

3<sup>e</sup> édition

MANUEL  
PRATIQUE

# L'auxiliaire de puériculture en maternité

Christine Boussaroque | Élisabeth Haentjens | Frédérique Jaquet

PRÉPARATION  
AU DEAP  
ET À LA VAE

- Tout le contenu du programme
- Le rôle de l'AP en exercice
- Plus de 50 illustrations

estem • Vuibert





MANUEL PRATIQUE

L'auxiliaire  
de puériculture  
en maternité

3<sup>e</sup> édition

Christine Boussaroque  
Élisabeth Haentjens  
Frédérique Jaquet

estem • Vuibert

**Avertissement :**

Les auteurs attirent l'attention des lecteurs quant aux protocoles de soins qui varient selon les services. Le contenu de cet ouvrage ne remplace pas les usages et les protocoles des services auxquels l'AP doit se conformer. Il constitue une aide pour l'apprentissage et un support de réflexion pour enrichir sa pratique et, pourquoi pas, la faire évoluer en équipe.

ISBN : 978-2-84371-869-4

**Iconographie :**

© A.C.R. : Anne-Christel Rolling

© C.K. : Caroline Koehly

**Conception couverture :** Primo & Primo

**Composition :** Patrick Leleux PAO

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Estem-Vuibert – avril 2016 – 5, allée de la 2<sup>e</sup> DB – 75015 Paris

Site internet : [www.vuibert.fr](http://www.vuibert.fr)

**Christine Boussaroque** est infirmière puéricultrice et professeur de sciences et techniques médico-sociales (STMS).

Infirmière depuis 1986 puis formée à l'institut de puéricultrice de Paris, elle a exercé en tant que puéricultrice de secteur en PMI (protection maternelle et infantile). Elle a ensuite assuré des fonctions de directrice de crèche puis de coordinatrice de trois établissements de la petite enfance.

Après différentes expériences professionnelles à l'étranger elle complète sa formation en pédagogie à l'IUFM (institut universitaire de formation des maîtres), Elle est devenue enseignante et poursuit depuis 15 ans sa carrière de formatrice auprès des élèves auxiliaires de puériculture.

**Élisabeth Haentjens** est infirmière puéricultrice et professeur de sciences et techniques médico-sociales (STMS).

Elle a exercé cinq ans comme infirmière avant de suivre une formation de puéricultrice à l'institut de puéricultrice de Paris.

Elle a été directrice de crèche puis elle a complété son cursus par une formation en pédagogie en IUFM (institut universitaire de formation des maîtres).

Elle est formatrice depuis vingt ans auprès des auxiliaires de puériculture.

En septembre 2007, elle a animé une chronique puériculture dans le Magazine de la santé au quotidien, présenté par M. Carrère d'Encausse et M. Cymes sur France 5.

**Frédérique Jaquet** est infirmière puéricultrice, psychologue clinicienne et professeur de sciences et techniques médico-sociales (STMS).

Infirmière depuis 1983, puis puéricultrice formée à l'institut de puéricultrice de Paris, elle a exercé en hôpital, essentiellement en pédiatrie, jusqu'en 2000, en suivant en parallèle des études de psychologie. Elle a obtenu son diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en psychologie clinique et pathologique en 1996.

Soucieuse de partager ses différentes expériences, elle s'oriente vers l'enseignement.

Formée en IUFM (institut universitaire de formation des maîtres), elle est aujourd'hui enseignante à l'éducation nationale auprès des élèves auxiliaires de puériculture et des CAP petite enfance.

A la suite d'un Master 2 « Formation de formateurs à l'accompagnement professionnel », elle est actuellement formatrice petite enfance au Conseil départemental du Val de Marne (94).

Elle est l'auteur des ouvrages « Réussir ses MSP – La démarche de soins » et « Réussir ses MSP – Soins et activités », tous deux parus aux éditions Estem en 2015.

**Elle remercie l'ensemble de ses élèves pour l'avoir incitée à toujours enrichir son enseignement.**

# REMERCIEMENTS

Pour tous les professionnels qui nous ont aidés dans notre travail de recherche.  
Au docteur Didier Mallay, à Sandrine Chalard et Nissa Bernard  
pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci à Jacques Boussaroque (photographe) d'avoir gracieusement réalisé la photographie page 81.

Merci à la Leche League France d'avoir gracieusement mis à notre disposition les photographies pages 164 et 166.

Merci à Marie Drion, sage-femme, pour la relecture attentive de cette nouvelle édition. Mme Drion exerce à la clinique des Franciscains à Versailles.

# Présentation de la collection

## Une collection conforme au programme des études et à la VAE

Les quatre manuels pratiques de cette collection, conformes au programme du DEAP et adaptés à la VAE (validation des acquis de l'expérience), sont écrits par des enseignantes confirmées, ayant chacune une solide expérience professionnelle dans des secteurs complémentaires de la petite enfance.

La formation est élaborée à partir des référentiels **d'activité du métier** et du référentiel des compétences exigées pour le diplôme.

C'est pourquoi, afin d'être au plus proche des exigences de la formation, les auteurs ont choisi de présenter toutes les connaissances nécessaires à la formation conduisant au diplôme par **secteur d'activité professionnelle**.

Ainsi, la collection propose deux ouvrages concernant le secteur hospitalier :

- *Manuel pratique de l'auxiliaire de puériculture en maternité* ;
- *Manuel pratique de l'auxiliaire de puériculture en pédiatrie et en néonatalogie*.

Et deux ouvrages concernant le secteur extrahospitalier :

- *Manuel pratique de l'auxiliaire de puériculture en crèche* ;
- *Manuel pratique de l'auxiliaire de puériculture en PMI*.

## Une collection pour les candidats au DEAP, à la VAE et pour les professionnels

Ces manuels sont adaptés :

- **aux étudiants AP**, qui retrouveront l'ensemble des modules – ou unités de compétences – du programme des études et pourront s'y référer lors de leur stage (à chaque lieu de stage correspond un ouvrage) ;
- **aux professionnels préparant la VAE** pour consolider leurs connaissances dans un secteur et compléter leur formation dans les secteurs qui leur sont moins connus ;
- **aux professionnels exerçant dans un secteur particulier** et désirant actualiser leurs connaissances, poursuivre leur formation et leur réflexion sur un métier riche et complexe.

## Une collection qui répond aux objectifs officiels de formation des AP en formation complète

Pour chaque secteur d'activité - maternité, pédiatrie, crèche et PMI - les ouvrages présentent toutes les compétences identifiées par le programme des études à acquérir et à maîtriser :

**Module 1** : L'accompagnement d'un enfant dans les activités d'éveil et de la vie quotidienne.

**Module 2** : L'état clinique d'une personne à tout âge de la vie.

**Module 3** : Les soins à l'enfant.

**Module 4** : Ergonomie.

**Module 5** : Relation-communication.

**Module 6** : Hygiène des locaux.

**Module 7** : Transmission des informations.

**Module 8** : Organisation du travail.

L'article 2 de l'arrêté du 21 mai 2014, modifiant l'arrêté du 16 janvier 2006, autorise des **dispenses de formation pour les titulaires du Baccalauréat Professionnel « Accompagnement Soins et service à la Personne »** (Bac ASSP). Ces titulaires sont, de fait, dispensés des modules 4 « Ergonomie », 6 « Hygiène des locaux », 7 « Transmissions des informations » et 8 « Organisation du travail ».

Ces élèves en formation partielle ne doivent valider que les modules suivants : Module 1 « Accompagnement de l'enfant dans les actes de la vie quotidienne », Module 2 « Etat clinique d'une personne à tout âge de la vie », Module 3 « Soins à l'enfant » et Module 5 « Communication ».

Outils complets, ces ouvrages de formation abordent les compétences dans leurs dimensions théorique et pratique, avec précision, clarté et avec un souci constant de faciliter la compréhension, la mémorisation et l'appropriation des connaissances. Ils font également le lien entre la théorie et le travail quotidien sur le terrain.

### **Une collection qui propose un apprentissage dynamique et facilité**

Riche d'informations, cette collection laisse aussi une grande place à la réflexion et à l'activité du lecteur. La formulation des têtes de chapitre sous forme de situations concrètes offre une lecture dynamique et permet au lecteur de trouver des réponses concrètes à ses questions. La présentation est attractive, aérée, avec des logigrammes, des tableaux clairs et des illustrations qui vont à l'essentiel.

Le lecteur peut :

- s'impliquer ;
- repérer rapidement les points essentiels ;
- cibler ce que l'AP doit savoir et ce qu'elle doit faire ;
- tester ses connaissances au fil de sa progression.

Savoirs théoriques, savoir-faire et savoir-être sont étroitement imbriqués. La diversité du rôle de l'AP apparaît alors et les connaissances à acquérir prennent sens dans le concret.

### **Une collection pour devenir un professionnel accompli**

Nul doute que ces ouvrages permettront au lecteur d'atteindre les objectifs de formation requis pour devenir un professionnel accompli.

Il pourra ainsi, selon la définition officielle de son rôle « contribuer à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extrahospitalier et, en tant que de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage. Au sein de cette équipe, l'auxiliaire de puériculture participe[ra], dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, ou le cas échéant sous la responsabilité d'autres professionnels du secteur de la santé ainsi que du secteur éducatif ou du secteur social, à la prise en charge, individuelle ou en groupe, jusqu'à l'adolescence, de l'enfant bien portant, malade ou handicapé, répond[ra] aux besoins quotidiens de l'enfant par la présence qu'elle assure, les soins spécialisés auxquels il participe et les activités d'éveil qu'il organise. »

Le **Manuel pratique de l'auxiliaire de puériculture en maternité** dresse un large panorama des différents rôles de l'AP en maternité. Celle-ci doit maîtriser de nombreuses connaissances afin de répondre en équipe aux besoins des nouveau-nés, de leurs parents et de l'entourage à toutes les étapes de la maternité.

C'est ce parcours, de la conception de l'enfant à la sortie de la maternité avec le bébé, que ce manuel aborde en quatre grandes parties :

- **accueillir une femme enceinte ;**
- **participer à la prise en charge du bébé et de sa famille en salle de naissance ;**
- **participer à la prise en charge du bébé et de sa famille en suites de couches ;**
- **préparer les parents à prendre en charge leur bébé à la maison.**

La future AP y trouvera donc les éléments théoriques utiles à son travail mais aussi et surtout les réponses à toutes ses questions. Elle pourra ainsi donner sens à son travail quotidien.



# SOMMAIRE

Retrouvez une table des matières détaillée en fin d'ouvrage (p. 237)

<b>Première partie : Accueillir une femme enceinte</b>		
Chapitre 1 : Comment se présente un service de maternité ?	Modules 3 et 8	p. 3
Chapitre 2 : La grossesse : toute une histoire	Modules 2 et 3	p. 10
Chapitre 3 : Du désir d'enfant à l'accouchement : psychologie de la grossesse	Modules 1 et 3	p. 24
Chapitre 4 : Comment surveiller la grossesse afin d'éviter accidents et malformations ?	Modules 1 et 3	p. 29
Chapitre 5 : La grossesse : une période à risque ?	Module 3	p. 39
Chapitre 6 : Comment se préparer à l'accouchement ?	Module 3	p. 44
<b>Deuxième partie : Participer à la prise en charge du bébé et de sa famille en salle de naissance</b>		
Chapitre 7 : L'accouchement	Modules 1 et 3	p. 49
Chapitre 8 : Participer aux premiers soins et surveiller le bébé	Modules 2 et 3	p.63
<b>Troisième partie : Participer à la prise en charge de la mère et du bébé en suites de couches</b>		
Chapitre 9 : Accompagner les premières relations	Modules 1, 3 et 5	p. 77
Chapitre 10 : Suivre l'évolution en suites de couches	Modules 1, 2, 3 et 5	p. 102
Chapitre 11 : Que peut faire l'AP lorsque les parents sont en difficulté ?	Modules 1, 3 et 5	p. 170
<b>Quatrième partie : Préparer les parents à prendre en charge leur bébé à la maison</b>		
Chapitre 12 : L'alimentation	Modules 1 et 2	p. 183
Chapitre 13 : Le suivi médical	Module 1	p. 198
Chapitre 14 : Les conseils aux parents	Modules 1 et 3	p. 204
<b>Corrigés des exercices</b>		p. 217
<b>Bibliographie</b>		p. 233
<b>Index</b>		p. 235
<b>Table des matières</b>		p. 237
<b>Liste des fiches techniques</b>		p. 241

## Sommaire par modules

<b>Module 1</b> L'accompagnement d'un enfant dans les activités d'éveil et de la vie quotidienne	Chapitre 3 – Du désir d'enfant à l'accouchement : psychologie de la grossesse	p. 24
	Chapitre 4 – Comment surveiller la grossesse afin d'éviter accidents et malformations ?	p. 29
	Chapitre 7 – L'accouchement	p. 49
	Chapitre 9 – Accompagner les premières relations	p. 77
	Chapitre 10 – Suivre l'évolution en suite de couches	p. 102
	Chapitre 12 – L'alimentation	p. 183
	Chapitre 13 – Le suivi médical	p. 198
	Chapitre 14 – Les conseils aux parents	p. 204
<b>Module 2</b> L'état clinique d'une personne à tout âge de la vie	Chapitre 2 – La grossesse : toute une histoire	p. 10
	Chapitre 8 – Participer aux premiers soins et surveiller le bébé	p. 63
	Chapitre 10 – Suivre l'évolution en suite de couches	p. 102
	Chapitre 12 – L'alimentation	p. 183
	Chapitre 13 – Le suivi médical	p. 198
<b>Module 3</b> Les soins à l'enfant	Chapitre 1 – Comment se présente un service de maternité	p. 3
	Chapitre 2 – La grossesse : toute une histoire	p. 10
	Chapitre 3 – Du désir d'enfant à l'accouchement : psychologie de la grossesse	p. 24
	Chapitre 4 – Comment surveiller la grossesse afin d'éviter accidents et malformations ?	p. 29
	Chapitre 5 – La grossesse : une période à risque	p. 39
	Chapitre 6 – Comment se préparer à l'accouchement ?	p. 44
	Chapitre 7 – L'accouchement	p. 49
	Chapitre 8 – Participer aux premiers soins et surveiller le bébé	p. 63
	Chapitre 9 – Accompagner les premières relations	p. 77
	Chapitre 10 – Suivre l'évolution en suite de couches	p. 102
	Chapitre 11 – Que peut faire l'AP lorsque les parents sont en difficulté ?	P. 170
	Chapitre 13 – Le suivi médical	p. 198
	Chapitre 14 – Les conseils aux parents	p. 204
<b>Module 5</b> Relation - Communication	Chapitre 9 – Accompagner les premières relations	p. 77
	Chapitre 10 – Suivre l'évolution en suite de couches	p. 102
	Chapitre 11 – Que peut faire l'AP lorsque les parents sont en difficulté ?	p. 170
<b>Module 8</b> Organisation du travail	Chapitre 1 – Comment se présente un service de maternité	p. 3

# CHAPITRE 4

## Comment surveiller la grossesse afin d'éviter accidents et malformations ?

Élisabeth Haentjens et Christine Boussaroque

Modules  
1 et 3

La grossesse n'est pas une maladie, c'est une période physiologique de la vie, mais elle comporte aussi des risques. Une surveillance mensuelle minimale est indispensable. La prise en charge de la grossesse a diminué de façon notable la mortalité néonatale, et a pratiquement éradiqué la mortalité maternelle.

Le décret du 14 février 1992 impose **7 examens médicaux obligatoires**. Chaque examen doit comporter un examen clinique et une recherche de glycosurie et d'albuminurie. Le premier examen doit avoir lieu avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre, les autres tous les mois jusqu'à l'accouchement.

### 1. Les examens effectués afin de surveiller la grossesse

Examen pratiqué	Technique	Intérêt	Conditions
Amniocentèse	<ul style="list-style-type: none"><li>Réalisée à 3 mois de grossesse environ ; elle consiste à prélever du liquide amniotique par ponction et sous échographie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Obtenir un caryotype afin de dépister les anomalies génétiques dont la trisomie 21.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Selon les nouvelles recommandations de l'HAS (2013), le dépistage de la trisomie 21 est abordé dès la première consultation. Cet examen est proposé en cas de signes d'appel quel que soit l'âge de la grossesse. La HAS a considéré que la réalisation d'un diagnostic prénatal d'emblée (amniocentèse) pour les femmes de 38 ans et plus n'était plus justifiée en raison des performances actuelles du dépistage dans cette tranche d'âge.</li><li>Examen remboursé par la Sécurité sociale.</li></ul>



Examen pratiqué	Technique	Intérêt	Conditions
<b>Amnioscopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le médecin introduit un tube optique par le col de l'utérus, jusqu'à la poche des eaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôler directement la coloration du liquide amniotique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conditions : cet examen n'est pas systématique, il permet d'observer l'aspect et la coloration du liquide amniotique, afin de dépister une souffrance fœtale.</li> <li>Il permet également de voir la présentation (tête ou siège).</li> </ul>
<b>Échographie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cet examen utilise un faisceau d'ultrasons, ou ondes sonores non perceptibles.</li> <li>Il permet d'analyser les organes pleins ou mous, d'en appréhender la caractéristique tissulaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permet un suivi de la grossesse.</li> <li>A permis de diminuer la mortalité périnatale et la naissance d'enfants malformés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trois échographies obligatoires et remboursées.</li> <li>Il existe aujourd'hui des échographies en 3 dimensions qui ont des plans de coupe très précis.</li> <li>L'échographie permet de dépister la plupart des malformations.</li> </ul>

### 1.1. Surveillance du 1<sup>er</sup> trimestre

Le premier examen médical doit être pratiqué avant la 14<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée ; la déclaration de grossesse sera alors envoyée à la Sécurité sociale. Son but est :

- de confirmer le diagnostic ;
- de rechercher des facteurs de risque ;
- de confirmer le terme ;
- de mettre en place les modalités de surveillance de la mère et du fœtus.

#### Les 4 éléments de surveillance

L'examen du 1<sup>er</sup> trimestre comprend :

- un interrogatoire ;
- un examen obstétrical ;
- un examen général ;
- des examens obligatoires et autres examens.

Ces quatre étapes sont développées ci-contre.

## Surveillance 1<sup>er</sup> trimestre

### 1. Interrogatoire

- ▶ Date des dernières règles.
- ▶ Date d'ovulation.
- ▶ Antécédents personnels et médicaux : HTA ? diabète ?
- ▶ Antécédents obstétricaux : fausse-couche, IVG.

### 2. Examen obstétrical

- ▶ Toucher vaginal : il apprécie la taille de l'utérus, se fait en combinaison avec la palpation abdominale. Le médecin vérifie la fermeture du col de l'utérus, sa tonicité. La future-mère présente-t-elle des douleurs, des pertes vaginales ?

### 3. Examen médical général

- ▶ Auscultation cardiaque et pulmonaire.
- ▶ Poids, taille, PA.
- ▶ Recherche de sucre, d'albumine dans les urines.
- ▶ Étude de la paroi abdominale (vergetures).
- ▶ Problèmes circulatoires.
- ▶ Autres examens :
  - recherche de différentes pathologies :
    - . NFS (anémie) ;
    - . ECBU (infection urinaire) ;
    - . glycémie à jeun (diabète) ;
    - . VIH (recherche de séropositivité et du Sida) ;
  - échographie à la fin du 3<sup>e</sup> mois afin de déterminer le terme, en cas de jumeaux.

### 4. Examens obligatoires

- ▶ Groupe RH et recherches d'agglutinines irrégulières (en cas de transfusion) et dépistage d'incompatibilité RH.
- ▶ Recherche d'immunité contre :
  - la rubéole ;
  - la syphilis ;
  - l'hépatite B ;
  - la toxoplasmose : si la future mère n'est pas immunisée contre la toxoplasmose, des conseils hygiéno-diététiques lui sont donnés.

**IVG** : interruption volontaire de grossesse ; **CMV** : cytomégalovirus ; **NFS** : numération-formule sanguine ; **ECBU** : examen cyto bactériologique des urines ; **HTA** : hypertension artérielle ; **PA** : pression artérielle ; **Sida** : syndrome d'immunodéficience acquise ; **RH** : Rhésus ; **VIH** : virus de l'immunodéficience humaine.

### Zoom sur le dépistage de la trisomie 21

C'est au cours du 1<sup>er</sup> trimestre que se fait le dépistage de la trisomie 21.

#### Un changement notable dès la première consultation

Le premier interlocuteur des femmes en début de grossesse, qu'il soit médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme, sera amené à aborder le dépistage de la trisomie 21 avec les patientes beaucoup plus tôt, dès la première consultation et dès le diagnostic de grossesse.

Il sera capital de respecter les positions éthiques de chaque femme qui se voit proposer et jamais imposer le dépistage.

Concrètement la prescription du dépistage de la trisomie 21 comporte deux parties :

- le prélèvement sanguin : il s'agit de dépister la trisomie 21 en dosant des marqueurs biochimiques qui sont exprimés en taux de risque ; plus il est élevé, plus il y a de risques que le fœtus soit atteint de trisomie 21 ; si le taux est élevé, supérieur à 1/250 (chiffres HAS 2007), il sera proposé une amniocentèse.

- l'échographie **foetale** : la première échographie est réalisée entre la 11<sup>e</sup> et la 13<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. En cas de trisomie 21, l'espace nuchal (espace au niveau du cou) est anormalement augmenté. De plus, cette échographie dépiste d'autres malformations (cardiaques, digestives, rénales ou morphologiques) dont sont souvent porteurs les enfants trisomiques. Le prescripteur devra recommander à sa patiente de pratiquer l'échographie chez un professionnel adhérent à un réseau de périnatalité pour l'assurance qualité du dépistage par mesure de la clarté nuchale (il s'agit un petit décollement entre la peau et le rachis correspond à une zone qui ne renvoie pas d'écho lors de l'examen).

En pratique, dans la plupart des cas, l'échographie sera faite avant la prise de sang.

Le laboratoire préleveur transmettra au laboratoire effectuant l'analyse, l'identité de la patiente, l'identité du prescripteur, les résultats de clarté nuchale et de longueur crânio-caudale, ainsi que le numéro d'affiliation de l'échographiste au réseau de périnatalité. Grâce à ce numéro, le laboratoire pourra tenir compte des mesures dont la qualité sera garantie, mais également assurer la traçabilité des résultats.

#### **Un changement au moment des résultats**

Il deviendra encore plus important que le résultat soit rendu rapidement et que la patiente soit informée sans délai. En effet, la qualité de l'information est essentielle lorsqu'une femme appartient à un groupe à risque.

Dans le cadre du réseau périnatal, le médecin s'il le souhaite peut obtenir pour une patiente appartenant à un groupe à risque, l'avis d'un spécialiste de diagnostic prénatal afin de discuter des enjeux avec elle, et ce très rapidement. La participation obligatoire d'un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) au réseau permet de garantir la qualité de la prise en charge des femmes à risque.

L'échographie, le test biologique et l'âge de la mère permettent ensemble de dépister autour de 80-85 % des trisomies (chiffres ARS, mise à jour 31/10/2011).

## **1.2. Surveillance du 2<sup>e</sup> trimestre**

Le 2<sup>e</sup> trimestre est une période de meilleure tolérance pour la mère, mais la surveillance est indispensable pour dépister toute anomalie foetale.

La surveillance comprend une recherche de pathologie, un examen obstétrical, les examens complémentaires et une échographie.

## Surveillance 2<sup>e</sup> trimestre

### 1. Recherche de pathologie

- ▶ Fièvre.
- ▶ Infection urinaire.
- ▶ Métrorragie (perte de sang).
- ▶ Douleurs.
- ▶ Date d'apparition des mouvements actifs du fœtus (22 s primipare, 18/19 s multipare).
- ▶ Surveillance de la prise de poids.
- ▶ Surveillance de la PA : après 10 min de repos, elle doit être inférieure à 14/9 mmHg.

PA : pression artérielle

### 2. Examen obstétrical

- ▶ Calcul de la hauteur utérine (de la symphyse pubienne au fond utérin). La croissance doit être régulière (4 cm/mois jusqu'à 7 mois puis 2 cm/mois).
- ▶ Étude de la vitalité fœtale : la fréquence cardiaque fœtale est de 120 à 160/min et peut être entendue grâce à un doptome ou doppler fœtal.
- ▶ Toucher vaginal : pendant le 2<sup>e</sup> trimestre, le col doit être long, fermé.

### 3. Examens complémentaires

- ▶ Les dépistages sanguins sont identiques au premier trimestre s'ils n'ont pas déjà été faits.

### 4. Échographie

- ▶ La deuxième a lieu vers la 20/22<sup>e</sup> semaine. Elle permet l'étude de la morphologie, de repérer les anomalies cardiaques, digestives, urologiques, neurologiques, des membres.
- ▶ La croissance est appréciée.
- ▶ On repère aussi la quantité de liquide et l'insertion placentaire.

## 1.3. Surveillance du 3<sup>e</sup> trimestre

La surveillance du 3<sup>e</sup> trimestre comprend l'examen du 7<sup>e</sup>, du 8<sup>e</sup> et du 9<sup>e</sup> mois au cours duquel on effectue le dépistage de la toxémie gravidique (néphropathie de la grossesse se traduisant par : hypertension, protéinurie et œdème) avec risque d'éclampsie (accès répété de convulsions suivi d'un état comateux).

La surveillance comprend une recherche de pathologie, un examen obstétrical, les examens complémentaires, une échographie.

## Surveillance 3<sup>e</sup> trimestre

### 1. Recherche de pathologie

- ▶ Les modalités d'examens sont identiques au 2<sup>e</sup> trimestre.
- ▶ Au 3<sup>e</sup> trimestre, on peut émettre un pronostic obstétrical (position du bébé, taille du bassin de la mère, taille du bébé, pelvimétrie possible).
- ▶ Prise de poids : entre 9 et 12 kg au total.

### 2. Examen obstétrical

- ▶ Calcul de la hauteur utérine : dépistage de retard de croissance intra-utérin (RCIU).
- ▶ Toucher vaginal : présentation de l'enfant : siège, tête, transverse, descente vers le pubis.
- ▶ État du col ? raccourci, ouvert ?

### 3. Examens complémentaires

- ▶ Radiographie pulmonaire : en cas de femme à risque à partir de 6 mois ou si la femme n'est pas vaccinée contre la tuberculose.

### 4. Échographie

- ▶ La troisième échographie permet d'évaluer le poids et la taille du bébé à terme, de dépister tout accouchement prématuré ou toute infection néonatale, entre 31 et 33 semaines, de vérifier le flux ombilical.

## À vous de jouer

À l'aide des informations précédentes, indiquez l'intérêt des trois échographies obligatoires.

Corrigé page 221

## 2. L'assurance maternité

Cette assurance dépend de la branche Maladie de la sécurité sociale.

L'assurance maternité permet aux femmes enceintes de se faire rembourser les frais liés à leur grossesse et leur accouchement mais aussi de bénéficier d'un congé maternité.





## 2. La surveillance du nouveau-né

L'AP participe à la surveillance du nouveau-né avec les paramètres établis dans les services de suites de couches.

Cette surveillance se fait au cours des soins et en réponse aux questions des parents.

Elle relève des compétences de l'AP et s'articule autour de plusieurs aspects.



### 2.1. La surveillance du poids

Le nouveau-né ne doit pas perdre plus de 10 % de son poids dans les jours qui suivent la naissance. La perte de poids est physiologique et observable pour l'ensemble des nouveau-nés. La pesée s'effectue tous les jours en général à la même heure au moment du bain, car l'enfant est nu à ce moment. Cette perte de poids est essentiellement liée à la perte du méconium et au démarrage de l'alimentation. On observe chez les nouveau-nés nourris au sein une perte de poids moins importante.

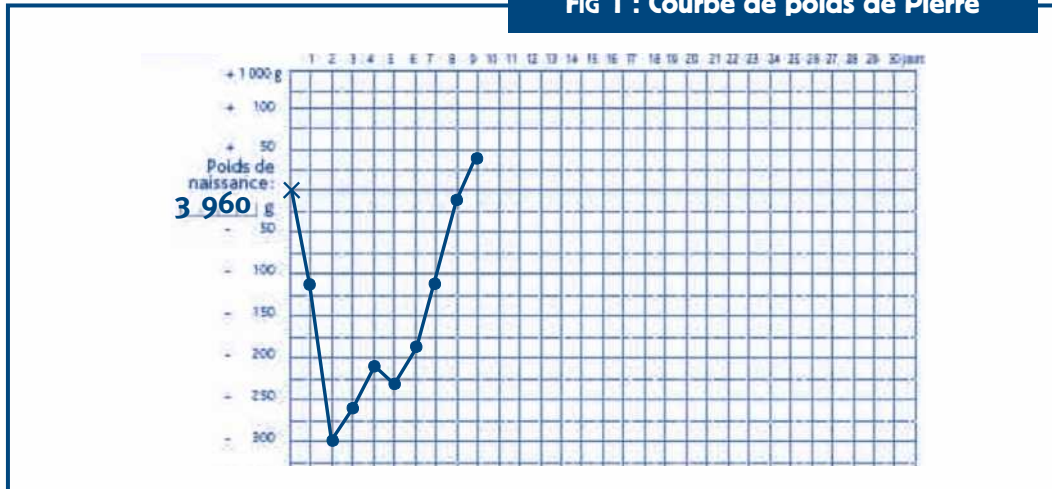
La reprise du poids de naissance se fait en général autour du 10<sup>e</sup> jour de vie et **le poids augmente dans les premiers mois d'environ 25 g/j**.

#### Mise en situation :

Vous prenez en charge Pierre. Son poids de naissance est de 3 960 g.

- Quelle peut être la perte de poids physiologique maximale ?
- Sa maman s'inquiète de la perte de poids, quelle sera votre attitude ?
- Vous réalisez la courbe de poids de Pierre : PN : 3 960 g ; J1 : 3 850 g ; J2 : 3 660 g ; J3 : 3 700 g ; J4 : 3 740 g ; J5 : 3 730 g ; J6 : 3 780 g ; J7 : 3 850 g ; J8 : 3 900 g ; J9 : 3 940 g ; J10 : 4 000 g. Commentez ensuite cette courbe.

Fig 1 : Courbe de poids de Pierre



\* PN : Poids de naissance.

Source : Carnet de santé, courbe de poids du premier mois.

Solution :

- la perte de poids maximum se situe autour de 10 % du poids de naissance =  $[3\,960\text{ g} - 10\%]$  ; la perte de poids possible représente environ 395 g donc le poids peut descendre jusqu'à environ 3 560 g ;
- la maman de Pierre a besoin d'être rassurée. Pour cela, l'AP doit expliquer que cette perte de poids est physiologique donc normale, qu'elle est liée à l'élimination du méconium et que cela concerne tous les enfants, et que la reprise se fait autour du 10<sup>e</sup> jour ;
- commentaire de la courbe : elle est « normale » car la perte de poids est inférieure à 10 % et la reprise du PN se situe vers le 10<sup>e</sup> jour (elle peut être plus précoce).

## 2.2. La surveillance de la température

La capacité à réguler la température est **une fonction imparfaite** chez le nouveau-né, liée à l'immaturation de l'hypothalamus. Cette surveillance est particulièrement importante dans les premiers jours et l'AP est chargée de la vérifier et de conseiller les mamans.

Le risque est l'hypo- ou l'hyperthermie. L'enfant aura tendance à prendre la température du milieu dans lequel il se trouve. Donc, il faut penser à découvrir l'enfant en cas de forte chaleur et à le couvrir si la pièce est trop fraîche.

La prise de température se fait tous les jours au moment du bain, plus si cela est nécessaire. Dans ce cas, la prise de température est contrôlée jusqu'à stabilisation.

L'AP s'adapte et applique les protocoles en vigueur dans les services.

L'AP doit être capable d'adapter ses soins ; par exemple, si l'enfant présente une température inférieure à 36,5 °C, le bain pourra être décalé dans la journée.

La prise de la température peut se faire en « axillaire », cela évite d'irriter la muqueuse anale ; il ne faut pas oublier d'ajouter 0,5 °C, voire 0,7 °C à la température affichée (se reporter à la notice du thermomètre). On utilise des thermomètres électroniques (*voir fiche technique page 109*).

En général, chez le nouveau-né à terme et en bonne santé, **la stabilisation de la température se fait à J2/J3**.

### 2.3. La surveillance de la coloration

L'AP surveille la coloration du nouveau-né : ictère, cyanose, pâleur, éruption (voir ictère, page 128).

### 2.4. La surveillance du comportement

L'AP vérifie la qualité du sommeil, l'existence de brefs temps d'éveil au moment des tétées, un cri franc et vigoureux. Une somnolence, une hypotonie, une hyporéactivité, des geignements doivent être signalés.

### 2.5. La surveillance de l'élimination du méconium et des urines

**Les premières selles sont appelées méconium**, elles sont de couleur brun-vert, collantes et visqueuses. La vérification de leur élimination assure le bon fonctionnement de l'appareil digestif. **L'élimination du méconium se fait entre 24 et 48 heures de vie.** Les selles vont ensuite se modifier en fonction de l'alimentation de l'enfant. L'allaitement maternel donne des selles fréquentes, à chaque tétée, jaune d'or, semi-liquides et grumeleuses.

L'allaitement artificiel donne des selles différentes qui varient selon le lait. En général, elles sont plus moulées et la présence de fer dans les laits infantiles les rend parfois verdâtres.

La première miction a en général lieu **dans les premières 24 heures**. L'AP surveille tout au long du séjour la présence d'urines dans la couche.

### 2.6. La surveillance du cordon ombilical

Elle se fait à chaque change, il faut vérifier l'absence d'écoulement, de suintement, de rougeur (voir fiche technique « Les soins du cordon », page 120).

### 2.7. La présence du bracelet d'identité

La vigilance de l'AP doit être accrue et elle doit vérifier, lors des soins, la présence des deux bracelets d'identification.

Il peut de produire malheureusement des confusions d'enfants et ce n'est pas acceptable. Il arrive que le bracelet glisse du poignet, c'est pour cela que les nouveau-nés en portent parfois à la cheville. Les bracelets d'identification doivent être gardés durant tout le séjour à la maternité.

Face au risque d'enlèvement, certains établissements s'équipent de dispositifs pour renforcer le contrôle de la présence du nouveau-né dans le service. Ce dispositif n'est pas obligatoire.

Les bracelets sont totalement informatisés, les bébés le portent à la cheville. Les bracelets sont reliés à une puce qui émet des radiofréquences. La présence de l'enfant est détectée grâce à ces radiofréquences qui indiquent que le bébé se trouve dans la zone qui a été définie, c'est-à-dire la maternité.

En plus du personnel soignant, un ordinateur surveille ainsi les bébés, un PC déclenche une alarme dès que le bébé sort de la zone.

Lorsque le bébé quitte la maternité, sa sortie est aussi administrative qu'informatique, Quand un bébé quitte le service, on désactive le bracelet et on le coupe. Le bébé est ainsi informatiquement « sorti ».

## 2.8. La surveillance de la mise en route de l'alimentation

Quel que soit le type d'alimentation, celle-ci est précoce et doit être vérifiée par l'AP.

**C'est une étape importante pour l'enfant et sa maman.** L'alimentation peut être maternelle ou artificielle. Quel que soit le choix de la maman, l'AP doit accompagner ces premiers moments et la guider. Le bon déroulement des premières tétées dans un climat de confiance, est favorable pour l'enfant et sa mère. L'AP doit toujours avoir à l'esprit l'importance de valoriser la maman et montrer les compétences de son tout-petit. Cela nécessite écoute et disponibilité de la part du personnel soignant.

C'est particulièrement vrai pour l'allaitement maternel qui est développé page 152.

De même, pour l'alimentation artificielle au biberon, des biberons prêts à l'emploi sont généralement distribués à la maman. La présence de l'AP lors du premier biberon est indispensable pour conseiller et rassurer la maman, s'assurer de la bonne succion et déglutition de l'enfant.

L'évaluation de l'alimentation se fait sur l'observation de la courbe de poids, du comportement de l'enfant et de la qualité de la succion, le temps de sommeil et la quantité d'urine.

La présence de glaires gêne parfois le bon démarrage de l'alimentation. Certains nouveau-nés ont besoin d'une surveillance plus étroite afin de prévenir les fausses routes. Par action de la chaleur, les glaires sont plus rapidement résorbées quand le bébé est placé en peau à peau souvent.

## 2.9. La participation à la distribution des vitamines

L'AP explique aux parents comment donner les vitamines : la vitamine K anti-hémorragique et la vitamine D antirachitique (*voir tableau page suivante*). **C'est le pédiatre qui prescrit ces vitamines.**

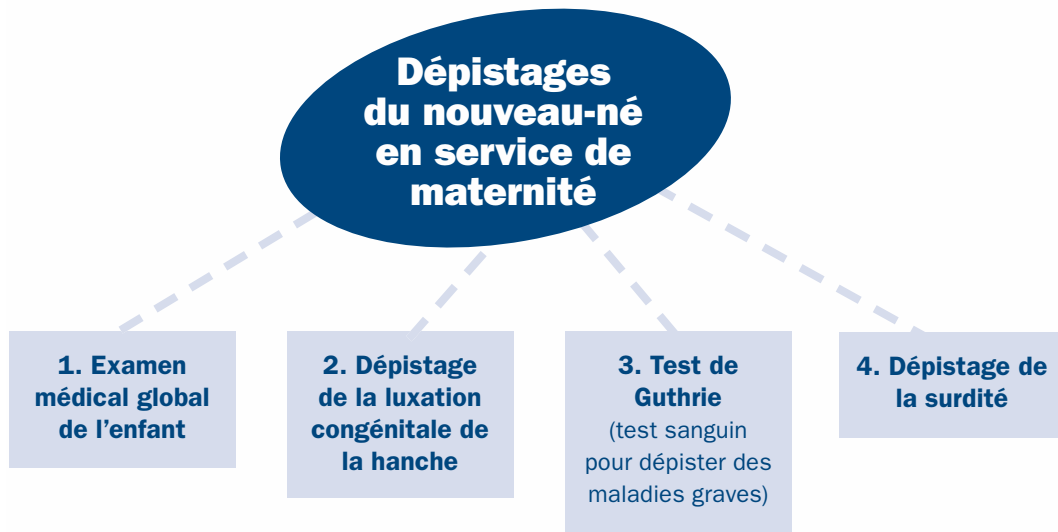
Zoom sur la participation à la distribution des vitamines	
<b>Que doit savoir l'AP ?</b>	<p>La vitamine K est administrée pour prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né.</p> <p>Le schéma posologique d'administration de la vitamine K1 a été modifié suite à une procédure européenne d'harmonisation des posologies.</p>
<b>Que doit faire l'AP ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer aux parents l'importance de l'administration de la vitamine K.</li> <li>• Participer à l'aide à la prise du médicament.</li> <li>• Respecter les doses prescrites par le médecin.</li> </ul>
<b>Doses prescrites</b>	<p>Dans le cas du nouveau-né à terme, en bonne santé, sans risque particulier, et recevant un <b>allaitement maternel exclusif</b>, l'administration de VITAMINE K1 mg/0,2 mL NOURRISSONS par voie orale, selon la prescription, le protocole est généralement le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la 1<sup>re</sup> dose le <b>1<sup>er</sup> jour</b> ;</li> <li>• la 2<sup>e</sup> dose entre le 4<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour ;</li> <li>• la 3<sup>e</sup> dose <b>1 mois après la naissance</b>.</li> </ul> <p>Dans le cas du nouveau-né nourri exclusivement au lait artificiel, la troisième dose peut être omise.</p> <p><b>Il n'est donc plus nécessaire d'administrer 1 dose de 2 mg par semaine jusqu'à la fin de l'allaitement maternel exclusif.</b></p>

Zoom sur le rachitisme	
<b>Que doit savoir l'AP ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit d'un trouble de la minéralisation de l'os dû à une carence en vitamine D chez l'enfant entre 6 mois et 2 ans.</li> <li>• La vitamine D intervient dans la fixation du calcium sur l'os.</li> <li>• La prévention repose sur l'administration de vitamine D. La posologie varie selon la pigmentation de la peau de l'enfant et l'habitat (ville/montagne/bord de mer).</li> <li>• Grâce à la prévention par administration de vitamine D, cette pathologie a presque totalement disparu des pays industrialisés.</li> </ul>
<b>Que doit faire l'AP ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rôle de l'AP : <ul style="list-style-type: none"> <li>– expliquer aux parents l'importance de l'administration de vitamine D ;</li> <li>– expliquer la posologie : gouttes ou doses quotidiennes, ou ampoule tous les 6 ou 2 mois ;</li> <li>– conseiller aux parents de promener les enfants à l'extérieur et limiter les vêtements couvrants si le temps le permet ;</li> <li>– être vigilante concernant les doses, car l'hypervitaminose D est grave.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pour en savoir plus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majeure partie de la vitamine D est synthétisée au niveau de la peau sous l'action des UV.</li> <li>• L'apport en vitamine D est très faible même dans le lait maternel.</li> <li>• Les laits infantiles sont soumis à une réglementation qui impose une supplémentation en vitamine D.</li> <li>• Les signes du rachitisme sont essentiellement des perturbations osseuses : <ul style="list-style-type: none"> <li>– retard de fermeture de la fontanelle ;</li> <li>– déformation de la cage thoracique : chapelet intercostal ;</li> <li>– déformation des os longs : bourrelet épiphysaire ;</li> <li>– incurvation concave des membres inférieurs ;</li> <li>– craniotabès : zone de ramollissement de la voûte crânienne.</li> </ul> </li> </ul>

## 2.10. La réalisation des transmissions

Des supports différents existent dans les services, l'AP doit remplir les dossiers afin que les principales informations y figurent pour assurer un meilleur suivi entre les équipes et pour ne pas perdre d'informations, ce qui nuirait à la prise en charge de l'enfant et de sa maman.

## 3. La participation aux dépistages



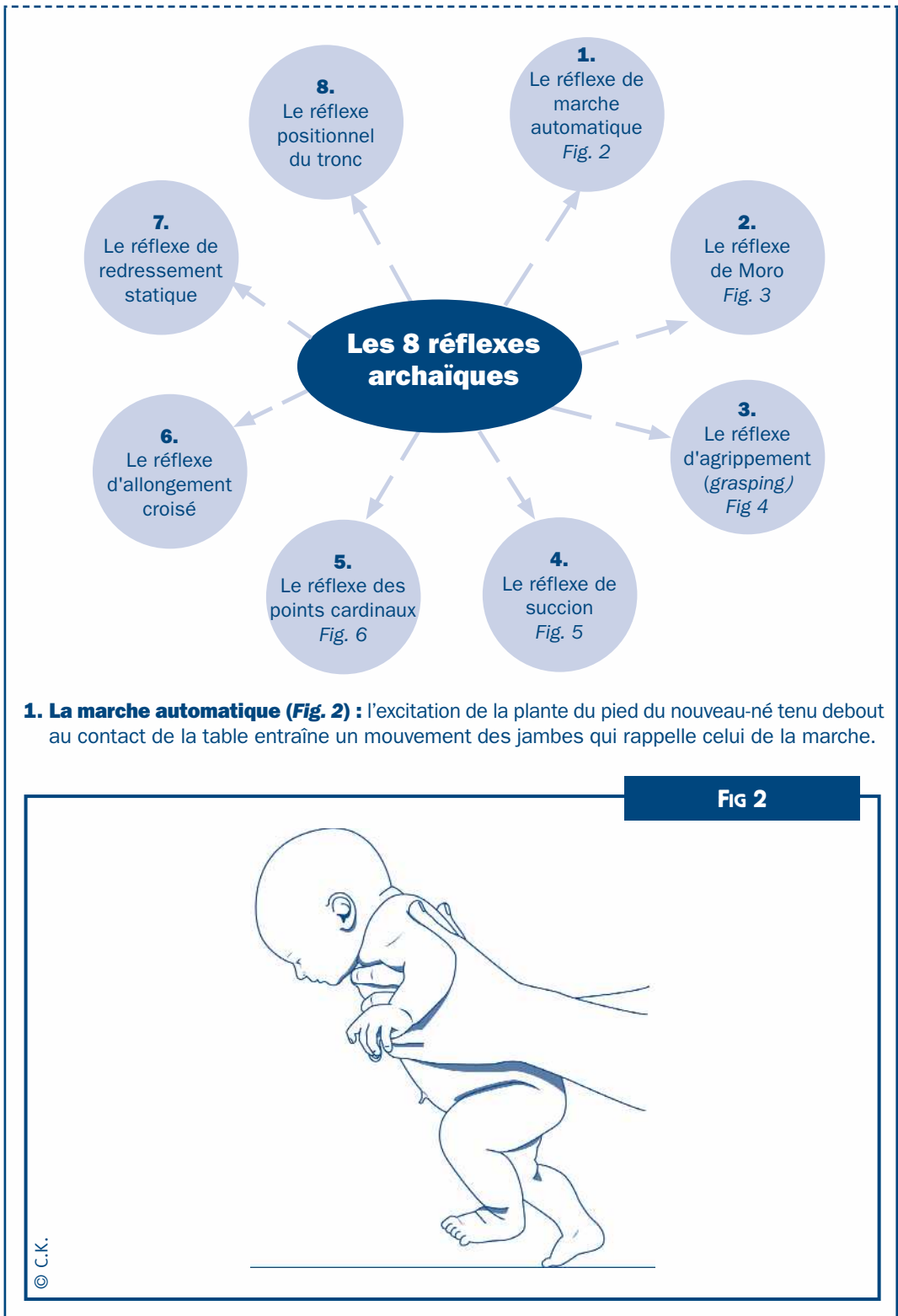
### 3.1. La surveillance médicale

Au cours du séjour à la maternité, le pédiatre examine au moins deux fois l'enfant : dans les 24 heures qui suivent la naissance, puis avant la sortie ; lors de ce dernier examen, est réalisé le premier certificat de santé (couramment appelé « certificat du 8<sup>e</sup> jour »).

Le médecin examine le nouveau-né appareil par appareil à travers l'inspection générale du corps, l'auscultation et la palpation. Il vérifie la présence des réflexes archaïques.

#### Zoom sur les réflexes archaïques

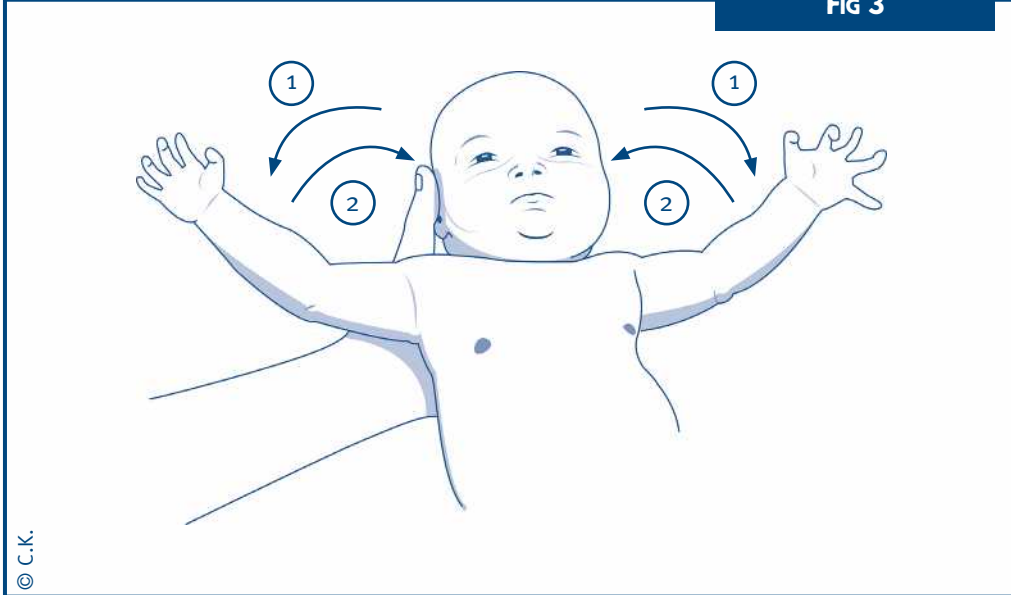
- Le système nerveux du nouveau-né est encore immature. Le bébé n'est pas capable de diriger volontairement ses mouvements. On dit qu'il a une activité essentiellement réflexe.
- Les réflexes archaïques sont présents chez le nouveau-né normal et jusqu'au 2<sup>e</sup> mois sauf le réflexe de marche automatique qui ne dure qu'une semaine. Leur présence puis leur disparition prouvent que le système nerveux du bébé est normal.
- Le médecin évalue l'état neurologique du nouveau-né en vérifiant son tonus et en contrôlant la présence des réflexes archaïques :
  - **l'observation du tonus** : sur le dos, le bébé a les membres en flexion. Quand on les étire, ils reviennent naturellement en flexion ;
  - **les réflexes archaïques** : le médecin exerce une stimulation précise afin de vérifier si le bébé répond à cette stimulation par un réflexe précis.





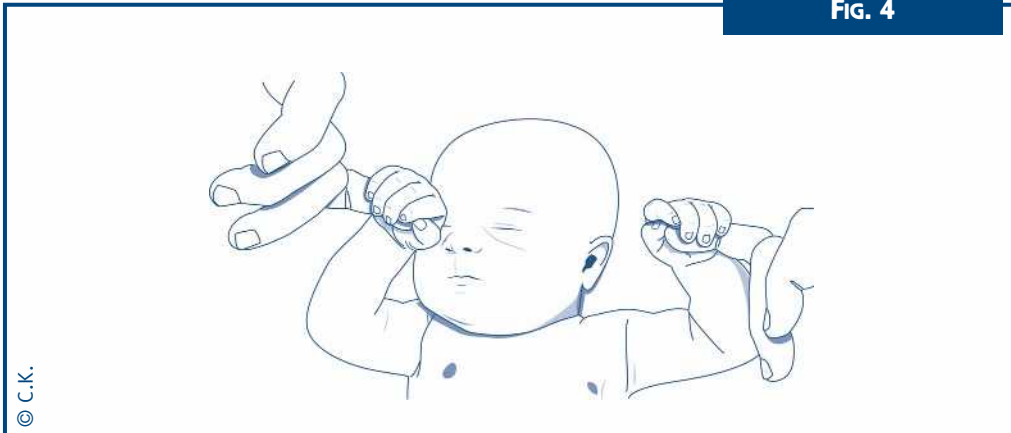
**2. Le réflexe de Moro (Fig. 3) :** lors d'un mouvement brusque ou s'il est surpris par un bruit sec, le bébé étend brusquement les bras et les ramène en flexion sur le thorax.

FIG 3



**3. Le réflexe d'agrippement (*grasping*) (Fig. 4) :** l'excitation de la paume de la main entraîne une flexion des doigts qui ensèrent l'objet responsable de cette excitation. L'enfant peut alors être soulevé avec prudence.

FIG. 4



Cet ouvrage est destiné aux étudiants en instituts de formation auxiliaire de puériculture (IFAP), candidats au DEAP, ainsi qu'aux professionnels préparant la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Complet, clair et pédagogique, il présente toutes les connaissances théoriques et pratiques que doit maîtriser l'étudiant pour obtenir son diplôme.

### › Un outil pour valider vos 8 modules et réussir vos MSP en maternité

- Il développe tout le cours à assimiler en s'appuyant sur des mises en situation concrètes du terrain, afin de vous aider à bien comprendre et à mémoriser les connaissances.
- Il vous propose des outils pratiques pour appliquer, lors de vos stages, toutes les connaissances apprises et exercer ainsi parfaitement votre rôle professionnel.

### › Un ouvrage conçu pour vous faciliter l'apprentissage

- Pour une mémorisation efficace, les connaissances théoriques et pratiques sont présentées avec clarté grâce à des encadrés, des tableaux, des arbres, ainsi que des fiches techniques enrichies par plus de 50 illustrations.
- Pour vérifier l'assimilation des connaissances, retrouvez à la fin de chaque chapitre des exercices corrigés.

## DANS LA MÊME COLLECTION :



ISBN : 978-2-84371-869-4



[www.vuibert.fr](http://www.vuibert.fr)