuxième mois.

Les fontanelles facilitent :

- la croissance du cerveau :
- l'accouchement
- certains diagnostics :
- une fontanelle bombée est un signe de méningite ou d'hydrocéphalie.
- une fontanelle déprimée est un signe de déshydratation.
- une fontanelle fermée tardivement est un signe de rachitisme.

b. La bosse sero-sanguine et le céphalématome Ce sont deux épanchements sanguins souvent observés chez le nouveau-né ; le tableau 2.1 met en évidence leurs principales caractéristiques.

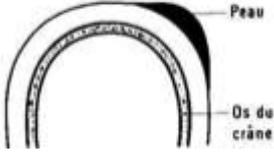
	Bosse sero-sanguine	Céphalématome
<i>Caractéristiques</i>	Accumulation de sang et de liquide sous la peau du cuir chevelu	Accumulation de sang sous le périoste des os du crâne
<i>Apparition</i>	Dès la naissance	48 heures après la naissance
<i>Aspect</i>		
<i>Résorption</i>	48 heures	En plusieurs semaines

Tableau 2.1 comparaison de deux épanchements sanguins au niveau du crâne

4. Le thorax

Les glandes mammaires présentent souvent (dans les 2 sexes) un gonflement (mammite) et parfois un écoulement blanchâtre.

Les hormones maternelles sont la cause de a phénomène. Il faut :

- éviter de presser les seins pour en extraire le liquide ;
- les protéger à l'aide de compresses stérile maintenues en bandage

5. Le dos

Le dos du nouveau-né est normalement droit. La colonne vertébrale est rectiligne.

Les cambrures physiologiques (lombaires et sacrées) apparaître au moment de l'apprentissage de la station assise et de la marche

6. l'abdomen : le ventre du nouveau-né est généralement volumineux car peu musclé et le volume de l'intestin est très important. L'abdomen se soulève à chaque inspiration (respiration diaphragmatique).

Au milieu de l'abdomen se trouve le cordon ombilical (il renferme 3 vaisseaux). Dans les premières 24 heures, son aspect est blanchâtre. Par la suite, il se dessèche et tombe entre le (6^o et le 10^e jour.

7. La région génito-anale

- L'anus La perméabilité de l'anus est généralement contrôlé en salle de naissance.
- Les organes génitaux :

- Chez le garçon : les testicules sont normalement présents dans les bourses. Ils sont gonflés (hormones).
- Chez la fillette : vers le 4^e jour de vie. Il peut se produire un petit écoulement sanguin : provoqué par la chute des hormones maternelles

B. Caractéristiques physiologiques

1. Le système respiratoire

La respiration in utéro est assurée par le placenta et les poumons sont en atelectasie, lors de la naissance les poumons se remplissent d'air, il y a une baisse du taux d'oxygène et une hausse du taux de CO₂, la respiration est diaphragmatique, le bébé respire par le nez. Il y a des pauses normales. Son rythme est de 40 à 50 mouvements par minutes.

2. Le système cardio-vasculaire

Avant la naissance la circulation est très différente, le sang circule de la veine ombilicale à l'oreillette cardiaque droite puis à l'oreillette gauche par le trou de Botal, le sang non oxygéné retourne dans le placenta par les artères ombilicales. A la naissance, l'oxygénation des poumons va entraîner une différence de pression au niveau des vaisseaux et permettre la mise en place du nouveau circuit sanguin :

- arrêt de la circulation des veines et artères ombilicales
- oblitération du canal artériel
- fermeture du trou de Botal

La fréquence cardiaque est de 120 à 130 battements par minutes.

3. Le sang

Le nouveau né a un taux très élevé de globules rouges et d'hémoglobine ce qui va entraîner de part son immaturité hépatique un ictère dans les premières 48 H et cela pendant 4 à 5 jours sans aucune gravité pour l'enfant.

4. Le système digestif

Ils ont un œsophage court ce qui provoque des régurgitations

Au niveau intestinal, ils éliminent le méconium (verdâtre et collant) formé durant la vie fœtale dans les premières 24-48 H

5. Le système urinaire

Les urines sont très claires de par l'immaturité des reins

6. Le système nerveux : Immature (Réflexes archaïques)

- succion,
- Le réflexe de grasping un repliement des doigts sur un objet posé au creux de la main. qui va persister jusqu'à 3 mois.
- marche automatique : Quand on maintient le nouveau-né sous les épaules et qu'on pose ses pieds à plat sur une surface dure, il ébauche un mouvement de marche. Un réflexe qui disparaîtra après l'âge de 2 mois.
- Reflexes de Moro = étend les bras et les referme doucement quand il a peur,
- des points cardinaux = tourne la tête quand on le touche sur le côté)

7. La régulation thermique : Immaturité de la régulation, difficulté à la maintenir, il y a donc un risque d'hypothermie constant)

LES BESOINS DU NOUVEAU-NÉ

I. besoins physiologiques

1. Besoins du nouveau-né à son alimentation

L'allaitement maternel ou allaitement au sein est le mode d'alimentation privilégié des nouveau-nés.

On donnant le sein, la mère offre non seulement un lait de qualité, mais surtout elle entre en communication très intime avec son enfant

1.1 les besoins en nutriments :

La croissance rapide du nouveau-né nécessite des apports énergétiques précis :

- 120 cal(calorie)/kg/j de 0 à 3 mois
- 110 cal/kg/j de 4 à 9 mois

Ces besoins énergétiques sont couverts par des apports précis en nutriments.

En protéines : environ 10% de l'apport énergétique doit être de :

- 2 g/kg/j jusqu'à 3 mois,
- 1,5 g/ kg/j jusqu'à 6 mois.

Les protéines du lait de vache sont mieux absorbées que celles d'origine végétale (mais toujours moins que celle du lait maternel).

En glucides : environ 40%

- doit être de 12 à 24gr/kg/j.

En lipides : environ 50%

- doit être de 360 mg/kg/j.

Les lipides doivent apporter de l'apport énergétique total.

A cause de la relative immaturité de la lipolyse intestinale du nouveau-né, les acides gras saturés à longues chaînes sont mal absorbés.

Les besoins en nutriments sont donc essentiels comme également des apports suffisants en fer, calcium, phosphore, magnésium et oligo-éléments ; tous couverts par l'alimentation lactée.

Il existe cependant une supplémentation en vitamines à prescrire en sus de l'alimentation.

Supplémentation en vitamines :

- 2 mg en Vitamine K1 per os à la naissance et entre le 2ème et le 7ème jour.
- La vitamine D (calciférol) les apports quotidiens seront différents selon le mode d'alimentation.
 - Pour l'enfant allaité : apport de 1000 à 1200 UI de vitamine D2 ou D3 par jour
 - Pour l'enfant avec une alimentation lactée : apport de 800 à 900 UI de vitamine D2 par jour
- Le fluor : la supplémentation n'est systématique qu'à partir de 6 mois et si les eaux de boissons de la mère allaitante et/ou l'eau de préparation du biberon ne dépasse pas 0,3mg/L.

2. Besoin de sommeil du nouveau - né.

Le sommeil est un élément d'une importance capitale pour le développement de l'enfant. Le nouveau-né a besoin en moyenne de 18 à 20 heures de sommeil par jour. Pendant les premières semaines de vie. Le rythme veille-sommeil est fait de succession de périodes de sommeil de 2 à 4 heures et d'éveil de courte durée (correspondant généralement aux tétées).

Les cycles de sommeil du nouveau-né

Il se compose de cycles de 60 à 90 minutes comportant des phases de sommeil calme et de sommeil paradoxal (phase de sommeil profond, qui correspondrait aux périodes de rêve, caractérisée par une activité électrique du cerveau très similaire à celle de l'état de veille, accompagnée de mouvements oculaires rapides

À la naissance, le sommeil paradoxal occupe 50% du sommeil. On le reconnaît aux signes suivants :

- la respiration devient haletante;
- les yeux s'entrouvrent, il y a des mouvements oculaires dans tous les sens;
- l'enfant fait des mimiques suggestives : il semble sourire, être triste ou dégoûté;
- les doigts bougent;
- le sexe du petit garçon est en érection.

Après cette phase d'environ 20 minutes, l'enfant se réveille, crie ou se rendort. La phase d'éveil est rythmée par la faim. Certains bébés replongent dans le sommeil paradoxal juste après la tétée.

Dès la naissance, on constate qu'il existe des petits et des gros dormeurs.

Les positions de sommeil du nouveau-né

Il doit être installé sur le dos ou le côté et. En aucun cas, en position ventrale, celle-ci ayant été considérée comme facteur favorisant la mort subite du nourrisson (MSN)

► **La position latérale**

- Le bras de l'enfant doit être bien dégagé et non coincé sous le thorax.
- Son dos sera maintenu par un petit coussin, ou deux cubes de mousse spécifiques reliés entre eux que l'on passe sous le thorax pour l'empêcher de « rouler » sur le dos.
- L'oreille ne doit pas être repliée sous la tête.

Avantage :

- prévention des fausses mutes en cas de régurgitation ou de vomissements;
- bonne position de la colonne vertébrale.

Inconvénient: risque de déformation du crâne du bébé (d'où l'intérêt de changer le bébé de côté, après chaque tétée).

► **La position dorsale**

Cette position est conseillée, sans oreiller ou avec un oreiller très plat.

Avantage :

- a fait chuter de 70 % la MSN ;
- favorise la liberté de mouvement;
- positionne bien la colonne vertébrale.

► **La position ventrale** : à proscrire car elle est très dangereuse (risque de MSN)

Recommandations pour l'hygiène du sommeil : Il est conseillé d'utiliser.

- installer la chambre dans un endroit calme ;
- diminuer les sources sonores (télévision, radio, téléphone...);
- apprendre aux aînés à respecter le sommeil du bébé:
- parler doucement.(l'absence totale de bruits n'est pas justifiée).
- un berceau ou un lit à montants rigides;
- un matelas ferme ne laissant aucun espace par rapport aux montants du lit;
- une turbulente (qui évite de trop couvrir le bébé et le laisse libre de ses mouvements).

Supprimer :

- les oreillers et les couvertures épaisses, les couettes;
- les entourages de lit trop épais;
- les nombreuses peluches dans le lit;
- les attache-couvertures.

Il faut éviter :

- de surchauffer les pièces.
- de trop couvrir l'enfant.
- les sources d'inconfort. à l'origine de pleurs :
 - un excès de chaleur ou de froid ;
 - des couches mouillées;
 - la présence d'insectes;
 - une lumière trop vive...

Il faut surveiller l'enfant pendant le sommeil (la sieste en particulier)

Il besoin de sécurité et de confort :

L'aide soignant doit informer les parents sur les différentes manières d'assurer le bien-être, le confort et la sécurité du nouveau-né.

a. Prendre le nouveau-né

Lorsqu'on soulève un nouveau-né hors de son lit. Il faut :

- agir avec douceur et le préparer au geste par la parole ;
- lui soulever la tête avec la main gauche puis, glisser la main droite sous sa nuque ;
- saisir ses pieds en veillant à glisser l'index entre ses talons ;
- l'amener contre soi.

b. Coucher le nouveau-né

Afin de prévenir la MSN, on recommande actuellement aux mères de favoriser la position dorsale ou éventuellement latérale sauf cas particulier (reflux gastro-œsophagien pour laquelle la position en proclive ventral reste conseillée, mais uniquement sur prescription médicale).

c. Porter le nouveau-né : Le nouveau-né doit être porté avec précaution.

Il faut veiller à bien lui soutenir la tête afin qu'il ne ressente pas un sentiment de perte d'équilibre, source d'insécurité

En berceau dans les bras

- Après avoir soulevé l'enfant, on pose sa nuque dans le creux du bras et on glisse la main jusqu'à ses fesses. La tête de l'enfant est alors bien calée dans le creux du coude, son dos est soutenu par l'avant-bras. Il est en sécurité.

- **Redressé contre le thorax**

La tête de l'enfant repose contre l'épaule de l'adulte qui le maintient au niveau de la nuque et de ses fesses.

- **En berceau contre la hanche**

Le corps de l'enfant est allongé contre la hanche de l'adulte. Sa tête et son dos sont soutenus par la main et l'avant-bras de l'adulte.

Cette position peut être notamment utilisée au moment du shampoing.

d. Prévenir les accidents du nouveau-né

	Accidents	Prévention
<i>Chutes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De la table à langer • Du couffin 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne jamais laisser un bébé seul sur une table à langer • Vérifier la solidité des poignées
<i>Brûlures</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avec l'eau du bain • Avec le biberon 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la t° du bain : 37 • Vérifier la 1° du biberon (attention à la micro-onde)
<i>Mort subite</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Par un animal domestique (chat...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter la position dorsale (choisir un matelas ferme) • Choisir de préférence un sur pyjama • Proscrire les oreillers • Ne pas trop chauffer la chambre (20 °C) • Éloigner l'animal de la chambre du bébé



III. Besoin de Relations précoces avec sa mère :

Dés sa naissance, le petit enfant a besoin d'une relation sécurisante afin de pouvoir grandir et se développer. au début c'est essentiellement sa mère qui lui apporte ce dont il a besoin

Les premiers échanges entre la mère et l'enfant sont des « interactions », en ce sens que :

- les deux partenaires de la relation jouent un rôle actif;
- le comportement de l'un agit sur le comportement de l'autre.

Il existe en effet un véritable dialogue entre l'enfant et sa mère dans lequel l'enfant prend l'initiative. Par exemple lorsque l'on filme un tête-à-tête «maman-bébé», on s'aperçoit que le plus souvent c'est le bébé qui modifie le comportement de sa mère et provoque la «réponse mimique» de celle-ci.

C'est par l'intermédiaire des sens, du dialogue vocal, du sourire, que le nouveau-né communique avec sa mère.

La mère a, dans les heures et les jours suivant l'accouchement, une sensibilité particulière à l'égard du bébé : elle peut s'identifier à ses besoins et y apporter une réponse adaptée.

La qualité des relations précoces favorise le processus d'attachement et a des effets à long terme sur la relation mère-enfant.

On distingue **3 niveaux d'interaction** :

Interactions comportementales :

Encore appelées interactions réelles concernent la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre.

Ces interactions directement observables entre la mère et son bébé se situent dans différents registres, dont trois principaux : corporel, visuel, vocal.

- Les interactions corporelles :

Elles concernent la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché. On parle de **holding** physique et de **holding** psychique, c'est-à-dire comme la mère porte son bébé dans sa tête au niveau de ses représentations psychiques.

Les contacts peau à peau constituent une modalité interactive souvent intimement liée au dialogue tonique.

Dès les minutes suivant l'accouchement, on observe fréquemment la mère toucher le corps de son nouveau-né, d'abord du bout des doigts, puis, après quelques minutes, le caresser avec l'ensemble de la main.

- Les interactions visuelles

Elles concernent le dialogue œil à œil, appelé également la rencontre des regards ou regard mutuel qui représente l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et la mère induisant des affects chez cette dernière.

Au cours de l'alimentation, au sein ou au biberon, les nourrissons, dès la deuxième semaine, fixent le visage de leur mère pendant une fraction significative

- Les interactions vocales

Elles sont un mode privilégié de communication qui traduit des besoins et des affects chez le bébé permettant d'exprimer ses désirs. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La voix donne un tempo à l'interaction qui va permettre à l'enfant d'anticiper

Le « baby-talk » (parler-bébé) revient souvent dans les interactions de jeu banal avec les bébés surtout d'environ 6 mois.

- Interactions affectives : c'est à dire "l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère"

- Interactions fantasmatiques : c'est à dire "l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé".

LES DIFFÉRENTS STADES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Définition :

Par stade de développement, il faut entendre les étapes au cours desquelles l'enfant accède à des compétences de plus en plus élaborées sur les plans affectif, cognitif et social

1. Les stades de développement selon Piaget

Jean Piaget estime que le développement intellectuel de l'enfant apparaît comme une succession de trois grandes constructions⁶ :

- l'intelligence sensori-motrice (de 0 à 2 ans) ;
- l'intelligence opératoire concrète (de 2 ans à 11-12 ans);
- l'intelligence opératoire formelle (11-12 ans à 16 ans).

a. Stade de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à 2 ans)

L'intelligence sensori-motrice est une intelligence sans pensée, sans langage, essentiellement pratique, elle fait intervenir le mouvement, les attitudes, les perceptions, sans évocation symbolique.

La phase de transition, entre 18 mois et 2 ans, est une période entre la fin de la période sensori-motrice et le début de l'intelligence opératoire concrète.

Exemple : l'enfant en présence d'une boîte d'allumettes entrouverte, contenant un petit objet, essaie de l'ouvrir d'abord par divers tâtonnements matériels, mais, après échec, il suspend son action, réalise un examen de la situation, puis brusquement, glisse son doigt dans la fente et ouvre la boîte.

Au cours de cette période sensori-motrice se constitue l'objet permanent :

- au départ, l'objet n'existe plus dès qu'il disparaît du champ de perception de l'enfant;
- vers 8-10 mois, l'objet acquiert une existence propre. Il devient permanent : l'enfant recherche l'objet qui a disparu derrière l'écran ;
- vers 18 mois, l'enfant est capable, grâce à la représentation, de tenir compte des déplacements prévisibles de l'objet, et de concevoir l'objet comme identique et permanent.

La notion de temps, d'espace, de relation de cause à effet s'acquiert au cours de ce stade.

b. Stade de l'intelligence opératoire concrète

Cette période est marquée par le développement de l'intelligence **représentative**. Au sens large, la représentation se confond avec **la pensée** proprement dite

- Fonction symbolique et début de la représentation (de 2 à 4 ans)

Un objet que l'on voit pour la première fois laisse après sa disparition une « image mentale » qui est une reproduction intérieure de l'objet. Cette image mentale permet d'évoquer des objets absents.

Exemple : l'enfant qui joue à la dinette manipule des signes. Ainsi un légo (jeux de briques emboîtables), dans sa main, peut symboliser un morceau de gâteau. Dans ce jeu, l'enfant est conscient de la réalité : un légo est un légo. Mais, grâce « à la fonction symbolique, il peut en user autrement, pour les besoins du jeu. Le légo est un signifiant, le morceau de gâteau (imaginaire) est le signifié.

➤ Organisation de la présentation (de 4 à 7ans)

L'objectivité, la causalité et la logique se constituent progressivement. Vers 4 ans, l'enfant explique le concret par le magique. Puis, apparaît la pensée intuitive (pensée prélogique).

La pensée de l'enfant est encore intuitive et égocentrique. Il ne peut se décentrer de son point de vue. Sa pensée se caractérise par certains traits de raisonnement :

- l'animisme : c'est la croyance que les choses sont vivantes et douées d'intention : l'enfant qui se cogne contre une table accuse «la méchante table de lui avoir fait du mal » ;
- le réalisme : c'est la matérialisation des contenus de la conscience. L'enfant croit par exemple que ses rêves peuvent sortir de sa tête

➤ L'achèvement des structures des opérations concrètes (de 7 à 12 ans)

- Opérations concrètes simples et élémentaires (de 7 à 9-10 ans) : le nombre (compter les objets), la classification (les classer) et la sériation (les mettre en série) sont des opérations concrètes élémentaires, logico-arithmétiques.
- Opérations concrètes complexes spatio-temporelles (de 9-10 ans à 11-12 ans) : les opérations logico-arithmétiques portent sur des objets (des allumettes, des pommes), les opérations spatiotemporelles analysent ces objets eux-mêmes (l'espace, le temps).

Au cours de ces années, L'enfant est capable de coordonner plusieurs points de vue à la fois et d'en tirer des conséquences.

c. Stade de l'intelligence opératoire formelle (de 12 à 16 ans)

Au cours de ce stade, les différentes notions qui ne peuvent être vérifiées expérimentalement par l'enfant vont se construire par déduction.

La pensée de l'adolescent se développe grâce à une conceptualisation de la réalité lui permettant de se représenter le monde au-delà de ce qu'il peut voir, palper ou expérimenter. La pensée opère dans l'abstrait, forme des hypothèses et les vérifie.

2. Les stades de développement selon Wallon

Henri Wallon présente le développement de l'enfant en tenant compte des interactions entre l'équipement moteur et l'affectivité du nouveau-né, puis entre celles de l'enfant et de son entourage.

Elles évoluent selon plusieurs stades.

a. Stade impulsif (de la naissance à 6 mois) : Cette période est marquée par la symbiose.

L'enfant passe d'une symbiose physiologique (en particulier avec sa mère) à une symbiose affective avec son entourage, à partir de 3 mois (début du stade émotionnel).

b. Stade émotionnel (de 3-6 mois à 12 mois)

Ce stade est caractérisé par des réactions émotionnelles expressives : gestes, altitudes, postures, mimiques, constituant un langage non verbal entre l'enfant et son entourage. Il apparaît dès le 3e mois. L'enfant, étant incapable de se suffire à lui-même, doit agir sur son entourage pour lui signaler ses besoins et obtenir satisfaction. Il utilise comme moyens expressifs, les cris, les gestes, qui deviennent alors de véritables «signes d'appel ».

c. Stade sensori-moteur et projectif (de 1 à 3 ans)

► **Stade sensori-moteur (de 1 à 2 ans)** Au cours de ce stade, la marche et le langage (deux activités sensori-motrices) jouent un rôle considérable dans l'évolution de l'enfant. L'acquisition de la marche permet à l'enfant d'accéder à un nouvel espace lui offrant une multitude de nouvelles expériences. La parole donne accès aux activités symboliques. Ces acquisitions, en augmentant les possibilités de communication de l'enfant, contribuent à la prise de conscience de soi.

► **Stade projectif (de 2 à 3 ans)**

L'intelligence est une «intelligence sensori-motrice». L'enfant connaît l'objet par l'action.

L'enfant de 2 à 3 ans commence à se différencier et à prendre position par rapport aux autres

d. Stade du personnalisme (de 3 à 5 ans)

Au cours de ce stade, l'enfant devient capable de se situer par rapport aux autres. Il parvient à une «conscience de soi». Cette prise de « conscience de soi » se traduit par la crise d'opposition et de négativisme dite crise de personnalité (vers 3 ans) : l'enfant s'oppose sans cesse à l'autre, lui dit « non ». S'entête, n'obéit pas. Il refuse d'être aidé : il veut tout faire seul. Il affirme par là sa personnalité naissante, le clivage entre moi et l'autre, l'accession à son «je».

L'enfant devient sensible au regard de l'autre, ce qui entraîne «la réaction de prestance », la gêne, la honte.

Enfin, l'enfant cherche à se faire reconnaître par l'autre, à s'affirmer aux yeux de l'autre. Il le fera tout d'abord en attirant l'attention par son opposition, période suivie d'une «période de grâce» où l'enfant veut être séduisant : il veut se faire aimer et admirer.

e. Stade de la personnalité polyvalente (de 6 à 11 ans)

Au cours de cette période, l'action et la curiosité de l'enfant se déplacent de sa propre personne et se tournent vers l'extérieur. La personnalité évolue vers une autonomie croissante. L'enfant sort du milieu familial et entre dans la communauté scolaire où il va pouvoir multiplier ses expériences sociales.

La pensée devient «catégorielle», «l'intelligence discursive» (elle repose sur des raisonnements).

f. Stade de la puberté et de l'adolescence (à partir de 12 ans)

Les principales préoccupations de l'adolescent intéressent sa personne propre. Cette période n'est pas sans analogie avec la «crise des 3 ans».

DÉVELOPPEMENT STATURO-PONDÉRAL DE L'ENFANT

Introduction :

La croissance est un processus de maturation générale de l'organisme comprenant l'augmentation de *la taille, du poids et l'évolution dentaire*.

La croissance intéresse non seulement le domaine physique mais également le domaine psychologique : maturation affective, psychomotrice et intellectuelle.

L'enfant qui progresse parallèlement sur ces deux plans a une croissance harmonieuse.

La vitesse de croissance varie en fonction de l'âge. Elle est:

- très rapide durant la vie utérine ;
- rapide de la naissance à deux ans ;
- plus lente de 3 à 10 ans;
- puis rapide à l'adolescence.

1. Facteurs de croissance

a. Facteurs externes

► La nutrition

La nutrition intervient dans la croissance de l'enfant. L'alimentation doit être équilibrée en qualité et en quantité. Elle doit répondre aux besoins de l'enfant.

► Les conditions de vie

- Les facteurs climatiques ;
- les conditions de logement (habitat insalubre ou non);
- l'environnement (bruit, pollution);
- le rythme de vie de l'enfant (sommeil, sport, ambiance).

► Les relations affectives de l'enfant

► La surveillance médicale de l'enfant : Vaccinations, rythme des visites médicales...

b. Facteurs internes

► Éléments génétiques

► Les poids et taille de chacun des deux parents

► Éléments hormonaux Différentes hormones agissent sur la croissance.

2. Evolution de la croissance staturo-pondérale

a. La taille

La « taille » est la hauteur de l'enfant du sommet du crâne aux talons. La mesure se fait à l'aide d'une toise

La croissance de la taille est rapide. À 4 ans. L'enfant mesure 1 mètre, il a doublé sa taille de naissance.

Moyennes de taille'

Nouveau-né : 50 cm

vers 6 mois : 66 cm

vers 1 an : 73 cm

vers 2 ans : 85 cm

vers 3 ans : 93 cm

Vers 4 ans : 1 m = taille de naissance x 2.

b. Le poids

La progression du poids est rapide. À 5 mois l'enfant a doublé son poids de naissance

Tableau A : calcul du poids très précisément à partir du poids de naissance (PN)

Tableau B : poids approximatif à partir des points de repère

(1) le bébé perd 1/10 de son poids (en général)

Tableau 4.1 : progression du poids de 0 à 3 ans

A			B
Age de l'enfant	Prise de poids journalière	Points de repère	Poids approximatif
naissance	Perte de poids ⁽¹⁾ et reprise de poids à 10 jours	PN*	3Kg250
1mois 2mois 3mois	25g/j		
4mois 5mois 6mois	20g/j	PNx2	6Kg500
7mois 8mois 9mois	15g/j		8Kg
10mois 11mois 12mois	10g/j	PNx3	10Kg
2ans		PNx3	13Kg
3ans		PNx4+1Kg500	14Kg500

c. Le périmètre crânien (PC)

Cette mensuration indique la croissance du cerveau et permet de dépister la survenue d'anomalies.

- une augmentation importante du PC peut traduire une hydrocéphalie;
- un arrêt de croissance du PC peut traduire une microcéphalie.

La mensuration se fait au ruban métrique

Règles générales de calcul jusqu'à l'âge de 1 an :

$$PC = \frac{\text{taille}}{2} + 10\text{cm}$$

d. Le périmètre thoracique (PTH) : C'est la mensuration du tour du thorax.

Tableau 4.2 : moyennes de référence périmètres crânien et thoracique

<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 6 mois le PC est supérieur au PTH • Vers 6 mois le PC est égal au PTH • À partir de 9 mois le PC est inférieur au PTH 		
<i>Exemples:</i>	PC	PTH
Naissance	35 cm	33 cm
6-7 mois	43 cm	43 cm
1 an	46 cm	47 cm

e. le segment supérieur :

Il a tendance à substituer à la mesure du PTH car il est plus significatif.

Il mesure la distance entre le sommet de la tête et les ischions

Il est de 34 cm pour une taille de 50 cm

3. Evolution de la dentition

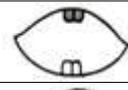
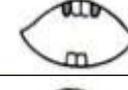
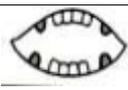
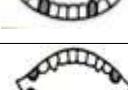
Chez le jeune enfant, l'apparition des dents se déroule en deux temps :

-de 6 mois à 30 mois, dents de lait : Elle est composée de 20 dents :

- à partir de 7 ans, la dentition définitive se met en place. Elle se termine avec l'apparition des 4 dents de sagesse à l'âge adulte. Elle comprend alors 32 dents.

Chaque enfant a son propre rythme d'apparition et de chute dentaire.

Tableau 4.3 les dents : moyennes de référence

1. dentition provisoire					
Schéma	Total	Dents	Nombre de dents	Apparition des dents (approximative)	Chute et remplacement
		Incisives médianes Intérieures	2	Vers: 6 mois	6 ans
		Incisives médianes supérieures	2	8 mois	6 ans et demi
		Incisives latérales supérieures	2	10 mois	7 ans
	1ans=8 dents environ	Incisives latérales inférieures	2	12 mois	7 ans et demi
		1° molaires inférieures et supérieures	2+2	12-18 mois	12 ans
	2 ans = 16 dents environ	Canines intérieures et supérieures	2+2	18-24 mois	11 ans
	3 ans = 20 dents environ	2° molaires inférieures et supérieures	2+2 <i>nue</i>	24-30 mois	13 ans
2. dentition définitive					
	Adolescent = 28 dents	Apparition de 8 molaires entre 6 et 13 ans			
	adulte = 32 dents	Apparition de 4 dents de sagesse à partir de 18 ans			

► Troubles dus à la dentition

- locaux: hyper salivation, joues et gencives rouges, douleur donnant envie de mordre,
- du comportement : enfant grognon, agité, prostré ;
- du sommeil et de l'appétit;
- digestifs diarrhées (+ érythème fessier);
- rhino-pharyngés ;
- fièvre.

DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT.

Généralités

Le développement psychomoteur de l'enfant concerne l'ensemble des progrès accomplis par l'enfant tant sur le plan *psychique* (c'est-à-dire : intelligence, langage, affectivité) que sur le plan *moteur* (c'est-à-dire : mouvements du corps).

Ces deux phénomènes évoluent parallèlement.

Le développement psychomoteur est étroitement lié à :

- la maturation cérébrale ;
- la qualité des échanges affectifs :
- la stimulation de l'environnement.

1. Les conditions d'un bon développement psychomoteur

- ▶ La maturation cérébrale.
- ▶ L'entourage humain
- ▶ Les stimulations offertes à l'enfant : L'enfant vit par le jeu. L'adulte est là pour le stimuler, le féliciter autant dans les essais (même infructueux) que dans les réussites.

2. Les stades de développement

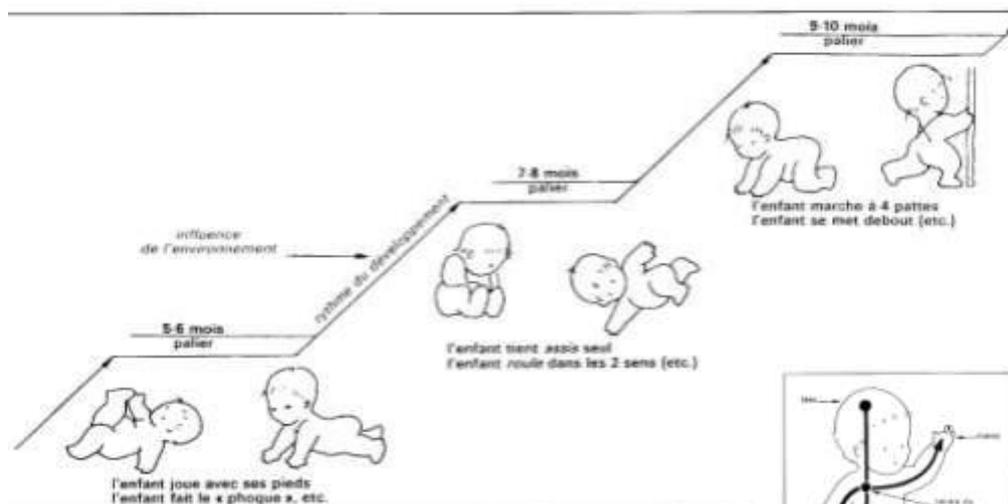
Un stade de développement est l'ensemble des compétences d'un enfant à un âge donné.

Exemples: l'enfant marche à quatre pattes, puis se met debout et marche seul.

3. Les paliers

Il s'agit de période où le développement semble être stationnaire. En fait, le palier sert de *tremplin* pour acquérir une nouvelle capacité motrice.

Fig.5.1 stades et rythme du développement psychomoteur de l'enfant



4. Les axes du développement

Le développement de la motricité est lié au contrôle musculaire. Celui-ci se fait toujours dans le même ordre :

- de la tête aux pieds ;
- du centre du corps à la périphérie

Fig.5.2 : axes de développement

Exemple: l'enfant peut soulever sa tête avant de parvenir à s'asseoir et qu'il contrôle ses bras, Puis sa main, puis ses doigts.

5.. Les périodes sensibles

LES moments où l'enfant est *prêt*, pour acquérir de nouvelles compétences. Il faut donc profiter de ces périodes pour lui donner la possibilité d'apprendre

Il a été démontré que, pour être fructueux, un apprentissage ne doit être ni trop précoce, ni trop tardif, mais se rapprocher le plus possible de la «période sensible» .

6. les Grandes étapes du développement de l'enfant

Le découpage par tranches d'âge donne un aperçu des processus du développement de l'enfant sur les plans moteur, intellectuel, affectif et social.

Les âges indiqués ne représentent *qu'une moyenne statistique*.

6.1. les premières semaines de vie

A. Le nouveau-né

a. Postures :

C'est l'état d'*hypertonie* des membres d'*hypotonie* de la tête et du tronc

b. Développement sensoriel

• Audition

- Le nouveau-né perçoit les bruits mais n'écoute pas.
- Il est très sensible à l'intensité des sons
- ne localise pas le bruit.

• Vision

- Les premiers jours, les yeux sont fermés puis
- peut fixer un point lumineux, mais il ne voit qu'une image assez floue
- fixe attentivement le visage de sa mère
- apprécie les distances : si on approche un objet de son visage il recule la tête.

6.2. La fin du 1 mois :

a. Postures

- Tronc : Toujours mou : pas de tonus musculaire.
- Tête : molle, tournée sur le côté, le menton peut se soulever de temps en temps
- Membres inférieurs : à partir de la quatrième semaine, on observe des mouvements de reptation
- Membres supérieurs Les coudes sont toujours pliés, bébé garde ses poings fermés (grasping) mais peut les ouvrir de temps en temps

b. Développement sensoriel

• Audition :

- L'enfant réagit aux bruits forts,
- Il entend très bien mais ne peut encore localiser le bruit.

• Langage :

- émet des sons gutturaux (sons provenant de la base de la langue)
- Les pleurs ont aussi une valeur de communication.
- Dès cet âge-là. il faut commencer à parler souvent au bébé; s'il ne comprend pas. Il perçoit la charge affective du langage maternel

6.3. La première année

a. Évolution de la motricité de 0 à 1 an

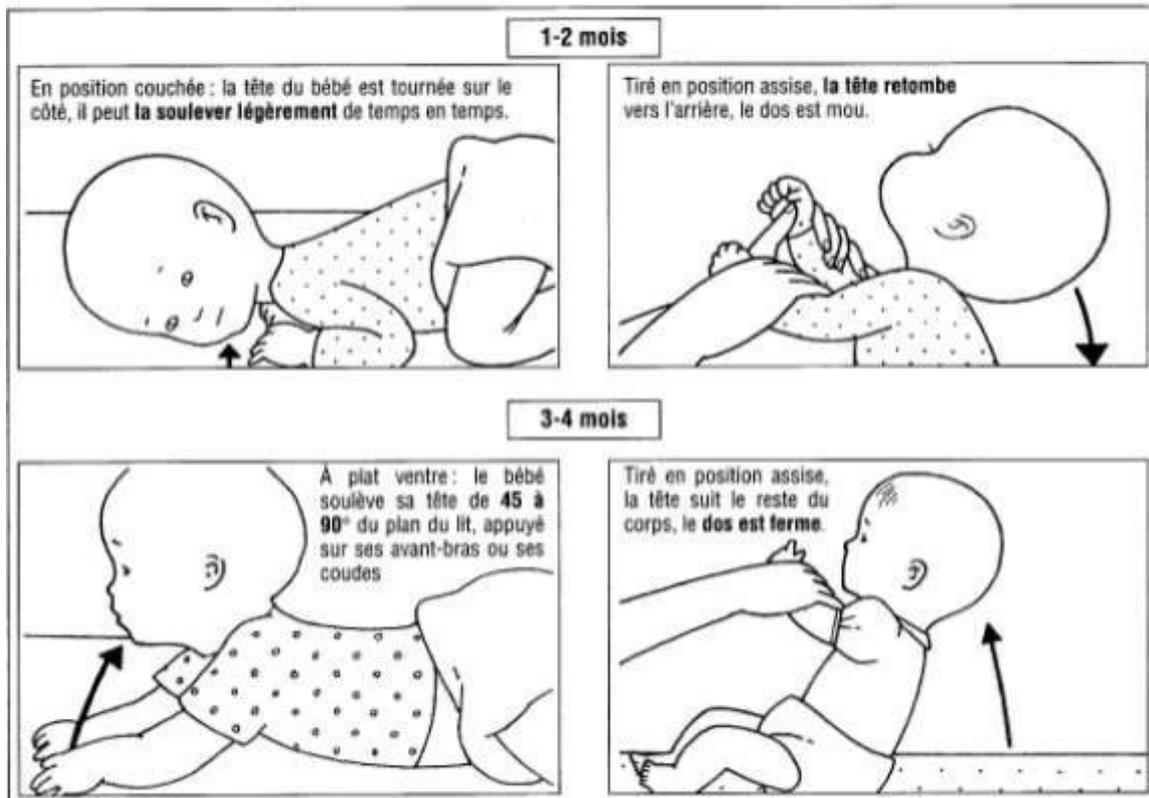


Fig.5.3 : évolution de la motricité de 0 à 1an



Fig.5.3 : évolution de la motricité de 0 à 1an (suite)

b. Évolution de la vision (de 0 à 3 mois)

La vision de l'enfant évolue considérablement au cours des 3 premiers mois

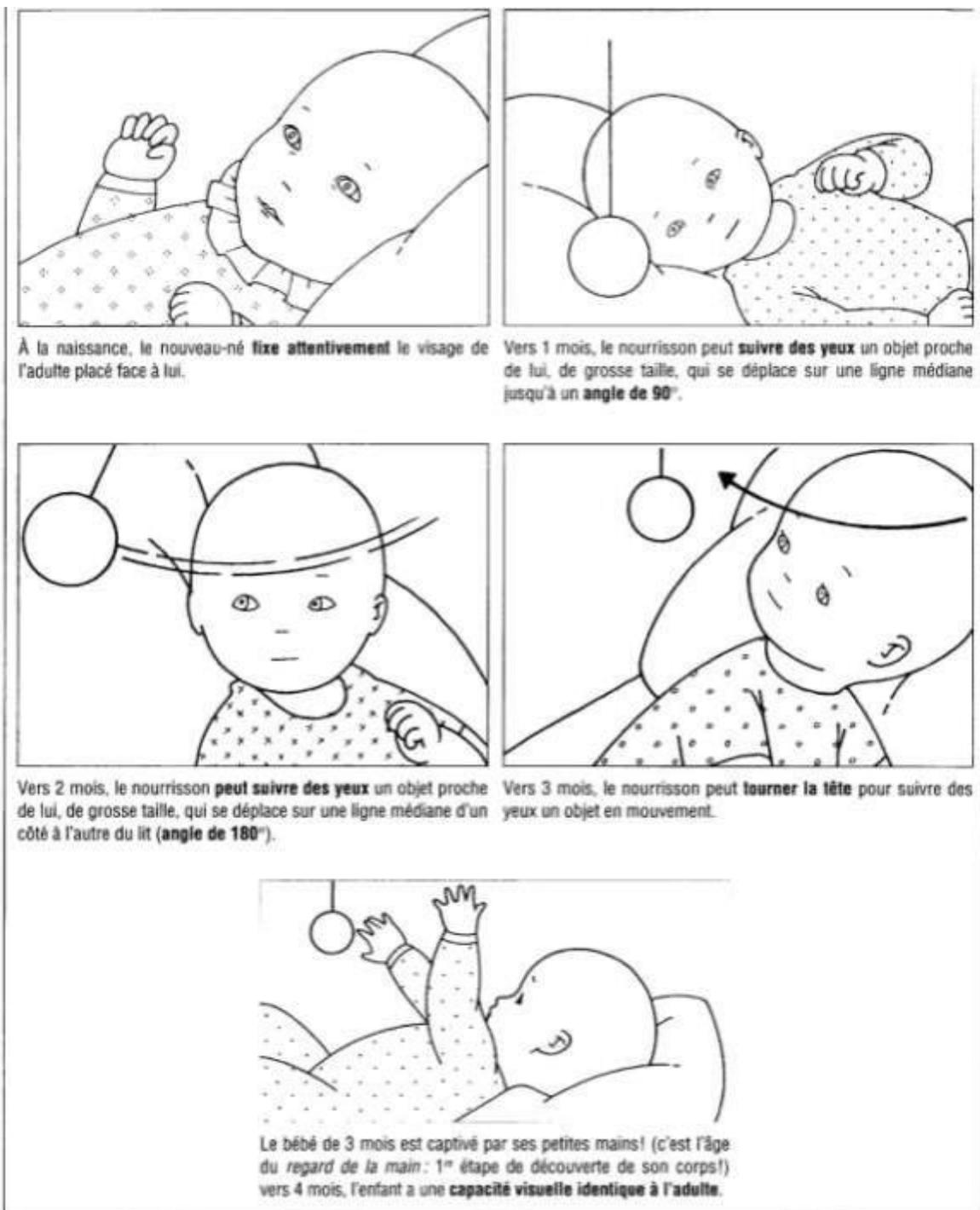


Fig.5.4 : évolution de la vision

c. évolution de la préhension manuelle (action de saisir à la main)

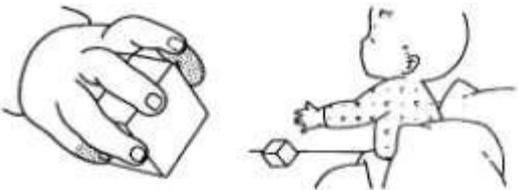
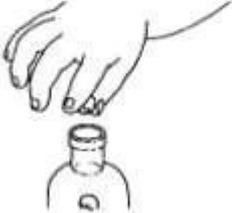
<p>1^{er}-2^e mois</p> <p>Le 1^{er} mois, on observe toujours le grasping (acte réflexe d'agrippement)</p> <p>Le 2^e mois, le grasping devient plus discret, les mains sont souvent ouvertes.</p>	
<p>3^e-4^e mois</p> <p>C'est la « préhension au contact » : préhension involontaire au contact d'un objet placé dans la main.</p>	
<p>5^e-6^e mois</p> <p>La « préhension volontaire » apparaît. Elle est palmaire et imprécise.</p>	
<p>7^e-8^e mois</p> <p>La « préhension en pinces » apparaît :</p> <p>Ici c'est la préhension en « pince inférieure » : l'objet est saisi entre le pouce et le petit doigt.</p> <p>L'enfant acquiert le « relâchement volontaire » de l'objet : c'est un relâchement global et imprécis.</p>	
<p>9^e-10^e mois</p> <p>L'enfant acquiert la préhension en « pince supérieure » : l'objet est saisi entre le pouce et l'index. C'est le début de « l'indépendance manuelle ».</p>	
<p>15^e-18^e mois</p> <p>L'enfant acquiert le perfectionnement du « relâchement fin et précis » : il peut introduire des pastilles dans le goulot d'une bouteille.</p> <p>Il a le sens du « contenant » et du « contenu » : il joue avec ses premiers puzzles.</p>	
<p>2 à 3 ans</p> <p>L'enfant peut tout manipuler avec une grande précision.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il tient bien sa cuillère. - Il sait se laver le visage seul... 	

Fig5.5 : évolution de la préhension manuelle

d. Développement affectif et social de 0 à 1 an

➤ De 0 à 4 mois :

Développement affectif et social	Rôle de l'adulte
1 ^{er} et 2 ^e mois	Le nourrisson a besoin : a) d'affection et de sécurité , apportées : - par la présence et les contacts corporels <ul style="list-style-type: none"> • le toucher, le caresser... • le prendre dans ses bras; - par la régularité de personne et de soins. (donne à l'enfant ses premiers repères); b) d'être associé à la vie des adultes : - le garder près du centre des activités; c) d'un environnement stimulant : - lui parler souvent: - lui proposer des jouets (mobiles, bouliers); mais aussi : d) de calme et d'apaisement: - ne pas exagérer les stimuli; - ménager des temps de repos; - respecter son sommeil; e) d'une réponse adaptée à ses besoins : - apprendre à « décoder » - les signes d'appel de l'enfant.
L'enfant est réceptif à la voix et à la présence de l'adulte qui s'occupe de lui : - il s'apaise, lorsqu'on lui parle; - ou lorsqu'on le prend dans ses bras.	
3 ^e et 4 ^e mois	
a) L'enfant aime la compagnie des adultes. C'est l'âge de la « première socialisation » : - il explore tout du regard, s'intéresse à son environnement (chambre, objets, jouets...); - il sourit à l'adulte au début du 3 ^e mois, c'est le 1 ^{er} « sourire social » intentionnel (qui s'adresse à quelqu'un), alors que précédemment il s'agissait de « sourires aux anges » (c'est-à-dire de bien-être). b) L'enfant utilise le « langage du corps » pour se faire comprendre. Ses cris et ses gestes sont devenus des « signes d'appel », dirigés vers son entourage pour exprimer ses besoins et obtenir satisfaction. (Pendant les 1 ^{er} mois, « ses mouvements sans but » traduisaient seulement le « bien-être » ou le « mal-être ».)	
Langage	L'adulte doit : - parler souvent au nourrisson qui perçoit bien la charge affective du langage: - parler vrai (ne pas raconter de mensonges...); - jouer avec le bébé au moyen de « jeux vocaux ».
- Le 1 ^{er} mois, l'enfant émet des <i>vagissements</i> (sons gutturaux, rauques). - De 2 à 4 mois l'enfant <i>vocalise</i> : les sons utilisés sont très variés et riches en voyelles (ex. : e. eu. a). Il fait des jeux vocaux : c'est le <i>gazouillis</i> . Tous les bébés du monde gazouillent de la même manière.	

Tableau 5.1 : Développement affectif et social du 1^{er} au 4^e mois

➤ De 5 à 8 mois

Développement affectif et social de l'enfant	Rôle de l'adulte
5^e et 6^e mois - C'est l'âge de la préhension volontaire , d'où : <ul style="list-style-type: none"> • l'intérêt pour la manipulation des objets; • l'exploration tactile de «l'autre»...: - C'est l'âge de l' introduction de l'alimentation diversifiée .	L'adulte doit : <ul style="list-style-type: none"> - lui proposer des jouets variés; - permettre aux bébés de se toucher entre eux...: - faire accepter l'alimentation diversifiée - apaiser ses craintes : <ol style="list-style-type: none"> a) Éviter de se séparer de l'enfant à cette période. Sont déconseillés : <ul style="list-style-type: none"> • l'admission en crèche; • les modes de garde successifs; • les changements de domicile. <ol style="list-style-type: none"> b) Laisser l'enfant disposer à son gré de « l'objet transitionnel- qu'il a choisi. c) Le faire garder par une personne qu'il connaît bien. d) Permettre à l'enfant de décharger ses émotions, lui offrir une présence attentive et affectueuse. <ul style="list-style-type: none"> - Respecter les jeux vocaux de l'enfant. - Jouer avec lui à « échanger des sons ». - Proposer à l'enfant des sources sonores de qualité (musique douce, grelots...).
7^e et 8^e mois C'est l'âge de : <ol style="list-style-type: none"> a) L'angoisse du 8^e mois : <ul style="list-style-type: none"> - l'enfant différencie sa mère des personnes étrangères; - face à un visage étranger : il pleure, se cache les yeux, se jette sur son lit...: - au moment où sa mère le quitte, il ressent un sentiment d'abandon. b) Nouvelles expressions émotionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - c'est une période où l'enfant est très vulnérable sur le plan affectif: <ul style="list-style-type: none"> - il rit aux éclats (pour exprimer sa joie), il verse de grosses larmes (quand il est triste), il crie, s'agite (pour protester). 	
Langage De 5 à 8 mois : les sons utilisés s'enrichissent en consonnes (ex. : R... rée. G... gée. K... kée. P... ou. B.... etc.). C'est l'âge des <i>lallations</i> ou babillages, chaînes de syllabes dont il varie l'intensité : il roucoule. Les lallations sont influencées par ce que l'enfant entend. L'enfant sourd ne babille pas. Le babillage d'un enfant de Paris est différent de celui d'un enfant de d'Alger.	

Tableau 5.2 : développement affectif et social de 5 à 8 mois

➤ De 09 à 12 mois

Développement affectif et social de l'enfant	Rôle de l'adulte
9^e et 10^e mois	L'adulte doit : - accepter la vitalité de l'enfant: - prévenir tous les risques d'accident: -être tolérant: mais aussi: - savoir fixer certaines limites. Jouer au « coucou le voilà » (ce jeu de « cache-cache » permet de prendre conscience de l'absence-présence). - Éviter les déplacements fréquents de mobilier, d'objets... (surtout dans la chambre de l'enfant). - Installer des miroirs dans l'environnement et jouer avec l'enfant devant le miroir. - Parler au bébé. - Associer les mots aux gestes. - Nommer les différentes parties du corps. - Parler sur un ton calme et expressif, avec une tonalité normale.
a) L'enfant découvre « à 4 pattes » le monde environnant et se heurte aux premiers interdits de l'adulte. Il comprend la signification du « Non ». b) Il aime « jeter » les objets loin de lui et demande à ce qu'on les lui ramasse. C'est sa façon d'apprendre à maîtriser les absences-présences de sa mère.	
11^e et 12^e mois	
a) L'enfant remarque tous les détails de l'environnement et apprécie de retrouver les objets familiers au même endroit (points de repère sécurisants). b) Il est fasciné par son « image » dans le miroir (qui lui permet la connaissance de l'unité de son corps).	
Langage	
- De 9 à 10 mois, l'enfant utilise d'abord les « monosyllabes » petit jargon non significatif (ex. : MA. PA. DA...). - Puis de 10 à 12 mois, les doubles ou triples syllabes » (MA, MA.)-(DA, DA...) - L'enfant <i>comprend tout ce qu'on lui dit.</i>	

Tableau 5.3 : développement affectif et social de 9 à 12 mois

e. Développement intellectuel de 0 à 1 an

L'intelligence sensori-motrice caractérise la période s'étendant de 1 à 18 mois. C'est une intelligence sans pensée. elle est uniquement pratique et se développe grâce à des expériences concrètes.	
1 mois	
Actions réflexes (ex. : la succion est une conduite innée. Il sait téter sans apprendre à téter).	
2 à 8 mois	
Actions découvertes par hasard. C'est en manipulant un objet que l'enfant apprend à le connaître. a) 2 à 4 mois : actions sur il corps (ex. : la main). <ul style="list-style-type: none"> • 1° temps : L'enfant découvre <i>par hasard</i> que la succion du pouce lui donne un résultat intéressant (plaisir oral). • 2* temps : L'entant cherche à renouveler ce plaisir. b) 5 à 8 mois : actions sur les objets même processus	
8 à 12 mois	
Actions intentionnelles: à ce stade, l'enfant ne découvre plus un résultat par hasard Le but est prémédité avant l'action il utilise pour atteindre son but un moyen d'action qu'il connaît bien. Début de la permanence de l'objet: l'objet continue à exister lorsqu'il a disparu: Tentant le recherche.	

Tableau 5.4 : développement intellectuel de 0 à 1 an

6.4. La deuxième année :

a. Développement moteur de 1 à 2 ans :

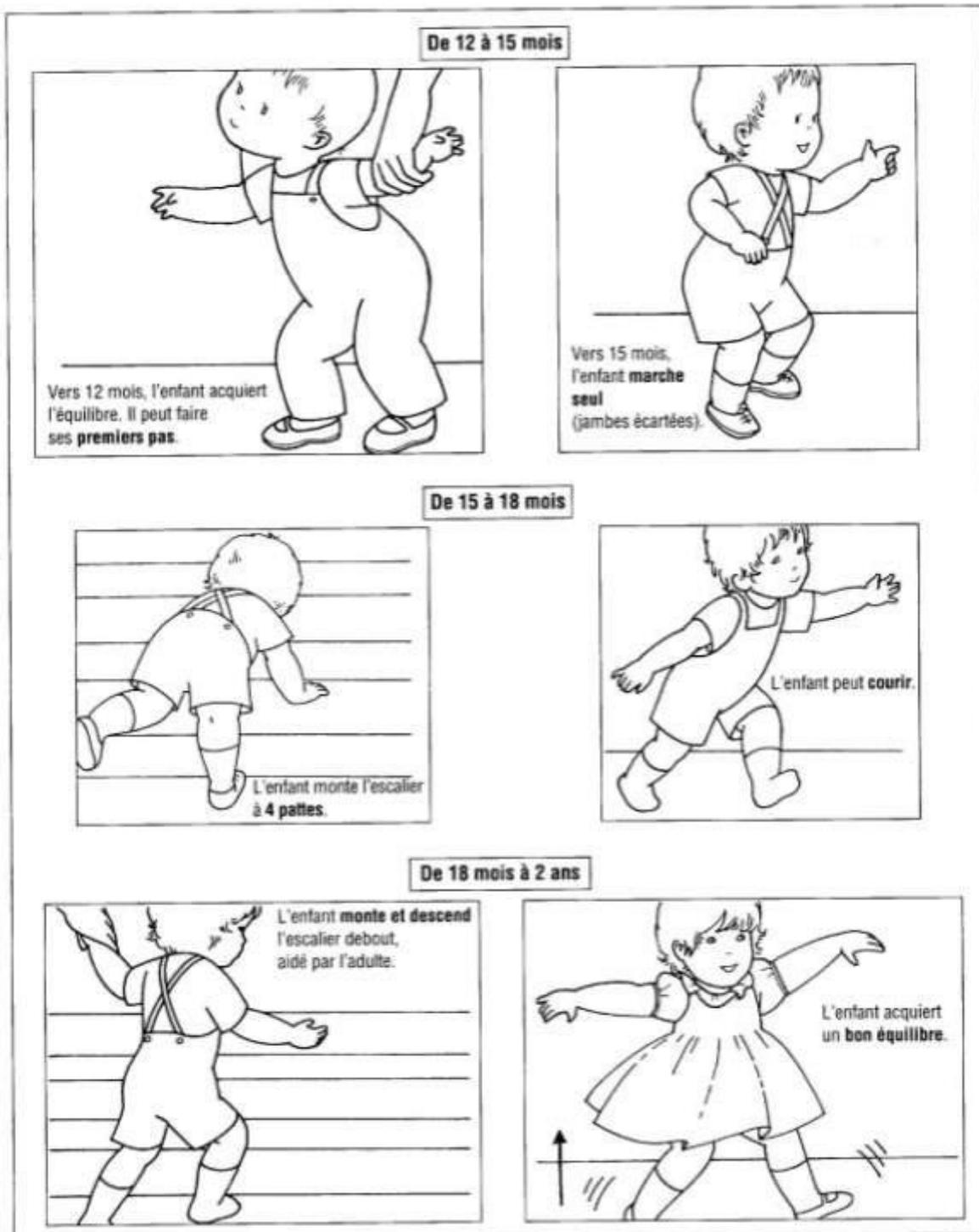


Fig. 5.6 : Développement moteur de 1 à 2 ans

b. Développement affectif et social de 1 à 2 ans

Développement affectif «I social	Rôle de l'adulte
12 à 18 mois	
<p>C'est l'âge de la marche : l'enfant acquiert plus d'autonomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>l'enfant « va vers les choses »</i> : Il explore et découvre son environnement; • <i>l'enfant « s'éloigne » de sa mère, d'où</i> : <ul style="list-style-type: none"> - sentiments ambivalents entre le désir d'autonomie et la peur d'être abandonné - sentiments de frustration liés aux interdits 	<p><i>Pour favoriser l'autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas mettre l'enfant dans un parc, - Lui offrir un espace suffisamment protégé pour limiter les interdits - Le sécuriser : maintenir un lien par la voix et le regard lorsque l'enfant se déplace. - Aider l'enfant à identifier ses nouveaux besoins
18 à 24 mois	
<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant est « égocentrique » (il se croit le centre du monde) : <ul style="list-style-type: none"> -il joue le plus souvent seul - il ne connaît pas l'échange, il veut - tout, tout de suite »... (il s'empare des jouets d'autrui - <i>À moi</i>). • L'enfant traverse des phases - d'agressivité (il mord, tire les cheveux, c'est l'âge du « Pas beau ». <p>Il sait bien ce qu'il veut, mais n'ayant pas les mots pour le dire il se sent frustré et se met en colère..</p>	<p><i>Pour réduire l'agressivité qui se manifeste particulièrement en collectivité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire les groupes d'enfants - apprendre à l'enfant les « règles de l'échange - apprendre à l'enfant à attendre son tour - apprendre à l'enfant à accepter à reconnaître l'autre, à s'en distinguer..; - mettre des mots sur les sentiments (ex: - Tu n'es pas content parce que. »).
Langage	
<p>A partir de 1 an. l'enfant utilise le « mot-phrase », Ce mot est utilisé pour des usages différents C'est l'intonation de l'enfant qui permet à l'adulte de décoder le sens (exemple : le mot <i>papa</i> peut évoquer un appel à l'aide ou un désir de le voir, ou un bonjour...).</p> <p>De 15 à 24 mois. L'enfant utilise le langage global significatif</p> <p>c'est l'association de deux mots : <i>papa pati. bébé b^obo</i></p> <p>Ce langage correspond à des situations précises pour lui.</p> <ul style="list-style-type: none"> - À 15 mois, il peut dire 5 mots. - À 18 mois, il peut dire 8 mots'; il les déforme souvent 	<p><i>Pour aider l'enfant à développer son langage :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - nommer les objets. - verbaliser les actions; - ne pas être trop exigeant. - montrer à l'enfant qu'on le comprend: - traduire le « <i>mot-phrase</i>- par une phrase correcte. - ne pas parler un langage bébé; - ne pas se moquer de sa façon de parler (même si parfois c'est comique!).

Tableau 5.5 : Développement affectif et social de 1 à 2 ans

c. Développement intellectuel de 1 à 2 ans

De l'Intelligence sensori-motrice aux premières images mentales	Exemples
12 à 18 mois	<p><i>Romain (14 mois)</i> convoite du regard sa timbale. Il tend la main, ne peut s'en emparer. Après plusieurs tentatives malheureuses, il agrippe la nappe et tire la timbale à lui...</p>
<p>Perfectionnement de l'intelligence sensori-motrice : -actions intentionnelles; - expériences nombreuses sur les objets, par «tâtonnements» successifs. L'enfant invente et expérimente de <i>nouveaux</i> modes d'action pour atteindre le but prémédité.</p>	
18 à 24 mois	<p><i>Alexia (20 mois)</i> veut prendre un petit objet dans une boîte d'allumettes entrouverte. Elle réfléchit, examine la boîte, puis trouve la solution : elle glisse (soudainement) son index, ouvre la boîte et récupère l'objet.</p>
<p>Période de transition vers <i>l'intelligence opératoire concrète</i>: l'enfant construit ses premières images mentales : il n'agit plus par tâtonnements successifs, mais il <i>réfléchit</i> pour trouver la solution dans sa tête, puis il agit. C'est le stade de la «<i>compréhension soudaine</i>» et des véritables conduites intentionnelles (voir le détail de l'intelligence opératoire concrète).</p>	

Tableau 5.6 : Développement intellectuel de 1 à 2 ans

6.5. La troisième année

a. Développement moteur de 2 à 3 ans



Fig. 5.7 : développement moteur de 2 à 3 ans

b. Développement affectif et social de 2 à 3 ans

Développement affectif et social	Rôle de l'adulte
La construction de la personnalité	
<p>Au cours de la 3^e année, l'enfant affirme sa personnalité. On observe :</p> <p>1^o La construction du « moi » ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant se sent distinct d'autrui. Cette prise de conscience atteint son apogée à 3 ans, avec l'utilisation du « moi » et du « je ». - L'affirmation de soi se manifeste par l'opposition à l'autre. C'est l'âge du « non » (crise de négativisme). L'enfant - s'oppose - pour se -pauser-! <p>2^o La développement de l'autonomie :</p> <p>L'enfant veut « faire seul » Il est capable de se laver, de s'habiller, de manger seul, il acquiert la propreté.</p>	<p>L'adulte doit aider l'enfant à s'affirmer c'est-à-dire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas lui créer de contraintes inutiles, provoquant le NON; - lui expliquer les règles de vie en collectivité - favoriser la convivialité, l'inciter à tenir compte de l'existence de l'autre, à partager ses jouets...; - ne pas engager de lutte avec l'enfant à propos du NON, il suffit souvent de détourner son attention;
De l'égoïsme à l'ouverture aux autres	- reconnaître l'enfant comme une personne :
<p>1^o Rapports avec les copains : l'enfant joue avec ses semblables. Il établit de bonnes relations avec eux, il leur offre ses jouets, il apprécie les jeux collectifs...</p> <p>2^o Rapports avec l'adulte : dans la quête d'identité, après la phase d'opposition, l'enfant cherche l'approbation de l'adulte. Il veut plaire («maman regarde »).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • lui demander son avis, • lui expliquer les interdits...; <ul style="list-style-type: none"> - lui proposer des jeux collectifs: - le valoriser, le féliciter de ses activités.

Tableau 5.7 : Développement affectif et social de 2 à 3 ans

c. Développement intellectuel de 2 à 3 ans :

L'intelligence opératoire concrète	Exemples
<p>L'intelligence opératoire concrète est une intelligence qui s'appuie sur une pensée concrète. L'enfant, grâce à des représentations mentales peut évoquer des situations réelles passées.</p> <p>1^o La fonction symbolique se manifeste par :</p> <p>a) <i>L'imitation différée</i>, c'est l'imitation sans la présence du modèle imité. (Auparavant, l'enfant reproduisait simplement ce qu'il voyait faire devant lui.)</p> <p>b) <i>Le jeu symbolique</i> (ou jeu de fiction). C'est la transformation du réel selon les besoins de l'enfant.</p> <p>c) <i>Le langage imagé</i>: c'est un moyen d'évoquer les événements que l'on ne voit pas. Il permet à la pensée de se dégager de l'action.</p> <p>2^o L'évolution de l'Imagination est liée à la fonction symbolique. C'est l'âge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - du compagnon fictif - de l'animisme : l'enfant donne vie aux choses inanimées. 	<p><i>Farah (2 ans)</i> sait que sa mère est arrivée car elle voit le panier à provisions sur la table de la cuisine. <i>Emilie (3 ans)</i> se plaît à pétrir la pâte pour faire une tarte. Elle a mis le tablier et pris un rouleau à pâtisserie... Elle reproduit les gestes qu'elle a vu faire par sa mère la veille...</p>

Tableau 5.8 : Développement intellectuel de 2 à 3 ans (selon Piaget)

6.5. L'enfant de 3 à 6 ans (moyenne enfance)

a. Développement affectif et social

Evolution des relations familiales et sociales	Rôle de l'adulte
<p>La socialisation de l'enfant</p> <p>1° L'adaptation individuelle à l'école maternelle - L'enfant fait connaissance avec un nouveau - milieu social L'adaptation à l'école peut poser quelques problèmes...</p> <p>2 L'insertion dans un groupe d'enfants - À partir de 3 ans. le groupe est nécessaire au développement de la personnalité de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il aime se « mesurer » à autrui. Le petit copain va être : <ul style="list-style-type: none"> • un modèle (on l'imité). • un moyen (on veut l'utiliser), • un obstacle (on veut l'éliminer); - il aime « dépasser » l'autre et ainsi « se valoriser » au moyen du jeu ou du travail scolaire (c'est l'émulation); - il devient « persévérant » dans ses jeux et veut terminer ce qu'il a commencé (il aime les jeux utilitaires); - il aime « se défouler » dans des jeux agressifs (qui le libèrent de ses tensions, de ses conflits intérieurs...); 	<p>L'adulte doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déceler les troubles d'adaptation scolaires (éventuels) et y remédier; - proposer à l'enfant divers jeux : <ul style="list-style-type: none"> • jeux collectifs avec règles qui favorisent la socialisation. • exercices rythmés qui favorisent la perception du corps. • activités manuelles qui favorisent l'habileté et l'expression créative, • jeux utilitaires ou jeux-travail, avec but posé au départ; - canaliser l'agressivité dans des activités sportives et accepter la décharge agressive dans les jeux; - réduire les groupes d'enfants à 4 ou 5 partenaires pour limiter les conflits; - prêter attention aux «jeux de rôle » qui traduisent les préoccupations et les besoins affectifs de l'enfant;
<p>Le rôle de l'affectivité</p> <p>1° Période sensible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant est au stade de « l'expérience affective» (H. Wallon), il a besoin d'aimer et d'être aimé de ses parents et des autres, d'être rassuré sur lui-même, écouté... <p>2° Période vulnérable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant peut être timide, jaloux.... il traverse une période de crainte, d'insécurité affective... il est très vulnérable. 	
<p>Les modes d'expression et de communication dans le groupe (selon H Montagner)</p> <p>1. le leader : est un enfant qui a une personnalité riche, attractive. Il est le plus imité par les autres</p> <p>2. le dominant agressif : a un comportement de menace, il a souvent la bouche ouverte pour crier, les sourcils relevés, les bras projetés vers l'avant, le poing fermé</p> <p>3. le dominé agressif : il a un comportement passif, il agresse souvent</p> <p>4. le dominé craintif : un enfant à caractère d'un leader mais inhibé par sa timidité. Il ne peut manifester sa personnalité qu'en groupe restreint</p>	

Tableau 5.8 : Développement affectif et social de 3 à 6 ans

b. Développement intellectuel de 3 à 6 ans

1. La pensée intuitive apparaît : c'est «la pensée prélogique)

- L'enfant n'est pas encore capable de raisonner logiquement

Exp :

2 verres de dimension égale sont remplis par l'enfant du même nombre de perles Mais a la vue du résultat, son intuition lui fait dire qu'il y a plus de perles dans le vase A que dans le B.

- l'enfant parle bien. Son vocabulaire est riche, il cherche à comprendre La réalité et pose beaucoup de questions.

- L'enfant fait une certaine distinction entre le réel et l'imaginaire, mais il a encore peur lors du récit d'un conte.

2. Los notions de basa élémentaires sont acquises :

- Notion d'espace proche : l'enfant maîtrise l'espace proche grâce à. Il est incapable de maîtriser l'espace lointain



Il a la notion de :

- distance : loin-prés:
- orientation : devant-derrrière,
- direction : droite-gauche:

Mais il est incapable de comprendre qu'il est à la lois a Paris et en France.

• **Notion de temps proche** : les premiers repères s'établissent :

- 3 à 5 ans : demain-hier.
- 6 ans martin - après-midi.

3. Notion de nombre réduit : la plupart des enfants de 5 ans savent compter jusqu' à 20
6.6. L'enfant de 6 ans à l'adolescence (grande enfance)

A. Développement affectif et social de 6 à 12 ans

Aspect de la vie affective et sociale	Rôle de l'adulte
<p>À l'âge de 6ans l'enfant est inséré obligatoirement dans deux groupes Les groupes familial et social, ils sont <i>complémentaires</i> :</p> <p>Le groupe familial (d'abord) : Elle doit l'aider a épanouir sa personnalité, a prendre confiance en lui...</p> <p>Le groupe social : La vie sociale de l'enfant est intense, c'est l'âge des camarades L'entant est capable de tenir compte du désir de l'autre.</p> <p>a) <i>l'école</i> L'enfant éprouve des sentiments collectifs : -Un esprit de « corps social » se développe: on fait corps contre un professeur, contre un nouveau venu</p> <p>b) <i>Les clubs</i> L'enfant forme son caractère au contact de réunions de groupes (tels Que scouts, club sportifs</p> <p>c) <i>Les jeux de rôle compétitifs</i> : L'enfant aime toujours les jeux collectifs avec des règles, où l'on distribue les rôles,</p> <p>d) <i>La rue</i> : C'est une école ouverte sur les tentations, sur la violence, la liberté mais aussi sur le sang-froid. la prudence, l'observation, le jugement.</p> <p>e) <i>Les mass-médias</i> : Ce sont les moyens modernes de diffusion de la pensée, auxquels les jeunes sort très sensibles</p>	<p>L'adulte doit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir l'enfant de son affection, de son estime. - Éviter de le mettre en internat (le « sevrage affectif » est trop lourd a supporter entre 6-12 ans). - Ne pas faire de différence entre frères. - Donner à l'enfant des responsabilités au sein de la famille (bricolage, ménage jardinage, garde et soins à un animal domestique...). - Être en contact permanent avec l'école - ne pas affubler l'enfant de vêtements (et prénoms) extravagants qui le font prendre pour cible par ses camarades! - Me pas surcharger l'enfant de devoirs scolaires (éviter – <i>l'hyper scolarisation-</i>) - Veiller a ce que l'enfant s'adapte bien dans un club. - Dépister les « exclus » et les réintégrer. - Dépister « l'hypo scolarisation »- (l'inadapté scolaire souffre, il faut s'employer à chercher la cause de ses troubles) - Apprendre la rue aux écoliers. - Surveiller les quartiers sensibles et les groupes scolaires « chauds » - Trouver des occupations extrascolaires pour tes jeunes (Sports). - veiller à ce que les mass-médias ne nuisent pas a l'équilibre physique et mental de l'enfant.

Tableau 5.9 : développement affectif et social de 6 à12ans

B. Évolution intellectuelle et apports scolaires de 6 à 12 ans

L'âge de raison est aussi l'âge du savoir.

La pensée logique apparaît (7 ans. l'âge de raison)

- L'esprit critique et la mémoire se développent.
- L'enfant dissocie nettement le réel de l'imaginaire

- Le goût du merveilleux disparaît au profit du goût pour l'aventure» (on imite les héros), l'enfant apprécie les aventures
- Il aime beaucoup les films qui « font peur», mais il n'est pas dupe de la fiction et maîtrise ses peurs
- L'enfant comprend les notions abstraites d'espace lointain, de temps lointain, de cause à effet, de nombre (> 20)

Les apports scolaires (7 ans. l'âge du savoir)

► La géographie : Elle permet de développer la connaissance de l'espace lointain ; « Apprendre en agissant » reste la méthode d'enseignement la plus indiquée.

► L'histoire : Elle permet de développer la connaissance du temps lointain. L'enfant a une idée plus précise du passé et du présent; cependant, jusqu'à l'adolescence, la chronologie des événements est difficile à assimiler et l'écolier préfère toujours les «histoires de l'histoire» aux dates. Par ailleurs, le souvenir d'événements vécus se déforme vite, d'où la faible valeur accordée aux témoignages enfantins ...

► La physique Elle permet de comprendre les rapports de cause à effet entre deux phénomènes. Cet enseignement s'appuie sur des «expériences» qui plaisent, en général, à l'enfant.

► L'arithmétique : Elle permet de comprendre la notion de nombre L'enfant s'exerce aux opérations d'addition, de soustraction, puis de multiplication et division dans un second temps.

► L'éducation artistique : l'enfant est très sensible au « beau ». Les cours de dessin (complétés par des visites de musées, ou d'expositions d'œuvres d'art) permettent d'affiner le goût et de développer la culture artistique.

► La langue : C'est l'âge où l'enfant sait lire, où il est capable de faire une rédaction. Il peut faire des descriptions très poétiques, très colorées Cet enseignement permet d'affiner sa sensibilité, sa réflexion. Le professeur doit faire goûter de « beaux textes » aux écoliers (poésies entre autres).

6.7. L'adolescence

L'adolescence est une période transitoire entre la grande enfance et l'âge adulte.

Elle se caractérise par des transformations importantes, d'ordre à la fois physique, psychologique, intellectuel et social.

Elle débute vers l'âge de 12 ans environ chez la fille et de 14 ans chez, le garçon. Elle s'achève aux alentours de 18-20 ans.

a. Transformations physiques et physiologiques

Le processus pubertaire constitue l'événement fondamental de cette période : la puberté se caractérise par une mise en route de l'activité ovarienne chez la fille, et testiculaire chez le garçon. Celle-ci est sous la dépendance de la glande hypophyse

La puberté est marquée par le développement :

- chez la fille :

- des seins,

- de la pilosité (axillaire et pubère),
- des organes génitaux,
- et l'apparition du cycle menstruel;
- chez le garçon :
 - de la pilosité (plus étendue que chez, la fille).
 - des organes génitaux,
 - de la modification de la voix.

b. Transformations intellectuelles

Selon Piaget. L'adolescence se caractérise par le développement des capacités intellectuelles, qui donnent la possibilité de raisonner dans l'abstrait.

L'adolescent prend goût aux discussions interminables, aux raisonnements dans l'absolu. Ce bouillonnement intellectuel s'accompagne de périodes de «rêveries». C'est l'âge des «conduites imaginaires» qui servent d'échappatoire au réel.

c. Transformations psychologiques

Les changements du corps s'accompagnent chez l'adolescent d'un travail psychologique important.

- L'image du corps

L'adolescent doit s'adapter aux transformations rapides qui s'opèrent sur son corps. Il doit s'habituer à cette nouvelle «image» de lui-même (qui suscite souvent des propos ironiques de l'entourage...).

Il doit apprendre à s'aimer dans ce «nouveau corps». D'où l'intérêt qu'il se porte à lui-même et les heures qu'il passe devant la glace.

- Les pulsions sexuelles

L'adolescent doit résister aux pulsions sexuelles qui l'envahissent et doit, en même temps, les accepter comme faisant partie de lui-même. Devant la difficulté de cette tâche il se réfugie souvent dans :

- « L'intellectualisme » : qui nie le besoin du corps ou
- « L'ascétisme » qui punie ce corps aux désires incontrôlés
- Le détachement des parents : s'accompagne souvent de comportements contradictoires, (indépendance ≠ amour et protection)
- La recherche de l'identité : pour affirmer sa personnalité, l'adolescent s'oppose constamment à l'entourage familiale (jusqu'à faire des fugues)

LE PRÉMATURÉ

Définition :

Le prématuré est un enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée.

La prématurité est toujours définie par rapport à l'âge gestationnel, tandis que l'hypotrophie se définit par rapport au poids (inférieur au poids normal).

Il s'agit d'un nouveau-né à haut risque demandant dès sa naissance une surveillance constante en service de néonatalogie.

la prématurité peut entraîner des séquelles importantes, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. La prévention revêt une importance capitale.

Aspect physique et physiologique d'un prématuré :

- Il est de petite taille mais bien proportionné.
- Sa peau est fine et rose, son panicule adipeuse est mince.
- On observe la présence de lanugo (++).
- Sa tête est petite, les os mous.
- Son thorax est mou et étroit.
- Ses membres sont grêles.
- présente une immaturité des grandes fonctions, immaturité variant selon l'âge de la gestation

Causes et facteurs de risque de prématurité

1. Causes gynécologiques:

- Anomalie de l'utérus ou du placenta
- Fibromes utérins
- Béance cervico-isthmique

2. Causes maternelles:

- Age (moins de 18 ou plus de 35 ans)
- Infections
- Asthme
- Diabète avant la grossesse
- Hypertension chronique
- Hyperthyroïdie
- Maladies rénales, cardiaques
- Toxiques: médicaments, tabac, drogues, alcool
- Malnutrition
- Longs trajets
- Contexte socio-économique défavorable

3. Causes fœtales:

- Maladie chromosomique
- Malformation congénitale
- Retard de croissance intra-utérin

4. Complications de la grossesse:

- Placenta prævia
- Décollement placentaire
- Hypertension liée à la grossesse, pré-éclampsie
- Hydramnios avec surdimensionnement de l'utérus

- Oligohydramnios
- Incompatibilité sanguine
- Grossesse multiple
- Rupture précoce des membranes
- Manque de soins prénataux
- Procréation médicalement assistée

Méthodes de prévention

1. Médicales:

- Examens prénataux réguliers: tension artérielle, toucher vaginal, monitoring foetal,
- Administration de tocolytiques en cas de contractions
- Cerclage du col de l'utérus
- Écoute des plaintes de la mère

2. Comportementales:

- Alimentation équilibrée
- Repos: aménagement du temps de travail, diminution des activités physiques (sport, tâches ménagères, ...)
- Diminution des déplacements en voiture surtout en présence de contractions ou après 28 semaines
- Diminution des relations sexuelles en cas de contractions
- Connaissance des signes de travail pré-terme (contractions douloureuses) et des facteurs de risque
- Possibilité de contacter un médecin ou la maternité à tout moment

3. Sociales: Assistance aux parents en situation socio-économique difficile

Surveillance du prématuré :

Problèmes physiologiques	Manifestations cliniques	Rôle de l'A/S.
<i>Vitalité amoindrie</i>		- Organiser les soins
<i>Immaturité respiratoire</i>	- Respiration irrégulière (pause physiologique) - Apnées - Détresse respiratoire	- Installer correctement le bébé - Laisser le thorax et l'abdomen nus - Surveiller la fréquence respiratoire - Dépister les signes de lutte - Stimuler l'enfant en apnée
<i>Fragilité vasculaire</i>	- Ecchymoses - Hémorragies cérébrales	- Surveiller le rythme cardiaque, la coloration, l'état de la peau,
<i>Immaturité digestive</i>	- Faible capacité gastrique - Insuffisance des sécrétions digestives	- Fractionner l'alimentation - Donner du lait de femme - Surveiller les selles
<i>Immaturité hépatique</i>	- Ictères fréquents	- Surveiller la coloration (la peau et muqueuses) - Surveiller l'enfant sous photothérapie
<i>Immaturité de la thermo-régulation</i>	- Variations de la V corporelle (hypo-ou hyperthermie)	- Surveiller régulièrement la T° de l'enfant et celle de l'incubateur
<i>Faible résistance aux infections</i>	- Septicémie - Infections de la peau	- Surveiller la t°, la respiration, l'état de la peau de l'enfant - Respecter une asepsie rigoureuse
<i>Immaturité du système nerveux</i>	- Réflexes incomplets ou absents - Absence ou insuffisance de succion	- Stimuler la succion

Tableau 6.1 : problèmes physiologiques du prématuré

SOINS EN INCUBATEUR

L'appareil

L'incubateur est un appareil se composant de deux parties :

- une partie supérieure : grand habitacle en plexiglas, comprenant des hublots latéraux;
- une partie inférieure permettant le traitement de l'air :
 - l'air ambiant est aspiré et filtré à travers un filtre antibactérien; il est ensuite chauffé, éventuellement enrichi en oxygène, et humidifié,
 - l'évacuation de l'air se fait par les trous percés dans le plexiglas.

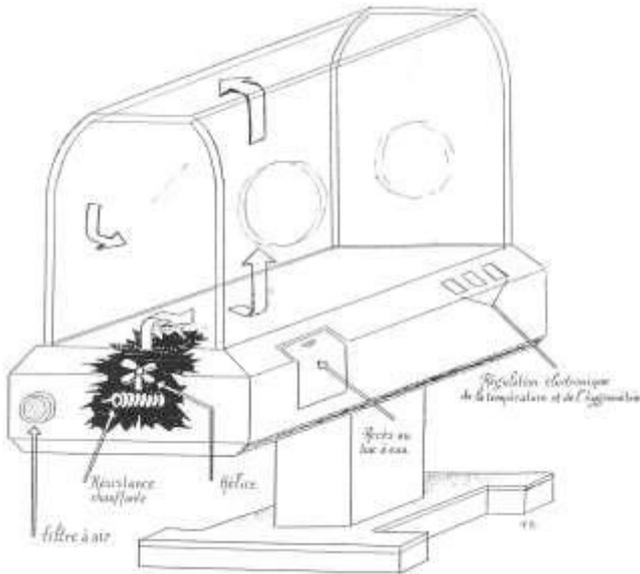


fig.1.1 incubateur

Intérêt de l'incubateur : L'incubateur permet de :

- surveiller correctement l'enfant ;
- le protéger contre les infections;
- le réchauffer et éviter son refroidissement.

Mise en route et surveillance de l'incubateur :

- Vérifier que l'incubateur a bien été nettoyé et désinfecté selon le protocole en vigueur,
- Vérifier l'état général de l'incubateur,
- Brancher les sondes,
- Remplir le flacon réserve avec de l'eau stérile lorsque l'humidification est désirée,
- Installer le système d'alimentation en oxygène en cas d'oxygénothérapie,
- Contrôler la bonne aptitude au fonctionnement de la partie électronique.
- L'incubateur doit être au préalable branché et chauffé à bonne température afin de vérifier son fonctionnement
- Les incubateurs sont équipés de «racks» électroniques, contrôlant les différentes opérations.
- Il existe des alarmes de sécurité avertissant le personnel de toutes les anomalies

Entretien de l'incubateur : (cf. fiches techniques ci-après)

Fiche technique N°01

Entretien quotidien de l'incubateur en cours d'hospitalisation du nouveau-né

Définition

Ensemble de procédures comportant la détergence et/ou la prédésinfection de l'incubateur visant à limiter les risques de contamination.

Objectifs

Prévenir et réduire la contamination de l'incubateur en :

- limitant les gestes contaminants
- groupant les gestes pour ne pas perturber le sommeil
- limitant les temps d'ouverture de l'enceinte pour éviter le risque d'hypothermie

Indications :

Un entretien quotidien doit être fait. Si nécessaire, il peut être répété au cours de la journée.

Matériel et produit :

- Chiffonnette à usage unique ou individuelle à patient unique (proscrire les éponges)
- Si utilisation, de chiffonnettes recyclables, elles doivent être lavées, désinfectées et séchées en machine à laver après usage.
- Produit détergent / ou produit détergent/désinfectant
- Un récipient avec couvercle pour récupérer le bac à eau.
- Eau stérile à privilégier ou eau microbiologiquement contrôlée (filtrée ou osmosée) pour le bac à eau,

Procédures :

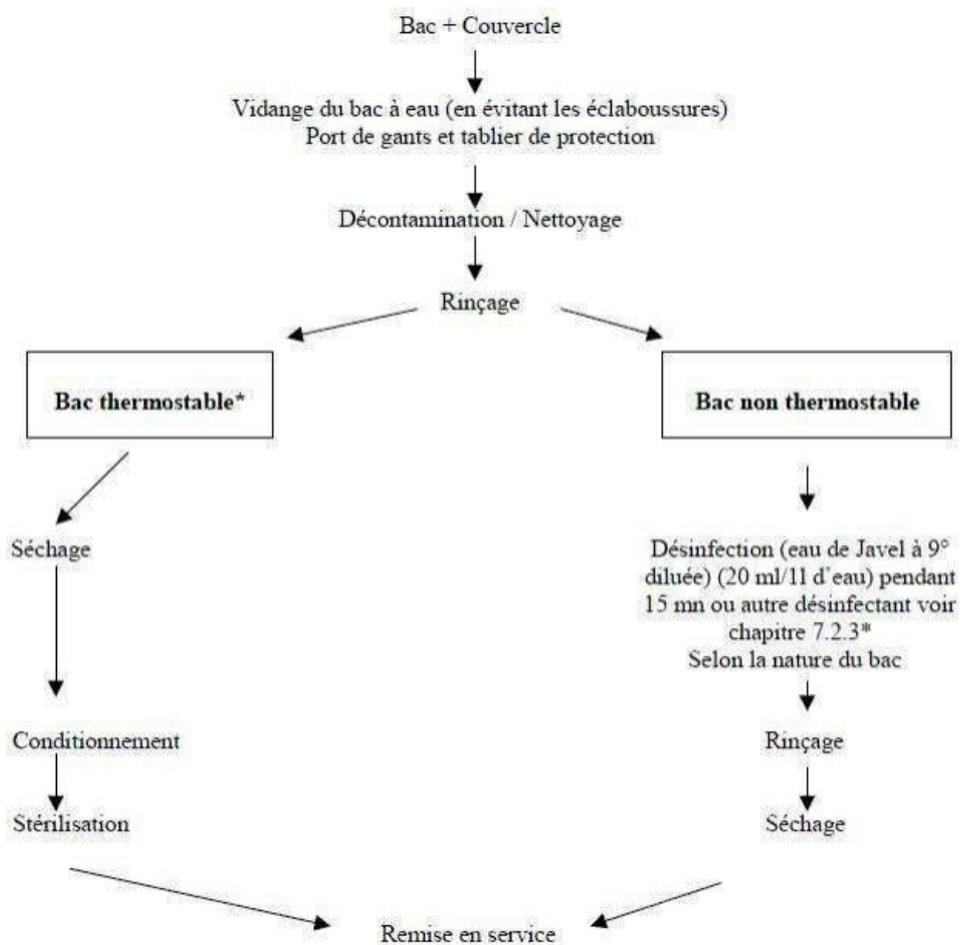
- Nettoyage (pré désinfection, si besoin) de l'incubateur au moment de la toilette du nourrisson hors ou en présence du nouveau né dans l'incubateur.
- Pour limiter le risque d'hypothermie chez le très grand prématuré, le soin doit être réalisé par 2 personnes :
 - Rassembler le matériel nécessaire.
 - Se laver ou se désinfecter les mains et les avant bras avec un savon antiseptique ou une solution hydroalcoolique,
 - Mettre une tenue de protection.
 - Faire la toilette du nourrisson,
 - Oter la literie sale.
 - Nettoyer avec une chiffonnette imbibée de produit le matelas, les plateaux et les accessoires,
 - Mettre du linge propre sur le matelas.
 - Nettoyer avec la même chiffonnette les parois internes de l'habitable en commençant par la tête et en terminant par les pieds.
 - Si double paroi les ouvrir et les nettoyer, Insister sur les hublots et les joints.
 - Nettoyer ensuite l'extérieur de l'habitable et le châssis avec une autre chiffonnette.
 - Rincer si besoin en fonction du produit utilisé-
 - Ranger le matériel,

- Se laver les mains,
- Vérifier les différents paramètres de l'incubateur.
- En cas de traces de résidus organiques ou lorsque le nouveau-né est porteur de germes pathogènes, une désinfection est nécessaire. Dans ce cas, appliquer sur les parois de l'incubateur, le matelas et sur toutes zones à risque, une chiffonnette imbibée de produit désinfectant compatible avec la présence de l'enfant

Remarque :

Certains nouveau-nés en phase aiguë de leur pathologie ne bénéficient pas de cette procédure complète. Pour les prématurissimes en phase aiguë (1 semaine de vie) nettoyer avec un détergent l'intérieur de l'habitacle, sans ouvrir les portes latérales afin d'éviter tout refroidissement (utiliser les hublots uniquement).

Entretien quotidien du bac à eau en dehors de toute toilette ou de nettoyage



- Remplir le bac à eau avec 1 litre d'eau stérile ou micro filtrée (éviter de rajouter de l'eau en cours de journée)
- Vérifier les différents paramètres de l'incubateur (température, hygrométrie, alarmes) et la fermeture des portes.

*cette procédure nécessite un ou deux jeux de bacs par incubateur, en fonction du rythme de stérilisation

Fiche technique N°2

Entretien de l'incubateur a la sortie du nouveau-né

Définition

Ensemble de procédures visant à obtenir un matériel propre et désinfecté.
Cet entretien est effectué dans une pièce réservée à cet effet par un agent qualifié

Objectifs

Obtenir une élimination des salissures et une réduction des micro-organismes présents sur les parois et les accessoires de l'incubateur dont le bac à eau.

Indications :

A la sortie de chaque nouveau-né de l'incubateur.

Matériel Et Produit

Pour l'agent

- tablier (de préférence à usage unique) et gants non stériles à usage unique en PVC ou gants de ménage propres.

Pour l'incubateur

- chiffonnette s à usage unique pour le lavage et l'essuyage.
- petite brosse ou goupillon propre, désinfecté, séché et rangé
- filtre à air (la durée de vie de ces filtres varie selon les fabricants).
- Produits

- un détergent

- un désinfectant

Ou un détergent désinfectant

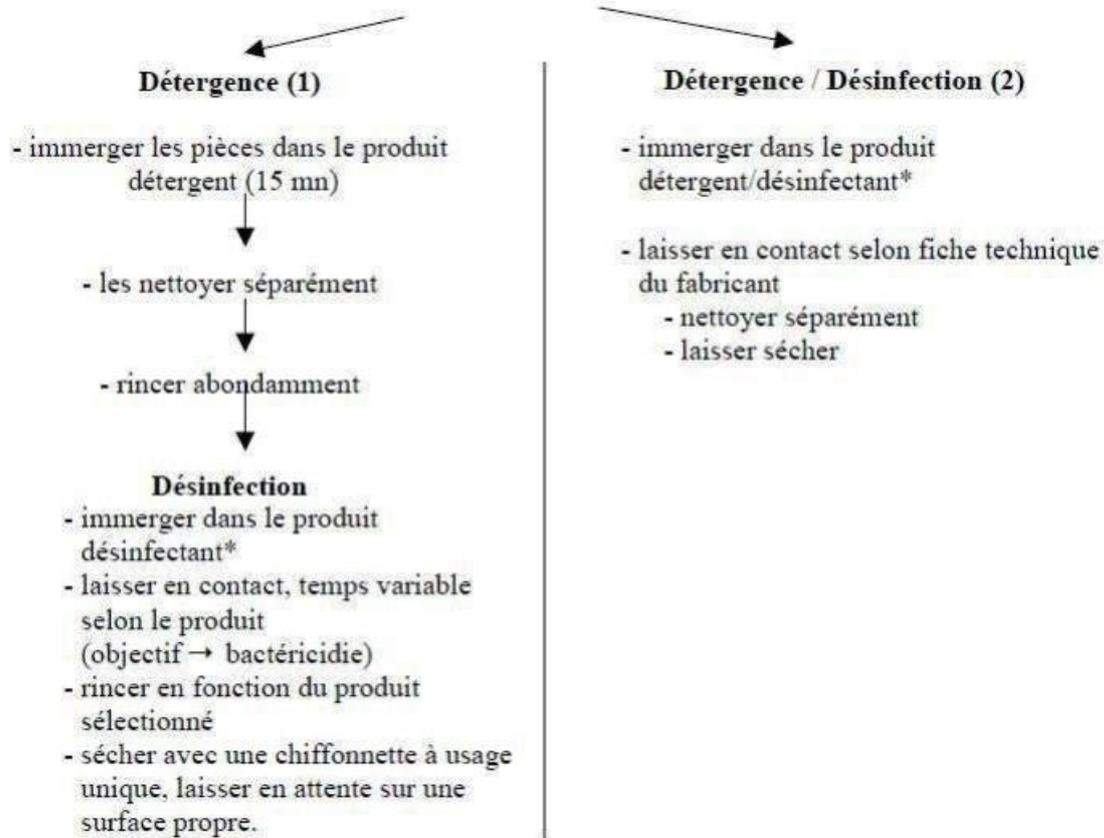
- eau potable du réseau

Procédure

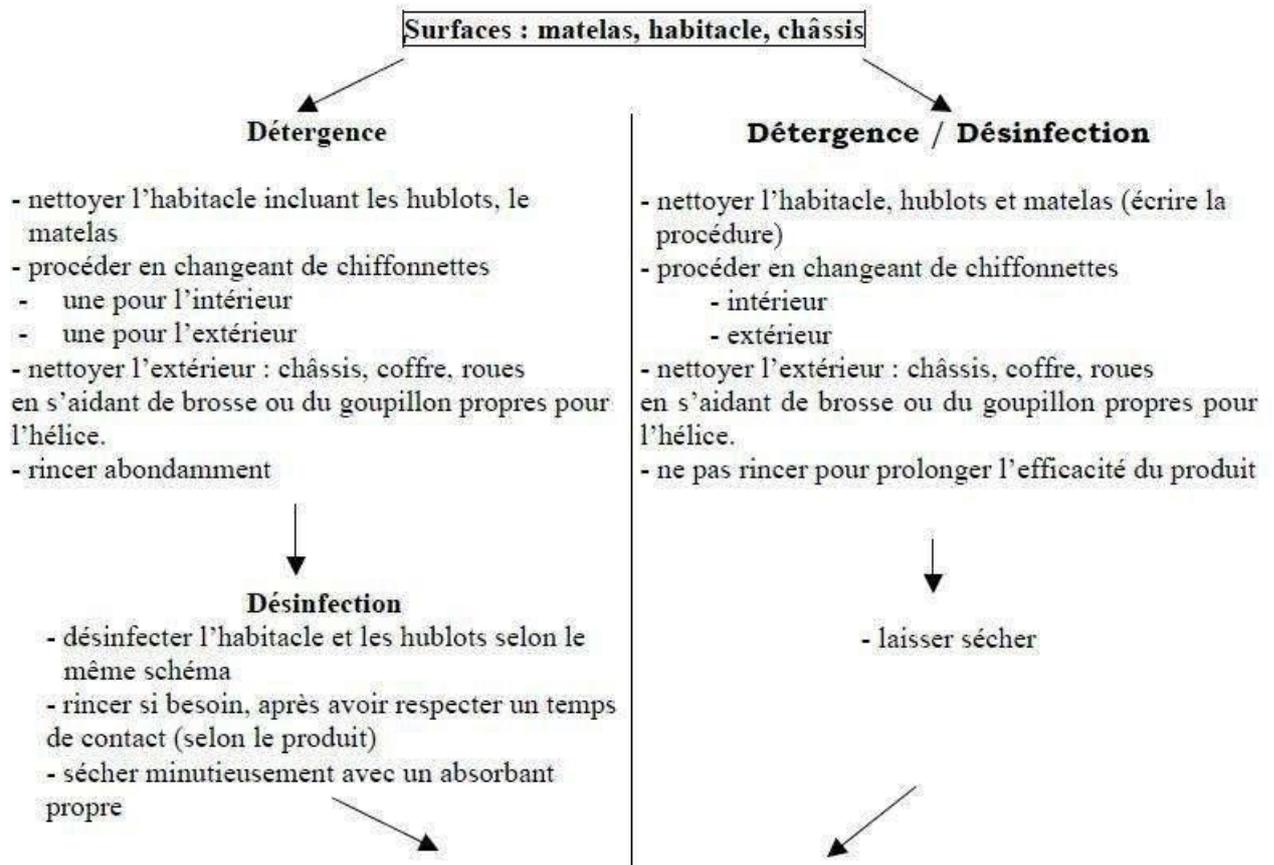
- Limiter le nombre de présences dans le local d'entretien
- Se protéger (tablier, gants)
- Enlever immédiatement le bac à eau, le vider avec précaution, sans éclaboussures
- Le mettre à tremper dans le bain de produit préparé (selon procédure retenue)
- Se laver les mains (lavage simple)
- Faire fonctionner l'incubateur en ayant sélectionné le réglage de l'humidification au maximum pour assécher le circuit
- Débrancher l'appareil et le laisser refroidir à température ambiante avant de procéder au nettoyage (risque de brûlures)

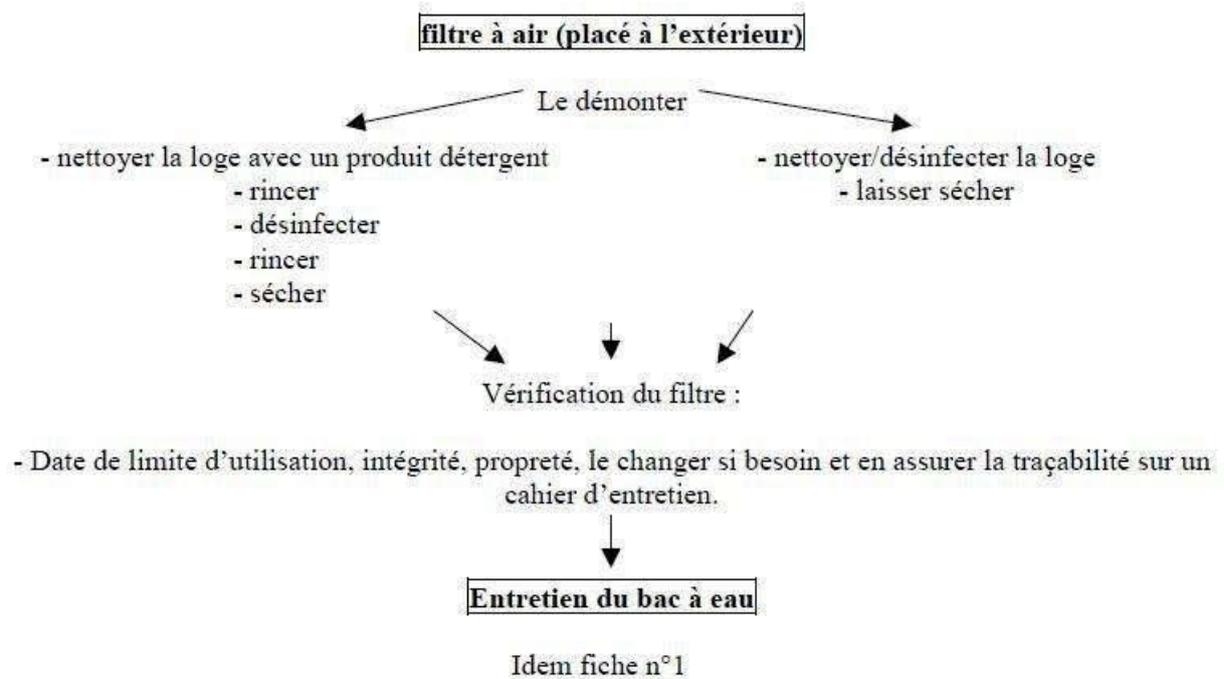
1. Pièces amovibles

- Démontez tout ce qui peut l'être : plateaux, joints d'étanchéité, caoutchouc de hublots
- Enlever les résidus de sparadrap ou de colle, particulièrement sur la sonde thermique et l'habitacle à l'aide d'un tampon anti-adhésif non abrasif



** Ne pas immerger l'adaptateur de la sonde thermique





- enlever les gants et se laver les mains ou réaliser une désinfection, en dehors de présence de poudre d'amidon,
- remettre en place l'ensemble des éléments amovibles, laisser le bac à eau dans son emballage stérile jusqu'au moment de l'utilisation.
- vérifier avant la pose, l'intégrité du matelas.
- remonter les joints d'étanchéité et les caoutchoucs de hublots.
- fermer l'habitacle.
- recouvrir d'une housse ou d'un drap propre bien enveloppant.
- noter sur la fiche de traçabilité et sur la housse de protection le nettoyage et la désinfection de l'incubateur.
- stocker dans un local propre, aéré, ventilé.
- renouveler l'opération au bout d'un mois si l'incubateur n'est pas utilisé : si les conditions de stockage et de protection sont favorables cette opération peut être un dépoussiérage humide en utilisant un produit détergent désinfection.

NOTIONS DE DIÉTÉTIQUE

Introduction :

L'allaitement maternel ou allaitement au sein est le mode d'alimentation privilégié des nouveau-nés.

Toutefois si la mère choisit l'allaitement artificiel, le personnel n'a pas à apporter de jugement.

1. L'allaitement maternel

On donnant le sein, la mère offre non seulement un lait de qualité, mais surtout elle entre en communication très intime avec son enfant.

1.1. Physiologie de la lactation

La sécrétion du lait : la prolactine — La montée laiteuse se produit généralement le 3e jour après l'accouchement, sous l'influence de la prolactine.

La prolactine agit sur les acini et provoque la sécrétion du lait.

Elle est stimulée par la succion du bébé.

L'excrétion du lait : l'ocytocine — Sous l'effet de la succion, l'hypophyse sécrète l'ocytocine. Cette hormone agit sur les acini qui se contractent et éjectent le lait

La montée laiteuse peut se produire plus tardivement : vers le 15* jour après l'accouchement.

1.2 Intérêt de l'allaitement maternel

Toute femme enceinte devrait être informée **très objectivement** sur les avantages et inconvénients des différents modes d'allaitement.

Du libre choix de la mère dépend la réussite de l'allaitement.

Le lait maternel s'adapte aux besoins de l'enfant :

- au cours de la lactation : le lait devient de plus en plus riche avec la croissance de l'enfant ;

- au cours de la journée : le lait est plus riche le soir pour nourrir le bébé avant le long repos de la nuit;

- au cours de la tétée : le lait est plus riche en fin de tétée afin de donner au bébé une impression de satiété.

Allaitement maternel	Allaitement artificiel
avantage	
Le lait de femme : - s'adapte parfaitement aux besoins de nourrisson - apporte des anticorps - permet une alimentation à la demande - est rapidement digéré (environ 1 h 30) - favorise les contacts corporels et affectifs mère-enfant	- Allaitement moins contraignant (les biberons peuvent être donnés par une autre personne que la maman) - Allaitement permettant aussi une alimentation «à la demande» • - Le biberon donné avec attention et amour favorise aussi les échanges affectifs mère-enfant
Inconvénients	
- L'allaitement peu paraître astreignant, la présence de la mère étant nécessaire au moment des tétées.	- des astreintes matérielles (préparation des Biberons) - peuvent entraîner des intolérances - ne contiennent pas d'anticorps

Tableau 7.1 : comparaison de l'allaitement maternel et artificiel

I.3. Conduite de l'allaitement maternel

La bonne conduite de l'allaitement repose sur deux principes fondamentaux :

- la mise au sein précoce (dans les 2 h suivant la naissance) ;
- l'allaitement à la demande du bébé.

I.3.1 la mise au sein précoce : La mise au sein précoce présente de nombreux avantages psychologiques et physiologiques.

a. Avantages psychologiques Rendue possible dès la naissance, La première mise au sein permet une **continuité** dans la relation mère-enfant.

C'est sur le ventre maternel que le nouveau-né exprime sa faim par le réflexe *defouissement*¹.

Quelques instants après la naissance, le bébé, guidé par son odorat, recherche le mamelon. Tous ses sens, la vue, l'odorat, l'audition, le toucher, sont en alerte. Il rampe, atteint le mamelon et le tète avec vigueur.

Durant ce moment, la mère est à l'écoute de son enfant, elle peut reprendre son calme après la grande décharge émotionnelle de l'accouchement.

b. Avantages physiologiques La tétée précoce présente des avantages variés pour l'enfant et sa mère.

b.1 Avantages pour l'enfant : il peut :

- exercer son réflexe de succion¹. Le réflexe de succion, très intense après la naissance, diminue après la 6^e heure de vie et n'est réactivé que 48 heures après ;
- ingérer du colostrum : substance précieuse pour le nouveau-né :
 - le colostrum contient du lactose qui joue un rôle important dans la prévention de l'hypo-glycémie du nouveau-né, qui est dangereuse pour le système nerveux.
 - le colostrum est laxatif et permet l'élimination du méconium,
 - le colostrum contient des éléments anti-infectieux, assurant une protection immédiate du nouveau-né.

b.2. Avantages pour la mère : au moment de l'accouchement, la succion du sein par le bébé favorise le décollement du placenta.

Par la suite, la succion favorise la remise en place de l'utérus.

I.3.2 l'allaitement à la demande

L'allaitement à la demande répond aux besoins du nouveau-né et permet un bon démarrage de l'allaitement. Pour cela, la mère et l'enfant doivent être dans la même chambre.

L'enfant est mis au sein dès qu'il en manifeste le désir. la mère doit reconnaître les «signaux» utilisés par le bébé :

- les pleurs vigoureux ;
- le réflexe de fouissement (l'enfant tourne la tête en tout sens en ouvrant la bouche).

L'enfant doit pouvoir téter aussi souvent qu'il le désire. Au début, la «demande» de l'enfant est irrégulière et fréquente. Par la suite, l'intervalle entre deux tétées s'allonge. L'enfant va adopter un horaire plus ou moins constant.

¹ Selon de récentes informations, l'allaitement maternel présenterait pour l'enfant un avantage supplémentaire. Par le jeu de la succion, il faciliterait la remise en place rapide de la boîte crânienne du nouveau-né.

Lorsque la lactation est bien établie, on peut conseiller aux mères de :

- Respecter un intervalle de 2 heures (environ) entre les tétées (temps nécessaire à la digestion du lait). L'enfant peut en effet pleurer pour un tout autre motif que la faim.
- Ne pas s'inquiéter si l'intervalle entre les tétées semble long : c'est que l'enfant n'a pas faim (délai maximum conseillé entre les tétées : 4 à 5 heures).
- Limiter la durée de la tétée. L'enfant prenant l'essentiel de sa ration au cours des 1^o minutes, la prolongation de la tétée au-delà de 15 à 20 minutes augmente le risque de crevasses.

1.4 Le déroulement d'une tétée

Pour le confort de l'enfant, il est préférable de le changer avant la tétée.

1. Hygiène : La maman veillera à se laver les mains et à nettoyer ses mamelons avant de donner le sein.
2. Installation de la mère et de l'enfant : la meilleure position est celle que la mère estime être la plus confortable, il faut néanmoins que :
 - la bouche de l'enfant soit à la portée du mamelon ;
 - son dos et ses fesses soient bien soutenus ;
 - le bébé soit en position «ventre contre ventre » avec sa mère.

3. Mise au sein :

- La mère présente le sein à l'enfant en le tenant entre l'index et le médium
- Elle dégage le nez du bébé en appuyant sur le sein avec le pouce.
- Elle introduit dans la bouche de l'enfant non seulement le mamelon mais également l'aréole (prévention des crevasses).
- Elle laisse l'enfant «chercher le sein» et évite de lui maintenir fermement sa tête contre son sein.
- Au début de l'allaitement, la mère présente, à chaque tétée, les deux seins en alternant chaque fois l'ordre de la présentation. Par la suite, si le lait est abondant, un seul sein peut suffire (présentation alternée).
- Elle doit éviter les compléments d'eau sucrée et de lait.

NB : La mère doit toujours veiller à assurer une vidange complète des seins à chaque tétée (prévention des engorgements) et à renouveler les soins d'hygiène (prévention des crevasses et des infections)

4. Après la tétée

- La mère tient l'enfant bien droit contre sa poitrine, afin de lui permettre de faire son « rot ».

	<p>Allongée La position idéale la nuit ou en cas de fatigue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • corps contre buste, • sa tête dans le creux du bras, • le visage du bébé tourné vers celui de sa mère, • la main plaquée dans son dos, 		<p>Assis face à vous Pratique lorsque le bébé commence à tenir sa tête,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lui permet de téter en étant bien face au sein, ce qui change les points d'appui habituels sur le mamelon. • C'est parfait en cas de crevasses ou quand votre lait coule très fort.
	<p>En berceuse La méthode classique. La tête du bébé est placée du même côté que le sein qu'il va téter</p> <p>et soutenue au creux de votre coude pour éviter qu'il se cabre vers l'arrière. Votre avant-bras sert de support à son dos, et votre main le porte sous les fesses.</p>		<p>En ballon de rugby Placer le nourrisson sous le bras du côté du sein qu'il tète, son corps enroulé autour de votre taille. Ainsi il ne pèse pas sur la cicatrice de la césarienne, et L'on voit bien ses mouvements de succion.</p>
	<p>Debout À réserver aux mamans expérimentées, lorsque la lactation est bien installée, Le mouvement de la berceuse peut apaiser un tout-petit énervé au moment de la tétée. Soutenez-le fermement pour le rassurer.</p>		<p>"transat" semi-allongée, le bébé couché à plat ventre sur votre torse avec ses pieds en appui sur vous. Ainsi, il se hisse pour se déplacer jusqu'au sein, bien calé. Tant qu'il est tout petit, vos deux bras L'enveloppent.</p>
	<p>Avec un tire-lait si l'on doit s'absenter tout en assurant au bébé les bienfaits de l'allaitement. Placez le face à vous, la coupelle centrée au niveau de l'aréole, et appuyez doucement sur la poignée pour que l'embout adhère bien au sein.</p>		<p>Position de la bouche Le bébé doit prendre correctement Le sein. Sa bouche couvre une partie ou toute L'aréole, La lèvre inférieure légèrement retroussée. Son visage est face au sein : il ne doit pas tourner la tête pour L'attraper.</p>

Fig.7.1 : les positions de mise au sein

A. La liberté de l'allaitement

- Oublier l'hortage : l'allaitement au sein doit être un allaitement à la demande de l'enfant
- Oublier la balance : un enfant nourri au sein profite bien, la pesée systématique devient une contrainte inutile

B. L'installation de la maman pour la tétée :

Veiller au confort :

- Utiliser un siège bas
- Appuyer le dos et les coudes contre un support
- Surélever légèrement les pieds
- Choisir un endroit calme et frais, avec une lumière douce

C. La mise au sein :

- Pratiquer les soins d'hygiène du sein
- Laisser le bébé « chercher le sein »
- Présenter un ou deux seins (selon la quantité de lait)

D. La prise du sein* :

Date : Heure : Chambre n° :

Nom de l'observatrice :

- Le corps de l'enfant est contre la mère face au sein
- La tête et le corps de l'enfant sont dans l'axe
- Le menton de l'enfant touche le sein
- Les fesses de l'enfant sont soutenues
- La bouche est grand ouverte
- La lèvre inférieure est éversée
- Les joues sont bien rondes
- On ne voit plus d'aréole au-dessus de la bouche de l'enfant
- On observe une alternance de suctions vigoureuses et de déglutitions
- L'enfant se détache du sein
- Le(ou les) sein(s) sont bien vidés
- La tétée a durée

E. Après la tétée

- Bien sécher les mamelons (pour éviter les crevasses) et faire faire le « rot » au bébé.

* Document utilisé par le personnel de la maternité de l'hôpital de Colombes (92).

Fig.7.2 : conseils à donner à une maman pour une bonne tétée

1.4 Surveillance du bébé nourri au sein

Durant toute la période de l'allaitement, la mère devra être attentive :

- au comportement du bébé : un bébé qui paraît repu après la tétée est un bébé à qui l'allaitement profite. Par contre, des cris, des pleurs... doivent éveiller l'attention
- à la succion du bébé: la quantité de lait ingérée s'apprécie par l'observation du nombre de déglutitions comparé au nombre de mouvement de succion. Il ne suffit pas que le bébé tète vigoureusement, il doit encore déglutir régulièrement
- à l'aspect des selles : 5 à 6 selles/jour, semi-liquides. Fréquentes, de couleur jaune d'or, d'odeur aigrelette (un peu aigre) sont normales ;
- à la courbe de poids: celle-ci se pratique surtout à la maternité et jusqu'au 10* jour (où le bébé récupère son poids de naissance).

1.5 Hygiène de la femme allaitante

1.5.1 Hygiène de vie Afin de maintenir la sécrétion lactée, la mère doit :

- mener une vie calme. Son rythme de vie doit être proche de celui du bébé (elle peut faire une sieste quand le bébé dort). Il lui est conseillé de se relaxer une dizaine de minutes avant les tétées ;

- faire des marches au grand air: elles sont bénéfiques à sa santé et lui permettent de reprendre contact avec l'extérieur.

I.5.2 Hygiène corporelle Afin de préserver la santé du bébé, une hygiène corporelle stricte est vivement recommandée :

- douche ou bain quotidien ; -
- lavage fréquent des mains; -
- cheveux propres et retenus.

I.5.3 Hygiène des seins Avant d'allaiter, la femme doit se laver les mains.

L'absence d'hygiène est source d'infection, par contre les soins d'hygiène trop rigoureux diminuent les défenses naturelles de l'organisme

Les «soins de seins» sont importants mais il faut éviter les attitudes extrêmes²:

- nettoyer le mamelon et l'aréole avec une compresse imbibée d'eau (minérale ou du robinet) avant et après chaque tétée;
- bien sécher le mamelon après la tétée et le maintenir au sec

I.5.4 Hygiène alimentaire

L'alimentation de la femme allaitante doit être équilibrée, variée et adaptée à ses besoins spécifiques.

Elle a pour but de favoriser la sécrétion d'un lait de qualité.

-Apport énergétique: l'élaboration du lait demande une augmentation de la ration énergétique quotidienne.

- Apport protidique : le lait maternel étant riche en acides aminés, la mère devra augmenter sa consommation de protéines.

- Apport lipidique : la mère veillera à consommer des huiles végétales, notamment de l'huile de tournesol.

-Apport glucidique: l'augmentation des glucides permet de compléter l'apport énergétique.

-Apport en sels minéraux: l'alimentation de la femme allaitante doit être essentiellement enrichie en calcium (car le lait maternel en contient une très grande quantité) et en fer (afin de compenser les pertes à l'accouchement et de prévenir l'anémie du nourrisson).

-Apport en vitamines: toutes les vitamines seront augmentées par la consommation de fruits et légumes frais.

-Apport en eau: l'eau étant indispensable à la fabrication du lait. La femme doit en consommer une quantité minimum de 2 l/jour (eau de boisson et eau apportée par l'alimentation).

-Apports en fibres: afin d'éviter la constipation, la mère consommera des aliments riches en fibres (cellulose, légumes et fruits).

I.5.5 Conseils généraux

- L'alimentation de la femme allaitante doit être appétissante et tenir compte des goûts personnels
- Elle sera répartie en 4-5 repas, pris à heures régulières dans une atmosphère calme.

- Il est traditionnel de déconseiller les aliments à goût fort (choux, ail, oignons...). Ils risquent de donner une saveur particulière au lait (pouvant entraîner un refus de l'enfant). Mais il se peut que le nouveau-né l'apprécie. De ce fait, avant d'éliminer ces aliments de son alimentation, la femme allaitante testera les réactions de son enfant.

Certains aliments riches en acides organiques (épinards, fruits rouges) peuvent être laxatifs pour l'enfant et doivent être également testés.

Les boissons excitantes telles que le thé, le café... seront consommées en quantités réduites.

Par contre, la consommation d'alcool et de tabac (ainsi que celle des médicaments susceptibles de passer dans le lait) doit être interdite.

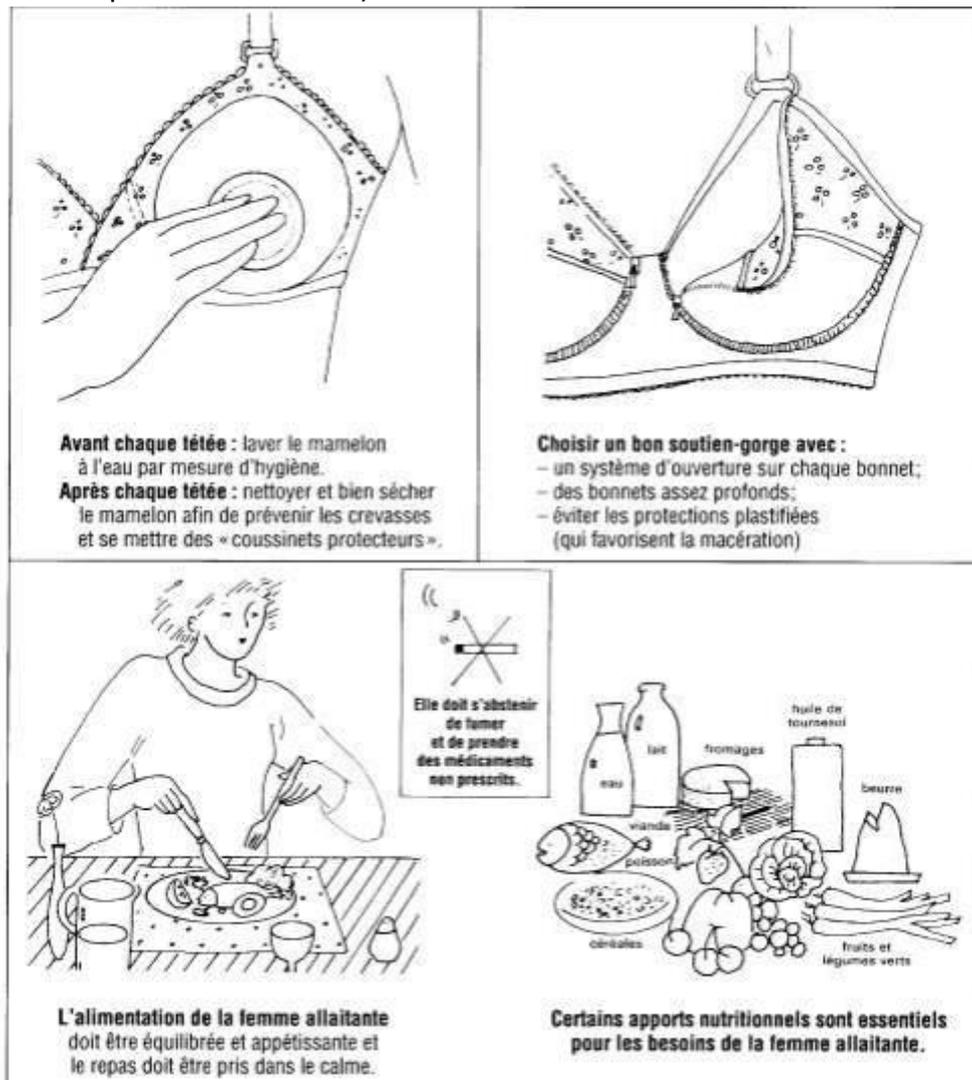


Fig. 7.3 : hygiène de la femme allaitante

1.6. Contre-indications à l'allaitement maternel

1.6.1 Contre-indications provenant de la mère

- les maladies graves (cardiopathies, néphropathies, sida ...);
- les maladies neurologiques graves ;

- le non-désir d'allaiter (quelles que soient les motivations : surcroît de travail, dégoût, refus du mari. etc.).

I.6.2 Contre-indications provenant de l'enfant

Les difficultés de succion (bec-de-lièvre, gueule-de-loup...).

I.7. Complications de l'allaitement maternel Ces complications apparaissent généralement au début de l'allaitement.

• **Les crevasses** Lésions cutanées siégeant au niveau des mamelons et sont très douloureuses.

Prévention :

- la tétée ne doit pas être trop longue (10 à 15 min par sein);
- l'enfant doit téter en prenant toute l'aréole dans sa bouche ;
- l'hygiène des seins doit être correcte ;
- les mamelons doivent être maintenus au sec entre les tétées.

Traitement :

- laisser les mamelons à l'air ou projeter de l'air sec (sèche-cheveux);
- utiliser une pommade cicatrisante;
- utiliser un « bout de sein artificiel ».

- **Les engorgements**

Les engorgements résultent d'une mauvaise éjection du lait. Ils peuvent se produire tout au long de la lactation.

Les seins sont gros, durs et douloureux, écoulement du lait est impossible.

Prévention :

- une mise au sein précoce;
- des tétées fréquentes;
- une bonne vidange du sein à chaque tétée ;
- un environnement psychologique apaisant.

Traitement : application de douches chaudes ou de cataplasmes.

le médecin incite la maman à limiter la quantité de boisson (qui ne doit pas excéder 1l à 1.5 l/24 h).

- **les infections du sein**

L'infection du sein peut aller de la simple lymphangite à l'abcès du sein.

la lymphangite : l'invasion du système lymphatique par les microbes. A ce stade, le lait n'est pas infecté. On peut donc continuer à l'administrer à l'enfant mais une surveillance médicale est conseillée.

L'abcès du sein : il s'agit d'une infection grave du sein. Les microbes, ayant franchi la barrière lymphatique, ont contaminé toute la glande mammaire. le lait est infecté et il est hors de question de l'administrer à l'enfant.

I.8. Le sevrage il représente pour la mère et pour l'enfant un moment capital dans leur relation. Sous son aspect alimentaire, le sevrage est :

- avant 4 mois, le passage de l'allaitement au sein à l'allaitement au biberon;
- après 4 mois, le passage de l'allaitement au sein à l'alimentation semi-diversifiée.

• Le moment du sevrage : le moment « idéal » pour le sevrage est celui qui est choisi par les parents, celui qui leur paraît être le meilleur pour eux et pour l'enfant.

- Pour la mère : c'est le moment où elle a envie de vivre autre chose avec son enfant.
- Pour l'enfant: c'est le moment où il décide seul de renoncer au plaisir du sein pour d'autres plaisirs.

• Conduite du sevrage avant 3/4 mois

Le sevrage doit se faire progressivement au rythme de la mère et de l'enfant. Il faut donc que la mère y songe suffisamment de temps avant sa reprise du travail.

Au début, la mère remplace une tétée, de préférence la moins abondante, par un biberon de lait 1^{er} âge.

Dès que l'enfant est habitué à ce nouveau mode d'alimentation, elle lui propose un deuxième biberon dans la journée et ainsi de suite...

Le sevrage progressif permet :

- à l'enfant d'avoir le temps de s'habituer au biberon et au nouveau goût du lait :
- à la mère d'avoir une diminution progressive de la sécrétion lactée ;
- à la mère et à l'enfant d'assumer la séparation.

• Aspects psychologiques du sevrage

Sous son aspect « séparation », le sevrage est en quelque sorte une deuxième coupure du cordon ombilical :

- la mère peut ressentir de la nostalgie, un sentiment de perte. Elle peut se sentir moins « importante » pour l'enfant;

La séparation est encore plus difficile à vivre lorsqu'elle est imposée par la reprise du travail de la mère. En effet :

- l'enfant doit abandonner non seulement le sein réel... mais également la présence sécurisante, continue de sa mère :
- la mère doit, elle aussi, vivre cette séparation physique. Elle peut éprouver de la difficulté à confier son enfant à une personne étrangère.

Pour faciliter le sevrage, il est important que :

- l'enfant reçoive beaucoup de tendresse et de câlins (tendresse) de la part de sa mère :
- la mère doit, elle aussi, être soutenue affectivement par son entourage.

Le sevrage est une séparation mais c'est aussi le début d'un nouveau mode de relation avec l'enfant.

Librement accepté par les deux partenaires, il constitue un pas de plus vers l'autonomie et la liberté.

II. L'allaitement mixte

L'allaitement mixte est la combinaison de l'allaitement maternel et de l'allaitement artificiel.

II.1. Indications L'allaitement mixte est conseillé dans certains cas :

- sécrétion lactée tardive ou insuffisante;
- début de sevrage du bébé ;
- reprise du travail de la mère;
- allaitement de jumeaux;
- gain de poids du bébé insuffisant ;
- mise au repos d'un sein (crevasses, infection);

- fatigue de la mère.

II.2.Principe

Le lait de femme est remplacé progressivement par un lait en rapport avec l'âge du bébé.

II.3.Différentes méthodes

II.3.1.L'allaitement de complément

Chaque tétée insuffisante au sein est complétée par un biberon de lait infantile.

Exemples :

- Infection d'un sein : il faut présenter au bébé le sein non infecté et compléter la ration par un biberon.
 - Sécrétion lactée insuffisante ou tardive, ou insuffisance de poids de l'enfant : il faut faire téter les deux seins à chaque tétée et compléter la ration par un biberon.
- La tétée régulière favorisant la sécrétion lactée, il ne faut jamais, dans ce cas, remplacer une tétée par un biberon.

II.3.2 L'allaitement alternatif : Cette méthode consiste à remplacer 1 ou 2 tétées au sein par un biberon de lait infantile. Cette situation se rencontre particulièrement au moment de la reprise du travail de la mère.

► Exemple : la maman qui reprend le travail donne le sein le matin et le soir et la personne qui garde l'enfant lui donne les autres repas de la journée au biberon.

► Avantages

- L'allaitement mixte permet de prolonger l'allaitement maternel avec ses nombreux avantages (il suffit que le bébé reçoive 20% de lait maternel dans sa ration pour que son alimentation bénéficie de tous les avantages du lait maternel).
- L'allaitement mixte est une bonne transition pour le passage à l'alimentation semi-diversifiée.

► Inconvénients

- Cet allaitement est contraignant (préparation des biberons).
- Il n'est pas assez régulier pour maintenir une bonne sécrétion lactée.
- Le bébé préfère vite le goût plus sucré des laits en poudre et donne la préférence au biberon.
- le bébé a des difficultés à accepter la tétine plus dure et plus froide que le sein.

► Surveillance : Il est important de surveiller :

- le poids de l'enfant ;
- l'état des selles.

III. L'allaitement artificiel

Lorsque la maman ne peut pas, ou ne veut pas allaiter son enfant, elle aura recours aux laits artificiels, fabriqués à partir du lait de vache Il existe des laits pour nourrissons, conseillés de la naissance à 4 mois, et des laits de suite qui s'utilisent à partir de 5 mois.

II.1.Conduite de l'allaitement artificiel Pour un allaitement artificiel de qualité, il convient de :

- L'enfant sera nourri «à la demande». Son appétit étant variable, la quantité de lait par biberon ne doit pas toujours être identique. Ce qui importe, c'est de respecter la ration par 24 h.
- Communiquer avec l'enfant
- Les perforations de la tétine doivent être calculées pour que la tétée dure au moins dix minutes.
- est bien entendu proscrit de laisser le bébé téter seul, le biberon calé par un oreiller!
- Savoir «donner le biberon» Pour donner correctement le biberon, il faut
 - respecter les règles d'hygiène;
 - s'installer correctement;
 - offrir le biberon à la température préférée par l'enfant (t° ambiante ou légèrement plus chaude);
 - vérifier la perforation de la tétine (le débit doit être assez lent);
 - bien installer l'enfant : dans les bras, en position semi-assise, la tête bien soutenue :
 - introduire la tétine sur la langue de l'enfant ;
 - maintenir le biberon redressé afin d'éviter que l'enfant n'absorbe de l'air;
 - interrompre la tétée de temps en temps (surtout si le bébé tète trop vite);
 - laisser l'enfant libre de ses mouvements (ne jamais lui coincer les bras);
 - le regarder, lui parler;
 - évaluer la quantité de lait prise par l'enfant.
- En fin de tétée :
 - Il faut redresser l'enfant pour lui permettre de faire son «rot». On peut le maintenir contre sa poitrine en lui tapotant légèrement le dos.

IV. Rôle de l'A/S : informer la mère sur :

- la physiologie de la lactation afin de lui faire prendre conscience de l'importance :
 - De la succion précoce.
 - Des tétées fréquentes;
- les différentes manières de s'installer confortablement;
- les règles d'hygiène à respecter;
- les critères de surveillance de l'allaitement tant pour elle-même que pour l'enfant;
- les moyens d'assurer le bien-être et le confort de l'enfant pendant la tétée;
- les principes de base à respecter pour un «allaitement à la demande ».

L'auxiliaire de puériculture doit être capable de surveiller l'allaitement :

- surveillance de l'enfant;
- surveillance des seins (dépistage précoce des complications).

L'aide soignant doit être disponible aux mères il doit écouter et répondre à leur demande d'aide.

TECHNIQUES DE PUÉRICULTURE (Nouveau-né)

I. réfection du berceau du nouveau né

Définition et objectifs :

Le berceau est le lit d'un nourrisson, il lui assure le confort et la sécurité.

La réfection du berceau consiste à préparer ou changer les draps de l'enfant.

Matériel :

- Un berceau
- Un matelas +toile cirée
- Un drap de dessus
- Une ou deux couvertures en laine
- Un petit oreiller avec taie
- Une chaise
- sac à linge
- Une housse
- Détergent-désinfectant,
- Lavettes,
- Solution hydro-alcoolique

Technique :

- Pendant la réfection du berceau, le nourrisson sera porté sur un bras ou mieux donné à un aide. ***il ne sera jamais déposé sur la table de change*** : une chute aux conséquences graves est à craindre.
- Préparer le matériel sur un chariot préalablement désinfecté
- Défaire le berceau en pliant les couvertures, les poser sur une chaise.
- Mettre le drap de dessus dans le sac à linge sale.
- Enlever l'oreiller et défaire la taie, la mettre dans le sac à linge sale.
- Désinfecter un plan de travail
- Nettoyer et désinfecter le recto du matelas dans le berceau puis déposer cette face propre, sur le plan de travail désinfecté.
- Nettoyer et désinfecter les côtés et le verso du matelas.
- Nettoyer et désinfecter l'intérieur de la coque du berceau puis la retourner sur le plan de travail
- Nettoyer et désinfecter l'extérieur de la coque.
- Nettoyer et désinfecter les armatures
- Replacer le drap de dessous bien l'étendre.
- Border draps de dessus et couvertures, le rabat du drap de dessus est bordé aux pieds du li.
- Mettre la taie d'oreiller et placer l'oreiller.
- Ouvrir le berceau en biais pour coucher l'enfant.
- Ranger le matériel

II. soins d'hygiène

Les soins d'hygiène aux nouveau-nés visent à prévenir d'éventuelles complications infectieuses en étant le moins agressif possible. Les autres soins au nouveau-né ne sont pas envisagés : le « bain de naissance » n'a pas pour fonction de nettoyer le bébé.

Seul le nouveau-né bien portant est évoqué.

Dans une dimension éducative, le soignant va devoir montrer aux parents la toilette du nouveau-né, le bain de l'enfant et les différents soins.

Objectifs

- Maintenir l'hygiène et la propreté de la peau.
- Prévenir toute infection.
- Dégager les voies aériennes supérieures.

A. bain

Matériel : (Suivant le protocole du service)

Baignoire,

Matelas à langer, + thermomètre pour l'enfant, pèse bébé

Serviette(s) : 1 à 2

Gant de toilette, compresses

Savon surgras (cf. spécificité peau nouveau né)

Soluté hydro alcoolique

Couche

Protection pour pèse enfant

Thermomètre de bain

Brosse à cheveux : douce

Vêtements propres (body en coton, vêtements du jour adaptés à la température)

Haricot, poubelle, sac à linge sale

Recommandations préalables :

- Ne jamais laisser un enfant seul sur la table à langer ou dans le bain.
- Ne pas mettre l'enfant dans une baignoire où l'eau coule encore (risque de changement de température et de brûlure)
- Toujours vérifier la température du bain en privilégiant l'usage d'un thermomètre réservé à cet effet avant de plonger le enfant (sans thermomètre : les mains sous estiment la température, préférer le coude)
- Toujours garder la tête du nouveau-né hors de l'eau
- S'assurer d'avoir tout le matériel à portée de mains (ANTICIPATION)
- S'assurer que le moment est propice pour l'enfant et pour les parents.
- Vérifier le nettoyage désinfectant de la table à langer, de la baignoire, du pèse enfant.
- Ne pas s'acharner à enlever le vernis caseosa (il sert de protection de la peau)

Technique

Durée : au maximum 5 minutes les premiers mois car l'enfant se refroidit très vite, Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il peut se prolonger. Permettre à l'enfant de profiter de ce temps, de se décontracter, de se faire plaisir.

Avant le bain

- Lavage simple des mains ou désinfection avec le SHA
- s'assurer que la température de la pièce est suffisante (entre 20°C et 22°C), éviter les courants d'air
- Mettez un fond d'eau à 37°C.
- Poser le nécessaire de toilette et le change à proximité pour ne pas laisser le bébé seul un instant.
- Installer-Le sur le plan à langer couvert de deux serviettes (la seconde sert à Le sécher).
- Déshabillez-le au dernier moment
- Si selles nettoyer le siège sommairement en utilisant des gants à usage unique
- Savonner le corps de l'enfant du plus propre au plus sale : c'est-à-dire en commençant par la tête (soins du visage après) en insistant au niveau des plis et du cordon, en évitant de revenir sur les parties déjà savonnées, et en terminant par les organes génitaux
- Soins des organes génitaux :
 - Pour les filles : ne pas écarter les petites lèvres, mais passer une compresse de haut en bas entre les lèvres sans faire d'aller-retour (une compresse par passage)
 - Pour les garçons : nettoyer l'extrémité de la verge sans décalotter (le décalottage) sera effectué par le pédiatre vers 5-6 mois).

Le Bain

- Vérifier température de l'eau et immerger l'enfant progressivement, doucement (en commençant par les pieds, fesses, thorax)
- Posez une main sous une aisselle, l'autre sous les fesses.

Attention, les mains savonneuses glissent et le maintien doit être efficace

- Gardez une main sous L'aisselle, le bras sous la nuque. De l'autre main Libre rincer-le en versant de l'eau sur les épaules et le buste qui ne sont pas immergés. Terminer par sa tête,
- Enlever la serviette sur laquelle l'enfant a été savonné Sortir l'enfant de l'eau et le poser sur le matelas à langer sur l'autre serviette
- L'envelopper et le sécher délicatement et rapidement en tamponnant sans oublier les plis
- Glisser un change sous le siège sans la fermer en tournant les fesses de l'enfant sur le côté
- Habiller l'enfant (au moins le haut) pour éviter le refroidissement
- Soins du cordon ombilical et du visage selon protocole

Après le Bain

- Finir d'habiller l'enfant

- Réinstaller l'enfant confortablement

1. Préparation



Mouiller et savonner :



Immerger le bébé dans l'eau :



Sécher le bébé



Ne pas oublier les plis :



Fig. 8.1 : déroulement du bain d'un nouveau né

B. soins du visage

Indications

- Tous les jours, au mieux au moment du bain.
- Chaque fois que nécessaire.

Matériel

- Compresses.
- Sérum physiologique.
- Réniforme.

Technique :

- Le soin du visage se fait sur un bébé habillé (Tenter qu'il ne prenne froid).
- Se laver les mains.
- Prendre une compresse, en « papillon ».
- Imbiber la compresse avec du sérum physiologique.
- Le visage : Bien installé sur la table à Langer, lavez le tour de sa bouche, le menton, le front et les joues
- Le cou : Nettoyez soigneusement les petits plis du cou, là où un peu de lait régurgité risque de se cacher ! Et séchez les plis en tamponnant doucement pour ne pas laisser d'humidité. Cela pourrait rapidement provoquer des irritations.
- Le nez : Lavez chaque jour les ailes du nez à l'eau pour ôter la transpiration qui s'y dépose. En cas de mucosité instillez le sérum physiologique directement dans la narine, le bébé placé de côté, afin que le liquide s'écoule naturellement. Puis essuyez.

En cas de rhume : Lorsque son nez est obstrué (et non systématiquement au quotidien), vous pouvez utiliser un mouche-bébé, manuel ou électronique. Posez l'embout délicatement à l'entrée de la narine et aspirez avec précaution.

- Derrière l'oreille : Le plus simple consiste à laver l'arrière de l'oreille dans le bain, sans mettre d'eau à l'intérieur. A défaut, faites-Le sur la table à langer avec une compresse ou un coton humide et séchez bien pour éviter tout un risque de macération.
- Le pavillon de l'oreille : n'utilisez jamais de Coton-tige, même spécial enfant: il peut le blesser en cas de mouvement brusque. Préférez une compresse roulée, que vous passerez délicatement en suivant les méandres du pavillon.
- Les yeux : Pour ne pas entraîner d'impuretés dans l'œil, allez toujours du plus propre au plus sale: du coin externe vers l'intérieur, avec une compresse imbibée de sérum physiologique, plus efficace que L'eau. Changez de compresse pour L'autre œil.

Transmissions

- Transmissions orales à la puéricultrice et écrites dans le dossier de soins, comprenant :
 - le soin ;
 - toutes les anomalies (écoulements, infections, etc.) ;



1. visage



2. cou et plis



3. nez



4. derrière l'oreille



5. pavillon de l'oreille



6. les yeux

Fig. 8.2 : soins du visage du nouveau né

c. soins du cordon

Définition :

Le cordon ombilical qui, à la fin de la grossesse, a une longueur moyenne de 50 à 60 cm, est souvent coupé immédiatement après la naissance, à quelques centimètres de l'abdomen. Ensuite, le moignon se ferme avec une petite agrafe en plastique et est coupé.

Le soin intéresse le moignon ombilical du bébé, qui reste après la coupe du cordon lors de l'accouchement

Objectifs :

- Prévenir l'infection de l'ombilic
- Favoriser la cicatrisation du moignon

Indication :

Au moment du bain et, si besoin, Lors du coucher. Jusqu'à la cicatrisation complète de l'ombilic, en dix à quinze jours.

Matériel :

- Compresses propres
- Sérum physiologique
- Des cotons-tiges
- un antiseptique

Technique :

- Commencez par vous laver les mains et rassembler le matériel près de vous
- installez le nouveau-né sur la table à langer.
- Imbibez de désinfectant une des extrémités du coton-tige.
- Soulevez la pince (Tant que la pince, posée à la base du cordon à la naissance, est en place – le personnel de la maternité la coupe lorsque l'extrémité est sèche, après 24 à 48 heures) maintenez-la bien relevée pour dégager le cordon
- On nettoie les résidus. Imbibez votre compresse de sérum physiologique et appliquez-le autour de l'ombilic. Commencez toujours par la base en allant vers l'extérieur afin d'éviter que les impuretés se déposent au cœur du nœud. Recommencez l'opération avec une nouvelle compresse, si nécessaire.
- On désinfecte. A l'aide d'une compresse, désinfectez la base par un geste « en virgule », relevez légèrement le cordon. Avec une nouvelle compresse, procédez de même vers le haut. Pensez à bien insister au niveau des plis et des creux pour éviter une infection.
- On assèche. Versez directement l'Eosine dans le creux du nombril et veillez à ne pas toucher la peau avec le flacon afin d'éviter une transmission de microbes.

L'avantage : comme l'Eosine est teintée de rouge, on peut savoir précisément où elle s'est déposée. Attention néanmoins, car cela empêche de voir si la cicatrisation se fait correctement- Vérifiez que la plaie ne suinte pas.

- Replier la couche : Les soins se sont simplifiés ces dernières années : on laisse sécher à l'air libre, sans couvrir avec une compresse (cela risquerait de macérer).

Pour éviter le contact du cordon avec la couche, repliez juste le bord en revers pour placer la couche bien en dessous.

Remarque : Une fois les soins réalisés, différentes méthodes peuvent être pratiquées.

- Avec des compresses seulement. Enroulez une petite bande de compresse autour du cordon et placez par-dessus une nouvelle compresse avant de lui mettre sa couche et de l'habiller. La cicatrisation complète interviendra huit à dix jours après la naissance.
- Avec un filet. Il sert à maintenir la compresse en place, mais il n'est pas facile à mettre. Tenez Les pieds du bébé tout en soulevant ses fesses. Disposez Le filet autour de votre main et enfitez-Lui jusqu'à L'abdomen. La cicatrisation se fait en huit à dix jours.
- La nouvelle méthode : à l'air libre. Cette technique consiste à laisser l'ombilic le plus longtemps possible à l'air pour accélérer sa cicatrisation. Ne le recouvrez pas avec la couche, mais repliez celle-ci en dessous du nombril. Comptez environ cinq jours pour une cicatrisation totale.



Fig. 8.3 : soins du cordant ombilical

III. Toilette du siège du nouveau né

Objectifs :

- Assurer hygiène et confort
- Prévenir les infections
- Prévenir la macération du siège et l'érythème fessier
- Éducation sanitaire de la maman

Indication :

Chaque fois que le nouveau né est souillé ou mouillé

Matériel :

- Table à langer
- serviette
- Eponge naturelle utilisée que pour nettoyer les fesses, du coton ou lingette
- Gants de toilette
- Couche adaptée
- eau tiède
- savon pH neutre ou encore de lait pour bébé

Technique :

- Installer le bébé sur une serviette propre.
- Soulever-lui délicatement les fesses.
- Avec l'avant de la couche, essuyer le plus gros des selles.
- À l'aide d'un morceau de coton imbibé d'eau ou d'un gant de toilette, essuyer toutes les traces d'urine et de matière fécale. Partir du plus propre, pour aller vers le plus sale, du ventre vers les fesses.
- Nettoyez bien les petits plis.
- Laver avec soins ses organes génitaux.
 - Pour les filles, écarter doucement les grandes, puis les petites lèvres. Avec un coton humide, effleurer seulement pour ne pas irriter.
 - Pour les garçons, vérifier que l'urine n'a pas mouillé son ventre et son nombril, puis essuyer ses testicules et le dessous de son scrotum : nettoyer toujours son pénis de haut en bas en dégageant un tout petit peu le prépuce, sans jamais tirer.
- Terminer en nettoyant soigneusement avec un coton, une lingette ou un gant de toilette propre, le siège, l'anus, l'arrière des cuisses et le bas du dos.
- Sécher les fesse en les tapotant et non pas en frottant.
- S'Assurer qu'il ne reste pas de trace d'humidité. On peut utiliser un mouchoir en papier pour les petits plis.
- Laisser bébé gigoter quelques minutes pour que ses fesses sèchent à l'air libre, toujours sous surveillance, afin d'éviter les chutes de la table à langer.
- lui mettre une nouvelle couche.

IV. soins de bouche :

Matériel :

- Coton humidifié avec du lait pour bébé ou avec du sérum physiologique,
- Lingettes, ou de gazes stériles et
- eau stérilisée

Technique :

- Passez doucement le coton autour de sa bouche.
- S'il a les lèvres sèches, appliquez un baume pour les lèvres (spécifique pour bébé).
- Pour l'intérieur de la bouche, utiliser une gaze stérile trempée dans de l'eau que vous aurez au préalable fait bouillir (puis laissé refroidir) : roulez-la sur votre index et passez-la doucement dans la bouche.
- Contrôler chaque jour l'intérieur de la bouche du bébé pour s'assurer qu'il n'y a pas de mycose (muguet).

Conseils pour la maman :

- juste après la tétée, nettoyez bien les lèvres de votre petit afin d'éviter qu'il ne reste du lait qui pourrait sécher et provoquer irritation et rougeurs.
- Nettoyez chaque jour les gencives de votre bébé.
- Ne mettez pas votre bébé au lit avec un biberon de lait. Les sucres qu'on trouve dans le lait ou les préparations pour nourrissons peuvent faire carier les dents avant même qu'elles apparaissent.
- L'eau est ce qui apaise le mieux la soif.

V. donner un biberon

(Avec lait en poudre)

Objectif

Préparer l'apport énergétique et nutritionnel nécessaire à la croissance de l'enfant.

Matériel

- Biberon, tétine et capuchon stériles.
- 1 assiette (stérile en collectivité).
- 1 couteau.
- Eau minérale convenant aux nourrissons (une fois la bouteille ouverte, la conservation maximale au réfrigérateur est de 24 heures).
- Lait infantile :
 - lait pour nourrisson ou lait 1er âge — entre 0 et 5 mois ;
 - lait de suite entre 6 et 12 mois.
- 1 chauffe-biberon ou autre moyen.
- En cas d'utilisation du four à micro-ondes, se méfier des différences de température entre le biberon et le lait : il existe un risque de brûlures graves.

Préparation

- Calculer de la ration lactée : Exemple pour un enfant de moins de 5 mois (-6 kilos) Utiliser la règle d'Appert :

- Se laver les mains.
- Sur un plan de travail propre :
 - verser la quantité d'eau totale dans le biberon ;
 - verser les mesurette de lait en poudre, arasées au couteau, dans le biberon (1 mesurette de lait pour 30 ml d'eau) après avoir vérifié les dates de péremption et d'ouverture (conservation maximale de 15 jours après ouverture) ;
 - mettre la tétine et le capuchon stériles sur le biberon ;

Alimentation

- S'installer avec l'enfant dans la bonne position.
- Vérifier la température du liquide sur la main.
- Vérifier si la tétine est assez perforée.
- Mettre la tétine sur la langue et maintenir le biberon redressé pour que l'enfant n'avale pas d'air.
- Ralentir la tétée de temps à autre.
- Sourire, parler.
- Constater la quantité de lait bu.
- Redresser l'enfant pour lui faire faire son rot.
- Tapoter éventuellement dans le dos.

Les recommandations pour préparer le biberon : (à transmettre à la maman)

Principes de base :

- préparation du biberon dans un endroit propre, sur un plan nettoyé ;

- Ne pas dépasser un délai d'une heure lorsque le biberon est sorti du réfrigérateur pour la consommation ;
- Tout biberon non terminé une heure après le début de la prise par l'enfant doit être jeté. Lorsque le biberon a été réchauffé, ce délai est réduit à 30 minutes.

Pour chauffer le biberon

- Ne réchauffez pas le biberon à l'aide d'un four à micro-ondes
- Utilisez soit le chauffe-biberon, soit le bain-marie pour chauffer le biberon (ne le laissez pas plus d'une heure à température ambiante) ;
- Vous n'êtes pas obligé de réchauffer la préparation lactée si elle n'est pas froide : elle peut être consommée par le nourrisson à température ambiante.
- En cas d'utilisation d'un chauffe-biberon, suivez attentivement les indications du fabricant. Dans tous les cas, il faut toujours agiter le biberon pour homogénéiser la température du lait., vérifiez la température en mettant quelques gouttes de lait sur la face interne de l'avant-bras avant de proposer le biberon à bébé.

Bien préparer

- Toujours préparer le biberon juste avant la consommation par l'enfant
- Respectez le nombre cuillères indiqué sur l'emballage (la cuillère dosée) ;
- Ajoutez autant de fois 30 ml d'eau que de cuillères
- Refermez bien la boîte de lait après chaque usage ;

Choisir la bonne eau

Si vous prenez de l'eau en bouteille :

- Utilisez impérativement une eau minérale naturelle ou eau de source indiquée pour les nourrissons et les enfants en bas âge ;
- N'utilisez pas l'eau d'une bouteille ouverte depuis plus de 24 heures.

Si vous utilisez l'eau du robinet :

- n'utilisez pas d'eau ayant subi une filtration ou un adoucissement ;
- Laissez toujours couler l'eau quelques secondes avant de la prendre
- Utilisez exclusivement l'eau froide pour préparer le biberon ;
- Assurez-vous de bien entretenir le robinet (nettoyage, détartrage) ;
- Gardez l'évier et le plan de travail très propres.

Bien laver le biberon

Théoriquement, il n'est pas indispensable de stériliser le biberon et les accessoires.

Mais il faut toujours bien les laver :

- Si vous avez un lave-vaisselle : videz le biberon, rincez au robinet à l'eau froide et lavez au lave-vaisselle en utilisant un cycle spécifique complet ;
- Si vous n'avez pas de lave-vaisselle, plongez le biberon et les accessoires dans de l'eau chaude additionnée de liquide-vaisselle, nettoyez avec un goupillon, et rincez à l'eau froide.
- En plus du biberon, n'oubliez pas de laver le réfrigérateur au moins une fois par mois avec de l'eau savonneuse, rincé à l'eau puis à l'eau javellisée.

VI. entretien de La chambre et des accessoires du nouveau né

La chambre du nourrisson

Le nourrisson aura de préférence, une chambre personnelle. S'il doit partager la chambre de ses parents, il aura "son coin" protégé au besoin par un paravent. Dans les collectivités d'enfants, chaque nourrisson aura un box personnel.

- La chambre du nourrisson doit être saine :
 - Facile à nettoyer
 - Facile à chauffer et à aérer
 - Situer dans un endroit calme, et ensoleillé.

Les murs : seront recouverts de plastique ou de peinture claire, facile à laver.

Le sol : sera de préférence en matériau insonore et lavable

Le chauffage : sera maintenu constant 18° - 20°

N.B : Le poêle à charbon, le chauffage à gaz ne doivent pas être utilisés dans la chambre d'un nourrisson, à cause de leurs émanations possible.

L'aération : sera faite régulièrement en évitant :

- Les courants d'air ;
- L'arrivée directe de l'air froid sur le nourrisson.

L'éclairage est fourni :

- par la lumière naturelle : l'enfant doit s'habituer à dormir à la lumière du jour
- par une lumière artificielle diffuse et légèrement tamisée.

Le lit du nourrisson : le berceau ou lit du nourrisson doit :

- être fixe, sur bases solides
- avoir des bords assez hauts pour éviter la chute de l'enfant
- être placé à l'abri des courants d'air et des animaux
- Les panneaux du berceau seront : pleins ou à barreaux, suffisamment rapprochés pour éviter que le nourrisson ne puisse passer la tête entre deux barreaux recouverts d'une garniture intérieure protégeant l'enfant contre les chocs.

Le matelas :

Il sera souple et ferme, en mousse de nylon ou en laine. Une housse en nylon ou en toile imperméable protégera le matelas des souillures.

La literie : Elle comprend :

- un drap de dessous, recouvrant le matelas, on peut utiliser un drap de jersey à coins préformés, qui ne glisse pas sur le matelas.
- Un molleton de coton ou de tissu spongieux recouvrant la totalité du matelas.
- Un drap de dessus : les bords latéraux borderont largement le matelas ; les couvertures seront entièrement recouvertes par le rabat ou par un dessus de lit en tissu lavable.
- Une ou deux couvertures de laine, suivant la saison, légères et chaudes.
- Un petit oreiller en crin, recouvert d'une taie d'oreiller.

N.B : L'oreiller en plume est à rejeter, il favorise la transpiration, l'enfant peut s'étouffer dans cet oreiller trop souple.

Entretien :

Chaque jour :

- Aérer la chambre
- changer les draps et les vêtements de bébé dès qu'ils sont sales.
- Les couches et déchets organiques

- manipulés avec des gants à usage unique, recommandation forte si les mains du professionnel sont abîmées ou si l'enfant présente une diarrhée ou du sang dans les selles.

- stocker les couches sales et déchets dans une poubelle fermée et changée régulièrement.

- l'évacuation des déchets organiques (selles, urines..) est immédiatement suivie du nettoyage et de la désinfection du matériel (pots, adaptateurs de WC).

- Le linge sale

Toujours manipulé avec des gants à usage unique.

Il est éliminé dans un sac prévu à cet effet selon la nature du linge (draps, serviettes, vêtements...).

- laver le sol si besoin est nettoyez le coussin à langer et la baignoire
- vider la poubelle
- mettre de nouveaux draps et taies d'oreillers chaque jour

Quand vous nettoyez les draps et autres linges du lit,

- privilégier les lessives testées dermatologiquement.
- privilégier le séchage en plein air
- utiliser des produits naturels et écologiques

Toutes les semaines:

- désinfecter les montants du lit, du parc, la table à langer et leurs garnitures, la corbeille où sont jetées les couches, la baignoire ainsi que tout le matériel de soin du bébé
- laver les peluches et les jouets
- Nettoyer le sol

Si le sol est en lino, en carrelage ou en parquet flottant :

- Passer le balai-éponge imbibé de produit puis rincer et essuyer à l'aide de linge pouvant aller à la machine

Si le sol est recouvert de moquette:

- Passer l'aspirateur
- Les déchets ménagers

L'évacuation des déchets ménagers et de la cuisine se fait régulièrement et respecte les protocoles de l'établissement.

TERME DU CARNET DE SANTÉ

Introduction

Le suivi de l'enfant est un des éléments essentiels de la politique de santé publique. Il comprend l'établissement du carnet de santé, un suivi médical régulier, le respect du calendrier vaccinal, les conseils préventifs et l'orientation vers une prise en charge spécialisée si besoin.

Définition du carnet de santé :

Le carnet de santé est un document qui réunit tous les éléments d'informations médicales et les événements qui concernent la santé de l'enfant depuis la naissance jusqu'à ses 18 ans.

Il constitue un outil de liaison entre les professionnels de santé et les familles. Il délivre ainsi des repères sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, des conseils aux parents et des messages de prévention.

Contenu Du Carnet de Santé : Afin de faciliter son utilisation, il existe des rubriques différenciées par couleurs selon les diverses thématiques, des espaces signalées par des pictogrammes, destinés aux professionnels de santé, aux parents ou à l'adolescent. Il comprend :

- les renseignements sur :
 - La grossesse
 - Le déroulement de l'accouchement
 - Son état de santé à la naissance c'est à dire son Apert (le cri à la naissance, la respiration, la coloration, le tonus et l'activité cardiaque)
 - L'examen du nouveau-né
 - Le développement staturaux pondéral
- Des espaces consacrés à la surveillance médicale, avec notamment des pages spécifiques concernant certaines thématiques (allergies, affections au long cours, antécédents familiaux, examens bucco-dentaires...)
- Des repères du développement avec des courbes de croissance de l'enfant en fonction de l'âge et du sexe
- Des messages de prévention accompagnés d'illustrations : prévention des accidents de la vie courante...
- Des pages consacrées aux vaccinations

Le nouveau calendrier national des vaccinations concernera les enfants nés à partir du 24 avril 2016:

- **BCG** : tuberculose,
- **HVB** : hépatite B,
- **VPO** : poliomyélite orale,
- **DTC-Hib-HVB** : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Haemophilus influenzae type b-Hépatite B,
- **VPI** : poliomyélite injectable,
- **ROR** : Rougeole-Oreillons-Rubéole,
- DTC** : Diphtérie Tétanos Coqueluche, dT Adulte : diphtérie Tétanos Adulte

Nouveau calendrier national de vaccination

Vaccin \ Âge	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	11 mois	12 mois	18 mois	6 ans	11-13 ans	16-18 ans	Tous les 10 ans à partir de 18 ans
BCG	BCG										
HVB	HVB										
VPO	VPO	VPO		VPO		VPO		VPO	VPO		
DTC-Hib-HVB		DTC Hib HVB		DTC Hib HVB		DTC Hib HVB					
Pneumocoque		Pneumo-coque		Pneumo-coque		Pneumo-coque					
VPI			VPI								
ROR					ROR		ROR				
DTC								DTC			
dT Adulte									dT Adulte	dT Adulte	dT Adulte