

LA SANTÉ DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE

Edition 2015

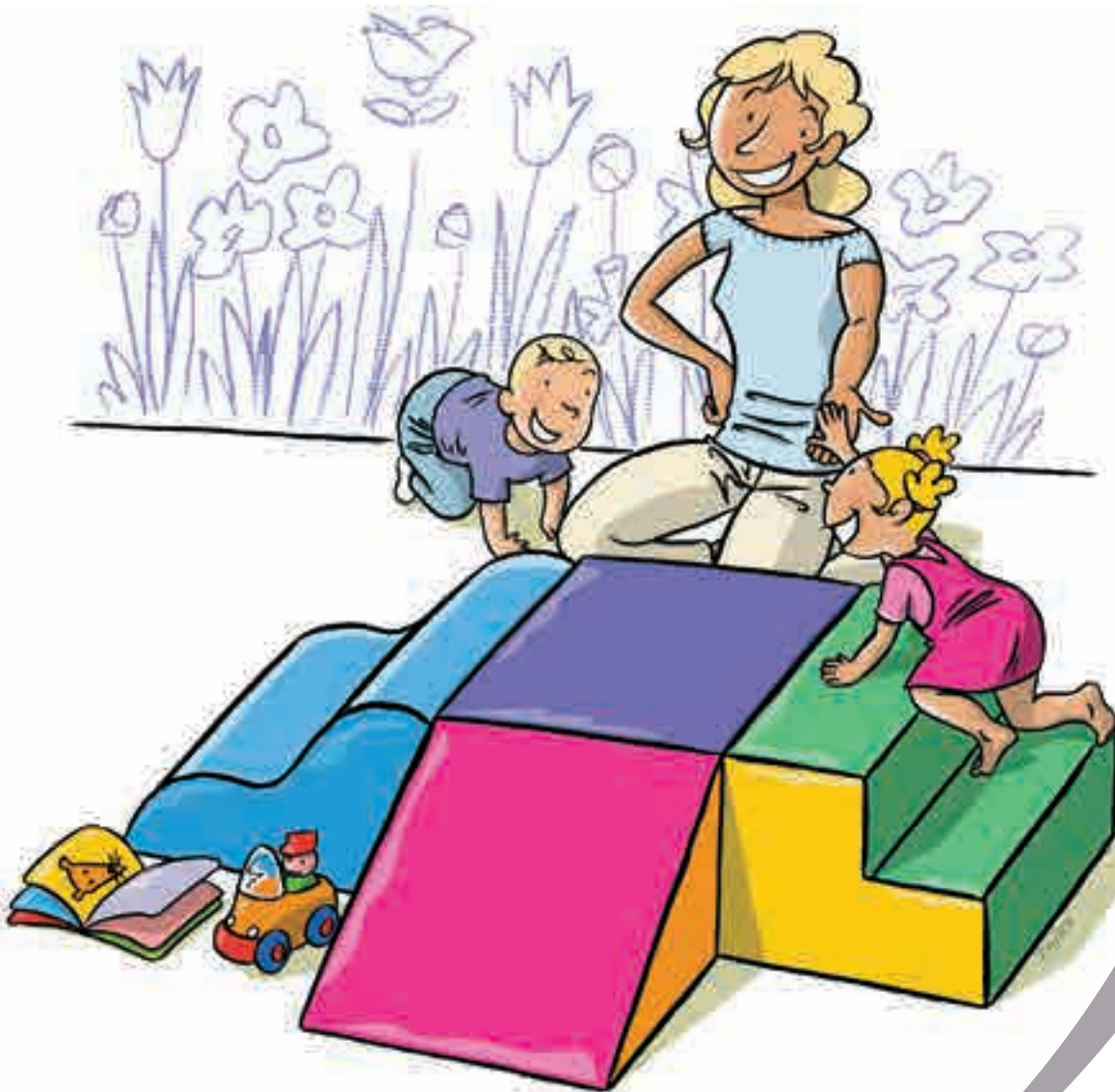






TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Chapitre 1 ▶ Surveillance de la santé	7
→ 1/ Cadre législatif	7
→ 2/ Objectifs	7
→ 3/ Examens de santé	7
→ 4/ Vaccinations	8
→ 5/ Le dépistage visuel en milieu d'accueil	8
→ 6/ Dépistage des troubles auditifs	10
→ 7/ Relations avec les parents	12
→ 8/ Critères de qualité	12
Chapitre 2 ▶ Hygiène générale	13
→ 1/ Hygiène des locaux	13
→ 2/ Hygiène des équipements	17
→ 3/ Hygiène individuelle	20
→ 4/ Mesures spécifiques	26
→ 5/ Hygiène alimentaire	26
Chapitre 3 ▶ Environnement : santé et sécurité	31
→ 1/ Prévenir des traumatismes au quotidien	31
→ 2/ Paramètres d'ambiance	33
→ 3/ Lutte contre les polluants	34
Chapitre 4 ▶ Accueil des enfants malades	37
→ 1/ Organisation générale	37
→ 2/ Facteurs favorisant la dissémination des infections dans les collectivités d'enfants	40
→ 3/ Evictions	41
→ 4/ Certificats médicaux d'admission	42
→ 5/ La vaccination	42
→ 6/ Maladies et mesures particulières à adopter en collectivité	44
Chapitre 5 ▶ Accueil des enfants en situation de handicap : viser un accueil inclusif	63
→ 1/ Principes généraux	63
→ 2/ Accueil	64
→ 3/ Information et avis	64
→ 4/ Accompagnement et partenariat	64
→ 5/ Suivi et évaluation	65
→ 6/ Quelques pathologies spécifiques	65
→ 7/ Enfants présentant des risques particuliers	66

Chapitre 6 ▶ Les allergies.....	67
→ 1/ Les acariens	67
→ 2/ Les moisissures.....	68
→ 3/ Allergies aux pollens et aux graminées.....	68
→ 4/ Allergies alimentaires	68
→ 5/ Allergies aux animaux.....	69
Chapitre 7 ▶ Urgences et accidents.....	71
→ 1/ Comment être efficace en présence d'une urgence? Comment s'y préparer?	71
→ 2/ La réanimation cardiopulmonaire de base : des gestes à connaître	71
→ 3/ Conduites à tenir dans diverses situations	77
Chapitre 8 ▶ Pharmacie de base.....	87
→ 1/ Produits d'usage courant	87
→ 2/ Médicaments d'urgence dans les milieux d'accueil collectifs	88
→ 3/ Matériel nécessaire à la consultation	88
→ 4/ Petit matériel.....	88
→ 5/ Autres produits	88
Annexes.....	89
→ Annexe 1 ▶ Examens de santé, fiche synthétique	91
→ Annexe 2 ▶ Modèles de certificats médicaux	94
→ Annexe 3 ▶ Schéma de vaccination	96
→ Annexe 4 ▶ Liste des associations d'aide aux enfants handicapés et leur famille	97
→ Annexe 5 ▶ Médecins inspecteurs d'hygiène	101
→ Annexe 6 ▶ Commande de vaccins.....	102
→ Annexe 7 ▶ Autorisation de vaccination.....	103
→ Annexe 8 ▶ Roi	105
→ Annexe 9 ▶ Accueil d'un enfant en situation de handicap.....	108
→ Annexe 10 ▶ Document à l'attention du médecin traitant.....	110
→ Annexe 11 ▶ Fiche de signalement d'un "événement médical important" après une vaccination	111
→ Annexe 12 ▶ Fiche de signalement d'un cas de décès d'un enfant en milieu d'accueil	113
→ Annexe 13 ▶ Fiche de signalement d'infection invasive en milieu d'accueil	115
→ Annexe 14 ▶ Fiche de signalement d'un accident grave survenu à un enfant en milieu d'accueil	117
→ Annexe 15 ▶ Certificat de santé physique et psychique destiné à l'accueil d'enfants (de 0 à 6 ans).....	118
→ Annexe 16 ▶ Contacts Locaux.....	120
Notes.....	121



INTRODUCTION

Afin de promouvoir dans des conditions optimales l'épanouissement de l'enfant dans un milieu d'accueil, il convient de veiller à son bon état de santé physique et donc à ce qu'il puisse bénéficier d'un suivi médical régulier et adapté mais aussi à ce qu'il puisse vivre dans un environnement éducatif riche de stimulations sensorielles et affectives.

Le milieu d'accueil doit donc développer des stratégies qui lui permettront de promouvoir la santé tant sur le plan individuel que sur le plan de la communauté. A ce titre, outre la surveillance médicale dévolue à chaque enfant, le milieu d'accueil se préoccupera des conditions d'hygiène, de diététique, de sécurité ainsi que de la qualité des infrastructures sans omettre la surveillance de l'état de santé des professionnels qui entrent à son contact.

L'une des préoccupations majeures du milieu d'accueil sera de créer un environnement riche de stimulations mais aussi rassurant et sécurisant ; un soin particulier sera notamment de veiller à créer des infrastructures exemptes de risques d'accident. Le milieu d'accueil se montrera également très attentif au risque de contagiosité de certaines affections, ce pourquoi un chapitre entier de cet ouvrage y sera consacré.

Le fonctionnement optimal du milieu d'accueil est basé sur l'étroite collaboration de l'équipe des professionnels qui le compose : médecin, infirmière, puéricultrice, gestionnaire, personnel d'entretien... toutes et tous doivent s'impliquer dans l'épanouissement des enfants qui leur sont confiés. Cet ouvrage est donc destiné à les aider à réaliser ces conditions optimales d'accueil ainsi qu'à s'auto évaluer. Les coordinatrices accueil, les agents conseils, les conseillers médicaux et pédagogiques de l'ONE apporteront leur aide et leurs conseils judicieux dans la réalisation de cet objectif.



1/ CADRE LÉGISLATIF

Conformément à l'article 26 de l'**arrêté du 27 février 2003** du Gouvernement de la Communauté française portant réglementation générale des milieux d'accueil, la surveillance de la santé est organisée de la manière suivante :

- le milieu d'accueil soumet la collectivité, à savoir les enfants et la ou les personnes qui les encadrent, à une surveillance de la santé conformément aux réglementations en vigueur ;
- les structures qui accueillent des enfants de 0 à 3 ans veillent en outre à ce qu'une surveillance médicale préventive des enfants soit assurée ;
- sauf si une consultation est organisée en son sein, le milieu d'accueil entretient une liaison fonctionnelle avec une consultation agréée ou créée par l'Office.

L'ensemble de ce dispositif en matière de surveillance de la santé dans les milieux d'accueil est par ailleurs concrètement mis en oeuvre « **selon les modalités définies par l'Office** ».

En outre, pour ce qui concerne plus spécifiquement la surveillance médicale préventive des enfants, l'article 29 de l'arrêté précise que le **carnet de l'enfant** constitue un document de référence servant de liaison entre les différents professionnels et les parents. Ceux-ci doivent veiller à ce qu'il accompagne toujours l'enfant et à cette fin, il est prévu de mentionner ce point dans le Règlement d'Ordre Intérieur du milieu d'accueil.

L'arrêté du 17/12/03 fixant le **code de qualité de l'accueil** précise dans son article 8 « Le milieu d'accueil, dans une optique de promotion de la santé et de santé communautaire, veille à assurer une vie saine aux enfants »

2/ OBJECTIFS

Les nourrissons sont accueillis très tôt (2 à 3 mois) en dehors de leur milieu familial. Quelle que soit la taille de la collectivité, le contact en très bas âge avec d'autres enfants et d'autres adultes va avoir des répercussions non négligeables sur leur santé physique et leur développement psychomoteur et affectif. Leur fragilité impose que des conditions optimales

soient mises en place et contrôlées de façon multidisciplinaire. Le médecin de l'ONE est chargé de contrôler et, avec les autres professionnels, de promouvoir la santé des enfants. En cela, le médecin participe à la promotion de la qualité de l'accueil et à la mise en place de conditions de vie saine dans le milieu d'accueil.

La mission du médecin consiste à :

- Évaluer la santé globale et l'évolution de chaque enfant pendant le temps de l'accueil.
- Donner un avis et intervenir dans tous les problèmes de santé observés dans la collectivité, spontanément ou à la demande de l'ONE ou du milieu d'accueil.
- Apporter au personnel l'information spécifique sur la santé et le développement du nourrisson, sur les maladies infectieuses, l'hygiène, l'alimentation...
- Prendre les décisions urgentes en cas de danger pour la collectivité.

3/ EXAMENS DE SANTÉ

Tous les enfants accueillis dans un milieu d'accueil collectif (crèche, préguardiennat, MCAE, maison d'enfants) sont soumis à une surveillance de la santé qui comprend :

4 Examens médicaux obligatoires : A l'entrée, vers 9 et 18 mois et à la sortie. Des examens supplémentaires peuvent être réalisés en cas de vulnérabilité ou problème de santé repérés lors de l'entrée. Les examens sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil. Cette surveillance ne concerne que la santé globale de l'enfant et les relations entre la santé et la vie dans le milieu d'accueil. En cas de problème rapporté ou observé dans le milieu d'accueil, le médecin peut réaliser à tout moment un examen supplémentaire.

Le médecin du milieu d'accueil doit disposer d'informations suffisantes et régulières sur la santé globale des enfants au travers du **carnet de santé** et des **observations** des puéricultrices/accueillantes. Le carnet de santé est un outil de liaison entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux ; à ce titre, il doit accompagner chaque enfant dans le milieu d'accueil au moment des examens médicaux ou à la demande du médecin. Le carnet reste

la propriété des parents et ne peut en aucun cas être conservé dans le milieu d'accueil.

Le contenu de l'examen de santé est composé de :

- l'anamnèse et l'entretien avec les parents et/ou avec la puéricultrice/ l'accueillante et notamment
 - le relevé des affections et problèmes de santé présentés par l'enfant ;
 - le comportement et l'évolution de l'enfant dans le milieu d'accueil.
- le dépistage d'un risque ou d'une vulnérabilité particulière, sur le plan physique ou psychosocial ;
- l'examen clinique complet et l'observation du développement psychomoteur ;
- le contrôle des vaccinations ;
- les recommandations utiles à l'intention des parents et des puéricultrices/ accueillantes ;
- le recueil des données médico-sociales de la BDMS de l'ONE.

Le médecin se réfère au guide de médecine préventive édité par l'ONE « Prévention et petite enfance » et au dossier médico-social de l'enfant.

Une fiche synthétique reprenant le contenu de chaque examen de santé obligatoire est reprise en annexe 1. Celle-ci peut être jointe au dossier.

4/ VACCINATIONS

Selon la législation, les enfants fréquentant un milieu d'accueil doivent être vaccinés selon les recommandations de l'ONE.

Les vaccins obligatoires sont ceux contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, la méningite à haemophilus influenzae b, la rougeole, la rubéole, les oreillons. Ces vaccins sont obligatoires en raison du risque qu'un enfant non vacciné ferait courir à la collectivité d'enfants.

Le vaccin contre la diphtérie est toujours associé au vaccin contre le tétanos.

Les vaccins fortement recommandés sont ceux contre la méningite à méningocoques C et à pneumocoques ainsi que ceux contre l'hépatite B et le rotavirus. Le risque de contracter une maladie contagieuse est toujours plus élevé pour les enfants fréquentant un milieu d'accueil.

L'état vaccinal de chaque enfant doit être contrôlé régulièrement :

- à l'entrée, contrôle du début de vaccination et information quant au choix des parents du médecin vaccinateur;

→ à 9 mois, contrôle de l'entièreté de la primo-vaccination ;

→ à 18 mois, contrôle de l'entièreté de la vaccination.

L'enfant peut être vacciné lors de la consultation médicale dans le milieu d'accueil (pour la commande des vaccins voir annexe 5).

L'enfant pourra être exclu du milieu d'accueil après avis du conseiller pédiatre de la subrégion en cas de non-respect, non justifié médicalement, de cette obligation ou de retard important dans le calendrier vaccinal (arrêté du 27 février 2003). Dans ce cas, le médecin rencontre préalablement les parents et fixe un délai pour la vaccination de rattrapage.

5/ LE DÉPISTAGE VISUEL EN MILIEU D'ACCUEIL



L'ONE organise des consultations itinérantes de dépistage précoce des troubles visuels dans les consultations de nourrissons et dans les milieux d'accueil collectifs.

Pourquoi:

De nombreuses études internationales permettent d'estimer que 10 à 14 % des enfants présentent des troubles visuels. L'amblyopie fonctionnelle est la première cause de trouble de la vue dans les pays développés. Le traitement précoce de ces troubles augmente nettement les chances de récupération voire de guérison de l'amblyopie secondaire et permet un meilleur développement psycho-moteur et cognitif de l'enfant.

Qu'est-ce que l'amblyopie fonctionnelle ?

Lorsqu'un œil envoie au cerveau une image moins bonne que l'autre œil, soit parce qu'il présente un défaut de réfraction, soit parce qu'il ne fixe pas dans le même axe que l'autre (strabisme), cet œil ne développera pas toutes ses potentialités visuelles. Les couches cellulaires du cortex visuel seront moins denses. L'œil ne développera pas bien ses connexions avec le cerveau et il perdra encore de l'acuité. Cet œil deviendra insuffisant et ce, définitivement.

Quels sont les objectifs de ce dépistage ?

Les objectifs de ce dépistage se situent à deux niveaux :

- repérer et traiter les troubles visuels dès le plus jeune âge afin de permettre le développement psychomoteur, cognitif et social optimal de l'enfant
- dépister et traiter précocement l'amblyopie fonctionnelle secondaire aux troubles de la réfraction.

En quoi consiste ce dépistage ?

Pendant l'examen qui dure de 5 à 15 minutes, l'enfant est assis sur les genoux, entre les bras d'un adulte (son parent ou son accueillante). Ce dépis-



tage est absolument non intrusif et non douloureux. Il demande très peu de collaboration de l'enfant mais ne peut pas être fait sur un enfant qui pleure, se débat ou se cache les yeux. Il faut simplement que l'enfant accepte de regarder, pendant de courtes périodes, les objets que lui présente l'examineur.

A qui s'adresse ce dépistage ?

Il s'adresse à tous les enfants de 18 à 36 mois qui fréquentent ou non habituellement les consultations de nourrissons ou un milieu d'accueil. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser ce dépistage chez les enfants déjà suivis par un ophtalmologue.

Par qui est-il réalisé ?

Cet examen est réalisé soit par un orthoptiste soit par un médecin spécialement formé à cet effet; avec l'aide administrative du personnel du milieu d'accueil.

Que faire pour bénéficier d'une consultation de dépistage visuel dans un milieu d'accueil collectif ?

Il suffit d'en faire la demande par téléphone auprès

du Comité subrégional de votre subrégion. Un rendez-vous vous sera alors fixé en fonction des disponibilités du personnel de dépistage. Des documents d'information à l'intention des parents vous sont ensuite transmis.

Matériel à prévoir sur place :

Prévoir une **pièce calme** pour permettre à l'examineur de capter l'attention de l'enfant. La pièce ne doit pas être occultée mais il ne faut pas que les rayons du soleil éblouissent l'examineur et l'enfant. Une petite pièce est suffisante.

Il faut prévoir :

- Une chaise pour la personne qui tient l'enfant sur ses genoux.
- Un siège à roulette et si possible réglable en hauteur pour l'examineur. (type siège de bureau)
- Une petite table sur laquelle l'examineur peut poser son matériel.
- Une prise de courant accessible pour permettre la recharge en continu de l'appareil de dépistage.



Que faire pour bénéficier d'une consultation de dépistage visuel dans un milieu d'accueil non-collectif ?

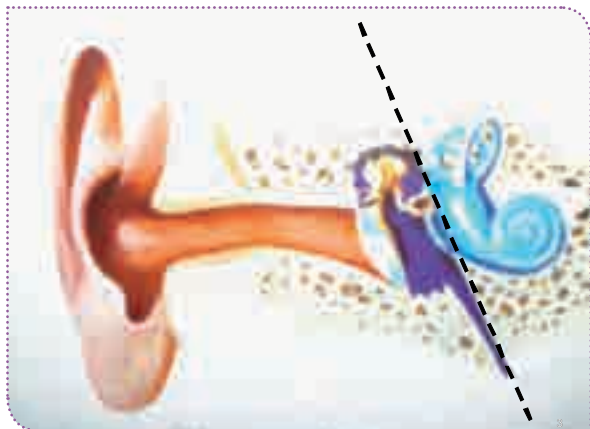
Il est recommandé de prendre contact avec la consultation de nourrissons « de référence » ou la plus proche pour obtenir les horaires des séances de dépistage visuel et de proposer aux parents des enfants fréquentant votre structure d'y inscrire leur enfant à leur meilleure convenance. Le secrétariat du Comité subrégional de votre subrégion pourra aussi vous renseigner à ce sujet.

6/ DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS

1. QU'EST-CE QUE LA SURDITÉ ?

On distingue les atteintes auditives :

- « de perception » (touchant l'oreille interne ou les voies sensorielles centrales)
Atteintes irréversibles, mais pouvant bénéficier



de techniques de rééducation adaptées, appareillages, voire implants.

Les atteintes auditives de perception congénitales peuvent être identifiées par un dépistage néonatal.

- « de transmission » (touchant l'oreille moyenne ou l'oreille externe)
Atteintes de la sphère ORL susceptibles d'amélioration (spontanée ou par traitement)
Le dépistage des atteintes auditives de transmission concerne les nourrissons et jeunes enfants.

2. PROGRAMME DE DÉPISTAGE NÉONATAL SYSTÉMATIQUE DE LA SURDITÉ EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

a. Pourquoi dépister précocement la surdité congénitale ?

La surdité congénitale dans la population générale touche 1 à 4‰ nouveaux nés.

De nombreuses études internationales montrent que la précocité du dépistage d'une surdité (avant l'âge de 3 mois) et la mise en place (avant l'âge de 6 mois) des mesures adéquates (techniques de rééducation adaptées, appareillages, voire implants) influence considérablement l'acquisition ultérieure du langage oral par rapport à ceux dépistés plus tardivement (pour une même perte auditive)

Sans le dépistage systématique, le trouble auditif n'est généralement diagnostiqué qu'à l'âge de 18 à 30 mois avec de lourdes conséquences sur l'acquisition du langage de l'enfant, mais aussi sur ses compétences communicatives, son développement cognitif et psychosocial.

b. En quoi consiste ce dépistage ?

Les nouveau-nés ne présentant pas de facteur de risque entrent dans un programme de dépistage en deux étapes.

Des otoémissions acoustiques automatisées sont effectuées en maternité et en cas de résultat insatisfaisant, un contrôle (par le même test) est effectué le lendemain.

Les enfants dont le résultat reste insatisfaisant sont orientés vers la consultation d'ORL pour le contrôle et le suivi (évaluation audiolinguistique).

Les enfants dont le résultat est « pass » sont considérés comme normo-entendants.

Les nouveau-nés présentant un (ou plusieurs) facteur de risque reçoivent d'emblée une évaluation audiolinguistique chez un ORL.

En cas de confirmation de la déficience auditive, l'enfant est référé rapidement vers un centre de prise en charge spécifique.

Pour les nouveau-nés ne présentant pas de facteur de risque, la Communauté française octroie à l'hôpital 5 euros par enfant dépisté.

Un supplément libre, plafonné à 10 euros, peut être demandé aux parents.

Ce supplément est remboursé intégralement par la plupart des mutuelles.

Pour les nouveau-nés à facteur de risque, l'évaluation ORL est directement remboursée par l'INAMI.

L'évaluation régulière de ce programme montre un taux de couverture du premier test en amélioration progressive. (89,5% en 2007, 93,2% en 2008 et 93,8% en 2009)

Les informations recueillies en maternité sont notées en page 7 du Carnet de l'Enfant.

En cas de test non réalisé en maternité, l'équipe médicosociale sensibilisera les parents à l'importance de faire subir le test et les incitera à recontacter la maternité ou à se rendre chez le spécialiste ORL.

En cas de réponse anormale au test réalisé en maternité, l'équipe médico-sociale encouragera les parents à se rendre au plus vite chez le spécialiste ORL, comme recommandé par la maternité.

En cas de réponse normale au test réalisé en maternité, il est impératif de continuer à suivre l'évolution de l'audition et du langage de l'enfant, et d'assurer ce suivi de manière renforcée chez l'enfant à facteur(s) de risque.

La collaboration de tous est nécessaire afin de diminuer au maximum le nombre d'enfants ayant échappé au test ou devant être contrôlés.



3. ET ENSUITE : SUIVI DE L'AUDITION ET DE L'ACQUISITION DU LANGAGE DE L'ENFANT

a. Pourquoi suivre l'audition et l'évolution du langage ?

- Il existe des surdités congénitales d'apparition progressive (génétiques, liées à une infection congénitale à CMV, ...)
- Par ailleurs, les otites séro-muqueuses sont fréquentes chez le nourrisson et le jeune enfant.

L'audition doit donc être suivie régulièrement.

- Par ailleurs, un retard de langage dépisté précocement peut orienter non seulement vers une atteinte auditive mais aussi vers d'autres problèmes (causes) possibles.

La prise en charge d'un retard de langage précocement améliore grandement l'acquisition ultérieure du langage et plus globalement les possibilités de communication de l'enfant.

b. Comment réaliser ce suivi en milieu d'accueil et en consultation ONE ?

- L'anamnèse est fondamentale :
Nombre et nature des infections ORL, respiration (ronflements), qualité de la déglutition, appétit, développement somatique et psychomoteur, vie sociale.
- Réaction au bruit.
- Développement du langage :
 - Critères d'alerte :
 - Absence de babil à 12 mois
 - < 8 mots de vocabulaire expressif à 18 mois.
 - < 50 mots et absence de combinaisons de mots à 2 ans.

- Critères de retard langagier sévère :
 - 18 mois : pas de mot
 - 24 mois : < 30 mots de vocabulaire
 - 36 mois : pas de combinaison de 2 mots

- Examen clinique ORL régulier

Au moindre doute à l'anamnèse ou à l'examen clinique, il faut référer l'enfant à son médecin traitant ou son pédiatre.

- Audiométrie comportementale par PA5

Dès 3 ans, on peut réaliser l'audiométrie comportementale au moyen d'un audiomètre PA5.

Celui-ci émet un son. Trois paramètres doivent être sélectionnés : le mode (tone), la fréquence (successivement 1000, 2000, 4000 puis 500 Hertz), l'intensité (40 puis 60 Db)

Ce test est réalisé par 2 personnes. Celle qui manipule l'appareil se trouve derrière l'enfant et tient l'audiomètre à 50 cm de l'oreille testée.

L'autre testeur se trouve face à l'enfant et, selon l'âge et la collaboration de l'enfant, détermine si le son émis est perçu par celui-ci de différentes façons : en observant sa réaction, en lui demandant d'associer le fait d'entendre à une action (compléter un puzzle,...) ou de dire qu'il entend.

Un arbre décisionnel est joint au PA5 présent en consultation ONE, celui-ci indique la marche à suivre et les conditions dans lesquelles référer au médecin ORL.



7/ RELATIONS AVEC LES PARENTS

Lors de l'entrée et après qu'ils aient pris connaissance des dispositions médicales en vigueur, il est demandé aux parents de désigner par écrit le médecin chargé du suivi préventif individuel et des vaccinations de leur enfant ainsi que le médecin traitant consulté en cas de maladie. Une information leur est donnée sur les moments et contenus des examens de santé obligatoires.

Si les vaccins sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil, les parents signent une autorisation de vaccination.

Les résultats des différents examens de santé sont communiqués aux parents. La présence de ceux-ci est obligatoire pour l'examen d'entrée et souhaitée pour les autres examens dans la mesure de leurs possibilités.

L'information sur les règles d'éviction et sur l'usage des certificats médicaux (Cf. annexe 2) en cas de maladies leur est également donnée à l'entrée. Le milieu d'accueil s'assure que les parents disposent d'une solution alternative en cas d'éviction de leur enfant.

Si l'état de santé de l'enfant implique des soins particuliers (convulsions, diabète, ...), il est recommandé d'établir avec eux et en collaboration avec le médecin spécialiste de l'enfant, un organigramme de la prise en charge en cas de problème.

Les parents sont les premiers responsables de la santé de leur enfant. Ils sont des partenaires au niveau de la promotion de la santé dans le milieu d'accueil. Tout problème ou divergence de vue mérite discussion, informations complémentaires et réflexion de part et d'autre.

8/ CRITÈRES DE QUALITÉ

Pour les milieux d'accueil de type collectif (crèche, prégardienat, MCAE, maison d'enfants)

1. Le milieu d'accueil a un contrat de collaboration avec un médecin pour la surveillance de la santé, selon le modèle fourni par l'ONE.
2. Le milieu d'accueil organise les examens obligatoires de santé des enfants.
3. A la demande des parents, le milieu d'accueil organise le suivi individuel et la vaccination des enfants.
4. L'examen d'entrée est réalisé en présence des parents.
5. Des réunions d'équipe autour de thèmes liés à la santé et à la sécurité sont organisées avec le médecin du milieu d'accueil.
6. Le milieu d'accueil favorise une communication

régulière entre le médecin et les accueillantes/ puéricultrices et entre le médecin et les parents, au sujet de la santé de chaque enfant,

7. Le carnet de santé accompagne l'enfant lors des consultations médicales et en dehors de celles-ci à la demande du médecin.¹

Pour tous les milieux d'accueil

1. Le milieu d'accueil a une convention avec un médecin proche pour les cas d'urgence.
2. Le tableau d'éviction est respecté et porté à la connaissance des parents.
3. Le milieu d'accueil exige les certificats médicaux lors de l'accueil d'un enfant malade.
4. Le milieu d'accueil contrôle l'état vaccinal.
5. Le milieu d'accueil dispose d'une pharmacie et des produits de soin corporel.
6. Le milieu d'accueil dispose sur place des certificats d'aptitude physique et psychique pour tout le personnel appelé à être en contact avec les enfants.
7. Le milieu d'accueil informe l'ONE de tout problème grave en matière de santé survenu au sein du milieu d'accueil.
8. Le milieu d'accueil dispense aux enfants tous les soins dont ils ont besoin et tous les médicaments qui leur sont prescrits par un médecin.
9. Le milieu d'accueil veille à accueillir les enfants dans un environnement extérieur ainsi que des infrastructures et équipements sains.
10. Les documents d'éducation à la santé de l'ONE sont à la disposition des parents.



¹ Pour ces deux derniers critères la responsabilité est partagée entre le médecin et le Milieu d'accueil.

L'hygiène est un ensemble de principes et de pratiques ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé.

L'application des règles d'hygiène a une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles en collectivité pour lutter contre les sources de contamination et réduire les moyens de transmission. Une formation adéquate du personnel et un rappel régulier de la bonne pratique des règles d'hygiène sont nécessaires.

Les mesures d'hygiène portent sur l'hygiène des locaux, des équipements, l'hygiène individuelle et l'hygiène alimentaire.

Une application rigoureuse de ces mesures permet de freiner la propagation des agents infectieux.

Elles doivent s'appliquer au quotidien et être intensifiées en cas d'infection déclarée.

La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité est par ailleurs l'occasion de vérifier que l'application de ces mesures est bien respectée.

Une bonne compréhension de la propagation d'une maladie transmissible permet d'avoir une action plus efficace sur la mise en place des mesures d'hygiène.

1/ HYGIÈNE DES LOCAUX

Il s'agit de l'hygiène des sols et surfaces (tapis de sols, chaises, tables,...)

1.1 NETTOYAGE

→ Définitions :

- Nettoyer (déterger) = rendre net, propre (en débarrassant de tout ce qui ternit ou salit).
- Savon = mélange d'une matière grasse et d'un alcalin qui sert à nettoyer, à dégraisser, à blanchir.

→ Nettoyage quotidien des sols et de toutes les surfaces lavables, sans omettre les tapis de jeux et coussins de psychomotricité plastifiés, les robinets, poignées de porte, chasses d'eau, grilles de ventilation,... à l'aide de produits détergents. Aérer les pièces durant une heure après le nettoyage.

→ Le choix d'un nettoyant tous usages, non toxique et quasi complètement bio dégradable est idéal. Idéalement sans limonène ou autre parfum synthétique.

Exemples : Savon noir, Carolin, Savon de Marseille,...

Parfois une surface demande un produit d'entretien spécifique mais cela doit rester exceptionnel.

→ La technique des « 2 seaux » doit être appliquée : l'un pour laver, l'autre pour « rincer ». Le seau d'eau savonneuse est le seau d'eau propre ; le seau d'eau non savonneuse sert à rincer la serpillière en récoltant les souillures (« eau sale », à changer régulièrement).

→ Il est impératif de rincer à l'eau après chaque nettoyage.

METHODE DES DEUX SEAUX

Cette méthode peut être utilisée pour toutes les surfaces

OBJECTIF :

Maintenir la solution utilisée pour l'entretien propre le plus longtemps possible.

MATÉRIEL :

- 1 seau bleu = contenant la solution détergent
- 1 seau rouge = contenant l'eau de rinçage

TECHNIQUE :

- 1) Immerger la serpillière dans le seau bleu. Essorer la serpillière.
- 2) Nettoyer la surface
- 3) Rincer dans le seau rouge pour débarrasser des salissures récupérées. Essorer.
- 4) Reprendre à l'étape n° 1

Renouveler l'eau de rinçage lorsqu'elle est saturée.

Renouveler l'eau contenant la solution dès que nécessaire.

CLIN-CHU de MONTPELLIER

→ Il faut changer de serpillière pour chaque local et chaque section de vie (dortoir, local de jeux,...).

→ Les serpillières doivent être lavées à 60° une fois par jour. Les seaux doivent être rincés après chaque utilisation et lavés une fois par jour (au moyen de détergent)

- Il faut absolument éviter les produits de nettoyage qui contiennent aussi un désinfectant (produits mixtes). En effet, c'est inutile et la substance désinfectante peut être irritante.



1.2 DÉSINFECTION

Après un lavage adéquat (nettoyage et rinçage), une désinfection est nécessaire dans certains cas.

Définition :

Désinfecter = détruire les agents infectieux.

- La désinfection doit généralement être réservée à certaines situations d'épidémie et aux cas de souillures des sols et surfaces par des liquides biologiques (sang, selles, urines, vomissements...).

En cas de souillures des sols et surfaces par les liquides biologiques :

- Enfiler des gants jetables ;
- Enlever le plus gros des souillures avec de l'essuie-tout ;
- Mettre les déchets dans un sac en plastique, le fermer, puis le déposer dans les poubelles habituelles ;
- Laver et rincer ;
- Désinfecter.

En cuisine (surfaces alimentaires), la désinfection est limitée aux situations à risque : ex. : manipulation des aliments à risques (volaille crue, œufs, légumes terreaux, ...) Voir point 4.2.1. du GAMAE.

- La désinfection doit se faire systématiquement une fois par jour dans la salle de bain, sur les tables des enfants, sur le coussin à langer. Dans certaines situations d'épidémies pouvant être la source d'une contamination indirecte (cfr p39), la désinfection sera éventuellement étendue à d'autres surfaces

Produits recommandés :

EAU DE JAVEL

- L'eau de javel est une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium qui a des propriétés bactéricides, virucides, fongicides et sporicides.
- Elle n'est à utiliser qu'en l'absence des enfants et avec les fenêtres ouvertes.
- Utiliser la solution le jour de la dilution.
- Sur une surface préalablement nettoyée
- Pour les petites surfaces (poignées, robinets...), l'usage de lingettes javellisées est recommandé
- Pour les grandes surfaces, préférer les présentations d'eau de javel non parfumée, en bidons de 1 ou plusieurs litres, prête à l'emploi soit à 12°. Elle peut se conserver jusqu'à un an, car elle est plus stable dans cette présentation que sous forme de berlingot à diluer.
- La dilution recommandée est de 32 ml d'eau de javel à 12° dans 1 litre d'eau
- En cas de moisissures uniquement, la dilution recommandée est de 1 volume de javel pour 4 volumes d'eau.

Précautions d'emploi :

La prudence s'impose en toutes circonstances.

- Utiliser l'eau de javel avec des gants.
- Ne pas laisser à portée des enfants.
- Ne jamais utiliser en présence des enfants.
- L'eau de javel doit toujours être utilisée seule dans l'eau (froide, entre autre pour éviter le dégagement de vapeur toxique). Il ne faut donc pas la mélanger avec un produit d'entretien. Ne pas mélanger l'eau de javel avec des solutions acides ou ammoniacales ni les utiliser de manière successive. Cela entraînerait une réaction chimique qui dégage des gaz chlorés très toxiques.

- L'eau de javel est corrosive et toxique. En cas d'**ingestion** accidentelle, ne pas faire vomir, contacter le centre anti-poison (070/24.52.45). Elle peut provoquer des brûlures sur la **peau** et les **yeux**, surtout sous forme concentrée. En cas de brûlure sur la peau, laver à l'eau. En cas de projection dans les yeux, rincer abondamment à l'eau et consulter un ophtalmologue.
- Les vapeurs sont irritantes et même toxiques pour le **système respiratoire**.
- **Diluer en versant la javel dans l'eau et non l'inverse !**
- **Stockage** : l'eau de javel doit être stockée hors de portée des enfants, dans son flacon d'origine ou dans un flacon clairement étiqueté.
- **Conservation** : C'est un produit « fragile » qui doit être stocké à l'**abri de la lumière et de la chaleur**.

DERIVES D'AMMONIUM QUATERNAIRE



- Ils sont **nettement moins toxiques**, notamment au point de vue **respiratoire** que l'eau de javel. Dès lors, ces produits peuvent être utilisés en présence des enfants.
- Ils ont une **action désinfectante très efficace** : virucide, bactéricide et fongicide, en une dizaine de minutes. Il faut savoir que certains produits ont également une action détergente et que, hormis en cas de souillure par des liquides biologiques, le nettoyage préalable pourrait être évité.
- Ces substances répondent aux normes de biodégradabilité européennes.
- Ils sont **faciles d'emploi**. Il en existe plusieurs conditionnements, notamment en spray pré-dilué prêt à l'emploi. Pour les conditionnements où cela est nécessaire, la dilution recommandée doit être respectée.

- Il faut appliquer le produit uniformément sur la surface propre à désinfecter, puis attendre que celle-ci soit bien sèche avant de l'utiliser. **Il ne faut pas rincer.**
- Les dérivés d'ammonium quaternaire doivent être utilisés, en cas de souillures par des liquides biologiques, pour la **désinfection des surfaces**, telles que coussins à langer, tapis de jeux, coussins de psychomotricité plastifiés, éviers, WC, petits pots, salle de bain et sur les surfaces alimentaires souillées, pendant, avant ou après l'accueil des enfants. Quand une désinfection des **sols** (souillures par des liquides biologiques, épidémies) est nécessaire, les dérivés d'ammonium quaternaire peuvent être utilisés, même en présence des enfants. Rappelons cependant leur coût nettement plus élevé que celui de l'eau de javel.
- La liste des biocides autorisés en cuisine par le SPF (Service Public Fédéral) est disponible sur le site www.infobiocide.be Il en est de même pour les biocides autorisés en milieu d'accueil.

Précautions d'emploi :

- Ne **jamais mélanger** à d'autres produits.
- L'inhalation du produit peut entraîner une irritation des **voies respiratoires**, nettement moindre cependant qu'avec l'eau de javel.
- Le produit est irritant pour les **yeux**, il faut être attentif à ne pas en projeter dans les yeux lors de l'utilisation. En cas de projection dans les yeux, rincer abondamment à l'eau claire. Si une gêne persiste, consulter un ophtalmologue.
- Le produit peut également provoquer de petites irritations sur certaines **peaux** sensibles, il est donc préférable de ne pas en mettre sur la peau. En cas de contact avec la peau, laver à l'eau et au savon. Si un utilisateur a des réactions cutanées au produit, il lui est conseillé d'utiliser des gants.
- En cas d'**ingestion** accidentelle, ne pas faire vomir, contacter le centre anti-poison.
- **Stockage** : A conserver dans une armoire fermée à clef, hors de portée des enfants. Toujours conserver dans le flacon d'origine pour éviter toute confusion.
- **Conservation** : Entre 5 et 35°C, dans un endroit sec et si possible bien ventilé.

1.3 CAS PARTICULIER DES MOISSISSURES

www.wiv-isp.be

Les moisissures

Les moisissures sont **des polluants importants de l'air intérieur** pouvant entraîner diverses pathologies.

Ce sont des **champignons filamenteux qui se développent sur les matières organiques** (livres, tapis, vêtements, bois, papiers-peints, ...) et dont les spores peuvent se retrouver dans l'air, permettant ainsi la propagation des moisissures.

Le développement des moisissures est favorisé par la **CHALEUR** (une température ambiante située entre 5 et 25°C) et l'**HUMIDITE**.

Dans un milieu d'accueil, les pièces les plus à risque de développement pour les moisissures sont donc la salle de bains, la cuisine ou toute autre pièce où l'on produit de l'humidité.

Ces pièces doivent être séparées des pièces plus froides et sèches (dortoir, salle de jeux, ...)

En effet, si l'air humide et chaud se répand dans une pièce plus froide, de la condensation peut apparaître sur les murs et favoriser le développement des moisissures.

Pour prévenir l'apparition des moisissures : éliminer la présence d'humidité.

- Aérer les pièces régulièrement et de manière contrôlée, en particulier après les activités qui produisent beaucoup d'humidité (cuisson, occupation par de nombreuses personnes qui respirent, ...)
- En cas d'infiltration ou d'humidité ascendante, en diagnostiquer l'origine et y remédier au plus vite.
- En cas de dégâts des eaux occasionnels (fuite d'eau, ...) réparer au plus vite.

Pour éliminer les moisissures :

- Si leur développement n'est pas trop étendu (inférieur à 1m²), vous pouvez nettoyer les surfaces contaminées d'abord de façon approfondie avec un détergent habituel puis avec de l'eau de javel diluée 5 fois (1 dose d'eau de javel pour 4 doses d'eau) Choisissez les présentations d'eau de javel non parfumée, prête à l'emploi soit à 12°. Le nettoyage doit être effectué avec une éponge synthétique jusqu'à disparition complète des moisissures. Pensez à porter masque et gants. Recommencez l'opération si les moisissures réapparaissent et vérifiez l'efficacité des travaux effectués.

- Si la surface colonisée se révèle supérieure à 1m², vous devez faire venir une entreprise spécialisée dans ce domaine. Consultez à cet effet le site spécialisé de l'institut de santé publique section moisissures

Adresses utiles :

- Informations générales et demande de prélèvements
- LPI (Province de Hainaut)
Tél. : 065/403.610
E-mail : hvs.lpi@hainaut.be
- SAMILUX (Province de Luxembourg)
Tél. : 084/310.503
E-mail : samilux@province.luxembourg.be
- SAMI-Liège (Province de Liège)
Tél. : 04/349.51.10
E-mail : sami@prov-liege.be
- SAMI-NAMUR (Province de Namur)
Tél. : 081/776.714
E-mail : catherine.keimeul@province.namur.be
- SAMI-Brabant wallon (Province du Brabant wallon)
Tél. : 02/652.26.46
E-mail : sami.bw@skynet.be
- CRIPI (Région bruxelloise)
Tél. : 02/775.77.69
E-mail : cripi@ibgebim.be
- ISP – service mycologie
Tél. : 02/642.56.31
E-mail : m.detandt@iph.fgov.be

2/HYGIÈNE DES ÉQUIPEMENTS

2.1 HYGIÈNE DES VÊTEMENTS ET DU LINGE

Circuit et lavage du linge :

Bien séparer le circuit du linge propre et du linge sale (récipients différents), se laver correctement les mains après la manipulation du linge sale, ne pas déposer le linge sale à même le sol.

Laver à 60°.

- Les **essuies** doivent être individuels à chaque enfant et remplacés quotidiennement. **Les bavoirs et les gants de toilette** seront lavés après chaque usage.
- Dans les milieux d'accueil collectifs, le personnel doit disposer de blouses de travail ou de **vêtements et chaussures réservés au milieu d'accueil**. Des tabliers renouvelés quotidiennement seront exclusivement réservés à la préparation des repas et des biberons.

Le milieu d'accueil peut, en fonction des situations, exiger le port de surchaussures pour les parents et visiteurs arrivant de l'extérieur et qui se rendent dans des sections comprenant des enfants ne marchant pas encore.

Il n'est pas souhaitable de demander aux parents de marcher pieds nus ou en chaussettes dans ces sections. Les sur-chaussures sont à usage unique.

2.2 HYGIÈNE DES OBJETS, DES JOUETS

- **Les objets et les jouets** seront en matière facilement lavable.
- Les objets solides, si leur taille le permet, seront lavés régulièrement au lave-vaisselle. En effet, cela permet en même temps une désinfection thermique efficace.
- **Les jouets en tissu** seront lavés à 60°C minimum en machine (emballés par exemple dans une taie d'oreiller).
Il est recommandé, surtout chez les petits et les moyens, de changer très régulièrement (3 périodes par jour) le stock des jouets de manipulation mis en bouche par les enfants et de le laver quotidiennement. Les petits « hochets » mis en bouche peuvent être individualisés pendant le temps de l'accueil. En cas de **souillure visible par un liquide biologique** (salive, régurgitations,...), il faut soit désinfecter avec un dérivé d'ammonium quaternaire type 4, (puis rincer, pour les jouets pouvant être portés à la bouche), soit écarter le jouet jusqu'à la désinfection thermique.

→ Une attention particulière doit être portée aux **bacs à sable extérieurs**. Le bac à sable est potentiellement, pour les enfants, une source de maladies infectieuses, et surtout parasitaires (larves présentes notamment dans les excréments de chiens ou de chats, certaines variétés de champignons,...). Par ailleurs, les particules fines peuvent être des irritants oculaires, et si elles sont inhalées, des irritants respiratoires. Ils sont par conséquent **déconseillés** dans les milieux d'accueil de 0 à 3 ans.

Précautions d'emploi :

- Les bacs non utilisés doivent être recouverts en permettant à l'air de circuler (filet de nylon) pour éviter la souillure par des animaux et les moisissures.
- Chaque jour, il faut aérer le sable avec un râteau et enlever les éventuels corps étrangers.
- Il faut faire le retournement du sable au moins une fois par trimestre, remplacer ou régénérer au moins une fois par an la totalité du sable, nettoyer parois et fond lors de l'enlèvement du sable.
- Il faut laver les mains des enfants qui ont joué dans le sable.
- S'il y a eu contamination par de l'urine, des selles, des vomissements ou des excréments d'animaux, on doit immédiatement enlever les souillures et désinfecter le sable (javel diluée répandue sur le sable, puis arroser avec de l'eau pour imbibber, retourner le sable et attendre 24h).
- Des examens parasitologiques et bactériologiques peuvent être réalisés à partir d'un prélèvement (en cas de problème infectieux chez un ou des enfants, lié à la fréquentation du bac à sable).

2.3 LES PETITS POTS, LES PETITES TOILETTES ET LES COUSSINS À LANGER



- Les **petites toilettes** et les petits pots doivent être bien nettoyés après chaque usage.
En cas de selle, désinfecter par de l'ammonium quaternaire ou par un linge javellisé passé sur la planche ou le rebord.
Ne pas jeter de l'eau de javel dans les toilettes.
En usage courant, un détartrant à base d'acide acétique est suffisant pour l'entretien de la cuvette du WC.



- Les **coussins à langer** doivent être désinfectés quotidiennement et à chaque cas de souillure par des liquides biologiques à l'aide d'un dérivé d'ammonium quaternaire. Ils ne doivent pas être désinfectés systématiquement entre chaque change. Un essuie personnel à l'enfant ou un papier protecteur est posé sur le coussin à chaque change.



2.4 LES THERMOMÈTRES

- Avant l'âge d'un an, un thermomètre individuel sera apporté par les parents.
- Passer tout le thermomètre dans de l'alcool isopropylique à 70°C en frottant avec un linge propre puis laisser sécher.
- Il est recommandé d'utiliser, autour du thermomètre, une enveloppe à usage unique, mais la désinfection du thermomètre reste nécessaire.
- La prise de température n'est pas requise quotidiennement et systématiquement chez tous les enfants. Après l'âge d'un an, les thermomètres auriculaires avec embout jetable peuvent être utilisés.



SOLS ET SURFACES		
ENTRETIEN QUOTIDIEN (Après l'accueil des enfants)	1) Nettoyage 2) Rinçage	Remarques : Coussins à langer, tables alimentaires des enfants, salle de bain : 1. Nettoyage Rinçage Désinfection à la Javel ou 2. Nettoyage et désinfection à l'ammonium quaternaire
SELON LES SITUATIONS (Pendant l'accueil des enfants)	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de souillure par des liquides biologiques 1) Enfiler les gants jetables 2) Enlever le plus gros des souillures avec de l'essuie-tout 3) Mettre les déchets dans un sac en plastique, le fermer puis le déposer dans les poubelles habituelles. 4) Nettoyer et rincer 5) Désinfecter (dérivé d'ammonium quaternaire, ne pas rincer) - En cuisine, en cas de situation à risques. - Autres souillures 1) Nettoyage 2) Rinçage 	

OBJETS ET JOUETS	
ENTRETIEN QUOTIDIEN	<ul style="list-style-type: none"> - Objets et jouets de petite et moyenne taille : Lavage avec désinfection thermique (si la taille le permet) 1° choix : Lave-vaisselle à 60° C minimum 2° choix : Lave-linge, dans un drap, à 60° C minimum - Objet et jouets de plus grande taille : Cf. sols et surfaces - Jouets en tissus Lavage régulier à 60°C minimum en machine.
SELON LES SITUATIONS	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de souillure par des liquides biologiques soit : Désinfection immédiate avec dérivé d'ammonium quaternaire (et rinçage si jouet pouvant être porté à la bouche) soit : Ecartement du jouet - objet en attendant la désinfection thermique quotidienne - Autres souillures Nettoyage puis rinçage

PETITS POTS ET PETITES TOILETTES		
	PETITS POTS	PETITES TOILETTES
ENTRETIEN QUOTIDIEN	1) Nettoyage 2) Rinçage 3) désinfection	1) Nettoyage 2) Rinçage 3) désinfection de la planche ou du rebord Rem.: cuvette WC : détartrant à base d'acide acétique (en dehors de la présence des enfants)
APRÈS SELLES	1) Nettoyage 2) Rinçage 3) Désinfection par dérivé d'ammonium quaternaire (pas de rinçage)	Désinfection - Passer un linge javellisé sur la planche OU - Ammonium quaternaire sur la planche

2.5 EVACUATION DES DÉCHETS :

- Les aiguilles utilisées pour les vaccinations doivent être jetées sans être recapuchonnées dans des containers spéciaux.
- Les langes souillés, les pansements et le matériel jetable doivent être évacués dans les poubelles à parois rigides, garnies de sacs-poubelle résistants. Les poubelles sont munies de couvercles hermétiques et d'une ouverture à pédale. Les poubelles seront désinfectées quotidiennement par de l'eau de javel.
- Les langes en tissu doivent être stockés dans des poubelles individuelles spéciales et remis aux parents en fin de journée.

3/ HYGIÈNE INDIVIDUELLE

Les habitudes de propreté doivent être rappelées à l'ensemble du personnel du milieu d'accueil, qu'il soit ou non en contact direct avec l'enfant.

3.1 LES MAINS

- L'hygiène des mains est indispensable et incontournable pour prévenir la propagation des germes infectieux et les épidémies.
- Le port des bijoux et des faux ongles est proscrit. Les ongles doivent être propres, courts, sans vernis. Il faut les nettoyer régulièrement, car des micro-organismes se logent souvent sous les ongles. Les bagues et bracelets peuvent également héberger des microorganismes qui ne sont pas nécessairement éliminés par le lavage des mains. Ils peuvent occasionner des lésions aux enfants (éraflures, égratignures)
- Pour l'hygiène des mains, deux techniques sont recommandées : le lavage des mains à l'eau et au savon et la désinfection des mains avec une solution hydroalcoolique.
- L'hygiène des mains doit être une préoccupation constante. Elle est indispensable dans les situations suivantes :
 - A l'arrivée dans le milieu d'accueil et au départ de celui-ci ;
 - Après chaque change ;
 - Après être allé aux toilettes ou avoir aidé un enfant à y aller ;
 - Avant de manger ou de manipuler des aliments et après ces activités ;
 - Après chaque contact avec des liquides corporels (sang, sécrétions nasales, ...) ;
 - Après avoir aidé un enfant à se moucher ou après s'être mouché, avoir toussé, éternué ;
 - Avant de changer un pansement et après

l'avoir fait ;

- Avant de prendre la température d'un enfant, et après ;
- Avant de préparer et d'administrer un médicament (crème, gouttes, autres préparations) à un enfant et après l'administration ;
- Après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé ;
- Après avoir joué dans le sable ou la terre ;
- Chaque fois qu'on le juge nécessaire,...

3.1.1. LAVAGE DES MAINS



Le lavage des mains au savon est une mesure suffisante et efficace pour prévenir la transmission des virus et de la plupart des bactéries. C'est la raison pour laquelle il faut tout particulièrement insister sur le lavage des mains dans les collectivités d'enfants. Le renforcement de ce message pourra s'effectuer au moyen d'affichettes, logo,...

AVEC QUOI DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

Avec du savon liquide (PH neutre, si possible) de préférence placé dans un distributeur muni d'une recharge jetable. Le bec verseur doit être nettoyé à chaque changement de recharge.

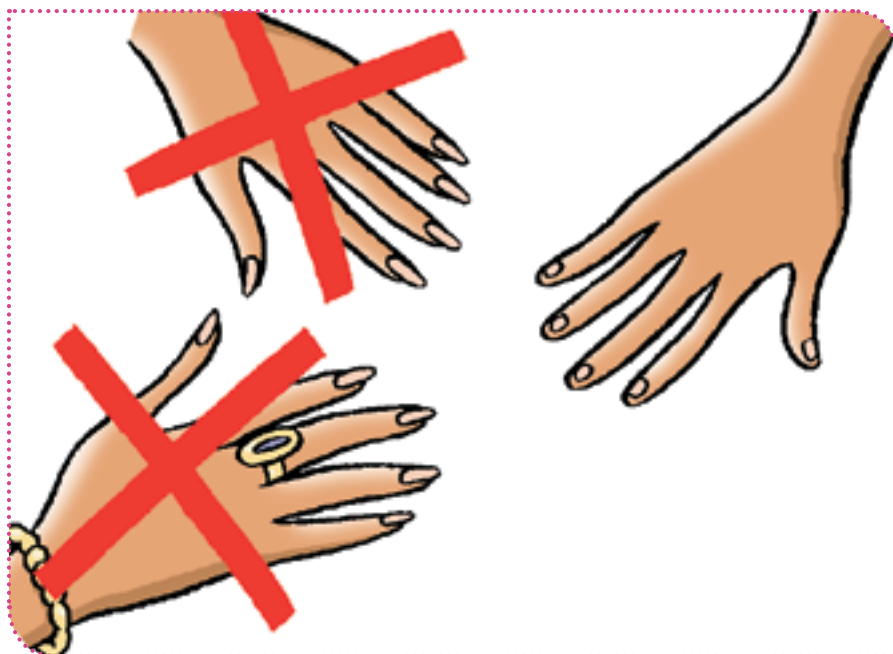
QUAND DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

1. DANS TOUTES LES INDICATIONS DE L'HYGIENE DES MAINS précédemment décrites
2. EN CAS DE SOUILLURE VISIBLE DES MAINS, le lavage des mains est impératif.

En cas de souillure visible par un liquide biologique, il doit être complété par une désinfection avec une solution hydroalcoolique (SHA).

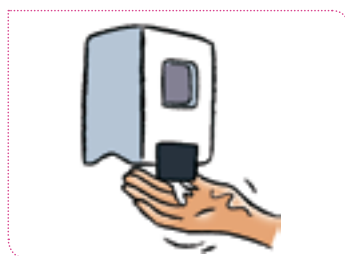
COMMENT DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

Rappel : le port de bijoux est proscrit.



La technique comporte les étapes suivantes (illustration photo) :

1. Ouvrir le robinet ;
2. Se mouiller les mains ;
3. S'enduire les mains de savon (3 à 4 ml) ;
4. Frotter vigoureusement les mains paume contre paume et ensuite frotter le dos des mains ;
5. Entrelacer les doigts et faire un mouvement de l'arrière vers l'avant afin de nettoyer les espaces interdigitaux ;
6. Frotter le bout des doigts, les pouces et les poignets ;
7. Rincer abondamment à l'eau courante ;
8. Bien sécher avec des serviettes en papier en tamponnant ;
9. Utiliser des serviettes en papier pour fermer le robinet ;
10. Jeter les serviettes dans une poubelle à pied



QUELLE EST LA DUREE DU LAVAGE DES MAINS ?

En suivant la technique appropriée, une durée de 30 secondes est recommandée. Le brossage des ongles n'est en général ni nécessaire, ni recommandé.

AVEC QUOI S'ESSUIE-T-ON LES MAINS ?

La serviette en papier est recommandée. Elle a une double fonction : elle sert à s'essuyer les mains et à fermer le robinet afin d'éviter une recontamination des mains. La serviette en tissu n'est pas recommandée, car elle peut devenir une source de contamination.

3.1.2. DÉSINFECTION DES MAINS

AVEC QUOI DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

Les solutions hydroalcooliques réalisent une asepsie de qualité de la peau saine (efficacité rapide sur les bactéries, champignons et virus : 15 à 25 secondes suffisent à supprimer 100% de la flore transitoire). L'usage de ces produits est aisé et n'irrite pas la peau. Il ne faut pas rincer.

Pour encore plus d'efficacité, chaque personne du milieu d'accueil en contact avec les enfants pourrait avoir sur elle un flacon individuel de gel hydroalcoolique.

QUAND DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

- Les solutions hydroalcooliques étant très efficaces rapidement et d'usage aisé, leur utilisation peut être recommandée comme seul geste d'hygiène en remplacement du lavage des mains **dans toutes les indications de l'hygiène des mains** sur mains propres (sans souillures).
- En cas de souillure visible des mains, un lavage préalable des mains est impératif et doit, en cas de souillure par des liquides biologiques, être complété par une friction hydroalcoolique.
- Il faut cependant insister sur l'efficacité du lavage des mains à l'eau et au savon et **réserver l'usage des produits hydroalcooliques aux situations où le personnel n'a soit PAS LE TEMPS, soit PAS LA POSSIBILITE de se laver les mains.**

COMMENT DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

- Prendre minimum 3 ml de produit hydroalcoolique pour la désinfection des mains et bien

frictionner, en veillant à ce que toutes les parties soient bien en contact avec le produit : les paumes, les dos, les doigts, les espaces interdigitaux et les ongles

- Se frotter les mains jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

3.1.3. GANTS

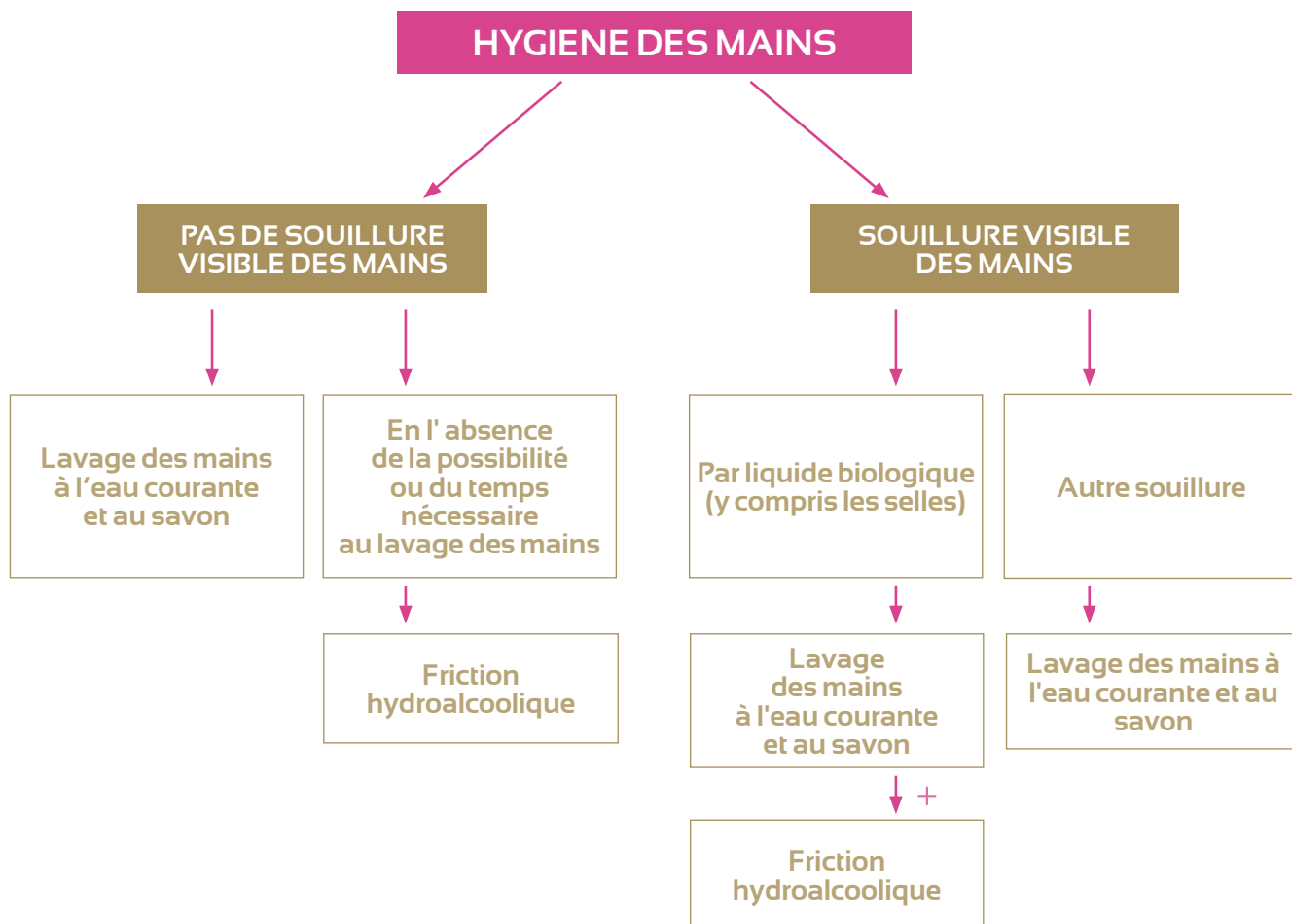
- Il faut envisager le port de gants à **chaque contact probable avec des fluides corporels**. Exemples : En cas de soins au contact du sang, Pour le change des selles liquides ou en période de gastroentérite,...
- Les gants sont également recommandés, en cuisine, lors de la manipulation de légumes terreux.
- Les gants sont à usage unique.
- Après l'élimination des gants, l'hygiène des mains, que ce soit par lavage ou par friction avec une solution hydroalcoolique, est indispensable.



3.1.4. LAVAGE DES MAINS DES ENFANTS

L'éducation des enfants sur l'importance de l'hygiène corporelle individuelle est un temps essentiel. Le lavage des mains des enfants se fait au moyen de savon liquide en distributeur et de serviettes à usage unique (cfr pages précédentes).

- Avant et après chaque repas ;
- Après usage du petit pot ;
- Après les jeux extérieurs ;
- En cas de souillure par la terre ou le sable ;
- En cas de souillure par des sécrétions (liquides biologiques).



3.2 LES LÉSIONS CUTANÉES

- Rincer abondamment la plaie ;
- Puis désinfecter à l'aide de chlorhexidine ;
- Recouvrir si nécessaire la plaie d'un pansement protecteur ;
- Vérifier la vaccination anti-tétanique ;
- En cas de morsure d'enfant par un animal, contacter le médecin (pas d'utilisation d'antibiotique topique, mais éventuellement nécessité d'antibiotiques par voie générale) ;
- Mesures de protection du personnel en cas de contact avec du sang :
 - Port de gants
 - En cas d'urgence empêchant de se munir de gants tamponner la plaie avec un linge replié pour constituer une barrière épaisse
 - Laver immédiatement les surfaces souillées par du sang
 - Ensuite, désinfecter celles-ci au moyen d'un dérivé d'ammonium quaternaire
 - Par la suite, lavage des mains si nécessaire, puis friction avec une solution hydroalcoolique (SHA).

3.3 BROSSAGE DES DENTS

Les brosses à dents seront strictement individuelles et ne pourront être rangées en contact les unes avec les autres.



3.4 MOUCHAGE

- Une des pratiques essentielle d'hygiène est le mouchage.
- Les moments importants de mouchage sont situés avant les repas et au lever de sieste.
- Celui-ci sera le plus souvent réalisé par un lavage du nez au sérum physiologique. L'enfant est couché sur le dos, la tête tournée à 45° sur le côté. Le contenu d'une flapule **complète** de liquide physiologique est envoyé dans la fosse nasale supérieure et ressort par la narine inférieure. Au besoin, répéter le même geste en tournant la tête de l'autre côté.

Les mouche-bébé parfois utilisés chez les nourrissons doivent être individuels.



- Pour les plus grands, nettoyage soigneux des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique.
- Entre 2 et 3 ans, l'enfant est capable d'apprendre à se moucher. On lui explique comment souffler par le nez, une narine à la fois, en bouchant l'autre. Tant que l'enfant ne sait pas se moucher, le lavage des fosses nasales au liquide physiologique est nécessaire.
- Les mains doivent être lavées si possible, et de toute façon désinfectées après chaque mouchage d'un enfant.

3.5 NETTOYAGE DU SIÈGE DE L'ENFANT

L'emploi de lingettes est déconseillé en raison notamment du risque allergique et du caractère potentiellement irritant

3.6 INTERDICTION DE FUMER

Il est interdit de fumer dans tous les milieux d'accueil.

Les accueillantes autonomes et conventionnées veillent à ce que les membres de leur famille et elles-mêmes ne fument ni en présence des enfants qui leur sont confiés, ni dans les locaux appelés à être occupés par les enfants. La recommandation est de fumer uniquement à l'extérieur de l'habitation. L'accueillante ne peut fumer pendant le temps de présence des enfants.

4/ MESURES SPÉCIFIQUES

En dehors des mesures générales d'hygiène qui viennent d'être décrites, il existe des mesures spécifiques (ou « particulières »).

4.1 MESURES SPÉCIFIQUES À UN TYPE D'INFECTION

En cas de maladie infectieuse reconnue dans la collectivité et pouvant provoquer une épidémie, il est nécessaire d'intensifier les mesures qui précèdent en fonction du mode de transmission. (RSV, rotavirus, salmonelles...)

Exemples : En période d'épidémie de bronchiolite, être encore plus vigilant quant à l'hygiène des mains, aux mouchages, aux échanges de jouets portés en bouche (Ex : friction des mains avec une solution hydroalcoolique entre chaque enfant).

En cas d'épidémie de gastroentérite, renforcer les mesures d'hygiène lors des changes et la désinfection des mains.

4.2 MESURES SPÉCIFIQUES AUX ENFANTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

Les mesures de prévention des maladies infectieuses doivent être renforcées chez certains enfants plus vulnérables.

Exemple : En ce qui concerne les enfants nés très prématurément ou des bébés de moins de 3 mois, un lot de jeux pourrait être réservé à leur usage propre.

D'une manière générale, éviter l'échange de jouets dans les groupes d'enfants ne se déplaçant pas ou peu (< 8-9 mois).

5/HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La préparation des repas en milieu d'accueil pour jeunes enfants ne s'improvise pas. En cas de négligence ou de pratiques inadaptées, les aliments peuvent présenter un danger pour la santé des enfants, particulièrement fragiles en raison de leur jeune âge.

Les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance (crèches, préguardiennats, maisons communales d'accueil de la petite enfance, maisons d'enfant-set les services d'accueil spécialisés de la petite enfance) sont soumis à plusieurs législations.¹

Les autorisations et contrôles sont de la compétence de l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire ou (AFSCA). Les cuisines de collectivités doivent introduire une demande auprès de l'AFSCA afin d'obtenir l'**autorisation** de fabriquer ou de manipuler des repas.

Dans le secteur de la petite enfance, un guide validé par l'AFSCA rassemble toutes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire reprises dans la législation. Ce document est appelé « **Guide d'autocontrôle pour la sécurité alimentaire dans les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance** ». L'application de ce guide, par les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance, est obligatoire. Ce guide sert également de référence aux contrôleurs de l'AFSCA.

Pour être en règle avec la législation alimentaire en matière d'hygiène, il est obligatoire de mettre en place un système d'autocontrôle, un plan de nettoyage/désinfection, un plan de lutte contre les nuisibles; le guide d'autocontrôle vous y aidera. Le milieu d'accueil doit aussi appliquer la notification obligatoire et former tout le personnel en contact avec les denrées alimentaires (pour plus de détails, voir ce guide). L'hygiène des denrées alimentaires commence dès l'achat ou la réception et va jusqu'à la consommation et la gestion des déchets. Tant la conservation que la préparation et la distribution des aliments nécessitent une vigilance et une organisation réfléchie et minutieuse. Ci-dessous, sont repris quelques éléments clés du guide d'autocontrôle. Pour plus d'informations, consulter le guide.

¹ A.R. du 16 janvier 2006 fixant les modalités des agréments, des autorisations et des enregistrements préalables délivrés par l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire.

A.R. du 22 décembre 2005 relatif à l'hygiène générale des denrées alimentaires.

A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'autocontrôle, à la notification obligatoire et à la traçabilité dans la chaîne alimentaire.

Arrêté ministériel du 24 octobre 2005 relatif aux assouplissements des modalités d'application de l'autocontrôle et de la traçabilité dans certaines entreprises du secteur des denrées alimentaires.

Les grands principes de l'hygiène alimentaire sont :

- Le principe de la marche en avant
- La conservation des aliments à température adéquate
- Distribution des aliments à température adaptée
- L'hygiène générale et individuelle
- Précautions particulières pour certains aliments

5.1 PRINCIPE DE LA MARCHÉ EN AVANT

Le principe de la marche en avant a pour but d'éviter les contaminations croisées. Le principe est le suivant : un aliment ne peut jamais être en contact, de manière directe ou indirecte, avec un autre aliment, un ustensile ou une personne qui possède un degré de contamination plus important. Lors de la préparation d'un repas, les denrées alimentaires vont « progresser » d'un état très contaminé (« sale ») vers un état peu contaminé (« propre »). Dans la cuisine, la répartition des différentes tâches en circuits bien distincts permet d'éviter ces contaminations croisées. La cuisine est donc idéalement divisée en deux parties :

- une zone « sale » réservée au déballage, épiluchage, nettoyage des denrées alimentaires avant cuisson
- une zone « propre » destinée à toute manipulation des aliments après cuisson ou des aliments prêts à être consommés.

5.2 CONSERVATION DES ALIMENTS

Les dates de péremption des aliments sont toujours contrôlées et une denrée périmée n'est jamais consommée.

Une attention particulière doit être portée aux températures de conservation des aliments et au contrôle des températures des différentes enceintes (frigo, congélateur, ...). Les frigos et congélateurs disposent d'un thermomètre. La température des frigos et congélateurs est vérifiée tous les jours.

- Les aliments réfrigérés sont stockés à des températures comprises entre 0°C et max 7°C selon l'aliment (pour plus de détails, voir le guide d'autocontrôle). La capacité du frigo est adaptée aux besoins de la collectivité. Plusieurs frigos sont parfois nécessaires, notamment en section. Le mode de rangement est important pour éviter les contaminations entre les différents aliments. Les produits les plus sensibles sont les repas préparés (pudding, purée, ...).

Ils seront toujours placés **en haut**. Les produits sales (viande crue, fruits et légumes non nettoyés, œufs) seront placés **en bas**.

- Les aliments congelés ne peuvent pas être décongelés à température ambiante.

Ils sont mis à cuire encore congelés (ou décongelés très rapidement au micro-ondes) et ne peuvent pas être recongelés après décongélation. (Exemple : une soupe réalisée avec des légumes surgelés ne peut être congelée.) La durée de conservation dépend de leur nature. La congélation artisanale (par le milieu d'accueil même) de produits n'est pas conseillée et devrait rester une pratique exceptionnelle.

Tous les congélateurs doivent avoir des températures inférieures à -18°C max. Les freezers à -12°C et -6°C sont interdits en cuisine de collectivités.

5.3 DISTRIBUTION DES ALIMENTS

Les chaînes du chaud et du froid sont maintenues tout au long du transport et de la distribution. Les aliments chauds sont conservés à une température $\geq 60^\circ\text{C}$ pendant maximum 2 heures et les aliments froids à une température $\leq 7^\circ\text{C}$.

Des contrôles de température des aliments doivent être effectués à l'aide du thermomètre sonde. Les aliments sont toujours transportés couverts.

a. Consommation immédiate :

- La température des plats chauds ne descend en dessous de 60 °C que pendant le service.
- Pour les jeunes enfants, il est admis que les aliments soient servis à des températures plus basses en raison des risques de brûlure. Dans ce cas, le repas doit être consommé dans un délai de maximum 30 minutes.
- Le passage à des températures plus basses doit se faire rapidement (Ex : ajout d'eau froide dans le potage « épais », assiette couverte maintenue 10 minutes à température ambiante avant la consommation, ...)
- La nourriture doit être servie de manière hygiénique. Exemple : ne pas souffler sur les aliments pour les refroidir.

b. Consommation différée :

Pour des raisons d'organisation (respect du rythme,...), il peut s'avérer nécessaire de conserver un repas plus longtemps. Dans ce cas, le repas doit alors être conservé soit :

- au réfrigérateur (portions individuelles) à une température de maximum 7°C, dans ce cas, il conviendra de surveiller la température du réfrigérateur,
- au bain-marie par exemple (aliments en vrac) à plus de 60°C pendant maximum 2 heures.

5.4 HYGIÈNE GÉNÉRALE ET INDIVIDUELLE

L'état de santé de toutes les personnes en contact avec des denrées alimentaires ne peut constituer un risque de contamination des aliments :

- Examen médical renouvelé tous les 3 ans. L'attestation médicale précisera que l'employé est apte à travailler avec des denrées alimentaires.²
- Eviction des malades selon le tableau recommandé

Les règles d'hygiène individuelle sont particulièrement rigoureuses. Une charlotte ou un calot sont portés de préférence afin d'éviter la chute des cheveux dans les aliments. Une affichette reprenant la technique de lavage des mains doit être apposée.

5.5 PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

5.5.1.DENRÉES ALIMENTAIRES À RISQUE

Les aliments les plus à risque (d'un point de vue bactériologique) sont les aliments d'origine animale. Il est donc très important de les cuire à cœur pour réduire le risque. **La consommation d'aliments crus d'origine animale en milieu d'accueil est donc interdite.** Les autres aliments consommés crus (fruits/légumes) présentent également un risque et nécessitent un nettoyage préalable minutieux.

Outre les conséquences néfastes sur la dentition, il est déconseillé de donner du miel aux enfants de moins d'un an car celui-ci peut parfois être contaminé par les spores d'un microbe, appelé *Clostridium botulinum*, dont l'ingestion peut les rendre gravement malades.

5.5.2.PRÉPARATION DES BIBERONS

Les biberons sont préparés dans le milieu d'accueil, dans un local ou un espace réservé à cet usage (biberonnerie ou cuisine) **juste avant** d'être donnés aux bébés.

Les biberons peuvent être préparés (mélange de l'eau et de la poudre) dans le lieu de vie sur un plan de travail propre réservé à cet effet et éloigné du coin change(s).

Il convient de se laver correctement les mains avant la manipulation et de revêtir un tablier spécifique. Les biberons, tétines et mesurette parfaitement propres et stérilisés sont rangés dans une armoire à l'abri de la poussière et des insectes. L'eau seule est chauffée à une température de maximum 40°C, puis la poudre est ajoutée dans le biberon.

Rappelons que la poudre de lait n'est pas stérile et que le lait reconstitué est un milieu propice au développement des microbes.

Les restes des biberons sont jetés.

² A.R. du 17/03/71 soumettant à examen médical toutes les personnes directement en contact avec les denrées alimentaires.

FICHE D'INFORMATION : ALIMENTS A RISQUE SUR LE PLAN BACTERIOLOGIQUE

ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE	Aliments ou préparations contenant ces aliments	Précautions de manipulation et de conservation
	Aliments crus d'origine animale : <ul style="list-style-type: none"> • Œuf (exemple : mousse au chocolat, œuf dans la purée, ...) • Produits laitiers au lait cru • Viandes (exemple : filet américain, carpaccio, ...) 	VIVEMENT DECONSEILLES EN MILIEU D'ACCUEIL
	Viandes, volailles, poissons et fruits de mers	<ul style="list-style-type: none"> • Cuisson à cœur • Conserver au réfrigérateur : entre 0° et 4°C*
	Viandes hachées et produits dérivés, jambon tranché	<ul style="list-style-type: none"> -Idem ci-dessus + le hachage se fait de préférence sur place et la viande est consommée le jour même • La congélation est vivement déconseillée (ni crus, ni cuits) • Conserver au réfrigérateur : entre 0° et 4°C*
	Œufs en coquille pour préparation à base d'œufs cuits (omelettes, gâteaux, crêpes, ...)	<ul style="list-style-type: none"> -Vérifier la date de péremption -Les œufs en coquille se conservent de préférence au réfrigérateur. -Casser les œufs en « zone sale » et respecter le procédé de cassage. -Nettoyer et désinfecter le plan de travail, les ustensiles après la manipulation des œufs. -Conserver au réfrigérateur : entre 0° et 4°C*
	Le miel	Le miel ne peut être donné avant l'âge d'1 an
ALIMENTS D'ORIGINE VEGETALE	Les fruits et les légumes frais consommés crus	<ul style="list-style-type: none"> -Nettoyer avec de l'eau et de façon minutieuse -Eplucher et découper sur une planche propre et avec un couteau propre -Conserver au réfrigérateur dans des récipients propres et couverts : entre 0° et 4°C* -Préparer juste avant la consommation
	Les légumes surgelés	<ul style="list-style-type: none"> -Vérifier la date de péremption -Respecter la chaîne du froid -Conserver au congélateur à -18°C maximum -Les légumes surgelés ne peuvent pas être recongelés même après cuisson.

* Les températures reprises ci-dessus sont les températures optimales des enceintes (réfrigérateurs et congélateurs).



ENVIRONNEMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ

Garantir un environnement sain est essentiel pour la santé de l'enfant à court et à long terme. Les relations entre l'environnement et la santé interpellent de plus en plus en raison de l'augmentation importante de certaines maladies comme les cancers de l'enfant (leucémies, tumeurs cérébrales) dont l'incidence augmente de 2% chaque année et l'asthme de l'enfant dont la fréquence a doublé en 10 ans. En raison de leur physiologie propre et du développement même de leurs cellules et tissus, le nourrisson et le petit enfant sont particulièrement sensibles aux risques environnementaux en matière d'exposition aux allergènes, polluants,...

Consciente de cette vulnérabilité particulière, l'OMS Europe a défini en 2004 un plan d'action ciblé sur les enfants (CEHAP). La conférence de Parme en 2010 a confirmé les priorités dans ce domaine et a abouti à la mise en place d'une Task Force Environnement-Santé chargée d'encourager les actions concrètes. La vigilance est donc de mise en matière d'environnement sain dans les milieux d'accueil de la petite enfance...

L'attention doit être portée principalement sur la qualité de l'air et l'environnement intérieur des lieux de vie afin de limiter autant que faire se peut les contacts avec les allergènes, les irritants et les polluants (cf. outil l'air de rien, changeons d'air)

D'autre part, un environnement inadapté peut être la cause d'accidents et de traumatismes.

Les traumatismes de la vie courante constituent la 1ère cause de mortalité chez l'enfant entre 1 et 4 ans.

1/ PRÉVENIR DES TRAUMATISMES AU QUOTIDIEN

Les accidents les plus fréquents sont les chutes d'une hauteur (coussin à langer, chaise haute,...), les chutes dans l'escalier, les collisions contre tables et meubles. Les accidents les plus graves sont les noyades (piscine, étang) et les suffocations (cordelette, sac en plastique, tête entre des barreaux).

Les brûlures par liquides chauds et les pincements de doigts dans les portes ou les meubles doivent également retenir l'attention. Même si la surveillance des enfants est constante dans les milieux d'accueil et si l'espace et le mobilier sont adaptés pour l'âge, le risque de traumatisme n'est pas nul.

Ainsi de 2008 à 2010 ont été signalés :

- 1 enfant décédé par étranglement entre les barreaux du sommier
- 3 enfants ayant présenté une commotion cérébrale (chute d'un lit superposé, d'un module de psychomotricité, en poussant un camion)
- 3 enfants avec fracture du fémur sur chute (max 1 mètre de haut)
- 1 enfant avec fracture du tibia (il a glissé sur un jeu)
- 1 enfant blessé au pied (suture et plâtre) suite à sa chute d'une table
- 2 enfants avec hématomes et/ou plaies du visage (chute de la table à langer, choc contre un appui de fenêtre)
- 1 enfant brûlé aux pieds après avoir marché pieds nus sur une plaque métallique exposée au soleil
- 1 enfant brûlé au visage et au bras par de l'eau chaude.

Types d'accidents en milieu d'accueil 2002-2010 (données de la BDMS) :

		Décès
Chutes	17	
Brûlures	5	
Intoxication médicaments	3	
Plaies	2	
Pendaison	1	1
Etranglement entre barreaux	1	1
Accidents de jeux	2	
Doigt coincé dans porte	1	
Hématomes sous-duraux (enfants secoués)	6	

Les contusions, pincements de doigts et chutes sans fracture sont probablement beaucoup plus fréquents mais non renseignés.

Les milieux d'accueil en complétant et en renvoyant **les fiches de signalement des événements médicaux graves** (Cf. annexe 11) permettent l'identification de risques liés à du matériel nouveau ou inadapté ou à certains comportements et contribuent à l'optimisation des mesures de prévention.

Les mesures qui doivent être privilégiées sont les mesures générales (placer hors de portée tous les objets à risque, ne jamais laisser un enfant sans surveillance) ainsi que les mesures de protection.

Conseils pratiques

- Les lits : l'espace entre les lattes du sommier doit être au maximum de 6 cm, l'espace entre les barreaux entre 4,5 et 6,5 cm, la hauteur de 60 cm (pas de dénivellation de plus d'un cm au niveau des coins) et le matelas, bien ferme, doit occuper toute la surface du lit.
- Les barrières de séparation des pièces et/ou faisant partie de modules répondent aux mêmes règles de sécurité que les lits : aucun dépassement de la barrière horizontale, barre transversale suffisamment proche du sol, pas de barres intermédiaires horizontales, espacement entre les barreaux verticaux ou entre le mur et la barrière < 6,5 cm, hauteur minimale 65 cm.



- Les toboggans et modules sont d'une hauteur limitée et placés sur un sol non dur (lino, tapis, parquet et non carrelage ou ciment).

- Tous les médicaments et produits d'entretien et de désinfection sont gardés dans leurs emballages d'origine, hors de portée des enfants (si possible hors de leur espace de vie pour les produits libérant des composés organiques volatils) et sous clé.
- Les mobiles suspendus sont à éviter ou placés hors de portée des enfants.
- Les trotteurs sont interdits.
- Les liquides chauds ainsi que les robinets d'eau chaude sont hors de portée des enfants
- Des protections sont placées devant les radiateurs, aux coins des meubles ainsi qu'aux charnières des portes.
- Le milieu d'accueil installe des crochets bloque-placards, tiroirs, fenêtres et portes. (cfr brochure « une infrastructure au service du projet d'accueil »)

2/ PARAMÈTRES D'AMBIANCE

2.1. RÉGLAGE DE LA TEMPÉRATURE ET DU DEGRÉ D'HUMIDITÉ

D'une manière générale, la température idéale de l'air intérieur se situe entre 18° et 22° dans les pièces de vie, entre 16 et 18° dans les chambres. Les écarts de température sont à éviter en cours de journée ou d'une pièce à l'autre.

En dehors des heures d'ouverture, il vaut mieux mettre le chauffage en veilleuse sur 15°. L'humidité relative doit se situer idéalement entre 40 et 60%. En dessous de 40%, il fait trop sec pour les voies respiratoires. Au-delà de 70%, le risque de développement de moisissures et d'acariens augmente. De plus, la moiteur de l'air ambiant entraîne une sensation de froid obligeant à surchauffer le milieu d'accueil.

2.2. RENOUVELLEMENT D'AIR QUOTIDIEN



On peut parfois observer des développements de moisissures sur certains murs et plafonds. Dans un certain nombre de cas, ces développements résultent d'un phénomène de condensation qui est lui-même la conséquence d'une ventilation inadéquate.

Si une pollution chimique devait avoir lieu (émission de composés organiques volatils, formaldéhyde,

monoxyde de carbone,...), la ventilation systématique et adéquate en réduirait considérablement les effets néfastes. Même chose pour le radon.

Renouveler l'air (ventilation, aération) est une pratique obligatoire pour assurer un environnement intérieur sain. Chaque local doit disposer d'une fenêtre ouvrante ou au moins oscillante. Idéalement, les locaux sont équipés de manière à assurer une circulation d'air continue. Dans le cas contraire, en hiver¹, le renouvellement de l'air s'effectue en ouvrant une ou plusieurs fenêtres, en fonction du volume de la pièce, durant 15 minutes (selon les besoins et au minimum 2 fois par jour). Dans les dortoirs, la fenêtre sera ouverte 15 minutes avant chaque sieste et éventuellement après celle-ci.

Dans la cuisine, une hotte à évacuation vers l'extérieur doit fonctionner lors de la préparation des repas de façon à évacuer l'humidité et les gaz de cuisson. Durant la préparation des repas et les vaisselles, la porte de la cuisine sera fermée pour éviter de contaminer le milieu d'accueil avec la vapeur d'eau. La porte des salles de bains sera toujours gardée fermée et l'humidité sera évacuée à l'extérieur en ouvrant la fenêtre durant 15 minutes après les bains.

Il existe divers systèmes de ventilation (ventilation naturelle, par simple ou double flux) qui permettent un renouvellement d'air permanent.

Ceux-ci doivent être régulièrement entretenus pour être opérationnels.

(Consulter aussi la fiche « pourquoi et comment renouveler l'air d'un milieu d'accueil ? » de l'outil « l'air de rien changeons d'air »)

2.3. RECOMMANDATIONS EN CAS DE VAGUE DE CHALEUR

On appelle vague de chaleur, ou canicule, un réchauffement important de l'air pendant quelques jours à quelques semaines avec ou sans averses intermittentes. Normalement notre corps dispose d'un système de régulation de la température corporelle qui maintient celle-ci à un niveau constant, grâce notamment à la transpiration. En cas de chaleur trop importante ou de longue durée (surtout si l'humidité ambiante est élevée), transpirer ne suffit pas, et la température corporelle peut s'élever. Les jeunes enfants sont particulièrement à risque de coup de chaleur et de déshydratation.

Par ailleurs, les vagues de chaleur sont parfois associées à un pic d'ozone, qui peut induire des manifestations telles que difficultés respiratoires, irritation des yeux et de la gorge et apparition de céphalées.

¹ En été, l'aération peut être permanente car les phénomènes de condensation n'apparaissent pas puisqu'il n'y a pas de surfaces froides.

Recommandations en cas de vague de chaleur:

- Garder les rideaux tirés et les fenêtres fermées pendant les heures chaudes, aérer en fin de journée et de nuit.
- Donner régulièrement à boire de l'eau, même si l'enfant n'en demande pas.
- Donner à boire davantage en cas de vomissements, diarrhées ou fièvre.
- Eventuellement rafraîchir l'enfant : bain, serviettes humides.
- Rester le plus possible à l'intérieur aux moments les plus chauds de la journée.
- Interdire aux enfants de jouer au soleil : chercher (ou aménager) un endroit ombragé et bien ventilé.
- Choisir des vêtements légers.
- Les équiper d'un chapeau en cas de sortie à l'extérieur.
- Protéger leur peau contre les coups de soleil : préférer les écrans minéraux aux filtres chimiques, utiliser des produits prévus pour les enfants : émulsion E/H càd avec phase grasse majoritaire, plus résistante à la transpiration, à l'eau et au sable. Choisir un indice de protection élevé : FPS 30 minimum, FPS 50 pour les plus jeunes ou les phototypes sensibles (peau et cheveux clairs). Attention l' « écran total » n'existe pas : ne pas prolonger l'exposition même avec un indice de protection élevé !
- Suivre scrupuleusement les mesures d'hygiène alimentaire puisque le développement des bactéries dans les aliments est beaucoup plus rapide (voir la brochure « Sécurité de la chaîne alimentaire »).
- Les ventilateurs offrent une protection relative contre les problèmes dus à la vague de chaleur, attention à les garder hors de portée des enfants.

En cas de pic d'ozone:

Eviter les activités physiques intenses, et pour les enfants présentant une affection respiratoire il est parfois préférable de rester à l'intérieur (où les concentrations sont plus basses).

Ces renseignements et les prévisions météorologiques sont disponibles sur les sites:

www.health.fgov.be

www.irceline.be

3/ LUTTE CONTRE LES POLLUANTS

3.1. LES ACARIENS ET LES MOISSISSURES

Cfr. Chapitre 6 : « Les allergies ».

3.2. LE TABAGISME

Cfr. Chapitre 2 : « Hygiène Générale »

3.3. L'EMPLOI DE PESTICIDES

Les pesticides comprennent toutes sortes de produits vendus sous différents conditionnements (solution, poudre, diffuseurs,...) et qui ont pour fonction d'éliminer les organismes vivants indésirables (insecticides, acaricides, fongicides,...). Ils ont la particularité d'imprégner les sols, les textiles et le mobilier et d'être réémis ultérieurement. Il ne s'agit donc pas seulement d'éviter de les employer en présence des enfants, mais de proscrire leur usage (hormis situations tout à fait exceptionnelles dûment justifiées avec inefficacité des autres méthodes).

L'exposition chronique à ces produits peut provoquer des symptômes généraux tels que maux de tête, nausées, fatigue mais aussi de l'irritation (muqueuses respiratoires, yeux). Ils peuvent être à l'origine de réactions allergiques ainsi que de perturbations du système hormonal et/ou du système immunitaire, voire même de cancers.

Dans la plupart des cas, il existe d'autres moyens que les pesticides pour lutter contre les organismes nuisibles.

Il faut privilégier ces méthodes alternatives (voir aussi chapitre sur l'élimination des moisissures et acariens) : moustiquaires, peigne électrique, vinaigre et essence de lavande contre les poux, bois de cèdre ou orange piquée de clous de girofle contre les mites, ventilation régulière, systèmes hermétiques pour les déchets ménagers et les langes...

(consulter : www.espace-environnement.be : santé et habitat : http://www.espace-environnement.be/pdf/sante_fichepesticides.pdf)

3.4. LES DÉSODORISANTS ET DIFFUSEURS DE PARFUM

Les parfums et désodorisants (sprays, blocs pour WC) peuvent également provoquer des allergies (ORL, respiratoires et cutanées) ainsi que des migraines. Leur emploi est à proscrire en milieu d'accueil.

3.5. LES AUTRES SUBSTANCES CHIMIQUES DANGEREUSES

Il s'agit essentiellement des produits d'entretien (détachants, dégraissants, cires,...), de bricolage (colles, peintures,...) et de désinfectants qui émettent des composés organiques **volatils** (voir aussi fiche COV dans l'outil « l'air de rien changeons d'air »). Ceux-ci peuvent provoquer des irritations de la peau et des muqueuses, des maux de tête et accentuer des manifestations allergiques. Certains sont considérés comme potentiellement reprotoxiques ou cancérogènes (comme le formaldéhyde).

Il est donc recommandé d'éviter de les utiliser (privilégier des produits qui en sont dépourvus) et, si leur emploi s'avère nécessaire, de lire attentivement la notice d'utilisation et d'appliquer les protections recommandées (gants, masque...), de respecter les dosages, de ventiler suffisamment et d'attendre le temps requis avant de réoccuper les locaux.

Ces produits doivent être rangés dans leur emballage d'origine, dans un local fermé, inaccessible aux enfants.

Les phtalates peuvent entrer dans la composition de certains jouets, d'articles de puériculture ou de leur emballage. Les directives européennes 1999/815/CE et 2005/84/CE interdisent temporairement l'emploi de six phtalates (considérés comme les plus dangereux) dans les jouets et les articles de puériculture destinés à être mis en bouche par des enfants de moins de trois ans. Les emballages (housses en plastique ...) ne sont pas considérés comme jouets et peuvent donc contenir des substances nocives : il est recommandé de les stocker hors des pièces de vie des enfants.

Le bisphénol A est ubiquitaire (plastiques alimentaires : polycarbonates reconnaissables au code de recyclage 7 PC, résines époxy servant de couche protectrice dans les boîtes de conserve métalliques pour aliments et boissons, résines utilisées en soins dentaires, cosmétiques...) et agit comme perturbateur endocrinien, affectant plusieurs organes et systèmes. Diverses études ont montré une corrélation entre des taux urinaires élevés de bisphénol A et la présence de diabète de type II, de maladies cardiovasculaires, d'atteintes hépatiques, pancréatiques et thyroïdiennes, de problèmes d'attention chez l'enfant et d'atteinte de la spermatogenèse (réduction du taux et de la qualité des spermatozoïdes).

Cette substance chimique s'extrait des plastiques spontanément à faible dose.

Des taux plus élevés de bisphénol A se dégagent dans certaines conditions qui sont à éviter : contact avec des liquides à haute température (four à micro-ondes, eau bouillante), contact avec des acides (jus de fruits) et nettoyage abrasif (détergent puissant ou brosse) ainsi qu'en cas d'usure.

Selon le principe de précaution, l'Union Européenne a décidé d'interdire la fabrication de biberons contenant du bisphénol A dès le mois de mars, leur importation et leur commercialisation à partir de juin 2011. L'utilisation de biberons en verre incassable devrait être privilégiée jusque 6 mois (de préférence aux biberons en plastique dépourvus de bisphénol mais dont les composants n'ont pas tous été testés du point de vue santé). Il est également conseillé de vérifier l'absence de bisphénol A lors de l'achat de gobelets et vaisselle en plastique ainsi que de plats (surtout en cas d'emploi d'un four à micro-ondes).

3.6. LES COSMÉTIQUES

Les cosmétiques pour enfants (savons, laits de toilette, huiles, crèmes hydratantes, lingettes...) sont utilisés quotidiennement pour nettoyer, protéger, hydrater et parfumer. Les différents ingrédients utilisés peuvent être d'origine végétale (lavande, amande douce...), animale (suif, stéarine...) minérale (paraffine, argile, silicium organique...) ou encore de synthèse (silicone, parfum synthétique...).

Quelques 9000 produits chimiques sont régulièrement utilisés dans l'industrie cosmétique, y compris certaines molécules (entre autres : parabènes, phtalates, muscs...) pouvant engendrer des effets nocifs (irritations, allergies, perturbations hormonales...), mais à des concentrations suffisamment réduites pour être en accord avec les réglementations.

Ce sont **les effets combinés et cumulatifs**, ainsi que **l'utilisation à long terme** de substances potentiellement nocives qui suscitent des inquiétudes. L'absence de prise en compte de ces phénomènes est tout particulièrement dénoncée par les chercheurs.

A la différence des médicaments, les cosmétiques ne doivent pas obtenir une autorisation pour être vendus sur le marché. L'industriel est seulement tenu de ne pas utiliser les substances figurant sur une liste établie par les autorités sanitaires. L'évaluation des risques liés à l'utilisation du produit fini est généralement laissée à son appréciation et à sa responsabilité. Avant d'être commercialisé, un produit doit faire l'objet d'un "dossier technique" très complet, qui contient notamment l'évaluation de la sécurité pour la santé humaine du produit fini. Ce dossier doit être en permanence actualisé et il est tenu à la disposition des autorités sanitaires pour contrôle.

Pour les enfants de moins de 3 ans, la directive européenne « Cosmétiques » exige « *une évaluation spécifique des produits cosmétiques destinés aux enfants de moins de 3 ans* ». D'autre part, l'utilisation de certains ingrédients est interdite ou restreinte dans les produits pour enfants de moins de trois ans. C'est ainsi que suite à des effets secondaires neurologiques graves (convulsions, absences...), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a demandé de ne plus incorporer, dans les cosmétiques pour enfants de moins de 3 ans, 3 produits naturels : le camphre, l'eucalyptol et le menthol.

Il s'agit donc de rester vigilant à l'égard des pratiques courantes et d'éventuellement modifier certaines habitudes afin de protéger au mieux la santé des enfants.

Quelques conseils :

- Evitez l'utilisation de produits cosmétiques chez les nourrissons et jeunes enfants lorsqu'elle n'est pas nécessaire (crèmes hydratantes, lingettes, huiles...);
- Privilégiez des produits simples, sans colorants, conservateurs ou parfum de synthèse;
- Apprenez à sélectionner les produits en fonction de leur composition.
- Renseignez-vous auprès du **Centre antipoison** (toutes les formules leur sont communiquées avant la mise sur le marché des produits).
- En cas d'effets indésirables, contactez « cosmétovigilance » : cosmetovig@health.fgov.be (fax : 02/524.73.99).

Autres informations utiles (notamment les explications concernant les ingrédients inscrits sur l'emballage sous leur code INCI (International Nomenclature for Cosmetics Ingredients), sur le site www.parlonscosmetiques.com) :

- le guide Cosmétox de Greenpeace : www.greenpeace.org/raw/content/france/vigitox/documents-et-liens/documents-telechargeables/guide-cosmetox.pdf.
- la fiche cosmétiques de l'outil l'air de rien changeons d'air (en voie de réalisation)

Les huiles essentielles peuvent être allergisantes, dermocaustiques et photosensibilisantes (réactions suite à l'exposition solaire). A doses plus importantes, certaines peuvent provoquer des malaises, des symptômes neurologiques (convulsions...) ou respiratoires (spasme laryngé...).

Chez les enfants de moins de 7 ans, leur emploi par inhalation et aérosol en général ainsi que l'utilisation

de certaines huiles essentielles (eucalyptus, menthe poivrée, gingembre, agrumes, benjoin, arbre à thé ...) sont fortement déconseillés de même que l'administration d'huile essentielle par voie interne avant l'âge de 30 mois.

Dès lors, sans prescription médicale, aucune huile essentielle ne sera utilisée chez un enfant en milieu d'accueil.

1/ ORGANISATION GÉNÉRALE

1.1. DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL COLLECTIFS

L'accueil des enfants malades demande organisation et savoir faire de la part de toute l'équipe du milieu d'accueil.

Rôles :

Le médecin du milieu d'accueil n'intervient pas pour diagnostiquer, traiter ou suivre l'évolution des maladies des enfants accueillis. Ce rôle est réservé au médecin traitant de l'enfant, choisi et désigné par les parents. Le médecin traitant est en général consulté par les parents à l'extérieur du milieu d'accueil. Il peut toutefois être amené à examiner un enfant dans le milieu d'accueil à la demande des parents ou, en cas d'urgence, à la demande des accueillants.

Le médecin du milieu d'accueil intervient de façon générale et ponctuelle dans l'accueil des enfants malades.

De façon générale, en collaboration étroite avec l'infirmière :

- il veille à l'information régulière de l'ensemble de l'équipe sur les mesures de soins et traitements appropriés, notamment en ce qui concerne les situations d'urgence ;
- il veille au respect des règles d'éviction ;
- il veille à la qualité globale de l'accueil et organise avec le personnel la surveillance des enfants malades.

De façon ponctuelle :

- en cas de maladie contagieuse, il prend toutes les mesures qui s'imposent pour protéger la collectivité, en ce compris l'instauration d'un traitement chimio-prophylactique ou la réalisation de prélèvements, en se référant aux recommandations en la matière ;
- il répond aux demandes d'informations qui lui sont adressées par le milieu d'accueil ;

→ il se met en rapport avec le médecin traitant et rencontre les parents en cas de besoin ou de conflit avec le milieu d'accueil ;

→ il décide en finalité des cas d'éviction sur base des recommandations ou en fonction de situations particulières et en tenant compte du risque pour la collectivité, ainsi que pour l'enfant concerné ;

→ le médecin du milieu d'accueil est habilité si nécessaire à demander la réalisation de prélèvements chez les membres du personnel de l'accueil.

L'infirmière travaille en étroite collaboration avec le médecin. Elle gère au quotidien l'accueil des enfants malades en veillant au respect des règles d'éviction, à la réception des certificats médicaux pour enfants malades, au rappel des parents ou du médecin traitant en cas de besoin et à la qualité des soins et de l'hygiène dans le milieu d'accueil.

La puéricultrice ou l'accueillante surveille attentivement un enfant malade et lui administre les traitements prescrits.

Elle prend les mesures nécessaires pour éviter la dissémination des infections.

Elle prévient les parents de toute aggravation de l'état de santé. Elle sait réagir de façon appropriée dans les situations d'urgence.

Appel du médecin :

Le milieu d'accueil doit pouvoir faire appel à tout moment à un médecin en vue d'examiner un enfant malade et lui dispenser les premiers soins.

En cas de situation bénigne, il ne convient pas de recourir au « médecin callable » étant donné qu'il faut privilégier, dans ce cas, la consultation du médecin traitant par les parents eux-mêmes.

C'est l'importance des symptômes et le degré d'urgence qui entraînera :

- soit une simple information des parents qui consulteront leur médecin traitant après le départ du milieu d'accueil ;
- soit un appel rapide dans le milieu d'accueil du médecin callable ;
- soit un transfert direct à l'hôpital.

Maladie grave, épidémie :

Lors d'une épidémie ou d'une maladie grave, le médecin du milieu d'accueil doit en être avisé au plus tôt. Il peut ainsi vérifier que les mesures prophylactiques adéquates sont prises pour la collectivité ou les faire appliquer si ce n'est pas le cas.

Une chimioprophylaxie dès le 1er cas est nécessaire dans certaines maladies: les méningites à haemophilus B et les infections à méningocoque. Une vaccination sera proposée en cas de rougeole, hépatite A, B, varicelle.

Il convient dans ces cas de prévenir directement le médecin du milieu d'accueil ou le médecin assurant l'antenne médicale d'urgence. Les médecins traitants de chaque enfant seront avertis via les parents des mesures prophylactiques à instaurer.

Certificats médicaux :

L'accueil d'un enfant malade est soumis réglementairement à la présentation d'un certificat médical délivré par le médecin traitant et attestant que l'état de l'enfant lui permet de fréquenter le milieu d'accueil. (Cf. annexe 2)

Ce certificat médical ou une note datée et signée dans le carnet de l'enfant précisera également le traitement à administrer à l'enfant malade.

En effet, aucun traitement n'est administré sans prescription à l'exception du Paracétamol en cas de fièvre.

Si un enfant est susceptible de recevoir un traitement de façon durable ou répétée, le certificat doit le mentionner expressément.

1.2. CHEZ L'ACCUEILLANTE

Afin de ne pas se retrouver seule face à la problématique de l'accueil d'un enfant malade, l'accueillante doit pouvoir compter sur la collaboration :

- des parents ;
- du médecin traitant de l'enfant ;
- du service d'accueillantes conventionnées si elle y est rattachée.

- En cas de maladie de leur enfant, les parents consultent leur médecin traitant. Ils doivent être conscients de l'importance de la santé de la collectivité d'enfants chez l'accueillante et doivent collaborer efficacement à la bonne transmission des informations, notamment en ce qui concerne l'absence de danger pour les autres enfants accueillis.
- Le médecin traitant, informé par les parents

que son petit patient vit en collectivité, décide de la nécessité éventuelle d'une éviction du milieu d'accueil. Il remplit le certificat pour enfants malades en précisant les soins et médicaments à donner à l'enfant malade pendant l'accueil.

- **L'accueillante établit une liaison fonctionnelle avec le médecin et le TMS de la consultation pour enfants.** Elle les informe de toute épidémie ou maladie grave survenue dans le milieu d'accueil. Elle sollicite tout avis en cas de besoin.
- Le médecin de la consultation peut se mettre à tout moment en relation avec le médecin traitant dès qu'il juge qu'un problème de santé se pose pour la collectivité et exiger l'éviction d'un enfant en collaboration avec le Conseiller médical de la subrégion.
- **Le service d'accueillantes conventionnées :**
 - informe les parents de leurs obligations ;
 - organise l'information des accueillantes au sujet des situations d'urgence, des règles d'hygiène et des problèmes de contamination ;
 - demande avis au Conseiller médical de la subrégion quand un problème se pose.
- **L'accueillante :**
 - surveille l'enfant malade et administre les traitements prescrits ;
 - informe les parents des symptômes observés ;
 - en cas d'urgence, elle fait appel elle-même au médecin traitant de l'enfant ou à défaut à un autre médecin ou si nécessaire au service 100 ou 112 ;
 - veille à la bonne tenue du carnet de l'enfant délivré par l'ONE et invite les parents à le faire remplir par le médecin traitant à chaque visite.

1.3. LES BESOINS DE L'ENFANT MALADE

- Même dans le cas d'une affection bénigne ne nécessitant pas d'éviction du milieu d'accueil, les 24 premières heures d'une affection aiguë sont souvent pénibles pour l'enfant.

Douleurs diverses, fièvre, vomissements, toux fréquente entraînent un réel malaise auquel il convient d'être attentif.

Dans la mesure du possible, il faut privilégier un séjour de 24 heures de l'enfant à son domicile en présence d'un des parents.

Ces « retrouvailles », ce moment d'intimité, de repos sont profitables à un rétablissement rapide, ainsi qu'à un renforcement de la relation parents – enfant.

Malheureusement, les parents qui travaillent ont souvent beaucoup de difficultés pour trouver cette disponibilité, même brève.

Lors de la présence de l'enfant malade en milieu d'accueil, en plus de la surveillance des symptômes et de l'administration du traitement adéquat, il convient de veiller :

- à traiter la douleur de l'enfant (trop souvent sous-estimée) ;
- à permettre un temps de repos plus important ;
- à assurer une relation affective de qualité.

Dans la mesure du possible, la puéricultrice habituelle de l'enfant doit pouvoir être déchargée d'une partie de ses tâches pour s'occuper elle-même plus intensément d'un enfant malade.

- En cas d'éviction du milieu d'accueil, l'envoi d'une puéricultrice spécialement formée pour garder l'enfant malade à son domicile peut être proposé aux parents en leur donnant les coordonnées des différents services concernés.

1.4. LA NOTION DE RESPONSABILITÉ

« Celui qui par sa faute occasionne un dommage à autrui doit le réparer et cette réparation consiste généralement en paiement d'une somme d'argent. »¹

Trois éléments doivent en conséquence être réunis pour qu'une personne soit tenue à réparation : la faute, le dommage et la relation de cause à effet entre la faute et le dommage.

Dans le cas de l'accueil des enfants malades ou à risque particulier, la responsabilité personnelle d'une accueillante, d'une puéricultrice ou de toute personne chargée de l'accueil des enfants, ne peut donc civilement être retenue **que si elle a commis une faute dans la surveillance ou le traitement de l'enfant malade, faute ayant entraîné un dommage pour l'enfant.**

A cet égard, il y a lieu de noter que tout traitement ne peut être administré **que sur prescription écrite du médecin traitant de l'enfant ou sur recommandation précise du médecin de la crèche.**

Tout pouvoir organisateur d'un milieu d'accueil subventionné doit conclure une police d'assurance pour couvrir la responsabilité civile des personnes qui travaillent dans le milieu d'accueil.

L'accueillante et la responsable de la maison d'enfants doivent conclure une police d'assurance en responsabilité civile professionnelle qui couvrira les

dommages provoqués par sa faute mais également les dommages qui pourraient être provoqués, du fait d'un défaut de surveillance, par un enfant placé sous sa surveillance ou par une chose (élément mobilier ou de construction) du fait d'un vice ou d'un défaut d'entretien.

1.5. SANTÉ DES ADULTES EN CONTACT AVEC DE JEUNES ENFANTS

Certificat de bonne santé :

Toute personne en contact avec les enfants dans les milieux d'accueil fournit un certificat annuel de bonne santé sur le plan physique et psychique (modèle en annexe 13). En cas de problème observé dans le milieu d'accueil, le médecin du milieu d'accueil peut se mettre en rapport avec le médecin traitant de la personne concernée et demander tout examen qu'il estime nécessaire pour protéger la santé de la collectivité. Le même pouvoir est donné au Conseiller médical de l'ONE.

Vaccination :

Il est vivement recommandé à toute personne en contact professionnel avec de jeunes enfants de connaître son statut immunitaire pour l'hépatite A et B, la rougeole, rubéole, oreillons, varicelle et de se faire vacciner si nécessaire.

La vaccination contre la coqueluche et contre la grippe sont également fortement recommandées afin de protéger les nourrissons non vaccinés.

Il est fortement recommandé, pour éviter une épidémie de rougeole et pour protéger les petits de moins de un an, non encore vaccinés, que toute personne née après 1960 et travaillant dans le cadre de l'ONE (secteur accompagnement ou accueil) ait reçu **deux doses de vaccins** contre la rougeole. Les sujets nés avant 1960 peuvent être considérés comme protégés.

1.5.1. Vaccination contre la coqueluche

Depuis quelques années, diverses études font état d'une recrudescence de la coqueluche chez les adolescents et les jeunes adultes dans divers pays industrialisés. Certaines de ces études tendent à montrer qu'un tiers des toux chroniques des adultes seraient dues à la coqueluche.

Si cette maladie n'est pas très grave à cet âge, il s'avère néanmoins que le portage du bacille de la coqueluche par cette population constitue un risque important pour les jeunes enfants et particulièrement

¹ Article 1382 du Code civil.

les nourrissons de moins de deux mois. En effet, cette maladie peut s'avérer mortelle chez l'enfant de moins de deux mois qui n'a pas encore eu l'occasion de commencer son schéma de vaccination. Pour rappel, la vaccination contre la coqueluche est réalisée depuis près de 40 ans chez les petits enfants (à l'âge de 2, 3 et 4 mois puis à 14-15 mois), avec un rappel à 5-6 ans (Tetravac). Les effets de la vaccination s'estompant progressivement, ceci expliquerait la réapparition de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes. Depuis 2009 un rappel de vaccin est administré à l'âge de 16 ans. Cette vaccination est également recommandée aux personnes en contact régulier avec des nourrissons ainsi qu'aux futurs parents (vaccination cocoon)

1.5.2. Vaccination contre la grippe

De nouvelles recommandations existent aux USA et au Canada incluant tous les enfants de 6 mois à 2 ans dans les groupes à risque de complications grippales, pour lesquels une vaccination antigrippale annuelle est recommandée. Ces recommandations sont notamment basées sur un taux élevé d'hospitalisations dans cette tranche d'âge et sur le rôle important des jeunes enfants en tant que vecteurs du virus grippal. Les enfants de moins de 6 mois ont un risque accru de complications et d'hospitalisations mais ne peuvent pas être vaccinés.

La recommandation systématique de la vaccination antigrippale chez les enfants de 6 à 24 mois n'est pas d'actualité en Belgique.

Toutefois, en raison de la transmission rapide des maladies « hivernales » dans les milieux d'accueil et du risque particulier que courent les nourrissons, une attitude préventive spécifique peut être adoptée dans les milieux d'accueil collectifs en recommandant la vaccination antigrippale de tous les adultes du milieu d'accueil en contact avec les bébés.

Grippe aviaire:

La grippe aviaire (agent A/H5N1) est une maladie animale qui touche les oiseaux et en particulier les volailles et les canards. Elle peut atteindre de manière sporadique l'homme, lorsqu'il y a eu contact étroit entre celui-ci et les volatiles infectés.

L'infection ne se transmet pas par ingestion de poulet et d'œufs cuits.

La vaccination contre la grippe saisonnière ne protège pas contre la grippe aviaire.

Pour les cas particuliers, se reporter sur le site www.influenza.be

2/ FACTEURS FAVORISANT LA DISSEMINATION DES INFECTIONS DANS LES COLLECTIVITÉS D'ENFANTS

La dissémination des maladies contagieuses dans les collectivités d'enfants dépend de deux types de facteurs :

2.1. FACTEURS LIÉS À L'AGENT INFECTIEUX

a) Le mode de transmission de la maladie :

Ce sont surtout des maladies à transmission féco-orale et respiratoire que l'on rencontre dans les collectivités d'enfants.

b) La survie de l'agent infectieux dans l'environnement :

Certains germes, comme le méningocoque, ne survivent pas longtemps dans l'environnement. C'est pourquoi leur transmission ne pourra pas se faire par l'intermédiaire d'objets mais uniquement par contact direct avec une personne infectée.

Par contre, les kystes de *Giardia intestinalis*, les virus de l'hépatite A et B, le rotavirus, les rhinovirus et la plupart des germes microbiens survivent de plusieurs heures à plusieurs jours, voire des semaines dans l'environnement. Ainsi, leur transmission se fera non seulement par contact direct mais aussi par l'intermédiaire d'objets et de surfaces qui ont été en contact avec les malades.

c) La fréquence des porteurs sains et des formes asymptomatiques :

Ainsi, l'hépatite A est asymptomatique chez la plupart des enfants de moins de 2 ans. Dès lors, non reconnue, la maladie se répand très facilement dans les collectivités d'enfants.

2.2. FACTEURS LIÉS AU MILIEU D'ACCUEIL

a) L'hygiène des locaux et des personnes :

Puisque beaucoup d'agents infectieux se transmettent par l'intermédiaire d'objets, de surfaces et d'aliments contaminés, le manque de vigilance dans l'application des mesures d'hygiène est un des facteurs les plus importants qui favorisent la dissémination des maladies contagieuses dans les milieux d'accueil.

b) Le jeune âge des enfants accueillis :

Les enfants de moins de 2 ans constituent le groupe à plus haut risque car :

- ils sont souvent infectés ;
- ils ont des contacts proches et fréquents avec les adultes et les autres enfants ;

- ils n'ont pas le contrôle des urines et des selles ;
- ils explorent l'environnement avec la bouche.

Les enfants infectés sont susceptibles de répandre l'infection non seulement dans le milieu d'accueil mais aussi dans leur famille et dans la communauté en général.

3/ EVICTIONS

3.1. REMARQUES GÉNÉRALES

- Si l'état général de l'enfant malade est nettement altéré, même s'il n'est pas atteint d'une affection qui justifie une éviction, sa surveillance ne peut pas être assurée par le milieu d'accueil. L'enfant sera réadmis dès que son état général le permettra. C'est le cas par exemple : des bronchiolites avec détresse respiratoire importante, laryngites avec stridor, affections fébriles accompagnées de vomissements importants avec risque de déshydratation,...
- La plupart des règles d'éviction sont valables également pour les adultes travaillant dans le

milieu d'accueil. En cas de danger pour la santé des enfants accueillis, le médecin du milieu d'accueil est habilité à demander un examen médical chez tout adulte du milieu d'accueil. Le médecin doit également, en cas de maladie contagieuse d'un parent, lui limiter l'accès aux locaux réservés aux enfants. Il doit être averti de l'apparition de toute maladie contagieuse dans l'entourage familial pouvant présenter un risque pour les enfants accueillis.

- Il est entendu que dans des circonstances épidémiologiques ou de gravité particulières, le **médecin est habilité à prendre toute mesure d'exception qu'il juge nécessaire** en ce compris la suspension éventuelle de nouvelles admissions. Il veillera, en outre, à l'**information correcte des parents** sur la situation concernée.
- Une attention particulière doit être portée à la **contagiosité** lors de l'examen préalable à l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil. En effet, le report de l'entrée en milieu d'accueil peut être exigé en attendant la disparition de certains symptômes, la confirmation d'un diagnostic ou la fin d'une période d'incubation (varicelle).

MOTIF DE L'EVICION	DUREE DE L'EVICION
Rougeole	Jusqu'à la disparition des symptômes – minimum 5 jours après le début de l'éruption.
Oreillons	9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.
Coqueluche	Au minimum 5 jours à partir de l'instauration d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical (traitement antibiotique à continuer 14 jours).
Gastro-entérites	Tant que les selles sont liquides et fréquentes. A partir de la 3ème selle diarrhéique. Retour possible dès que les selles sont molles ou normales quel que soit le résultat de l'examen bactériologique des selles (exception : shigella, coli pathogène O 157 H 7).
Hépatite A	Jusqu'à guérison clinique et disparition de l'ictère, au minimum une semaine après le début des symptômes.
Pharyngite à streptocoques hémolytiques du groupe A ou scarlatine	24 heures à partir du début d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical.
Méningite à Haemophilus influenzae B	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie (élimine portage), par Ciproxine sauf si l'infection traitée par une céphalosporine de 3ème génération.
Méningite à Méningocoques ou Méningococcémie	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie pour éliminer le portage par Ciproxine si non traité par céphalosporines de 3ème génération.
Tuberculose active potentiellement contagieuse	Jusqu'après l'instauration du traitement antituberculeux ; retour avec certificat de non contagion.
Varicelle – Zona	Jusqu'à ce que les lésions soient toutes au stade de croûtes (généralement 6 jours après le début de l'éruption).
Stomatite Herpétique	Jusqu'à la guérison des lésions.
Impétigo important	24 heures après le début du traitement
Gale	48 heures après l'instauration du traitement.
Pédiculose massive	Jusqu'à l'instauration du traitement

Si l'état de l'enfant malade est nettement altéré, même s'il n'est pas atteint d'une affection qui justifie une éviction, sa surveillance ne peut pas être assurée par le milieu d'accueil.

4/ CERTIFICATS MÉDICAUX D'ADMISSION

Un certificat médical est demandé :

4.1. A L'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

- assurant que l'enfant peut fréquenter un milieu d'accueil collectif ;
- attestant d'une première vaccination (ou des vaccinations déjà réalisées), ou présentation du carnet de santé stipulant ces dates de vaccinations.

4.2. AU RETOUR DE MALADIE

Un certificat médicale est exigé en cas d'absence pour maladie de plus de deux jours, et dans le cas où un traitement doit être administré dans le milieu d'accueil.

Ce certificat stipulera les jours d'éviction de l'enfant ou la date de reprise de la fréquentation du milieu d'accueil.

(Cf. Modèles en annexe 2.)

5/ LA VACCINATION

5.1. VACCINATION DE BASE

Les vaccinations de base sont celles dont l'administration doit être systématique.

Plusieurs d'entre elles sont obligatoires dans tous les milieux d'accueil (arrêté du 27 février 2003). Cette prescription est justifiée par l'intérêt de la collectivité.



Pour que les médecins soient en mesure de veiller à l'application de ces normes, il a été demandé aux responsables des milieux d'accueil **d'inscrire cette obligation dans le règlement d'ordre intérieur et dans les conventions** afin d'en informer les parents et de leur demander leur adhésion par signature, lors de l'inscription de leur enfant. Cette obligation de vaccination concerne aussi les propres enfants de l'accueillante.

Il est évident que le médecin ONE responsable **peut accepter des contre-indications valables justifiées médicalement**. Toutefois, il doit vérifier la protection individuelle de chaque enfant et la considérer comme un élément de l'immunité du groupe. Celle-ci doit être suffisamment élevée pour constituer une barrière efficace à la diffusion des maladies transmissibles (ex : rougeole 90%).

La responsabilité du milieu d'accueil pourrait être engagée si un enfant non vacciné, alors qu'il aurait dû l'être, venait à infecter d'autres enfants.

Le calendrier de vaccinations de base recommandé par l'ONE est celui de la Communauté française (Cf. annexe 3).

Dans certains cas, le calendrier peut être modifié. Par exemple les enfants nés de mères porteuses de l'hépatite B bénéficieront d'une vaccination supplémentaire à la naissance, ou dans le cas d'une épidémie de rougeole, les enfants seront **vaccinés par le vaccin RRO dès l'âge de 9 mois**. Si l'enfant reçoit le vaccin avant l'âge d'un an, un rappel doit être réalisé à l'âge de 15 mois.

Les dates de vaccination doivent être inscrites sur la carte officielle de la Communauté française et dans le carnet de l'enfant délivré par l'ONE.

Ces documents accompagnent l'enfant dans ses différents milieux de vie.

Tout renseignement concernant ces vaccinations figure dans le Guide de médecine préventive édition 2011.

Nous vous en précisons néanmoins les contre-indications.

5.2. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS AUX VACCINS

Chaque vaccination constitue un acte médical préventif au cours duquel une dose standard d'un vaccin est administrée à un individu en bonne santé de manière préétablie et à un moment défini. Il est impossible de préciser le degré de bonne santé que doit avoir un enfant candidat à une vaccination. Des lors il est plutôt proposé de définir l'état de mauvaise santé dans lequel une personne doit se trouver pour

que la vaccination soit évitée ou reportée.

Dans certains cas, le médecin du milieu d'accueil devra se mettre en rapport avec le médecin de l'enfant afin de définir un programme spécifique de vaccination en tenant compte des contre-indications.

D'une manière générale, pour chaque vaccin, une hypersensibilité sévère connue à un de ses composants (thiomersal, neomycine..) ainsi qu'une réaction majeure observée précédemment avec le même vaccin, constituent une contre-indication formelle d'administration du vaccin en dehors du cadre hospitalier.

5.3. CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES

5.3.1. Au vaccin HEXAVALENT (INFANRIX HEXA)

- Une affection neurologique évolutive ou prédisposant à des convulsions ou à une détérioration neurologique (par exemple : encéphalopathie évolutive, maladie de surcharge, maladie dégénérative, sclérose tubéreuse, spasmes infantiles).
- Antécédents personnels de convulsions ou d'épilepsie mal contrôlée par le traitement.
 - Les convulsions hyperthermiques ne sont pas considérées comme une contre-indication mais demandent une vigilance particulière dans la surveillance de la température.
 - Une histoire familiale d'épilepsie n'est pas une raison pour supprimer la vaccination.

Il n'existe pas de contre-indication à la vaccination aux vaccins conjugués (Hib, pneumocoque, Méningite C).

5.3.2. Aux vaccins vivants atténués (RRO, VARICELLE, BCG, ROTAVIRUS)

D'une façon générale, on n'administrera pas de vaccin viral vivant à des sujets atteints :

- d'immunodépression primaire tel que le déficit immunitaire combiné et l'agammaglobulinémie ;
- d'immunodépression acquise due à une affection maligne telle que lymphome, leucémie, ou autres tumeurs du système réticulo-endothélial ;
- d'infection par le VIH (le choix de donner ou non le vaccin et/ou de pratiquer des rappels supplémentaires appartient au médecin traitant de l'enfant).



Cas particulier du RRO :

- Une hypersensibilité à la néomycine qui se trouve dans la composition du vaccin actuellement disponible nécessite la vaccination en milieu hospitalier.
- L'allergie aux œufs ne constitue une contre-indication que s'il existe des antécédents réels de réaction anaphylactique (urticaire géant, œdème de la bouche et de la gorge, difficultés respiratoires, hypotension ou choc) à la suite de l'ingestion d'œufs.

Des études récentes montrent que 99% des enfants qui ont une allergie aux œufs prouvée par une épreuve d'ingestion peuvent être vaccinés sans avoir de réaction anaphylactique.

Dans ces cas, la vaccination doit être réalisée dans un milieu hospitalier où la prise en charge d'un éventuel choc anaphylactique est possible.

5.4. CONTRE-INDICATIONS TEMPORAIRES

- Une maladie infectieuse ou une fièvre supérieure à 38°C.
- Période d'incubation ou suspicion d'une maladie infectieuse sévère. Cette directive est relative: si le contact avec une personne enrhumée ne constitue pas une contre-indication à la vaccination, on peut par contre considérer une méningococcémie dans l'entourage immédiat comme une raison valable pour reporter la vaccination.
- Une immunodépression due à certains traitements comme l'administration de corticostéroïdes par voie générale à haute dose ou chimiothérapie anti-cancéreuse. Lorsque le déficit immunitaire est la conséquence d'une thérapie immunosuppressive, l'immunité se restaure quelque temps (environ trois mois) après l'arrêt du traitement. Passé ce délai, la vaccination par vaccins vivants atténués peut être entreprise.

Une corticothérapie à doses modérées et pendant une durée inférieure à deux semaines n'altère pas à elle seule l'immunité au point d'être une contre-indication aux vaccins atténués.

- L'administration de sang, de plasma ou d'immunoglobulines peu avant la vaccination. Cela n'est valable que pour les vaccins à base de virus vivants. Chez les enfants malades qui reçoivent des gammaglobulines, on veillera à donner ces vaccins au moment le plus éloigné des deux injections successives et à respecter un intervalle de 6 semaines entre gammaglobulines et vaccin, ainsi que de 15 jours entre vaccin et gammaglobulines.

Si l'injection de gammaglobulines suit celle du vaccin RRO dans un délai inférieur à 15 jours, il faut revacciner au bout de 3 mois.

5.5. FAUSSES CONTRE-INDICATIONS

- Une diminution de l'état de conscience et/ou du tonus musculaire, consécutive à la première vaccination anticoquelucheuse.
- Une infection **peu importante** des voies aériennes supérieures ou une légère diarrhée.
- L'allergie, l'asthme, l'eczéma ou une autre maladie atopique.
- Les affections chroniques stabilisées du cœur, des poumons, du foie et des reins, le diabète etc., à l'exception toutefois des maladies ou des traitements s'accompagnant d'une immunodéficience.

- Des antécédents familiaux de convulsions.
- Une affection neurologique stabilisée, sauf s'il s'agit de convulsions chez un enfant devant être vacciné contre la coqueluche.
- Une antibiothérapie (la raison pour laquelle une antibiothérapie est nécessaire peut toutefois justifier le report de la vaccination).
- L'usage local de corticostéroïdes sauf si de grandes surfaces sont traitées sous pansement occlusif.
- Le syndrome de Down (trisomie 21).
- L'ictère néonatal.
- La dénutrition.
- L'allaitement.
- Une grossesse chez la mère de l'enfant à vacciner.
- Les nouveau-nés prématurés ou dysmatures seront vaccinés en âge réel et non en âge corrigé.
- Un antécédent de réaction locale à l'injection du vaccin.

6/ MALADIES ET MESURES PARTICULIÈRES À ADOPTER EN COLLECTIVITÉ

6.1. MALADIES À PRÉVENIR PAR VACCINATION

6.1.1. Rougeole

Transmission

- Par voie aérienne
- Contact Direct (surtout chez les petits enfants, par les sécrétions).
- Indirect par objets souillés

Incubation

- 7-18 jours

Diagnostic

- Diagnostic à partir d'un échantillon de sang, salive ou frottis rhinopharyngé.

Durée contagiosité

- De 4 jours avant à 5 jours après le début de l'éruption.

Prévention

- Vaccination (à partir de l'âge de 12 mois) associée au vaccin anti-rubéoleux et anti-ourlien (R.R.O.)

Mesures à prendre

- Eviction de l'enfant atteint jusqu'à guérison clinique (au moins 5ème jour après le début de l'éruption).
- En cas de contact avec un cas de rougeole confirmé, la première vaccination est recommandée dès l'âge de 9 mois pour autant qu'elle soit faite dans les 72 heures qui suivent le contact. Dans ce cas, une deuxième dose de RRO doit être administrée pendant la deuxième année de vie de l'enfant. La notion d'écartement des enfants non atteints et non vaccinables est à discuter avec les parents.
- En cas de contact familial, les mêmes mesures de protection seront prises à l'égard de l'enfant concerné.

La vaccination

- Efficace dès l'âge de 6 mois si effectuée endéans les 72 heures qui ont suivi le contact en post-exposition.

6.1.2. Rubéole

Transmission

- Par voie respiratoire
- Contact direct (sécrétions oropharyngées infectées et gouttelettes de Pflüger)

Incubation

- Habituellement : 16 à 18 jours, maximum 21 jours.

Durée contagiosité

- La période de contagiosité maximale va de quelques jours avant et jusqu'à 8 jours après le début de l'éruption.

Prévention

- Vaccination à partir de l'âge de 12 mois en association avec le vaccin ourlien et rougeoleux.
- Pas d'éviction du milieu d'accueil.

N.B.: S'assurer au moment de l'engagement que le personnel féminin en âge de procréer qui sera en contact avec les enfants est correctement immunisé.

6.1.3. Oreillons

Transmission

- Par voie respiratoire
- Contact direct (sécrétions oropharyngées infectées et gouttelettes de Pflüger)

Incubation

- 15 à 25 jours

Durée contagiosité

- Habituellement 1 à 2 jours, maximum 7 jours avant et 9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.

Prévention

- Vaccination à partir de l'âge de 1 an.

Mesures à prendre

- Eviction jusqu'à 9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.
- Vaccination des enfants de plus de 12 mois non immunisés, par le vaccin RRO, endéans les 72 heures du contact.

6.1.4. Coqueluche

Transmission

- Par voie aérienne (gouttelettes émises lorsque le patient tousse).
- Contact direct.

La maladie peut être transmise par des adultes infectés (qui peuvent être totalement asymptomatiques).

Incubation

- 6 à 12 jours, maximum 14 jours.
- Le diagnostic de certitude se fait par PCR (poly-

merase chain reaction) sur frottis naso-pharyngé les 3 premières semaines des symptômes et par sérologie après 3 semaines.

Durée contagiosité

- De la période catarrhale à 3 semaines après le début de la période des quintes de toux.
- Les nourrissons sans traitement peuvent rester contagieux plus longtemps.
- L'antibiothérapie par un macrolide diminue généralement la contagiosité à 5 jours.

Prévention

- Vaccination :
 - Encourager la revaccination des adultes en contact avec les enfants (personnel, parents).
 - Promouvoir la revaccination (dTPa) dans la population générale (Boostrix®).

Mesures à prendre

- Eviction de l'enfant malade jusqu'à guérison clinique et au plus tôt 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical.
- Vacciner ou compléter la vaccination des enfants de la même section incomplètement immunisés.
Si possible, les enfants qui ont reçu leur 3ème dose depuis 6 mois ou plus, doivent être revaccinés.
- Informer les parents de l'existence d'un cas dans la collectivité.
Assurer une chimioprophylaxie par un macrolide pendant 5 jours de tous les adultes en contact avec le cas index, les nourrissons de moins de 16 mois n'ayant pas reçu 3 injections de vaccins et les nourrissons âgés de plus de 16 mois n'ayant pas reçu 4 doses de vaccin.
 - En première intention :
 - azithromycine
 - Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 3j ;
 - Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3j.
 - clarithromycine
 - Enfant : 20 mg/kg par jour en 2 prises pendant 7j ;
 - Adulte : 500-1000 mg par jour en 2 prises pendant 7j.

En cas de refus de la chimioprophylaxie, écartement de 21 jours des enfants et adultes en contact.

- En cas de manifestations respiratoires suggestives chez un autre enfant endéans les 14 jours qui suivent le premier cas, adresser l'enfant à son médecin pour exclure la coqueluche. L'enfant ne pourra regagner la collectivité que s'il est muni d'un certificat de non contagion.
- En cas de manifestations respiratoires chez les adultes en contact, rechercher le *Bordetella pertussis*.

6.1.5. Infections invasives à pneumocoque

(voir point 6.3.6.)

6.1.6. Infections à méningocoque

(voir point 6.3.5.)

6.1.7. Infections à *Haemophilus influenzae* de type B

(voir point 6.3.4.)

6.1.8. Infections à Rotavirus

(voir point 6.2.1.5.)

6.2. MALADIES TRANSMISES PAR VOIE DIGESTIVE

Agents responsables

- Bactéries (moins de 10% des diarrhées de l'enfant), virus, parasites.

Transmission

- Directe de personne à personne,
- Ou indirecte :
 - mains non lavées du personnel, des enfants
 - objets contaminés, linge souillé par les selles
 - aliments contaminés, eau.

Prévention

- Mesures d'hygiène renforcées.
 - PERSONNEL :
 - lavages fréquents des mains
 - à l'arrivée dans le milieu d'accueil
 - après avoir changé un enfant ou l'avoir aidé à utiliser le petit pot ou la toilette
 - avant de manipuler la nourriture

- ENFANTS :
 - lavages fréquents des mains
 - à leur arrivée
 - après chaque change ou après l'usage de la toilette
 - avant les repas...

Pour le lavage des mains utiliser du savon liquide et s'essuyer avec des essuies à jeter.

Lorsque l'on change un enfant atteint de diarrhée, il faut renforcer ces précautions : port d'une blouse si possibilité de souillures, gants pour manipuler le matériel infecté, désinfection systématique du coussin à langer.

Le linge souillé à laver doit être placé immédiatement dans un sac individuel fermé !

- CUISINES :
 - locaux, personnel, aliments
 - respect des temps de cuissons et de températures (œufs)

Ce point particulier sera développé dans le guide « Bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité alimentaire dans les milieux d'accueil de la petite enfance »

- ENTRETIEN DES LOCAUX :
 - Nettoyages fréquents des surfaces (sols, meubles...) et des jouets.
 - Laver et désinfecter les coussins à langer après chaque selle.
 - Jeter les langes souillés et les essuies en papier utilisés, dans une poubelle fermée hors de portée des enfants, loin de la nourriture et du matériel utilisé pour la toilette des enfants.
 - Renforcer la désinfection des petits pots.

6.2.1. Gastroentérite

Mesures à prendre :

- S'assurer que les mesures générales d'hygiène sont respectées et renforcer ces mesures.
- Hydrater l'enfant au moyen d'une solution de réhydratation (par exemple ORS 10 ml / kg après chaque selle liquide ou vomissement). Cette quantité peut être fractionnée. En général, l'alimentation lactée peut être reprise après quelques heures. Le lait maternel ne doit pas être interrompu.
- Proposer une coproculture chez les enfants et adultes atteints de diarrhée glairo-sanglante ou persistante.
- Evincer les enfants dès la troisième selle diarrhéique étant donné le risque de déshydratation pour l'enfant et le risque de contagion pour la

collectivité.

Le retour à la crèche est permis dès que les selles sont normales ou molles, même si la coproculture est encore positive car le risque de dissémination est faible à condition de respecter les mesures d'hygiène.

Exception :

Shigella, E. coli pathogène 0157H7 : dans ce cas, 2 examens cyto bactériologiques des selles négatifs sont nécessaires avant le retour en collectivité.

- Evincer le personnel de cuisine atteint de diarrhée.
- S'assurer que les recommandations en matière d'hygiène et de préparation des aliments soient respectées.

Cas particuliers :

6.2.1.1. Shigella

Une antibiothérapie est nécessaire (ampicilline ou triméthoprim à adapter ensuite en fonction de l'antibiogramme) durant minimum 5 jours. Elle raccourcit la durée de l'infection et de la contagiosité. L'éviction est conseillée jusqu'à l'obtention de deux coprocultures négatives.

6.2.1.2. Salmonella

Le traitement antibiotique est à éviter dans la mesure du possible car il peut exacerber les symptômes et prolonger le portage.

6.2.1.3. Coli pathogènes

En général, les gastroentérites à E coli sont autolimitées et ne nécessitent pas de traitement.

Dans le cas particulier, du coli pathogène 0 157 H 7, susceptible d'entraîner chez l'enfant contaminé un syndrome hémolyse-urémie, l'éviction est nécessaire.

6.2.1.4. Campylobacter

Le traitement antibiotique semble diminuer la durée du portage : fin de contagiosité 48 heures après début du traitement par macrolide.

6.2.1.5. Rotavirus

Introduction

Ce virus est ubiquitaire et est, de par le monde, la 1ère cause de diarrhée sévère du nourrisson et du jeune enfant.

Les symptômes principaux sont des vomissements, de la diarrhée aqueuse et une fièvre variable pouvant dépasser les 40°C après une période d'incubation brève (2 jours environ). D'autres symptômes, tels : douleurs abdominales, malaises, asthénie, infection des voies respiratoires peuvent survenir. Un malaise grave peut être le premier signe chez un nourrisson. L'intensité des symptômes est variable : si elle est souvent modérée et limitée, la gastroentérite peut cependant conduire à une déshydratation sévère et même au décès (dans de rares cas heureusement dans nos pays).

Les cas graves surviennent surtout chez les enfants les plus jeunes.

Prévention

Le Rotavirus est hautement contagieux. Il se transmet facilement, surtout dans les communautés d'enfants (hôpitaux et milieux d'accueil).

De plus, son pic d'incidence correspond au pic des infections à RSV (virus respiratoire syncytial qui cause des bronchiolites).

L'amélioration des conditions d'hygiène n'a pas eu le même effet sur les gastroentérites virales (dont le Rotavirus) que sur les GE bactériennes.

- L'allaitement maternel prolongé a un effet favorable en diminuant l'incidence et la durée des infections à Rotavirus. Il diminue également la fréquence et la durée des infections nosocomiales (acquises à l'hôpital).
- L'hygiène rigoureuse, des mains surtout, lors des soins aux bébés, quoique insuffisante à la prévenir, est une autre manière de diminuer la propagation du Rotavirus.

La vaccination

Depuis juin 2006, un vaccin est disponible.

Il se donne par voie orale en 2 ou 3 doses à minimum 4 semaines d'intervalle, dès l'âge de 6 semaines et avant l'âge de 6 mois, durant la même séance que les vaccinations Di Te - Pa - Polio - Hib - Hep B (Infanrix Hexa) et anti pneumocoque (Prevenar).

6.2.1.6. Giardiase (*Giardia intestinalis*)

Agent responsable

- Parasite intestinal TRES CONTAGIEUX (le kyste peut survivre des mois dans l'environnement).

- Atteint l'enfant à tout âge.

Incubation

- 3-25 jours

Mesures à prendre

- Éviction des sujets contaminés jusqu'à disparition des symptômes et au minimum 24 h après l'instauration du traitement (métronidazole ou tinidazole).

En cas d'épidémie

- Recherche de parasites dans les selles chez tous les membres de la collectivité (enfants et adultes et si possible, dans les familles des sujets contaminés) ; il est préférable de réaliser plusieurs analyses afin d'augmenter les chances de détection.
- Traitement de tous les sujets contaminés.
- Éviction des sujets symptomatiques. Réadmission 24 h après l'instauration d'un traitement efficace. Dans les cas d'échec du traitement, faire une nouvelle cure à dose plus élevée.

6.2.1.7. Cryptosporidium

Agent responsable

- Le *Cryptosporidium hominis* : infecte uniquement l'homme
- Le *Cryptosporidium parvum* : infecte aussi le chat et d'autres mammifères

Incubation

- 2-14 jours (7jours le plus souvent)

Transmission

De personne à personne à travers les ovocytes éliminés dans les selles des personnes infectées.

Par contact avec des animaux de compagnie ou des animaux de la ferme infectés

A travers l'eau contaminée (notamment l'eau des piscines car les ovocytes sont résistants à l'action du chlore)

Durée de la contagiosité

Les ovocytes continuent à être éliminés dans les selles en moyenne pendant les 7 jours qui suivent la disparition des symptômes.

La période totale d'élimination du *Cryptosporidium parvum* est généralement de 2 semaines

Manifestations cliniques

Diarrhée liquide, fièvre, vomissements survenant surtout en été et au début de l'automne. Epidémies possibles dans les milieux d'accueil

Diagnostic

Recherche de *Cryptosporidium* dans les selles

Mesures à prendre

Éviction des enfants symptomatiques jusqu'à disparition de la diarrhée

Renforcement des mesures d'hygiène

En cas d'épidémie : recherche de *Cryptosporidium* dans les selles de tous les enfants de la section et des adultes en contact, éviction des enfants et adultes contaminés, traitement des sujets infectés (macrolides), retour possible 2 semaines après le début des symptômes ou si 3 recherches de *Cryptosporidium* dans les selles se sont révélées négatives

6.2.1.8. Oxyure

Agent responsable

Petit vers rond, de 1 cm de long dans sa forme adulte.

Transmission

→ Ano-orale

Les larves survivent à l'extérieur 2 à 3 semaines.

Manifestations cliniques

→ Souvent asymptomatique.

→ Prurit anal (lorsque la femelle vient pondre ses œufs au niveau de la marge anale).

Traitement antihelminthique

Une dose unique de metronidazole (Vermox® 5 ml de solution buvable ou 1 comprimé) à répéter 2 semaines plus tard.

Tous les membres de la famille doivent être traités en même temps. La dose est la même pour les enfants et les adultes.

Mesures de prévention

→ Hygiène des mains, du linge, des jouets,...

Pas d'éviction mais traitement nécessaire.

6.2.2. Hépatite A

Infection aiguë d'origine virale autolimitée, l'hépatite A est souvent asymptomatique chez l'enfant.

Agent responsable

Virus de l'hépatite A

Transmission

- Directe de personne à personne.
- Indirecte par les objets, par l'eau et les aliments contaminés (crustacés, sandwiches, crudités,...).
- Survie du virus deux semaines dans l'environnement à température ambiante.

Incubation

→ 15-50 jours

Manifestations cliniques :

Fièvre, asthénie, anorexie, nausées, vomissements. L'ictère n'est présent que chez un tiers des enfants de moins de 6 ans.

Diagnostic

Recherche d'anticorps dans le sang (sérologie).

Durée contagiosité

→ 1-2 semaines avant symptômes et 1 semaine après le début des symptômes.

Prévention

→ Un vaccin existe.

La vaccination systématique des enfants n'est actuellement pas encore généralisée mais elle est certainement recommandée pour les membres du personnel non immunisés, et pour les enfants endéans les 14 jours qui suivent le contact avec le cas index.

Mesures à prendre

- Mesures d'hygiène.
- Éviction du (ou des) malades(s) jusqu'à guérison clinique.
- Réadmission au plus tôt une semaine après le début des symptômes.
- En cas d'ictère, attendre sa disparition.

- Vaccination en post-exposition à partir de l'âge de 1 an pour les enfants et pour tous les membres du personnel non immunisés.

Schéma de vaccination

- Deux doses à 6 mois d'intervalle.

6.3. MALADIES TRANSMISES PAR VOIE RESPIRATOIRE

Agents responsables

- Virus (le plus fréquemment en cause) :

Virus Respiratoire Syncytial, Influenza, Parainfluenzae, Adénovirus, Rhinovirus.

- Bactéries : surtout pneumocoques et Haemophilus influenzae.
- Mycoplasma pneumoniae.

Transmission

- Contact direct par les sécrétions infectées.
- Contact indirect par l'intermédiaire d'objets contaminés (surfaces, mouchoirs, vêtements, mains, ...)

Le Rhinovirus survit pendant plusieurs jours dans l'environnement.

Le VRS survit pendant plusieurs heures.

Prévention

Mesures générales d'hygiène

En plus des mesures générales citées au chapitre 2, il convient de renforcer les mesures d'hygiène comme suit :

- utiliser des mouchoirs à jeter et individuels ;
- évacuer les mouchoirs dans des poubelles fermées ;
- lavages fréquents des mains (personnel et enfants), particulièrement après manipulation de mouchoirs sales ;
- le lavage des jouets et des objets doit être renforcé ;
- le port du masque est recommandé lorsque le personnel est lui-même atteint ;
- aération adéquate des locaux.

6.3.1. Infections à virus respiratoire syncytial

Le VRS peut provoquer une bronchiolite épidémique survenant pendant les mois d'hiver. Cette affection peut être très sévère chez les bébés, ce qui nécessite une vigilance particulière dans le but de dépister une détresse respiratoire.

Transmission

- Par contact direct ou indirect.

Incubation

- 2 à 8 jours
(4 à 6 jours le plus souvent).

Durée contagiosité

- 3 à 8 jours (mais parfois 3 à 4 semaines).

Mesures à prendre

- Renforcement des mesures générales d'hygiène (cf. ci-dessus).
- Eviction si détresse respiratoire.
- Réduire autant que possible les contacts des malades avec les enfants à risque particulier sur le plan cardiorespiratoire (allergie, cardiopathie, déficits immunitaires, grande prématurité, antécédents de ventilation artificielle, ...).
- Traitement des malades par aérosols et/ou kiné respiratoire dans certains cas (sur prescription médicale).

6.3.2. Maladies virales éruptives bénignes

a) Eruptions virales avec ou sans fièvre

Ces infections sont très fréquentes en milieu d'accueil.

Pas d'éviction si l'état général est conservé.

Mesures générales d'hygiène.

b) Mégalérythème épidémique ou 5ème maladie

Agent pathogène : parvovirus B19.

Pas d'éviction.

Mise à distance des femmes enceintes non immunisées.

c) L'exanthème subit (roséole = 6ème maladie)

Agent pathogène : HHV6 et HHV7 (virus du groupe de l'herpès).

Pas d'éviction si l'état général est conservé.

d) Mononucléose infectieuse

Agent pathogène : virus Epstein-Barr.
Beaucoup de cas sont asymptomatiques chez l'enfant ou se manifestent par une simple pharyngite.
Pas d'éviction si l'état général est conservé.

Cette maladie étant plus invalidante chez les adultes, des mesures d'hygiène strictes doivent être respectées dans le cas de l'admission d'un enfant malade.

e) Maladie pieds-mains-bouche

Agent pathogène : virus Coxsackie.
Incubation de 3 à 5 jours
Pas d'éviction si état général conservé.

6.3.3. Infections de la sphère ORL

La plupart des infections de la sphère O.R.L. (rhinites, otites, pharyngites, adénoïdites) ne nécessitent aucune mesure particulière pour la collectivité, hormis les mesures d'hygiène individuelles et collectives.

a) Laryngites

Si la détresse respiratoire est importante, une surveillance constante est nécessaire.
Eviction jusqu'à disparition de la dyspnée.

b) Infections à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A

6.3.3.1. Pharyngite, scarlatine

Transmission

Par les sécrétions oro-pharyngées infectées.

Durée de la contagiosité

- Sujets symptomatiques : jusque 24 heures après le début de l'antibiothérapie.
- Sujets asymptomatiques : peu contagieux.

Mesures à prendre

- Frottis de gorge sur base de signes cliniques de l'affection.

Pas de contrôle du frottis de gorge si guérison clinique après antibiothérapie.

- Traitement antibiotique d'une durée de 7 jours, à instaurer par le médecin traitant.
- Eviction des sujets symptomatiques si le frottis de

gorge est positif.

Retour en crèche avec certificat attestant que le traitement antibiotique est donné depuis au moins 24 heures.

- Information des parents en vue d'une chimioprophylaxie chez les personnes – enfants et adultes – présentant des risques particuliers.
- Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi chez le médecin traitant si apparition de signes cliniques évocateurs de l'affection.

6.3.3.2. Infections invasives (fasciite et myosite nécrosantes, choc toxique, méningite, septicémie, pneumonie)

Fasciite et myosite nécrosantes

- 2/100000 surtout chez l'adulte.
- Rare chez l'enfant mais en augmentation.
- Facteur de risque : varicelle.

Tableau clinique

Température, malaise, inflammation cutanée sévère progressant rapidement (3 cm/h), douleur musculaire.

Transmission

Contact avec une lésion (ex : impétigo !)

Incubation

- 1-14 jours (plus souvent < 7 jours).

Période de contagiosité

De 7 jours avant les symptômes jusqu'à 24 h après le début d'une antibiothérapie efficace.

Mesures à prendre

- Exclure le sujet atteint jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer la collectivité, au plus tôt 24 h après le début du traitement antibiotique.
- Renforcer les mesures d'hygiène.
- Information des parents.

Attention à l'apparition de nouveaux cas éventuels.

6.3.4. Méningite et autres infections invasives à *Haemophilus influenzae* du groupe B (arthrite, épiglottite, cellulite de la face)

Transmission

- Voie aérienne.
- Contact direct (ne survit pas dans l'environnement).

Age

- Surtout 2 mois à 3 ans.

Incubation

- Inconnue (probablement 2-4 jours).

Durée contagiosité

Tant que le microbe est présent dans les sécrétions nasales et pharyngées.
Cesse 24-48 heures après l'instauration de la chimio-prophylaxie efficace.

Prévention

- Vaccination efficace à partir de l'âge de 2 mois.

Depuis l'introduction du vaccin en 1992 en Belgique, l'incidence des infections invasives a fortement diminué.

Schéma de vaccination

Compris dans l'Infanrix Hexa (2, 3, 4 et 13-14 mois).

Mesures à prendre

- Eviction du malade jusqu'à guérison clinique.

Avant son retour en milieu d'accueil, chimio-prophylaxie par Rifampicine nécessaire pour éliminer le portage (sauf si traitement par céphalosporines de 3ème génération, le plus fréquent actuellement).

- Chimio-prophylaxie

A administrer endéans la semaine qui suit le diagnostic.

- 1 seul cas d'infection invasive :

uniquement s'il y a des enfants de < 2 ans non ou incomplètement vaccinés, considérer la prophylaxie pour tous les enfants et le staff.

- > 2 cas d'infections invasives dans les deux mois : la prophylaxie est recommandée à tous les enfants et tout le staff.

Antibiotiques : Rifampicine 20mg/kg/j (max. 600 mg) en 2x par jour pendant 4 jours.

- Nourrissons < 1 mois : Rifampicine 10 mg/kg/jour
- Femmes enceintes : Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique.

- Compléter la vaccination si incomplète. La vaccination n'est considérée comme complète qu'après la dose de rappel entre 12 et 14 mois, sauf pour les enfants de moins d'1 an où elle est considérée comme complète après les 3 doses de base.

- Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi rapide chez le médecin traitant en cas de signes cliniques suggestifs.

- Informations des parents du risque de contagion pour détecter précocement les cas secondaires éventuels ou autres infections sévères par *Haemophilus influenzae* type B (arthrite, épiglottite, cellulite de la face) : risque élevé dans les milieux d'accueil d'autant plus que le nombre d'enfants/groupe est élevé.

6.3.5. Méningite à *Meningocoque* et méningococcémie

Neisseria meningitidis est une bactérie commensale du rhinopharynx (10% de porteurs sains).

Transmission

- Voie aérienne.
- Contact direct (le méningocoque ne survit pas dans l'environnement)

Age

- Enfants et jeunes adultes

Incubation

- 2-10 jours (généralement 3-4 jours)
50% des cas secondaires surviennent dans les 24h – 48h après éclosion de la maladie chez le cas index.

Durée contagiosité

Tant que le microbe est présent dans les sécrétions nasales et pharyngées.
Cesse 24 à 48 heures après l'instauration de la chimio-prophylaxie.

Prévention

Vaccination contre le méningocoque C.
Schéma recommandé : une dose à un an.

Il n'existe pas encore de vaccination contre le méningocoque groupe B : le plus fréquent.
 Vaccination possible combinée A et C : mais ce vaccin n'est efficace qu'après l'âge de 2 ans (et rappels nécessaires : efficacité limitée et d'une durée inférieure à 3 ans).

Mesures à prendre

- Eviction du malade jusqu'à guérison clinique.
 Prophylaxie par ciproxine avant retour pour éliminer le portage sauf si traitement par céphalosporines de 3ème génération.
- Chimio prophylaxie
 (à instaurer le plus rapidement possible après le contact jusqu'à 7 jours après la survenue du cas index).

Adultes	Enfants
Une dose unique orale de 500 mg de ciprofloxacine.	PREMIER CHOIX : Une dose unique orale de 15 mg/kg (max. 500 mg) de ciprofloxacine pour les enfants dès la naissance. En cas de contreindication à la prise de ciprofloxacine, on se tournera vers les antibiotiques de deuxième ou troisième choix.
La Ciprofloxacine existe sous forme de comprimés sécables de 250 mg, 500 mg et 750 mg, ainsi que sous forme de solution buvable (250 mg / 5 ml).	
En cas de grossesse ou d'allaitement : administrer une dose unique de 250 mg de ceftriaxone en I.M. Ou spiramycine 2x2 co/jour pdt 4 jours.	DEUXIÈME CHOIX : une dose unique orale de 10 mg/kg (max. 500 mg) d'azithromycine.
En cas d'intolérance ou de contre-indication des autres antibiotiques : une dose unique orale de 500 mg d'azithromycine.	TROISIÈME CHOIX : Rifampicine par voie orale à la dose de 10 mg/kg 2 fois par jour pendant 2 jours. Descendre à 5 mg/kg 2 fois par jour pendant 2 jours si âge inférieur à 1 mois. Ne pas dépasser 600 mg par jour deux fois par jour. NB : la rifampicine est souvent difficile à administrer par manque de disponibilité. Par ailleurs, elle a l'inconvénient de devoir être administrée en 2 jours (4 prises au total).

En cas de refus de la chimio prophylaxie, l'enfant en contact sera évincé pendant un mois à dater de l'apparition de la maladie dans la collectivité.

- Vaccination en cas de méningite à méningocoque du groupe C.
- Surveillance clinique des contacts en milieu

d'accueil et envoi rapide chez le médecin en cas de signes cliniques suggestifs.

- Information des parents du risque de contagion pour détecter précocement un cas secondaire éventuel (appel du médecin traitant si température, raideur de nuque, pétéchies,...). Voir le point 3.4. Signes évocateurs d'une méningite au chapitre 7 : Urgences et accidents.

6.3.6. Méningite à pneumocoque

Transmission

- Voie aérienne.
- Nombreux porteurs sains.

Age

- Enfants de moins de 5 ans (avec un pic avant 2 ans).

Incubation

- 1 à 3 jours (mais variable).

Durée contagiosité

- Jusqu'à 24 h après l'instauration d'une antibiothérapie efficace.

Prévention pour les enfants de moins de 2 ans

Vaccination par le vaccin conjugué (Prevenar®) dès l'âge de 2 mois (2 doses à deux mois d'intervalle en même temps que l'Infanrix Hexa mais dans un site différent), + 1 rappel à 1 an.

Si la vaccination n'a pas été faite dès l'âge de 2 mois, calendrier de rattrapage :

Age	1ère vaccination	Rappel (à minimum 6 mois d'intervalle)
Avant 10 mois	2 injections à minimum 2 mois d'intervalle	1 injection
Entre 10-12 mois	1 injection	1 injection
Entre 12-24 mois	1 injection	

Il n'y a pas de chimio prophylaxie à instaurer chez les enfants en contact avec le cas index.

6.3.7. Méningites virales

Agent

Méningites causées par une grande variété d'agents infectieux (entérovirus, échovirus, rougeole, varicelle, oreillons...).

Transmission

Le plus souvent fécau-ORALE et respiratoire.

Incubation

→ 3 à 6 jours

Durée contagiosité

Excrétion du virus dans les selles plusieurs semaines après le début de la maladie.

Mesures à prendre

- Eviction du malade jusqu'à ce que son état de santé lui permette de réintégrer le milieu d'accueil
- Renforcement des mesures d'hygiène (lavage des mains).
- surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi rapide chez le médecin traitant en cas de signes cliniques suggestifs
- Information écrite des parents

6.3.8. Tuberculose

Agent

Mycobacterium tuberculosis ou Bacille de Koch (BK)

Transmission

Se fait de personne à personne.

La transmission du M. tuberculosis au sein de collectivités (crèche, école, service hospitalier de nourrissons,...) est possible et due à la contagiosité d'un adulte atteint de tuberculose pulmonaire.

L'enfant est rarement, sinon jamais, contagieux du fait de la concentration très faible de BK dans les sécrétions bronchiques, de l'absence de toux significative ou de toux peu productive.

Définitions

- L'Exposition implique des contacts récents (moins de 3 mois) et significatifs (plusieurs heures par jour, dans un espace de vie clos) avec un

adulte suspect ou atteint de tuberculose pulmonaire.

- L'infection tuberculeuse décrit le stade pré clinique de l'atteinte par Mycobacterium tuberculosis (parfois encore nommée tuberculose latente); le test cutané à la tuberculine (intra-dermo-réaction) est positif (nécessite, pour se manifester, un délai minimum de 8 semaines après le contact) mais la radiographie du thorax est normale et le malade est asymptomatique.
- La maladie tuberculeuse survient lorsque des manifestations cliniques de tuberculose pulmonaire (ou extra-pulmonaire) apparaissent sous forme de signes cliniques ou sur la radiographie.
- Dépistage centripète = recherche du contaminateur lors de la découverte d'un enfant infecté ou malade;
- Dépistage centrifuge = recherche de tous les contaminés potentiels en cas de découverte d'une tuberculose contagieuse chez un adulte.

Prévention

Cfr. FARES: recommandations concernant le dépistage ciblé et le traitement de l'infection tuberculeuse latente.

Dépistage

→ QUI ?

En Communauté française, le dépistage de la tuberculose n'est plus systématique; il est ciblé vers les groupes à risque (définis en collaboration avec la FARES).

Le dépistage sera réalisé systématiquement pour les :

a) Primo arrivants en provenance de tous les pays d'Asie (sauf le Japon), d'Amérique (sauf USA et Canada), d'Afrique, d'Océanie (sauf Australie et Nouvelle Zélande), d'Europe centrale et de l'Est (y compris l'ex-URSS).

b) Enfants ayant eu un contact avec un patient tuberculeux.

En fonction du contexte :

c) les enfants résidant en Belgique après un séjour prolongé dans un pays à haute prévalence (ID à réaliser 8 à 12 semaines après le retour).

d) Enfants hébergés dans une pouponnière ou une

¹ www.fares.be

maison maternelle.

→ COMMENT ?

a) Enfants

Par IDR 2U. Si Intradermo négative mais malade symptomatique : Rx thorax

b) Adultes/personnel du milieu d'accueil.

Infection : détectée par IDR 2U.

Maladie et risque de contagiosité : détectés par radiographie ou selon les recommandations de la médecine du travail.

→ OÙ ?

a) Enfants

Envoi chez le médecin traitant, le pédiatre ou dans un dispensaire de la FARES.

Mise au point selon les arbres décisionnels (voir guide de médecine préventive édition 2011).

b) Adultes

Le médecin du milieu d'accueil informe le médecin du travail habilité à prendre les mesures concernant le personnel ou le médecin traitant dans les milieux d'accueil non subsidiés.

Possibilité d'organiser un dépistage sur place pour un groupe de minimum 10 enfants : une personne de la FARES vient réaliser sur place les intradermo-réactions et la lecture après 48H.

→ Ensuite QUE FAIRE ?

a) Déclaration

Déclarer à la FARES tout test tuberculinique positif.

b) Eviction

Que ce soit pour les enfants ou le personnel, l'éviction n'est envisagée qu'en cas de tuberculose active potentiellement contagieuse.

Dans ce dernier cas, le retour en collectivité n'est possible que sur présentation d'un certificat de non-contagiosité mentionnant les résultats des examens complémentaires et le traitement instauré. L'éviction ne doit pas être envisagée en présence d'une simple infection tuberculeuse, d'un virage ou d'une tuberculose non contagieuse (exemple: tuberculose ganglionnaire non suppurée).

c) Poursuivre le dépistage de l'entourage

- Enfants

En présence d'un virage ou d'une infection tuberculeuse détectée pour la première fois, il est nécessaire de rechercher le contaminateur dans l'entourage (famille, contacts très fréquents); il s'agit d'un dépistage centripète.

Si l'enfant présente une tuberculose active potentiellement contagieuse, ce qui est exceptionnel, il faut rechercher les personnes qu'il aurait pu contaminer dans son entourage (dépistage centrifuge).

Dans le cas d'un dépistage centrifuge, un contrôle de l'ID doit être réalisé 2 mois après le dernier contact avec l'enfant contagieux.

- Adultes

→ En présence d'un virage chez un adulte en contact avec les enfants accueillis, il faut réaliser le dépistage de l'entourage en deux temps:

- d'abord chercher le contaminateur dans la famille, amis, collègues de travail ;
- dans un deuxième temps, si le contaminateur appartient au milieu d'accueil, il faut réaliser le dépistage chez tous les enfants et les adultes.

→ Si le dépistage chez l'adulte révèle une tuberculose active potentiellement contagieuse, il faut dépister les contacts de façon centrifuge.

d) Dans quels cas envisager un traitement:

- Toute maladie fera l'objet d'un bilan et d'un traitement conséquent.

- En cas d'infection (latente):

→ Le traitement sera formellement indiqué en cas de virage démontré, chez les sujets en contact étroit récent avec une source de contamination, les patients présentant un ou des facteurs de risque de développement d'une tuberculose active et chez TOUT enfant de MOINS de 12 ANS.

Même en cas de test tuberculinique négatif, chez tout enfant de moins de 5 ans, récemment en contact avec un patient tuberculeux contagieux, le traitement doit être instauré avant que l'infection tuberculeuse ne soit démontrée au vu du risque important de maladie généralisée.

Le traitement sera prescrit par le médecin de la collectivité et consistera en Isoniazide (INH) 5mg/Kg 1x/jour pendant 9 mois. En dessous de 1 an, le traitement consistera en Isoniazide (INH) 5mg/Kg 1x/jour + Rifampicine 10mg/Kg 1x/jour pendant 6 mois. Le suivi sera assuré par le médecin traitant, par le pédiatre, ou par un centre spécialisé.

e) Vaccination

Le BCG est parfois envisagé pour tout enfant de moins de 5 ans vivant dans un groupe à risque et certainement non infecté ! La protection n'est cependant pas maximale mais vise à éviter les formes sévères généralisées. Voir aussi le guide de médecine préventive édition 2011.

6.4. MALADIES TRANSMISES PAR VOIE CUTANÉE

6.4.1. Varicelle et zona

Infection virale bénigne sauf chez les immunodéprimés.

Agent

→ Herpès zoster.

Transmission

- Contact direct d'enfant à enfant.
- Contact indirect par mains et objet souillés.

Incubation

→ 10-21 jours.

Durée contagiosité

Habituellement 2 jours (maximum 5 jours) avant et jusqu'à 6 jours après le début de l'éruption (la contagiosité cesse lorsque toutes les lésions sont au stade de croûtelles).

Prévention

Un vaccin efficace existe (Varilrix® ou Provarivax® : 1 dose après l'âge d'1 an).

Pout augmenter l'efficacité du vaccin, une deuxième dose est recommandée minimum 6 mois après la première.

Mesures à prendre

- Eviction des enfants (ou adultes) atteints jusqu'à une semaine après le début de l'éruption (pour éviter la surinfection des lésions).
- Vaccination en post-exposition dans les 72 heures après le contact.

6.4.2. Stomatite herpétique

La primo-infection de stomatite herpétique est une maladie fébrile et invalidante chez le petit enfant, accompagnée souvent de difficultés alimentaires entraînant un risque de déshydratation.

Agent responsable

Herpès simplex type 1.
Jusqu'à 20% de sujets présenteront des récurrences herpétiques par la suite.

Transmission

→ Contact direct : surtout par la salive, en phase aiguë de l'infection.

Présence très longue (jusqu'à 7 semaines) du virus dans la salive.

N.B.: Certaines stomatites aphteuses sont dues à d'autres virus que le virus de l'herpès. D'autres stomatites sont d'origine allergique.

Mesures à prendre

- Dépistage rapide de l'infection.
- Eviction des enfants en phase aiguë.
 - D'une part, parce que l'état de l'enfant est altéré et ne permet pas sa surveillance en milieu d'accueil.
 - D'autre part, pour essayer d'éviter la dissémination de la maladie.
 - Renforcement des mesures d'hygiène.
 - Port de masque chez les adultes atteints d'infection herpétique (« Boutons de fièvre »).

6.4.3. Impétigo



Agent responsable

Staphylocoques dorés (le plus souvent) ou streptocoques hémolytiques du groupe A (plus rarement).

Transmission

→ Contact direct : avec une personne infectée, surtout via une lésion préexistante (piqûre d'insecte, traumatisme) ou, avec porteur sain (30-40% de la population générale portent des staphylocoques dans le nez).

Mesures à prendre

- Traitement des malades.
- Eviction pendant les 24 premières heures du traitement.

- Pour les impétigos en cours de traitement, on veillera à ce que les lésions soient couvertes d'un pansement.

6.4.4. Maladie de Lyme

Agent responsable

Bactérie de la famille des spirochètes (*Borrelia burgdorferi*).

Transmission

La transmission à l'homme se fait par piqûre de tique. 10% des tiques sont infectées en Belgique. Les piqûres surviennent le plus souvent en période estivale et dans les régions boisées.

La maladie se manifeste d'abord par « un érythème migrant », éruption rouge survenant entre 3 et 30 jours après la piqûre autour du point de ponction.

Cet érythème peut être associé à de la fièvre. Si la maladie n'est pas traitée, elle peut évoluer dans un second temps vers des manifestations articulaires, cutanées, cardiaques, neurologiques ou générales de gravité variable.

Traitement

Consiste en antibiothérapie orale durant la phase de l'érythème (Amoxicilline 50 mg/Kg de poids – max 2 gr durant 14 à 21 jours).

Prévention

- Retrait des tiques le plus rapidement possible (la tique doit rester fixée à la peau plus de 12h pour transmettre l'infection). Il existe des «tire-tiques», l'éther est déconseillé, il faut désinfecter localement après retrait de la tique.
- Signaler la piqûre aux parents afin qu'ils puissent surveiller l'apparition d'un érythème chronique migrant dans le mois qui suit la piqûre.
- Aucune antibiothérapie n'est nécessaire au stade de la piqûre.

6.4.5. Gale

Agent responsable

- Le *Sarcoptes scabiei* (famille des acariens).

Tableau clinique

- Démangeaisons qui prédominent aux poignets, mains et plis.

Transmission

Maladie très contagieuse, en recrudescence et souvent sous-diagnostiquée.

- Contact direct avec personne infectée.
- Contact indirect par les vêtements et la literie d'une personne infectée.

Incubation

- 2-6 semaines (quelques jours lors des rechutes).

Mesures à prendre

- Eviction de l'enfant (ou de l'adulte) atteint : Retour en crèche après 24 h de traitement.
- Changement des draps et vêtements (les vêtements et les draps contaminés doivent être lavés à chaud à 60° ou nettoyés à sec).

Remarque : Veiller à ce que chaque enfant ait sa propre literie.

Le traitement préventif des contacts familiaux est quasi indispensable.

6.4.6. Pédiculose



Agent responsable

Le pou du cuir chevelu. Il produit des œufs (lentes) qui éclosent 7 à 10 jours après la ponte.

Transmission

C'est le pou qui propage cette parasitose et non les lentes qui restent adhérentes au cheveu.

- Contact direct le plus souvent et contact indirect (chapeaux, oreillers, peignes et brosses) : le pou peut survivre 3 à 4 jours sur ces objets.

Mesures à prendre

- Eviction de 24 heures si pédiculose massive. Retour après traitement.

- Dépistage soigneux et réguliers (loupe, peigne fin).
- Nettoyage des peignes, brosses – Lavage du linge + bonnet, vestes – (oreillers) à 60°.

Les messages-clés sont les suivants :

- La pédiculose est surtout gênante en raison des démangeaisons qu'elle provoque et de la contagiosité importante, mais elle n'est pas dangereuse en soi.
- Le dépistage et l'application correcte du traitement sont très importants pour augmenter les chances d'éradication.
- Le diagnostic de la pédiculose repose sur la présence de poux vivants. Les lentes viables (à moins d'1 cm du cuir chevelu) sont difficiles à reconnaître et ne constituent pas un bon critère diagnostique.
- Seules les personnes chez lesquelles des poux ont effectivement été trouvés doivent être traitées.
- Les options thérapeutiques sont les suivantes :
 - Peigner les cheveux mouillés avec un peigne « à poux » à répéter tous les 3-4 jours pendant une période de 14 jours.
 - Traitement local par la diméticone, un pédiculicide qui forme un film asphyxiant autour des poux (pas enregistré en tant que médicament en Belgique, mais disponible sous le nom Silikom). Ce traitement doit être répété après 7 jours.
 - Traitement local avec un pédiculicide agissant par effet neurotoxique :
 - malathion 0,5% (lotion, Prioderm®, Radikal®) ;
 - permethrine 1% (lotion, Nix Crème Rinse) ;
 - depalléthrine 0,66% + butoxide de pipéronyle 2,64% (spray ou shampoing, Para) : le butoxide de pipéronyle n'est pas un pédiculicide mais il renforce l'action de la depalléthrine sur les poux (en inhibant le métabolisme de la depalléthrine).

Ces pédiculicides sont **déconseillés** chez les enfants âgés de moins de 6 mois, chez les femmes enceintes et en période d'allaitement.

Selon l'American Academy of Pediatrics, la lotion à base de Malathion est contre-indiquée chez les enfants de moins de 2 ans, et la prudence est de mise chez les enfants de moins de 6 ans vu le manque de données. Une résistance à ces pédiculicides n'est pas à exclure, et lorsque des poux sont encore trouvés après 2 applications à 7 jours d'intervalle, il y a lieu de passer à un autre pédiculicide ou à une

autre option thérapeutique.

Les préparations contenant plusieurs pédiculicides ne sont pas recommandées.

Si l'on trouve encore des poux vivants après une semaine, il y a lieu de répéter le traitement.

Un fascicule ONE est disponible et peut être distribué aux parents.

6.4.7. Mycoses et viroses cutanées

Bien que contagieuses, les maladies de la peau occasionnées par des champignons (candidoses ou dermatophyties) ou des virus (verrues, Molluscum contagiosum) ne nécessitent ni éviction, ni mesures préventives plus particulières.

Les soins habituels et le traitement des malades avec surveillance des contagés suffisent à éviter la dissémination dans le milieu d'accueil.

Toutes les viroses sont particulièrement intenses chez l'enfant atopique ou immunodéprimé, avec une dissémination importante des lésions.

Pour les verrues plantaires : un nettoyage soigneux des sols sur lesquels les enfants sont pieds nus est indiqué.

6.4.8. Teigne

Agent responsable

Dermatophytes (Trichophyton tonsurans (90 % des cas) ; Microsporum canis).

Transmission

- De personne à personne, portage asymptomatique possible (et donc rôle de réservoir).
- Par animaux domestiques pour le Microsporum canis.

Age

- Surtout entre 3 et 9 ans.

Traitement

- Le traitement purement local est insuffisant et le traitement systémique est donc nécessaire.

L'enfant sera orienté vers un dermatologue en cas de suspicion.

Mesures à prendre

- Eviction jusqu'à mise en route du traitement.
- Dépistage des autres enfants.
- Hygiène soutenue.

En particulier: lavage des taies d'oreiller et objets utilisés pour coiffer l'enfant.

Après mise en évidence d'un cas, faire un examen clinique du cuir chevelu des enfants de la même section que l'enfant atteint.

6.5. MALADIES TRANSMISES PAR VOIE SANGUINE

6.5.1. Mesures générales et universelles d'hygiène

Ces mesures préventives constituent la base de la **prévention de contamination de toutes les maladies transmissibles par voie sanguine**. Elles doivent s'appliquer systématiquement à tous les enfants.

- Avant de donner des soins à un enfant qui saigne, tarir rapidement la source de saignement avec un linge replié pour constituer une barrière efficace et, si possible, mettre des gants en plastique à usage unique.
- La blessure est ensuite nettoyée et désinfectée au moyen de serviettes jetables et d'un désinfectant habituel comme le H.A.C. à 1,5%.

Les taches de sang sur la peau sont également enlevées. La blessure est ensuite recouverte d'un pansement.

- Après les soins, l'intervenant élimine les déchets (pansements, tampons, gants) dans un sac plastique qui est ensuite mis dans une poubelle. Ensuite il se lave soigneusement les mains.
- Les taches sur le sol sont frottées à l'eau de Javel à concentration de 10% préparée depuis moins de 24 heures. Le port de gants est recommandé pour leur nettoyage.
- Lors d'injections faites aux enfants, les aiguilles et seringues seront immédiatement jetées dans un container spécial. Il est important de ne pas recouvrir les aiguilles de leur gaine de protection.

6.5.2. Immunodéficience acquise : SIDA

Agent responsable

VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Transmission

La transmission du virus du SIDA peut être sexuelle, sanguine ou verticale (transmission mère-enfant).

En Europe, avant 1996, l'enfant né de mère séropositive était contaminé dans 15 à 20% des cas à la naissance. Actuellement le traitement de la femme

enceinte durant le dernier tiers de la grossesse et du nouveau-né pendant les six premières semaines de vie a permis de réduire ce risque de transmission à <1%. L'allaitement maternel reste une voie de contamination possible après la naissance, et est dès lors proscrit chez les mères séropositives.

On appelle **séropositivité** la présence dans le sang d'anticorps contre le VIH.

Comme les anticorps maternels contre le VIH traversent le placenta et se retrouvent dans le sang de l'enfant jusque vers 18 mois, la séropositivité d'un enfant de moins de 18 mois ne signifie donc pas nécessairement qu'il est infecté.

On parle d'**infection** quand le virus a été mis en évidence dans le sang de l'enfant.

Chez les enfants nés de mères séropositives, des examens sanguins sont réalisés à l'âge de 0, 1 et 2 mois de vie. Ils visent à mettre en évidence le virus dans le sang par la méthode d'amplification du génome viral appelé PCR (Polymerase Chain Reaction). Si les trois prélèvements sont négatifs, on peut affirmer que l'enfant n'est pas infecté par le virus. C'est le cas dans 99% des cas lorsque la mère a été traitée pendant la grossesse.

Transmission dans la communauté

L'enfant contaminé par le VIH ne peut transmettre le virus **que par le SANG**.

Ceci est démontré par le fait qu'aucune contamination d'adulte ou d'enfant vivant avec un malade, en collectivité ou à domicile, n'a été recensée à ce jour par le simple fait des contacts quotidiens. Aucune contamination par morsure d'enfant n'a été recensée.

Il n'y a donc possibilité de transmission que si du sang d'une personne infectée par le VIH entre en contact avec une plaie non cicatrisée, ou encore, est injecté via une aiguille contaminée.

Le virus du SIDA ne résiste que quelques heures en milieu extérieur, il est rapidement inactivé par la chaleur, l'eau de javel,...

Admission de l'enfant en collectivité

Les enfants exposés ou infectés par le VIH peuvent fréquenter les collectivités.

L'état clinique et immunologique de l'enfant doit être pris en compte au moment de l'admission, en raison du risque éventuel que représentent les maladies infectieuses courantes pour l'enfant en question.

La décision d'admission doit être prise en accord avec le médecin spécialiste de l'enfant et le médecin du milieu d'accueil. Le conseiller médical pédiatre est à la disposition des équipes médico-sociales.

Différentes éventualités peuvent se présenter:

- L'enfant est né de mère séropositive mais non contaminé. Les anticorps maternels sont en voie

de disparition. Cet enfant fréquente le milieu d'accueil comme tout autre enfant; il n'est pas infecté par le virus du SIDA.

→ L'enfant est infecté et asymptomatique. Son séjour en collectivité est autorisé moyennant discussion avec les parents et le médecin spécialiste de l'enfant. Il faut veiller au suivi très rapproché de l'enfant par son médecin spécialisé et à la réalisation des prises de sang régulières dans le cadre de son suivi.

→ L'enfant est contaminé et immunodéprimé.

La décision d'admission éventuelle doit être prise en collaboration avec le médecin spécialiste de l'enfant, le médecin du milieu d'accueil et le conseiller pédiatre. Cependant, grâce à l'efficacité des combinaisons de traitements antirétroviraux, l'état d'immunodépression ne devrait être que transitoire. Dans ces deux dernières éventualités, il faut préférer un milieu d'accueil familial (accueillante) et expliquer aux parents le risque d'aggravation de l'état de leur enfant lié au contact répété avec des maladies bénignes.

Remarques

→ Afin d'éviter des attitudes de rejet non fondées sur le plan médical et lourdes de conséquences psychologiques au niveau de la famille, une information complète préalable de tous les milieux d'accueil est indispensable.

Une circulaire ministérielle relative à l'accueil des enfants infectés par le VIH est disponible à la Communauté française.

→ Le respect du secret médical et le respect de la vie privée sont des droits fondamentaux qui doivent être garantis. L'information de la séropositivité d'un enfant ne peut être faite, et ce avec l'accord des parents, qu'au médecin, à l'infirmière ou au travailleur social et aux personnes s'occupant directement de l'enfant si cette révélation est jugée nécessaire pour le maintien de la santé de l'enfant. Ces personnes sont soumises au secret professionnel (article 458 du code pénal). Les parents ne sont cependant aucunement dans l'obligation d'avertir le personnel de l'accueil du statut de leur enfant.

6.5.3. Hépatite B

5 à 10 % des adultes infectés par le virus de l'hépatite B et une proportion encore plus importante d'enfants présentera une infection persistante (hépatite chronique). 0,5% de notre population est porteuse du virus de l'hépatite B.

Transmission

→ Par contact direct des muqueuses ou de plaies avec le sang, l'urine, les selles ou la salive de sujets infectés (infection aiguë ou porteurs chroniques de virus). Par exposition percutanée avec les fluides corporels d'une personne porteuse.

→ Ce virus est résistant: il peut résister dans le milieu extérieur jusqu'à une semaine ou plus.

→ La transmission dans les collectivités de petits enfants est rare. Elle peut toutefois survenir dans des circonstances particulières (comportements agressifs, dermatite des mains en contact avec du sang,...). Cependant la transmission a été bien documentée dans les collectivités d'enfants handicapés mentaux. Heureusement, depuis 1999, tous les nourrissons peuvent être vaccinés contre l'hépatite B.

→ La transmission du virus peut aussi se faire en période périnatale, soit par voie transplacentaire, soit par contact direct avec le sang de la mère lors de l'accouchement, ou via l'allaitement maternel.

Pour cette raison chez les enfants nés de mère porteuse chronique (HBs+), une injection de gammaglobulines spécifiques est administrée à la maternité en même temps qu'une première dose de vaccination anti-hépatite B (Engerix®).

La poursuite de la vaccination se fait à 2, 3, 4 et 15 mois par l'Infanrix Hexa comme pour les autres enfants.

L'allaitement n'est absolument pas contre-indiqué.

Durée de la contagiosité

De 3 semaines avant les symptômes, pendant la période symptomatique et jusqu'à apparition des AC anti HBS (+/- 4 mois après les symptômes).

Prévention

La vaccination des membres du personnel médical non immunisés est fortement recommandée. Dans certains cas, elle peut être administrée par la médecine du travail.

La vaccination systématique des enfants est actuellement réalisée par l'administration de l'Infanrix Hexa à 2, 3, 4 et 14-15 mois.

Mesures à prendre

- Mesures générales et universelles d'hygiène.
- VACCINATION des enfants et des adultes non vaccinés.
- L'injection préventive de GAMMAGLOBULINES spécifiques à l'occasion d'une piqûre accidentelle par une aiguille contaminée se justifie si le sang contaminant est issu d'un sujet positif pour l'antigène HBs. Dans ces circonstances, on injectera par voie intramusculaire 0,06 ml/Kg de poids (ou 5 ml chez les adultes) de gammaglobulines spécifiques et on débutera la vaccination.

6.5.4. Hépatite C

Ce virus a été mis en évidence pour la première fois en 1990. La majorité (80%) des personnes atteintes d'hépatite C présentera une hépatite chronique.

Cependant cette hépatite est beaucoup moins répandue dans nos populations que l'hépatite B (population à risque).

Transmission

- Transfusion sanguine: depuis 1990, il n'y a plus de risque de transmission par transfusion sanguine.
- Exposition percutanée avec du sang d'une personne infectée et porteuse du virus. Contrairement au virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C n'est pas présent dans les sécrétions corporelles (selles, salive).
- Transmission verticale mère-enfant: survient dans $\pm 5\%$ des cas s'il existe une hépatite chronique chez la mère, plus fréquemment si la charge virale est élevée ou s'il existe une co-infection avec le VIH chez la mère. L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué.

Mesures à prendre

- Mesures générales et universelles d'hygiène.
- Il n'existe pas à l'heure actuelle de vaccination contre l'hépatite C.

6.6. AUTRES MALADIES

6.6.1. Toxoplasmose

Infection bénigne sauf chez les sujets immunodéprimés et chez les femmes enceintes.

Agent responsable

- Protozoaire *Toxoplasma gondii*.

Transmission

Jamais de personne à personne sauf en cas de transmission transplacentaire pendant la grossesse. Les kystes de parasites se rencontrent dans les excréments des chats, ainsi que dans la viande ou les aliments contaminés.

Prévention

- Bonne cuisson de la viande, lavage des légumes crus.
- Eviter le contact avec les selles des chats (empêcher que les animaux viennent dans le bac à sable des enfants).
- Pas d'éviction du milieu d'accueil.

6.6.2. Cytomégalovirus

L'infection à CMV est très fréquente.

Entre 10 et 15 % des enfants sont excréteurs déjà en sortant de la maternité (excrétion de virus dans les urines).

Ce taux peut atteindre 60% dans les milieux d'accueil.

La primo-infection est asymptomatique le plus souvent.

Il est inutile d'exclure ces enfants du milieu d'accueil.

Prévention

- En période de grossesse, respecter de façon stricte les mesures d'hygiène (lavage et désinfection des mains après avoir été en contact avec la salive, les urines ou les excréments nasales).
- Les femmes en âge de procréer et travaillant en milieu d'accueil sont considérées comme une population à risque. Il est donc recommandé qu'elles connaissent leur état immunitaire à l'engagement.

- Les femmes enceintes séronégatives doivent être protégées d'une contamination possible. Il faut prendre contact à ce sujet avec le médecin du travail qui décidera d'un écartement éventuel du milieu d'accueil ou d'une réaffectation à un poste de travail à moindre risque (ex : groupe d'enfants de plus de 2 ans, travail de biberonnerie ou en cuisine, ...).

ACCUEIL DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP : VISER UN ACCUEIL INCLUSIF

1/ PRINCIPES GÉNÉRAUX

« Un enfant en situation de handicap est un enfant qui a besoin de soins et/ou d'une attention spécifique en raison de problèmes médicaux (santé physique et psychique) avec ou sans problèmes psycho-sociaux ».

Quels que soient ses besoins, tout enfant est le bienvenu dans un milieu d'accueil, à la condition que le milieu d'accueil s'organise pour qu'il puisse tirer profit d'un séjour dans une collectivité d'enfants. La mission des professionnel-le-s de l'accueil (accueillantes et non thérapeutiques) est essentiellement éducative et non thérapeutique. L'accueil inclusif implique une vision basée sur la prise en compte de la diversité de tous les enfants et non sur le déficit de l'un d'entre eux. Il s'agit d'une vision commune de toute l'équipe qui considère le milieu d'accueil comme un lieu où une personne ou un groupe de personnes arrive à prendre en considération les différences (richesses, besoins spécifiques, ...) dont chacun est porteur. Cette vision est développée, tout en établissant un partenariat étroit avec les parents reconnus comme « spécialistes » de leur enfant.

Les principes de l'accueil inclusif s'appuient sur les travaux réalisés par le réseau DECET¹ et mettent en avant que le milieu d'accueil est un endroit où :

- chacun se sent chez soi et faisant partie du groupe, est le bienvenu ;
- chacun est reconnu dans les différentes composantes de son identité ;
- chacun peut apprendre de l'autre et s'enrichir mutuellement ;
- chacun peut participer activement à la vie du milieu d'accueil ;
- chacun peut lutter contre les préjugés par la communication et une attitude d'ouverture ;
- chacun, avec l'ensemble des autres acteurs, peut agir contre toute forme institutionnelle de discrimination ;

L'admission en milieu d'accueil d'enfants en situation de handicap

(que celui-ci soit d'ordre physique ou mental) doit donc pouvoir être assurée de manière réfléchie et en partenariat avec les parents. La question est : « Comment allons-nous nous organiser et de quoi avons-nous besoin pour accueillir cet enfant de façon à ce qu'il puisse développer ses potentialités en tenant compte de ses particularités ? »

- L'article 33 de l'arrêté portant réglementation des milieux d'accueil spécifie que « dans le respect des conditions fixées par l'Office, l'accueil d'un enfant porteur de handicap est encouragé en vue de favoriser son intégration dans le respect des différences, pour autant que le milieu d'accueil remplisse les conditions suffisantes pour garantir la sécurité de l'enfant ». Les recommandations du Collège des Conseillers pédiatres de l'ONE décrites dans ce chapitre font partie intégrante des conditions fixées par l'Office.
- Le fait que le milieu d'accueil opte pour un accueil pour tous est annoncé et présenté dans le projet d'accueil : il fait l'objet d'un échange avec chaque nouveau parent, des espaces temps sont prévus pour permettre au malaise éventuel d'émerger, pour permettre à chacun (parents, professionnel-le-s, ...) d'exprimer ses craintes, ses questions, ... Il importe que l'accueil de l'enfant en situation de handicap soit préparé et anticipé par le milieu d'accueil.



¹ Le réseau DECET, - Diversity in Early Childhood Education and Training -, vise à promouvoir la diversité dans l'éducation des jeunes enfants en référence à des valeurs d'équité, d'inclusion et de réciprocité radicale. Il travaille à partir d'un texte fondateur (téléchargeable sur le site www.decet.org) en référence à l'article 2 de la convention des droits de l'enfant et a déterminé les 6 principes explicités ci-dessus et qui peuvent servir de repères aux milieux d'accueil en matière d'inclusion.

Même si le handicap se révèle en cours d'accueil, le milieu d'accueil peut avoir envisagé, dans son projet d'accueil, ce qu'il mettrait en place car, paradoxalement, l'inattendu peut toujours être anticipé : « un jour où l'autre une famille pourrait frapper à notre porte ... »

2/ ACCUEIL

Chaque parent d'un enfant à besoins spécifiques devrait avoir le choix de confier son enfant dans un milieu d'accueil ordinaire comme tout parent, ou de s'orienter vers un milieu spécialisé. Chaque parent a ses propres questions, ses soucis et ses points d'attention même s'il ne les exprime pas explicitement. **L'écoute attentive des parents dans les premiers contacts est primordiale.** Chaque accueil d'un enfant en situation de handicap doit faire l'objet d'une rencontre préalable avec les parents suivie d'une discussion et d'une évaluation menées conjointement par le médecin du milieu d'accueil, le responsable (et/ou l'infirmière) et les accueillantes ou puéricultrices qui prendront en charge l'enfant. Dans les milieux d'accueil collectifs où une consultation est organisée, le médecin rencontrera les parents lors de l'examen médical d'entrée préalable à l'accueil.

Les questions suivantes pourront être débattues avec les parents et en équipe:

- le projet des parents : ce qui est important à leurs yeux, ce qu'ils souhaitent...
- l'avis des spécialistes et soignants extérieurs
- les modalités de la période de familiarisation : cette période est très importante notamment pour établir un lien avec cet enfant, lui permettre de se sentir important, diminuer les peurs, établir le partenariat et la relation de confiance avec les parents...
- l'intervention éventuelle (en fonction des besoins spécifiques de l'enfant) dans le milieu d'accueil d'intervenants extérieurs, l'information sur les collaborations en réseau que le milieu d'accueil a développées en veillant à ce que les parents soient informés de toutes les possibilités qui leur sont offertes



- les personnes qui prendront plus spécifiquement soin de l'enfant
- le matériel particulier, l'aide de personnel supplémentaire ponctuel

En équipe seront débattues également les questions relatives à la vie du groupe, l'organisation du travail, les observations indispensables pour ajuster les interventions auprès de chacun des enfants quel qu'il soit.

3/ INFORMATION ET AVIS

L'accueil d'un enfant en situation de handicap fera l'objet d'une information au Conseiller Pédiatre de l'ONE. Lorsque le milieu d'accueil accueille un enfant qui nécessite des **soins médicaux** spécifiques, son admission doit faire l'objet, **préalablement** à l'accueil, d'une information écrite au conseiller pédiatre de la subrégion et, si nécessaire, d'un contact direct. Il s'agit pour le milieu d'accueil d'informer le conseiller pédiatre sur les mesures qui ont été prises pour veiller à la santé et au bien-être de l'enfant. Seront donc précisés : les besoins spécifiques de l'enfant, le projet des parents et des soignants, les aménagements (espace, matériel ...), l'organisation des soins et les partenariats prévus dans le milieu d'accueil (personnes ressources, intervenants extérieurs : service d'aide précoce, paramédicaux ...) (Cf. annexe 8).

Le Conseiller pédiatre remettra son avis sur les conditions mises en place et veillera, en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil et avec la coordinatrice accueil, à ce que les besoins médicaux de l'enfant puissent être rencontrés (si nécessaire, des soins seront effectués par une personne ou un service extérieur, des formations pourront être organisées ...). Selon les circonstances, il formulera des recommandations et/ou prendra contact avec le responsable du milieu d'accueil.

4/ ACCOMPAGNEMENT ET PARTENARIAT

Dans certains cas, les parents sont appuyés dans leur démarche par un service d'aide précoce qui, tout au long de l'accueil, s'engage à les soutenir (ainsi que l'équipe du milieu d'accueil) tout en restant un tiers médiateur éventuel entre les parents et le milieu d'accueil.

Dans d'autres cas, les parents sont accompagnés par des professionnels autres qu'un service d'aide précoce : par exemple une équipe hospitalière ou encore des intervenants individuels (pédiatre, kinésithérapeute, ...).

Si nécessaire, le milieu d'accueil peut solliciter lui-même, en informant les parents, une équipe pluridisciplinaire d'aide précoce ou un service spécialisé dans l'accompagnement des milieux d'accueil, dans un objectif d'aide à la mise en place des meilleures conditions possibles pour l'enfant.

Quoiqu'il en soit, les parents restent au centre du réseau de professionnels accompagnant l'enfant et c'est à travers eux que s'installe et s'entretient la collaboration entre le milieu d'accueil et l'équipe de professionnels.

5/ SUIVI ET ÉVALUATION

Lors des bilans de santé réguliers mis en place dans les milieux d'accueil collectifs, le **médecin** du milieu d'accueil

- vérifie la bonne évolution de l'état de santé (physique et psychique) de l'enfant
- s'assure du suivi régulier de l'enfant par son médecin traitant habituel (généraliste et/ou spécialiste) ;
- participe à l'information continue dont le milieu d'accueil a besoin pour assurer l'accueil quotidien de cet enfant dans les meilleures conditions possibles ;
- veille aux bonnes relations du milieu d'accueil avec les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux, tout en préservant le secret médical.

La **coordination et l'évaluation** de l'accueil sont régulièrement réalisées en **équipe** et en collaboration avec les **parents**. On peut par exemple définir un objectif commun pour une période déterminée, pratiquement le laps de temps compris entre deux évaluations. L'avis du Conseiller pédiatre, du service de coordination et du service d'accompagnement spécialisé pourra être sollicité dans ces moments d'évaluation.

Exemples de questions à se poser :

- Quelles sont les difficultés rencontrées ? Dans quelles circonstances ?
- Quels sont les leviers qui ont permis de dépasser les difficultés ? Quelles ressources ont été mobilisées ?
- Comment se passe le partenariat avec les parents ?
- Est-il utile de prévoir des outils d'observation de l'enfant en situation de handicap et des autres enfants accueillis dans le groupe ?
- Faut-il prévoir pour cet enfant un temps hebdomadaire minimum d'accueil pour favoriser la réussite du projet ?
- L'intégration de l'enfant ayant des besoins spécifiques nécessite-t-elle une information des autres parents et en quoi doit consister cette informa-

tion ? Quel lien avec le projet d'inclusion porté par l'équipe ? Quelle présentation aux parents via le projet d'accueil ?

- A-t-on relevé des besoins particuliers nouveaux pour prendre en charge l'accueil de l'enfant ? En quoi pourraient constituer les apports en subsides particuliers ? Un encadrement renforcé du groupe d'enfants est-il nécessaire et à quel moment ? En quoi ces moyens vont-ils améliorer les conditions de l'accueil de cet enfant-là ?

→ ...

En fonction de l'âge de l'enfant et du projet pédagogique formulé à son égard, l'équipe en partenariat étroit avec les parents réfléchira au mode d'accueil ultérieur (après l'âge de 3 ans). L'apport des services d'accompagnement ou des services d'aide précoce est ici tout à fait primordial.

En cas de nécessité et dans l'intérêt de l'enfant, une dérogation pour l'accueil au-delà de l'âge de 3 ans d'un enfant en situation de handicap peut être sollicitée dans tous les milieux d'accueil.

Rappelons également la possibilité d'intégration d'enfants en situation de handicap en enseignement spécial maternel dès l'âge de 3 ans, s'ils sont atteints d'un handicap mental profond (type 2), de troubles graves du comportement (type 3) ou d'un handicap physique (type 4). Une coordination entre le milieu d'accueil classique de la petite enfance et un centre psycho-médico-social (ou bien un centre de guidance), seuls organismes compétents pour rédiger une attestation d'entrée en enseignement spécial, est indispensable et permettra en outre de préciser le meilleur moment d'intégration en milieu scolaire.

Quelques outils :

- Une liste des associations de parents et des services d'aide précoce se trouve en annexe 4.
- La brochure « L'inclusion des enfants ayant des besoins spécifiques » est disponible à l'ONE, traduction de la version originale « Inclusie van kinderen met specifieke zorgbehoeften » VBJK, Gand, 2010.

6/ QUELQUES PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES

6.1. MUCOVISCIDOSE

L'accueil en collectivité d'un enfant atteint de mucoviscidose est possible moyennant :

- la collaboration avec des spécialistes extérieurs (kiné respiratoire) ;
- un régime approprié prescrit ;

- la supplémentation en sel en cas de fièvre ou de chaleur importante ;
- l'administration du traitement approprié prescrit (enzymes pancréatiques, vitamines, mucolytiques, ...) ;
- la surveillance des infections respiratoires et l'administration d'une antibiothérapie adaptée, d'aérosols, d'une vaccination spécifique,...

Il faudrait donner la préférence à l'accueil dans un petit groupe d'enfants afin de diminuer le risque d'infections.

6.2. MALADIE CŒLIAQUE ET AUTRES INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Ces enfants peuvent être accueillis moyennant une bonne connaissance et un respect des prescriptions diététiques tant au niveau des puéricultrices que du personnel de cuisine.

6.3. RETARDS MENTAUX, RETARDS PSYCHOMOTEURS, DÉFICITS SENSORIELS, TROUBLES NEUROLOGIQUES DIVERS

Les recommandations générales sont de mise. Un état d'esprit « d'ouverture » et d'accessibilité doit être la règle.

Il est essentiel, comme pour tout accueil, que la prise en charge de l'enfant se fasse par un nombre limité d'adultes et s'effectue dans le cadre d'un petit groupe d'enfants qui apprennent progressivement à se connaître. L'observation de l'enfant est très importante non seulement pour repérer ses besoins spécifiques mais aussi pour mettre en évidence ses aptitudes propres et ses progrès. Ces observations permettent de communiquer utilement avec les parents et les spécialistes extérieurs. L'accès au milieu d'accueil des soignants extérieurs doit être favorisé tout en respectant l'autonomie de la puéricultrice, la vie du groupe, les conditions de sécurité affective pour chacun et tous les enfants.

Les puéricultrices ne doivent pas pour autant se transformer en éducatrices spécialisées, les fonctions du milieu d'accueil sont d'accueillir cet enfant dans les meilleures conditions pendant le temps où les parents ne sont pas disponibles et de contribuer à son développement physique, mental et social.

6.4. DIABÈTE

L'accueil d'un enfant diabétique nécessite de :

- s'organiser pour fournir les collations nécessaires et un régime correctement équilibré ;

- observer l'enfant diabétique (adultes en nombre limité qui le connaissent bien) et savoir repérer des variations de comportement ;
- connaître les risques d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, les symptômes s'y rapportant et savoir réagir correctement à ces situations ;
- avoir dans la pharmacie de la crèche du glucagon et des ampoules de glucose hypertonique indispensables, en cas d'hypoglycémie sévère ;
- pouvoir réaliser les contrôles de glycémie demandés par le médecin de l'enfant pendant la journée et les injections d'insuline si nécessaire.
- disposer d'un relais médical immédiatement disponible pour avis en cas de problème.

7/ ENFANTS PRÉSENTANT DES RISQUES PARTICULIERS

Deux situations sont plus fréquemment rencontrées dans les milieux d'accueil.

Il s'agit :

- Des enfants à risque de convulsions fébriles.
- Des enfants à risque de mort subite et surveillés par un moniteur (cardio) respiratoire pendant le sommeil.

Ces enfants doivent être considérés comme des enfants normaux, sains et l'accès des milieux d'accueil collectifs et familiaux doit leur être facilité, en fonction du choix des parents.

Toutefois, une information complète doit être réalisée par le médecin qui assure la consultation dans le milieu d'accueil ou un médecin habilité, de manière à permettre cet accueil sans risque pour l'enfant et sans angoisse pour l'équipe du milieu d'accueil ou pour l'accueillante.

Une formation aux gestes élémentaires d'urgence doit également être assurée à toutes les personnes encadrant ces enfants. Ces situations, leur prévention et la conduite à tenir sont détaillées dans le chapitre 7 « Urgences et accidents ».

Au cours des dernières décennies, les manifestations allergiques sont devenues de plus en plus fréquentes, surtout dans les pays industrialisés. Dans les milieux d'accueil, il est important de rester attentif au dépistage des enfants à risque, c'est-à-dire ceux qui ont au moins un parent ou un membre de la fratrie atteint d'une maladie allergique. Pour les enfants qui ont déjà développé une maladie allergique, le personnel devra rester vigilant à la détection des facteurs déclenchants de cette pathologie.

Dans l'hygiène globale du milieu d'accueil, il est souhaitable d'éviter l'exposition à des taux élevés d'allergènes tels que les acariens et leurs excréments, les animaux domestiques, les moisissures,...

Mesures à prendre pour diminuer la concentration en allergènes :

1/ LES ACARIENS



Les acariens vivent dans les habitations situées à des altitudes inférieures à 1500 m.

Ils prolifèrent dans les atmosphères chaudes et humides (pour une température de 21°C à une humidité supérieure à 60%) et se nourrissent de squames humaines et animales et de moisissures. Ils sont particulièrement abondants dans les pièces de literie : matelas, coussins, couvertures, peluches,... mais aussi dans les tapis, les moquettes et dans les fauteuils recouverts de tissus. Ils sont munis de pattes ventouses à l'aide desquelles ils s'accrochent sur les tissus. La présence de leurs excréments en suspension dans l'air permet leur inhalation, ce qui peut déclencher des manifestations chez les sujets allergiques.

La prévention consiste à **empêcher la multiplication des acariens et d'autres allergènes** dans les différents locaux de vie.

Pour cela, il faut :

- Maintenir une température entre 18 et 20° et assurer une bonne ventilation, cela va réduire l'humidité et empêchera ainsi le développement des acariens et des moisissures. L'emploi d'humidificateurs électriques est déconseillé car il favorise le développement des moisissures et des acariens.
- Proscrire les tapis ou les couvertures en laine. Toutes les matières textiles doivent être régulièrement lessivées à 60°C. Pour la literie, les matelas doivent être entièrement recouverts de plastique. Le drap ainsi que le petit sac de couchage doivent être lavés à 60°C (une fois par semaine et en cas de souillure). Après la sieste, le sac de couchage doit être entièrement retourné sur le bord du lit pour laisser échapper la chaleur et la transpiration. Pour éviter que les enfants ne viennent avec leurs acariens, les sacs de couchage appartiendront au milieu d'accueil.
- L'utilisation de produits acaricides (source de pollution intérieure) doit être évitée.
- Le revêtement du sol doit être lisse et facilement lavable (tapiflex, vinyle, linoléum, parquet, dallage,...). Quant au revêtement mural, il est conseillé d'employer de la peinture au latex plutôt que du papier peint.
- Le nettoyage à l'eau des sols (y compris les plinthes) et des surfaces et l'utilisation de lavettes en microfibres permet d'éliminer efficacement poussières et acariens.
- La lutte contre les moisissures est aussi un moyen de prévention contre les acariens, dont elles constituent la nourriture.
- L'entretien des **jouets** est important. Les peluches peuvent contenir jusqu'à 500 acariens/cm³. Leur nombre doit être limité. Il faut les proscrire du lit des enfants allergiques. En général, il faut préférer des jouets en toile qu'il faudra laver régulièrement à 60°C ou ceux en matière plastique qui,

enfermés dans une taie d'oreiller, pourront subir régulièrement un programme court de lavage en machine. Pour les jouets non lavables, un séjour de 24 heures dans un congélateur à -18°C tue les acariens. Il faudra encore, pour les en débarrasser, les battre vigoureusement ou les envoyer au nettoyage à sec.

- Surveiller et combattre le développement des blattes (cafards) qui se cachent dans les gaines des vide-ordures, les fentes des murs, sous les papiers peints, dans les réserves de nourriture, ... En effet, les blattes jouent également un rôle dans l'allergie à la poussière.
- Entretenir les bacs à sable. Les acariens se déposent aussi dans le bac à sable. Les enfants allergiques aux acariens peuvent être incommodés. Pour l'entretien du bac à sable, les rayons UV désinfectent le sable la journée mais il faut veiller à le recouvrir la nuit pour éviter que les animaux (chiens et chats) ne déposent avec leurs excréments des parasites comme le Toxocara ou autres germes.
- Par ailleurs, il est important de bien observer les réactions de chaque enfant après les jeux à l'extérieur. Les enfants souffrant d'eczéma voient souvent leurs lésions s'aggraver au contact du sable ! Pour ces enfants, il vaut mieux éviter ce type d'activité.

« TOUS LES TEXTILES DOIVENT ETRE LAVABLES A 60° »

2/ LES MOISSURES

Les moisissures constituent une source allergénique importante. Les plages de moisissures sont des micro- environnements favorables au développement d'autres organismes tels que les acariens qui constituent des allergènes puissants.

Pour prévenir leur développement, il s'agit avant tout de **maîtriser le problème d'humidité**. S'il s'agit de condensation, une ventilation judicieuse peut répondre à la question. S'il s'agit d'infiltration ou de phénomènes d'humidité ascensionnelle, le recours aux professionnels est nécessaire. En ce qui concerne l'humidité de contact, il faut s'arranger pour que les surfaces humidifiées soient imputrescibles et lisses, et faciles à nettoyer. Par exemple, la pose d'une plaque (PVC, verre, ...) sur le mur qui est en contact avec des linges mouillés (gants, essuies, ...) permet un entretien plus aisé. Il est recommandé de favoriser un séchage rapide des linges et des surfaces humides. En cas de dégât des eaux, il est impérieux de procéder le plus rapidement possible à l'assèchement de tout dégât causé par l'eau avec, si nécessaire, le remplacement des matériaux endommagés. Pour empêcher les moisissures de s'installer derrière les meubles et les objets, éviter

d'adosser ceux-ci contre les murs froids et aérer et nettoyer régulièrement les armoires.

Les moisissures doivent être éliminées dès leur apparition. (voir chapitre 2)

3/ ALLERGIES AUX POLLENS ET AUX GRAMINÉES

Si un enfant est allergique au pollen, il est préférable qu'il ne sorte pas quand on coupe le gazon. Le cas échéant, il jouera sur une toile plastifiée qui l'isole de l'herbe.

4/ ALLERGIES ALIMENTAIRES

Les allergies alimentaires touchent 6-8% des enfants d'âge préscolaire (1-2% de la population générale).

Les allergènes alimentaires les plus fréquents en Belgique sont : les œufs, l'arachide, le lait de vache, le poisson et les oléagineux (noix, noisettes). L'allergène alimentaire le plus fréquent avant 6 mois est le lait de vache et entre 1 et 3 ans l'œuf.

Dans une enquête réalisée à l'hôpital des enfants Reine Fabiola de Bruxelles, 71% des enfants qui présentaient une allergie alimentaire étaient allergiques à 1 ou 2 aliments et 16% à 3 aliments. Enfin, c'est dans le groupe d'âge de 1-3 ans que l'on retrouve le plus d'allergies alimentaires (37% des allergies alimentaires).

Les manifestations cliniques, dont certaines très graves, sont par ordre de fréquence décroissante : l'eczéma, l'urticaire, l'angioœdème, les symptômes digestifs, l'asthme et enfin l'œdème laryngé (13% des allergies alimentaires) et le choc anaphylactique (4% des allergies alimentaires).

Les mesures à prendre pour diminuer le risque de voir s'installer une allergie alimentaire sont :

- Favoriser la poursuite de l'allaitement maternel. Pour les enfants à risque d'allergie : encourager la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois. Si l'allaitement maternel n'est pas possible, conseiller l'utilisation de laits hypoallergéniques pendant les premiers 6 mois.
- Pour tous les enfants introduction des solides entre 4 et 6 mois (notion de fenêtre de tolérance). Pour les enfants à risque d'allergie cette introduction se fera très progressivement. Il n'y a plus d'indication de retarder l'introduction des aliments dit allergisants comme l'œuf, le poisson, le kiwi... après 1 an.
- En cas d'apparition de signes évocateurs d'allergie il est important de réaliser un bilan complet pour **éviter les régimes d'exclusion non justifiés**. En effet l'arrêt de l'ingestion d'un aliment toléré peut s'accompagner d'une perte de tolérance à cet aliment.

- Pour les cas avérés d'allergie, le régime d'éviction doit faire l'objet d'une prescription par un médecin tout en veillant à assurer une alimentation équilibrée. Si un régime sans lait de vache a été prescrit, il faut, non seulement éviter le lait mais aussi les aliments qui en contiennent (biscuits, yogourts, fromages, pâtisseries,...). Il en est de même pour un régime sans œufs (voir dans le guide « Chouette, on passe à table ! Comment réaliser des repas équilibrés en milieu d'accueil de la petite enfance »).
- Pour tout enfant qui a eu des manifestations graves de type urticaire important, angioœdème, dyspnée laryngée voire choc, il est indispensable de rechercher l'aliment responsable. Lorsque l'allergie alimentaire sera suffisamment documentée, il faudra mettre en place pour cet enfant un projet d'accueil individualisé qui doit préciser les signes d'alerte et prévoir, en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil et les parents, les attitudes à avoir et les médicaments à utiliser en fonction des symptômes observés. En cas d'urgence, l'utilisation d'adrénaline peut être nécessaire.

ce type d'animal) ou des animaux de basse-cour même si les précautions sont prises pour éviter le contact direct. En effet, les épithélia allergisants peuvent se trouver sur les vêtements, dans les moquettes,...

5/ ALLERGIES AUX ANIMAUX

L'EXPOSITION PRECOCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES CHATS OU CHIENS A ETE ASSOCIEE A UN ROLE DE PROTECTION SUR LE DEVELOPPEMENT DES ALLERGIES DANS PLUSIEURS ETUDES MAIS PAS DANS TOUTES. AINSI SI LES PARENTS N'ONT PAS D'ANIMAUX DE COMPAGNIE ON NE PEUT ACTUELLEMENT CONSEILLER LE CONTACT DES ENFANTS A RISQUE D'ALLERGIE AVEC CE GENRE D'ANIMAUX.

Les espèces qui engendrent le plus de sensibilisation sont le cobaye (cochon d'inde), le chat, le cheval. 37 % des enfants sensibilisés sont allergiques aux poils de chat et de chien.

Les manifestations allergiques surviennent dans un délai variable après le premier contact sensibilisant (cobaye : quelques mois, chat : 2 à 4 ans).

Il convient donc de :

- dépister les enfants à risque d'allergie par l'anamnèse familiale ;
- déconseiller fortement l'accueil de ces enfants à risque chez une accueillante possédant un animal domestique (si la famille ne possède pas



1/ COMMENT ÊTRE EFFICACE EN PRÉSENCE D'UNE URGENCE? COMMENT S'Y PRÉPARER?

Pour être efficace en présence d'une urgence, il faut s'y être préparé. Il n'y a pas de place pour l'improvisation.

Cette préparation prend plusieurs aspects :

- Une formation théorique et pratique. Cette formation est souhaitable pour toute personne amenée à s'occuper d'enfants ; elle se fera sous la responsabilité du médecin de la collectivité. Celui-ci pourra, si nécessaire, faire appel à des équipes hospitalières ou à la Croix Rouge (formations, prêt de matériel). Il est indispensable de prévoir des « recyclages » réguliers (idéalement tous les deux ans).
- L'objectif de ces formations est d'apprendre à reconnaître l'urgence (signes principaux de chacune des situations d'urgence), savoir ce qu'il faut faire et s'entraîner à le faire en-dehors de la situation de stress (gestes à poser de manière organisée, seul ou avec aide).
- Prévoir des dispositifs d'organisation et d'appel internes afin de pouvoir compter immédiatement sur l'aide d'un autre adulte du milieu d'accueil.
- Préparer des documents qui seront à la disposition des personnes directement en contact avec les enfants :
 - Près du téléphone, une liste reprenant les numéros d'appel d'urgence : service 100 (n° européen : 112 à partir d'un téléphone fixe ou mobile), Centre Antipoisons (070/245.245), médecin, ...
 - Dans les lieux de vie des enfants, une fiche médicale pour chaque enfant présentant un risque particulier (convulsions, allergies graves,...), avec un organigramme précis en cas de problème, doit être établie en accord avec les parents et revue au minimum à chaque examen de santé de l'enfant.
 - Dans les lieux de vie des enfants, des fiches synthétiques avec un organigramme précis pour les situations d'urgence grave les plus courantes (cfr schéma de réanimation en annexe).

Il est important de désigner quelqu'un qui sera char-

gé de veiller à la disponibilité et à la mise à jour de ces documents.



2/ LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE DE BASE : DES GESTES À CONNAÎTRE

Situations à risque.

La plupart du temps, chez l'enfant, l'arrêt cardiaque est secondaire à un arrêt respiratoire. Le manque d'oxygène qui résulte des problèmes respiratoires peut entraîner des lésions de plusieurs organes autres que le cœur. Le pronostic des arrêts cardio-respiratoires de l'enfant est donc réservé ; il s'améliore un peu si des gestes efficaces sont faits d'emblée. Il importe aussi, et surtout, de reconnaître les situations à risque afin d'éviter le plus possible que l'enfant ne soit en arrêt cardiaque.

Les principales situations à risque, et donc causes d'arrêt cardiorespiratoire, sont :

- Les pertes de connaissance (traumatisme crânien, convulsions, ...).
- Les obstructions des voies respiratoires : inhalation de corps étrangers ; laryngite sévère ; épiglottite ; crise d'asthme sévère.
- Les infections sévères (infections respiratoires, méningites, chocs septiques, ...).
- Les traumatismes (crâniens, thoraciques, abdominaux, ...).
- Les intoxications dont celle au CO.

- Le choc anaphylactique.
- La mort subite du nourrisson ou de l'enfant.

L'enfant présentant une urgence vitale a souvent perdu connaissance ; il peut cependant encore être conscient mais être alors angoissé, paniqué, agité, et/ou stuporeux. Il peut paraître pâle, gris ou bleu ; certains apparaissent encore roses. La respiration peut être haletante, irrégulière, accompagnée de pauses. **La rapidité de sa prise en charge est essentielle.**

La séquence de gestes à poser pour une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) efficace doit être entreprise sur les lieux mêmes du problème pour tenter d'oxygéner le mieux possible les organes vitaux. Elle doit être réalisée par celui ou ceux qui sont les premiers sur place. Aucun matériel n'est requis.

2.1. EVALUATION

- S'assurer d'abord de la sécurité de la victime, du sauveteur et de l'entourage.
- Evaluer l'état de conscience en questionnant l'enfant, en le stimulant légèrement (sans le secouer) et en faisant du bruit (comme frapper dans les mains) :
 - Si l'enfant répond (paroles ou mouvements) : le laisser dans sa position (si absence de danger) et l'évaluer. Essayer de déterminer son problème. Chercher ensuite de l'aide, appeler le médecin, ou, si nécessaire, les secours. Réévaluer régulièrement son état de conscience.
 - Si pas de réponse : point 2.2.

2.2. APPEL À L'AIDE

Appeler « à l'aide » sans quitter l'enfant. Si l'on n'obtient pas de réponse, le mieux est de PRATIQUER la réanimation pendant 1 minute AVANT d'aller chercher de l'aide ou de téléphoner. Si la personne ne peut assurer une réanimation, elle doit aller chercher cette aide et revenir près de l'enfant. Si une deuxième personne est présente, celle-ci attend que la respiration ait été évaluée par le premier sauveteur.

2.3. POSITIONNER L'ENFANT

Coucher l'enfant à plat sur une surface dure. Stabiliser la nuque dans l'axe du corps tant qu'un traumatisme cervical n'est pas exclu (en cas de chute par exemple). Mobiliser l'enfant comme un tout sans laisser balloter la tête.

2.4. OUVRIR LES VOIES RESPIRATOIRES

Chez une victime inconsciente, les voies respiratoires sont souvent obstruées par la langue. Elles peuvent être libérées en assurant une **double manœuvre** :

- Poser une main sur le front et basculer doucement la tête en arrière ;
- Relever le menton en plaçant l'extrémité de l'index et du majeur de l'autre main sous le menton de la victime.

En cas de traumatisme crânien, la tête doit rester dans l'axe du corps, en position neutre, sans bascule de la tête. Le menton doit toujours être relevé.

Regarder à l'intérieur de la bouche. Si un corps étranger est visible, il faut essayer de le déloger à l'aide d'un doigt, plié en crochet et recouvert éventuellement d'un mouchoir. Cette manœuvre ne peut jamais être faite à l'aveugle et doit être brève.

2.5. EVALUATION DE LA RESPIRATION



Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, mettre son oreille contre la bouche et le nez de l'enfant et contrôler sa respiration :

Voir – Ecouter – Sentir pendant **10 secondes**

- Voir les mouvements de la cage thoracique et de l'abdomen ;
- Ecouter le bruit de sa respiration ;
- Sentir le souffle de l'enfant sur sa joue.

Si l'enfant respire normalement, le mettre en position latérale de sécurité (PLS), sauf si un traumatisme crânien est suspecté.

- Aller chercher des secours après l'avoir mis en PLS. ; revenir et ré-évaluer l'enfant (reprendre au point 2.1.).

- En cas de traumatisme crânien, laisser l'enfant sur le dos ; maintenir les voies respiratoires ouvertes à moins de devoir partir appeler des secours.
- Les enfants de moins de 1 an sont toujours laissés sur le dos ; ils ne sont donc pas mis en PLS.

PLS :



- Si l'enfant ne respire pas normalement, commencer la ventilation artificielle (point 2.6.).

Attention : si l'enfant respire à peine ou si les mouvements respiratoires sont peu fréquents et bruyants, il faut commencer une ventilation artificielle. Ces mouvements ne sont pas considérés comme une respiration normale.



2.6.VENTILATION ARTIFICIELLE

Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, le sauveteur, après avoir pris de l'air, réalise **5 insufflations** par l'intermédiaire d'une des deux techniques suivantes :

- Bouche à bouche (la plus fréquente) : pincer les narines en utilisant le pouce et l'index de la main posée sur le front ; poser les lèvres autour de la bouche de l'enfant, en assurant une bonne étanchéité ; insuffler.
- Bouche à bouche-nez (essentiellement pour des petits bébés) : poser les lèvres autour de la bouche et du nez du bébé, en assurant une bonne étanchéité ; insuffler.

Pour que les insufflations soient efficaces, les conditions suivantes sont nécessaires :

- Chaque insufflation dure 1 seconde ;
- Chaque insufflation doit être suffisante pour entraîner le soulèvement du thorax, comme lors d'une respiration normale ;
- Entre chaque insufflation, le secouriste s'écarte de la bouche de l'enfant, permet au thorax de s'affaisser et reprend sa respiration ;
- Si la première insufflation n'est pas efficace, vérifier que la bouche n'est pas obstruée par un corps étranger (voir point 2.4.) et/ou que les manœuvres de bascule de la tête et relève du menton sont adéquates.

2.7.RECHERCHE DES SIGNES DE VIE

Rechercher la présence de signes de vie pendant **10 secondes** :

- Voir, écouter, sentir la respiration normale ;
 - Vérifier la présence de mouvements de l'enfant ;
 - Vérifier la présence de toux lors de la stimulation.
- Si l'enfant présente des signes de vie (respiration normale, toux, mouvements), continuer à le surveiller.
 - Si l'enfant ne semble donner aucun signe de vie, ou si l'on hésite, commencer les compressions thoraciques (point 2.8.).

Attention : seul du personnel médical ou paramédical formé à la réanimation cardio-pulmonaire avancée de l'enfant peut rechercher un pouls :

- Après 1 an : recherche du pouls carotidien.
- Avant 1 an : recherche du pouls fémoral ou huméral.

2.8.COMPRESSIONS THORACIQUES

Les compressions thoraciques doivent être pratiquées chez un enfant couché sur une surface dure et dont on a découvert le thorax. Elles sont réalisées sur la **moitié inférieure du sternum**, un travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde qui aura été préalablement repérée.

La position des doigts ou des mains varient selon l'âge de l'enfant :

- **Enfant de moins de 1 an (nourrisson) :**
 - Placer l'index et le majeur ou le majeur et l'annulaire d'une main verticalement

sur la moitié inférieure du sternum et commencer les compressions thoraciques ; permettre à la cage thoracique de revenir dans sa position de base entre chaque compression tout en maintenant la position des doigts. L'autre main tient la tête de manière à maintenir les voies aériennes ouvertes.



- Quand 2 sauveteurs sont présents, le sauveteur qui assure les compressions thoraciques peut encercler le thorax du nourrisson de ses mains de manière telle que, tout en ne n'écrasant pas le thorax, ses pouces se rejoignent sur la moitié inférieure du sternum ; ces pouces sont soit côte à côte, soit l'un sur l'autre comme chez un petit nourrisson. Les autres doigts supportent le dos de l'enfant. Si le sauveteur ne peut encercler complètement le thorax, il doit utiliser la 1ère technique décrite.



→ Enfant de plus de 1 an :

- Poser le talon de la main sur la moitié inférieure du thorax, en relevant les doigts de manière telle qu'aucune compression n'est

réalisée en dehors du sternum ; se placer avec les épaules à la verticale du thorax de l'enfant ; tendre les coudes ; utiliser le poids du corps pour déprimer le thorax d'un tiers de sa hauteur ; relâcher la pression sans que le talon de la main ne quitte la paroi thoracique.



- Chez les grands enfants ou pour les sauveteurs de petite taille, il peut être plus facile d'utiliser les deux mains. La talon de la deuxième main recouvre le dos de la première, les doigts étant entrelacés. Aucune pression n'est exercée sur les côtes.

La profondeur des compressions doit être égale à un tiers de la hauteur du thorax, avec un temps de compression égal au temps de relaxation. Leur fréquence doit être de 100/minute. Le sauveteur compte à voix haute « et un et deux et trois ... » afin de maintenir une fréquence de 100/minute et un rythme régulier mais aussi afin d'informer tout autre sauveteur de sa séquence.

Le rapport des compressions / ventilations utilisé chez l'enfant est de 15/2. Pour des raisons de facilité, un sauveteur isolé peut suivre un rapport de 30/2, comme chez l'adulte. Le(s) sauveteur(s) réalise(nt) ainsi 15 compressions thoraciques puis 2 ventilations artificielles ; il(s) répète(nt) le cycle pendant 1 minute (soit généralement 2 cycles de 15/2). La présence de signes de vie est alors recherchée (respiration normale ? toux ? mouvements ?).

- Si le sauveteur est seul, il part appeler à l'aide. Quand il revient, il recommence immédiatement les cycles 15/2.
- Si deux sauveteurs sont présents, ils continuent la réanimation cardio-pulmonaire avec des cycles de compressions / ventilations de 15/2 inter-

rompus toutes les deux minutes afin de rechercher la présence de signes de vie. Ils doivent cependant s'assurer que les secours aient bien été appelés.

2.9. APPEL À L'AIDE



Si le sauveteur est seul, cet appel a lieu après une minute de réanimation. Si deux sauveteurs sont présents, le 2ème part chercher de l'aide après que le 1er ait évalué si l'enfant est inconscient et ne respire pas (ou pas normalement).

L'appel doit préciser :

- l'identité du sauveteur ;
- la localisation : commune, rue, numéro, étage, ... ;
- la nature des faits : âge et état de l'enfant ; conscience ou inconscience ; respiration présente ou non.

Le sauveteur doit attendre la confirmation de la part de l'opérateur 112. Ne jamais raccrocher avant !

Lorsque l'enfant est petit et peut être pris dans les bras, un sauveteur seul **peut l'emmener avec lui** s'il est capable de poursuivre les compressions thoraciques en ayant l'enfant dans les bras et si l'enfant n'est **pas victime d'un accident**. Une victime d'accident ne peut en effet être déplacée que si la sécurité est compromise là où elle se trouve.

Si plus de 2 personnes sont présentes, elles doivent **guider les secours** (présence devant l'entrée de la maison ou au début d'un chemin d'accès ; portes ouvertes ; ...).

En cas de **perte brutale de la conscience** avec absence de respiration normale d'un enfant devant un témoin, le sauveteur va chercher du secours dès qu'il a déterminé que l'enfant est inconscient et ne respire pas. Cet enfant devra sans doute bénéficier

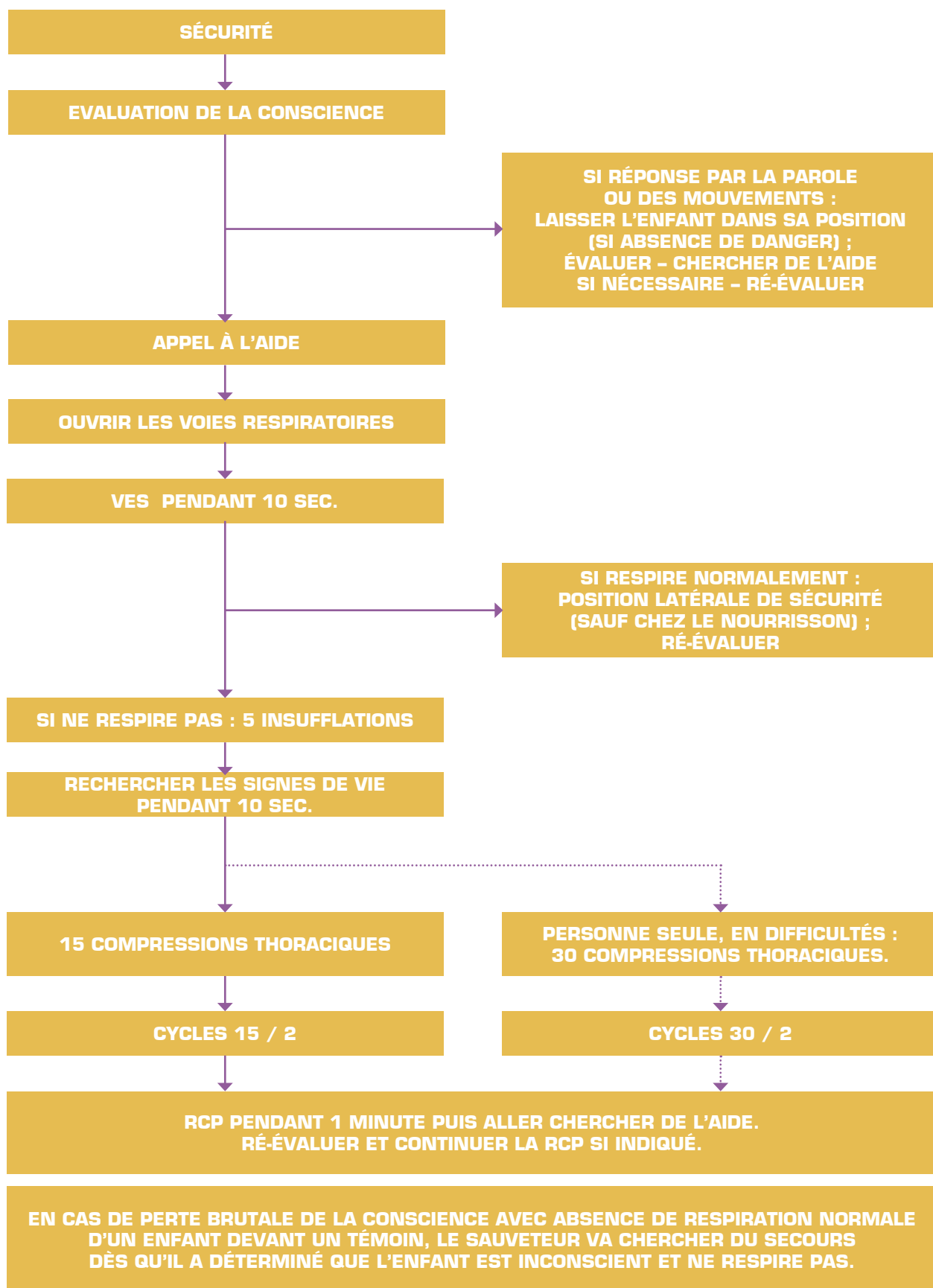
d'une réanimation avec défibrillation. Cette situation est rare chez l'enfant.

2.10. POURSUITE DE LA RÉANIMATION

La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de l'enfant est poursuivie jusqu'à la réapparition de signes de vie, l'épuisement du sauveteur ou l'arrivée des secours.

2.II. SCHÉMA D'INTERVENTION :

REANIMATION CARDIOPULMONAIRE (RCP) DE BASE CHEZ L'ENFANT



3/ CONDUITES À TENIR DANS DIVERSES SITUATIONS

3.1. MORT SUBITE DU NOURRISSON

3.1.1. INTRODUCTION

Le risque de mort subite du nourrisson (MSN) dans la population générale est de 0.5 cas pour mille naissances. La MSN touche les enfants de moins de 1 an, le risque maximal se situant entre 2 et 6 mois. Les enfants surveillés par un moniteur cardiorespiratoire sont :

- les frères et sœurs d'un enfant décédé de MSN ;
- les enfants ayant présenté un malaise grave du nourrisson (pâleur et hypotonie en sont des signes) ;
- les anciens grands prématurés ;
- les enfants de mères toxicomanes ;
- les enfants présentant des facteurs de risque à la polysomnographie.

Dans l'état actuel des connaissances, on conseille de réaliser des examens complémentaires, dont une polysomnographie, lorsque l'un de ces symptômes est présent :

- fatigue anormale ou malaise lors de la prise des biberons ou au sein ;
- spasme du sanglot ;
- ronflement chez un nourrisson ;
- bruit respiratoire ;
- sudation excessive pendant le sommeil ;
- pâleur ou cyanose pendant le sommeil.

Ces signes ne sont pas du tout spécifiques de la mort subite, mais pourraient constituer des facteurs de risque. La polysomnographie est positive lorsque des apnées obstructives ou mixtes sont observées, surtout si ces apnées s'accompagnent de phénomènes de bradycardie ou de chute de la saturation en oxygène du sang.

L'environnement joue un rôle actuellement bien démontré dans l'augmentation du risque de MSN. Il faut éviter :

- la présence de fumées de tabac ou d'irritants dans toutes les pièces où peut séjourner l'enfant;

- les pièces surchauffées : température recommandée de 18 à 20°C ;
- l'habillement ou la literie qui entrave les mouvements de l'enfant.
- la position du nourrisson : celui-ci doit être couché sur le dos pendant le sommeil mais il peut être mis en position ventrale en période de jeu sous surveillance (afin de prévenir le risque de déformation de la boîte crânienne)

3.1.2. PREVENTION

Vis-à-vis de l'enfant sous monitoring :

- Bien connaître le maniement de l'appareil ;
- Bien positionner les électrodes et éloigner le fil le plus possible du cou de l'enfant (faire sortir le fil par la jambe du pyjama) ;
- Connaître les réactions de l'enfant et dépister les malaises (puéricultrice de référence !) ;
- Savoir distinguer une vraie et une fausse alarme;
- En cas d'alarme vraie, savoir vérifier la conscience, la respiration et la présence de signes de vie (dont éventuellement le pouls si la personne est formée en RCP avancée) ; savoir faire les gestes d'urgence de la RCP de base décrits au point 2.

Vis-à-vis de tous les bébés :

- Préconiser l'allaitement maternel exclusif jusque 6 mois ;
- Bien connaître les enfants et respecter leur rythme veille-sommeil (petits groupes, puéricultrice de référence) ;
- Surveiller très régulièrement le sommeil : une liaison visuelle (directe de préférence) est nécessaire entre la salle de séjour et le dortoir ;
- Éviter de surchauffer les dortoirs (température recommandée : 18-20°C) ;
- Ne jamais mettre le bébé dans une pièce où l'on a fumé ;
- Aérer tous les jours toutes les pièces ;
- Avoir une literie adaptée et en bon état (pas d'espace libre entre le matelas et le bord du lit ; écartement des barreaux du lit-cage entre 4,5 cm et 6,5 cm, l'espace entre les lattes du sommier doit être au maximum de 6cm ; utiliser les contours de lit avec prudence) ;

- Ne pas utiliser d'oreiller, de couette ou d'édredon ;
- Choisir un matelas ferme adapté au modèle du lit, ne pas superposer un deuxième matelas ;
- Éviter la position ventrale pendant le sommeil et toute entrave aux mouvements ;
- Supprimer les cordelettes autour du cou, les bijoux, les pinces à cheveux ;
- Placer l'enfant dans un sac de couchage adapté à sa taille et à la saison ;
- Ne pas déposer dans le lit des objets qui puissent couvrir le visage de l'enfant ;
- Utiliser la position déclive à 30° en cas de reflux gastro-oesophagien ;
- Dégager le nez avant la mise au lit (sérum physiologique – mouche-bébé) ;
- Interdire l'accès aux animaux (risque d'étouffement si le chat envahit le lit du bébé) ;
- Connaître la démarche à suivre en cas de malaise ainsi que les gestes d'urgence.

3.1.3. L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE DU NOURRISSON

C'est certainement l'urgence qui préoccupe le plus les personnes amenées à s'occuper de nourrissons. La prévention et la surveillance du sommeil doivent être réalisées chez tous les enfants en-dessous d'un an et tout particulièrement au cours des premiers jours de son séjour dans le milieu d'accueil (risque apparemment plus élevé).

CONDUITE A TENIR : accomplir les étapes successives de la réanimation cardio-pulmonaire décrites au point 2.

3.2. DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Un enfant peut présenter une détresse respiratoire dans des circonstances très diverses. L'enfant est d'ailleurs plus fragile que l'adulte sur le plan respiratoire et peut se déstabiliser plus rapidement que lui. Un enfant peut respirer difficilement si, par exemple, il a avalé de travers (inhalé) un objet, un aliment ou des vomissements. Il peut suffoquer s'il a enfoncé sa tête dans la literie, s'il l'a entourée d'un sac de plastique ou s'il s'est étranglé (attention aux embrasses de rideaux, aux colliers, aux chaînes, aux fixations dans les lits, ...). Beaucoup de ces accidents peuvent être évités par des précautions élémentaires. D'autres maladies sont responsables de détresse respiratoire ; l'asthme, les bronchiolites et les pneumonies sont des exemples fréquents.

Quelques cas particuliers de détresse respiratoire

3.2.1. LARYNGITE VIRALE SEVERE

Une laryngite virale se traduit chez l'enfant par de la fièvre, une toux rauque et sèche, une voix enrouée ou éteinte, un rhume. Lorsque l'inflammation de la paroi laryngée devient importante, l'enfant commence à faire des efforts pour respirer ; il va présenter, à chaque inspiration, un bruit ainsi qu'un creusement à la jonction du cou et du thorax. Souvent il préférera alors se tenir assis, à moins qu'il ne soit trop petit pour le faire. Ses activités vont se réduire au fur et à mesure que l'obstruction de son larynx devient importante ; son regard peut devenir inquiet. Les enfants de moins de 3 ans constituent le groupe à risque de détresse respiratoire sévère en cas de laryngite virale.

D'autres maladies peuvent se présenter de la même manière. La prise en charge est la même.

CONDUITE A TENIR

- Calmer l'enfant, le laisser dans la position qu'il adopte spontanément (souvent assis ou sur le ventre), le prendre éventuellement sur ses genoux si cela le rassure.
- Ne jamais regarder dans la gorge d'un enfant qui respire difficilement et qui présente de la fièvre.
- Appeler d'urgence un médecin qui administrera un médicament par aérosol, par la bouche ou, dans les cas très sévères, par injection. Ce médecin décidera ensuite de la poursuite du traitement.

3.2.2. CORPS ETRANGERS ASPHYXIANTS :

Plus de 9 décès sur 10, attribuables à l'inhalation d'un corps étranger, se produisent chez les enfants de moins de 5 ans, avec, parmi ceux-ci, une majorité d'enfants de moins d'un an.

L'étouffement par corps étranger est souvent typique : brutalement, l'enfant, qui était en parfaite santé, fait un accident dramatique : il devient tout bleu, se débat furieusement, essaie de respirer sans y arriver et en général se met à tousser violemment. Malheureusement, ces symptômes initiaux se produisent souvent sans témoin. Un épisode brutal de détresse respiratoire chez un enfant bien portant doit donc toujours y faire songer, surtout si cet enfant était en train de manger ou de jouer avec des petits objets. Il faut également y penser si les voies aériennes d'un enfant en arrêt respiratoire restent obstruées malgré les manœuvres adéquates d'ouverture de celles-ci (point 4 de la réanimation).

CONDUITE A TENIR

- Si l'enfant tousse de manière efficace, aucune manœuvre externe n'est nécessaire. Il faut encourager l'enfant à tousser et continuer à le surveiller.
- Si la toux est ou devient inefficace, il faut immédiatement appeler à l'aide et évaluer l'état de conscience de l'enfant :
 - Si l'enfant est toujours conscient :
 - Administrer 5 tapes dans le dos, entre les 2 omoplates :
 - **Le nourrisson** est pris sur les genoux du sauveteur qui s'est préalablement assis ou agenouillé ; l'enfant est placé sur le ventre, la tête en bas. Cette tête est maintenue par la main qui ne réalise pas les compressions, ses doigts soutenant les angles de la mâchoire sans comprimer le cou (figure 1). Le petit enfant est aussi placé sur les genoux, comme le nourrisson.
 - **L'enfant** est invité à se pencher en avant, tout en restant debout (figure 3).
 - Si le corps étranger n'est toujours pas expulsé, administrer 5 compressions thoraciques chez le nourrisson ou 5 compressions abdominales chez l'enfant (> 1 an) :
 - Le nourrisson, toujours sur les genoux, est tourné sur le dos, en veillant à maintenir sa tête lors de ce mouvement puis à garder les voies aériennes ouvertes : le bras libre du sauveteur se place le long du dos de l'enfant et sa main encercle l'occiput (figure 2); les 5 compressions sont données sur la moitié inférieure du sternum, 1 cm

au dessus de l'appendice xiphoïde. Ces compressions doivent être énergiques.

- Pour un enfant, le sauveteur se met derrière lui, encercle son thorax en passant sous ses bras et place un poing entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic (région de l'estomac). L'autre main ayant recouvert la première, le sauveteur réalise un mouvement allant de dehors en dedans et de bas en haut.

- Réévaluer l'enfant après ces 5 compressions. Si le corps étranger n'a pas été expulsé et que la victime est toujours consciente, les mêmes gestes doivent être répétés avec la même séquence.
- Veiller à ce que quelqu'un soit parti chercher de l'aide.
- Si l'enfant est inconscient :
 - Commencer les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) en ouvrant d'abord les voies aériennes (voir point 2).
 - Rappel : un corps étranger ne peut être enlevé avec un doigt, en crochet, que s'il est vu ; ce geste doit être bref.
 - Lorsque, après 15 compressions thoraciques, les voies aériennes sont ouvertes pour administrer les insufflations, regarder dans la bouche si le corps étranger n'est pas apparu.
 - Continuer la RCP tant que l'enfant est inconscient et ne respire pas.

Tout enfant ayant inhalé un corps étranger doit être vu par un médecin, même s'il a récupéré. Ses parents doivent être avertis.

Figure 1



Figure 2

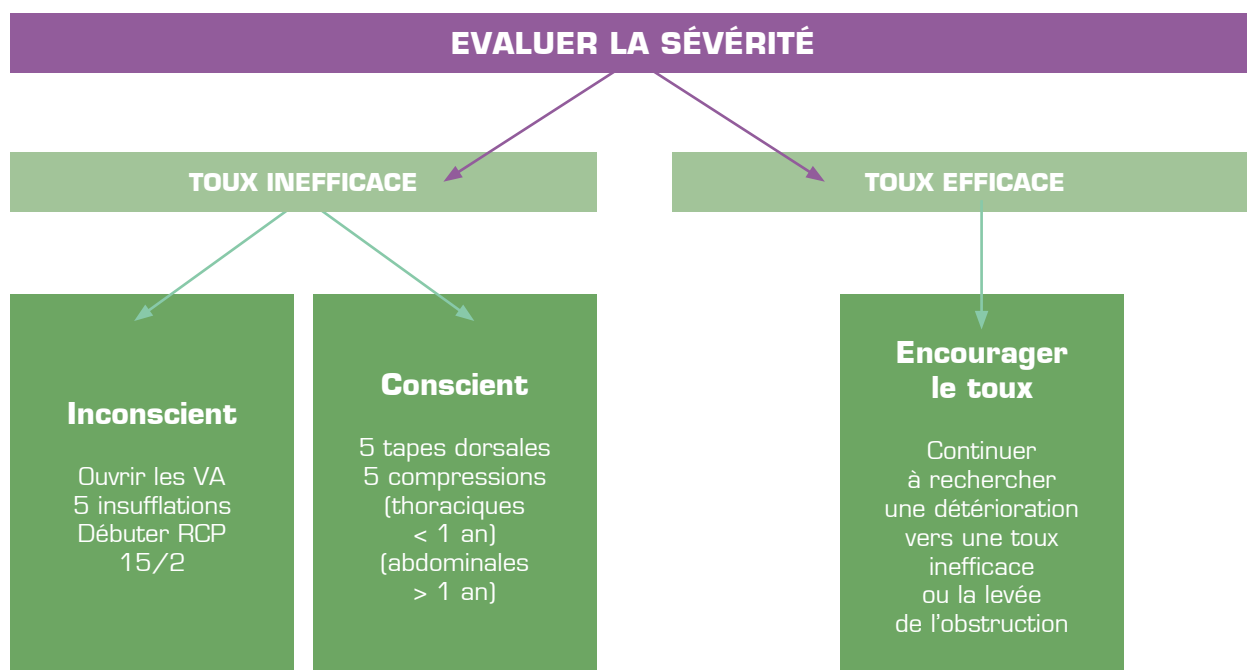


Figure 3



Figure 4





PREVENTION

- Proscrire les objets ou aliments solides de petite taille (ex : cacahuètes) en présence d'enfants.
- Choisir des jouets adaptés à l'âge de l'enfant.

3.2.3. NOYADE

Un enfant en bas âge peut se noyer dans un seau d'eau ou dans une baignoire remplie de quelques centimètres seulement. Les barrières autour de points d'eau constituent souvent de fausses sécurités.

CONDUITE A TENIR

- Vérifier si l'enfant est conscient et s'il respire ; suivre les étapes successives de la RCP s'il y a lieu.
- Il n'est plus recommandé de réaliser des manœuvres de drainage.
- Dès que possible, penser à immobiliser la colonne vertébrale, l'enfant ayant pu avoir un traumatisme crânien avant ou pendant sa chute dans l'eau.
- Appeler les secours (112) ou un médecin selon la gravité de la situation.

PREVENTION

- Barrière de plus de 150 cm autour des points d'eau.
- Aucun enfant de moins de 4 ans ou épileptique connu seul dans son bain.

- Aucun enfant de moins de 12 ans seul dans une piscine.

3.3. FIÈVRE ÉLEVÉE

Les études faites chez les enfants en bonne santé suggèrent qu'une température de 38°C (en rectal) devrait être considérée comme la limite inférieure de la fièvre chez l'enfant. La fièvre est un mécanisme normal de défense. Cependant, chez l'enfant, une fièvre supérieure à 40° peut être dangereuse et endommager le cerveau si elle se prolonge. Il ne faut donc pas laisser monter la température à un niveau supérieur à 38.5° sans intervenir, surtout lorsque l'enfant a moins de 4 ans (danger de convulsions).

CONDUITE A TENIR

- Découvrir l'enfant et le faire boire suffisamment.
- Rafraîchir l'air ambiant : en été, il faut aérer la pièce. On peut aussi utiliser un ventilateur en évitant de diriger l'air directement sur l'enfant.
- Si l'état de l'enfant le permet et qu'il le tolère bien, on peut :
 - soit le mettre dans un bain dont l'eau est 2°C en-dessous de sa température (vérifier avec le thermomètre !) et l'y laisser une dizaine de minutes (geste contre-indiqué si l'enfant est déjà pâle et a la peau froide) ;
 - soit le couvrir d'un enveloppement tiède (l'envelopper d'un essuie imprégné d'eau tiède).

- Administrer un antipyrétique par voie orale, de préférence à la voie rectale (résorption beaucoup plus aléatoire) :

- Paracétamol : 15 mg/kg/dose ; dose à répéter toutes les 6 heures si nécessaire ; max. 60 mg/kg/jour.
- Pour une meilleure efficacité, la première dose peut être doublée (30 mg/kg), sauf chez l'enfant de moins de 6 mois.

→ Appeler un médecin :

- Si la température ne descend pas.
- Si la fièvre dépasse 40°C.
- Si la fièvre est accompagnée de symptômes ou signes tels que somnolence, irritabilité, comportement anormal, refus alimentaire, vomissements, refus de marcher.
- Si l'enfant a moins de 3 (voire 6) mois.

→ Remarque : une température rectale inférieure à 36.0°C chez un enfant de moins de 6 mois peut être un signe d'infection sévère et constitue dès lors une urgence médicale.

3.4. SIGNES ÉVOCATEURS D'UNE MÉNINGITE

La méningite, surtout celle due au méningocoque, se manifeste brusquement par les symptômes suivants, qui ne sont pas forcément tous présents d'emblée :

- Fièvre ;
- Nausées ou vomissements ;
- Maux de tête importants, gémissements ;
- Raideur de nuque : l'enfant se tient en chien de fusil (position antalgique) et se plaint lorsqu'on le mobilise ;
- Modification du comportement : somnolence, refus alimentaire, altération de la conscience, coma ;
- Douleurs musculaires ou à la marche ;
- Détérioration de l'état général, teint gris ;
- Convulsions ;
- Fontanelle bombante (s'il s'agit d'un nourrisson) ;
- Eruption caractéristique de pétéchies, d'une teinte rouge violacé, surtout aux extrémités et sur le thorax, se multipliant assez rapidement et ne disparaissant pas à la pression.

Plus l'enfant est petit (nourrisson), moins les signes seront spécifiques : altération inexpliquée de l'état général, irritabilité, fièvre ou au contraire hypothermie.

L'infection peut progresser très rapidement et la mort survenir dans les 12 à 24 heures suivant le premier symptôme. L'évolution dépendra de la précocité du diagnostic et de la prise en charge en milieu hospitalier.

Face à ces signes, il faut **prendre les dispositions nécessaires pour que l'enfant soit vu par un médecin dans les plus brefs délais, voire amené directement dans un service d'urgences.**

Les parents de l'enfant seront immédiatement informés de la situation.

Si certains signes seulement sont présents (fièvre, vomissements,...) et ne s'accompagnent pas d'une altération marquée de l'état général ou de somnolence, on informera les parents et on s'assurera qu'ils puissent venir chercher l'enfant sans délai et aller consulter rapidement un médecin. Dans le cas contraire, c'est au milieu d'accueil qu'il revient de prendre les mesures nécessaires pour que l'enfant soit examiné sans tarder.

3.5. CONVULSIONS

INCIDENCE

Environ 2% des enfants âgés de 6 mois à 5 ans présentent une convulsion fébrile. Celle-ci représente environ 40% des convulsions primitives de l'enfant et est liée à une élévation brutale de la température. Dans ce cas, la fièvre n'est pas un signe d'atteinte du système nerveux, mais bien d'une maladie infectieuse telle que grippe, infection des voies respiratoires supérieures, maladie éruptive, infection urinaire, ... Un caractère familial est souvent retrouvé. Des récurrences d'une première convulsion fébrile surviendront dans un cas sur deux si la première convulsion a lieu avant un an, dans un cas sur trois si la première convulsion a lieu après un an. D'autres maladies sont responsables de convulsions. C'est la raison pour laquelle tout enfant ayant convulsé doit être vu par un médecin.

DIAGNOSTIC

La convulsion se reconnaît par :

- Une perte de connaissance avec chute potentielle ;
- L'enraidissement du corps (visible surtout au niveau de la bouche et des membres) ;
- Des mouvements saccadés des membres, du visage, du tronc.
- L'enfant présente souvent également une cyanose (lèvres bleutées), un encombrement respiratoire, une hypersalivation.

La plupart des convulsions sont brèves (quelques minutes). Il faut savoir qu'une convulsion qui dure plus de 15 minutes peut entraîner des lésions du cerveau. L'administration d'un médicament se justifie donc dans le milieu d'accueil en cas de convulsion de longue durée (> 15 minutes) et sur avis médical.

Les épisodes de convulsion sont le plus souvent suivis d'une période de somnolence postcritique au cours de laquelle l'état de conscience de l'enfant reste altéré.

PREVENTION



Au cours d'un épisode fébrile, surveillance attentive de la température et administration d'antipyrétiques par voie orale.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONVULSION

Les convulsions impressionnent toujours. Lorsqu'elles se produisent, l'enfant ne contrôle pas ses gestes : il peut se blesser. Il peut aussi avaler de travers et s'étouffer.

- Coucher l'enfant en position latérale de sécurité, si possible sur une couverture ou un vêtement pour amortir les chocs ;
- Ecarter de lui les objets susceptibles de le blesser ;
- S'assurer de la perméabilité des voies aériennes et de la respiration ;
- Apprécier la température de l'enfant et le dévêtir ;
- Apprécier, si possible, la façon dont la convulsion se déroule et sa durée ;
- **S'il s'agit d'un premier épisode :**
téléphoner immédiatement au n° 112 (préciser que l'enfant est inconscient et qu'il a convulsé) ; prévenir le médecin traitant de l'enfant ou celui du milieu d'accueil qui donnera les conseils qu'il

juge nécessaires en cette circonstance.

→ S'il s'agit d'une récurrence :

il convient d'appliquer les directives que le médecin traitant ou le pédiatre de l'enfant aura pris soin de formuler par écrit, qui ont été acceptées par la direction et le médecin du milieu d'accueil et expliquées au personnel concerné par leur application. Il faut immédiatement prévenir le médecin traitant (ou le pédiatre) de l'enfant ou, en son absence, le médecin du milieu d'accueil ; ce médecin jugera de l'opportunité de transférer l'enfant en milieu hospitalier.

→ Si ces directives sont absentes ou que les médecins ne peuvent être joints, l'enfant sera immédiatement transféré en milieu hospitalier.

→ Ne pas administrer un suppositoire antipyrétique avant l'arrêt des convulsions (l'excipient gras contenu dans le suppositoire peut ralentir l'absorption du médicament anti-épileptique que le médecin voudra donner).

Toute convulsion doit conduire à l'appel d'un médecin, voire d'une ambulance, selon la durée de la crise, la réponse au traitement et les circonstances.

3.6. RÉACTIONS ALLERGIQUES

Des réactions allergiques peuvent se produire après une ingestion, un contact cutané ou une inhalation d'allergène, voire à une injection intradermique (piqûres d'hyménoptères : guêpes, abeilles...)

Il faut y penser lorsque apparaissent, dans les 30 minutes après l'exposition au produit allergisant, des signes ou symptômes tels qu'une éruption urticarienne, un gonflement plus ou moins étendu (œdème du visage ou du cou), des vomissements, des diarrhées, des difficultés respiratoires ou un état de choc (anaphylactique).

Très souvent, l'enfant aura un passé allergique (eczéma, asthme, allergie aux protéines du lait, réaction à un antibiotique...).

En absence d'allergie, une piqûre d'insecte sera immédiatement suivie d'une sensation de brûlure puis d'un gonflement et de démangeaisons qui disparaissent assez rapidement.

CONDUITE A TENIR

- Évaluer l'importance des symptômes et leur évolution : si nécessaire appeler d'urgence le médecin qui fera une injection d'adrénaline ou de corticoïdes.
- En cas de détresse respiratoire, laisser l'enfant en position assise et appeler le 112.

- En cas de perte de connaissance, commencer la RCP et appeler le 112.
- En ce qui concerne les piqûres :
 - Enlever le dard (abeille) afin de limiter l'injection de venin.
 - Localement : appliquer de la glace, des compresses d'eau glacée additionnée d'un peu de vinaigre et ensuite un gel ou une crème antihistaminique.

3.7. ACCIDENTS

3.7.1. ABSORPTION DE PRODUITS TOXIQUES

La prévention est capitale par le rangement hors de portée des enfants de tous les produits ménagers et médicaments. Une attention toute particulière est indispensable au moment où l'on utilise des produits caustiques (débouche évier, antirouille, antigel, white spirit, poudre pour lave-vaisselle,...) ou des produits de jardinage.

Les plantes d'appartement ou de jardin attirent souvent les enfants qui les sucent ou les mâchonnent (< 1 an) ou en avalent les baies (1 à 4 ans).

Les Philodendrons, Dieffenbachia, Ficus, Poinsettia, Houx, Gui, Pommier d'amour sont à mettre hors de portée des enfants (irritations des muqueuses, troubles digestifs, œdème pharyngé, ...). Même l'eau d'un vase peut être toxique (muguet). Dans le jardin, de nombreuses espèces contiennent des graines ou fruits toxiques (if, cytise,...).

CONDUITE A TENIR

Après avoir examiné très rapidement l'enfant, téléphoner au Centre Antipoison 070/245245 qui renseignera sur la conduite à tenir :

- soit faire vomir ou au contraire éviter les vomissements ;
- soit transférer en milieu hospitalier (emmener le cas échéant l'emballage du produit incriminé) ;
- soit surveiller.
- Si l'enfant présente une détresse respiratoire, le mettre assis, le rassurer, ne pas regarder dans sa gorge, ne rien lui donner à boire, ne pas le faire vomir, appeler le 112.

3.7.2. PLAIES ET MORSURES

Bien inspecter et désinfecter les plaies (chlorhexidine aqueuse), évaluer la nécessité d'une suture. Si la plaie dépasse 1 cm de long et/ou reste béante et/ou saigne plus de 5 minutes, elle nécessitera une fermeture (suture, stéristrips ou colle spéciale).

En cas de plaie due à une **morsure** d'enfant, penser

à appliquer des compresses froides avant de désinfecter, pour réduire la tuméfaction. S'il y a bris cutané, le virus de l'hépatite B peut être transmis lorsque l'agresseur ou la victime est infecté. La transmission du virus de l'immunodéficience humaine par morsure n'a jamais été démontrée.

Ne jamais ôter un **corps étranger** de grande taille (plaie pénétrante) : il doit être retiré par un médecin. En ce qui concerne **les pincements de doigts**, il faut savoir que l'hématome se trouvant sous un ongle peut recouvrir une fracture ouverte avec risque d'infection sévère.

CONDUITE A TENIR

Y toucher le moins possible à mains nues, emballer dans des compresses stériles (y compris s'il y a un lambeau partiellement détaché), donner du paracétamol comme antidouleur. En cas de section complète, le fragment doit être emballé dans des compresses stériles et mis dans un sachet en plastique à proximité de glace (sans être à son contact direct). Conduire l'enfant en milieu hospitalier le plus vite possible.

Pour **les plaies de la face**, certaines peuvent comporter des risques sérieux notamment lorsqu'il y a pénétration de l'objet dans la bouche, le nez ou au pourtour des yeux. Dans de telles situations, l'enfant doit être vu dans l'heure par un médecin voire être conduit immédiatement à l'hôpital.

Pour **les blessures aux yeux** : en cas de projection d'une substance quelconque, rincer doucement avec de l'eau pendant au moins 15 minutes. Appeler le centre anti-poisons. Tout œil douloureux ou blessé doit être vu par un médecin : ne pas frotter un œil blessé ni essayer d'ôter un corps étranger incrusté dans l'œil.

En ce qui concerne **les morsures d'animaux**, la prévention est capitale : c'est pourquoi il faut éviter tout contact entre les animaux susceptibles de mordre (et de griffer) et les enfants gardés. Car, même si les interactions positives entre l'enfant et l'animal débutent tôt dans la vie de l'enfant, elles nécessitent un apprentissage, une surveillance constante, une connaissance familière et réciproque de longue durée ainsi qu'une compétence psychomotrice suffisante de l'enfant, conditions difficiles à respecter dans un milieu d'accueil.

Les morsures d'enfants en bas âge sont graves car dans 2/3 des cas, elles se situent au visage et provoquent un préjudice esthétique important. La gravité de la blessure est directement proportionnelle à la différence de taille et de poids entre le chien et l'enfant.

En cas de morsure, arrêter le saignement par une compression locale et conduire l'enfant en milieu hospitalier (emporter les renseignements concernant son état de vaccination). Dans tous les cas, même si la plaie est minime, l'enfant sera vu par un médecin (risque infectieux élevé).

3.7.3. BRULURES

Il peut s'agir de :

- Brûlure des muqueuses buccale et oesophagienne : par ingestion d'un liquide bouillant (attention au four à micro-ondes pour réchauffer les biberons !) ou par absorption de produits caustiques (voir plus haut). Au cas où l'examen clinique montre une brûlure de la langue et du pharynx ou s'il apparaît des difficultés d'alimentation (dysphagie), une oesophagoscopie peut devoir être réalisée de manière précoce.
- Brûlure cutanée : par aspersion de liquide bouillant ou immersion dans un bain trop chaud. Les conséquences générales sont d'autant plus graves que la brûlure est étendue (pourcentage critique : 5% de la surface corporelle, pour rappel, la paume de la main représente 1 % de la surface corporelle). Le degré (présence de cloques, aspect sec, parcheminé, noir ou blanc) et la localisation (yeux, visage, mains et périnée surtout) sont aussi des facteurs qui vont influencer la nécessité d'hospitaliser.

CONDUITE A TENIR

- Rincer à l'eau fraîche (15°) pendant 15 minutes et à une distance de 15 cm (règle des 3x15) : dilution de l'agent causal et atténuation de la douleur.
- Appliquer un pansement hydro-colloïdal ou, à défaut, des compresses de gaze stérile (de préférence avec une face externe plastifiée), envelopper dans un linge propre s'il s'agit d'une brûlure étendue. Si la lésion est bénigne, appliquer de la Flammazine® et couvrir stérilement. Dans le doute, demander un avis médical avant toute application de crème ou de gel. Si la brûlure est plus grave ou plus étendue (ou mal située), hospitaliser l'enfant.

CAS PARTICULIER : L'ELECTROCUTION

L'électrocution peut entraîner des brûlures parfois très sévères, surtout au niveau buccal. Elle peut également provoquer un arrêt cardiorespiratoire (voir point 2 - RCP). Avant de porter secours, il convient de couper le courant lorsque l'enfant est encore en contact avec le conducteur.

3.7.4. CHUTES

La plupart des chutes sont heureusement sans conséquences. Certaines d'entre elles peuvent cependant entraîner des lésions, parfois sévères. Une surveillance s'impose donc chaque fois.

QUAND APPELER UN MEDECIN

- Choc important sur la tête ;
- Chute de 2 fois la hauteur de l'enfant ;
- Enfant de moins de 1 an ;
- Perte de connaissance (même brève) ; troubles de la conscience ou du comportement secondaires ;
- Convulsions ; mouvements anormaux et/ou asymétriques ; troubles de la marche
- Céphalées ;
- Douleurs à la nuque, au ventre, à un membre, en respirant, ...
- Vomissements, même plusieurs heures après ;
- En cas de doute.

CONDUITE A TENIR

- L'enfant est mis en position allongée, la tête bien droite, dans l'axe du tronc. S'il faut absolument le déplacer, quelqu'un tire doucement sur la tête et la maintient dans l'axe pendant que plusieurs personnes le soulèvent en bloc en plaçant leurs mains sous l'ensemble du corps.
- **Si l'enfant est inconscient et ne respire pas normalement, débiter la réanimation cardio-pulmonaire sans perdre de temps.**
- Comprimer toute plaie qui saigne, sans faire de garrot ; faire ensuite un pansement en ayant désinfecté la zone (se protéger du contact avec le sang et jeter dans un sac plastique tout ce qui est souillé)
- Eviter la mobilisation d'un membre douloureux. S'il n'y a pas de plaie associée, appliquer de la glace ou un cold pack enveloppé dans un linge pendant 20 minutes maximum. S'il y a une plaie, la couvrir avec un bandage propre et poser une attelle (matériel rigide). Si le pied ou la main est froid ou décoloré (pâle ou bleu), appeler le 112.

3.8. LA MALTRAITANCE

Par rapport au programme 22 du Guide de Médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant 2011 (pages 353-355), il convient d'ajouter l'un ou l'autre élément.

Comme le médecin et le TMS associés au milieu d'accueil, le personnel de celui-ci a un accès privilégié au corps de l'enfant et peut l'observer, seul et en interaction, pendant des périodes prolongées. Ce personnel a de nombreuses possibilités de détection ou de suspicion d'une maltraitance.

Des faits de maltraitance grave peuvent aussi se produire dans le milieu d'accueil. Il convient d'y être particulièrement attentif. Si de tels faits sont suspectés, le recours à une aide spécialisée est indispensable, associée aux démarches réglementaires.

En cas de suspicion de maltraitance, un réseau doit alors se constituer, avec des intervenants liés au milieu d'accueil et qui, selon les cas, s'ouvrira vers une Equipe SOS, un SAJ, un Parquet du Procureur du Roi. Le réseau peut inclure le personnel du milieu d'accueil, celui de la consultation ONE associée, le coordinateur accueil, le conseiller pédiatre, le référent maltraitance.

Fascicule de référence :

Que faire si je suis en confronté à une situation de maltraitance d'enfant? M'appuyer sur un réseau de confiance.

Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ?

m'appuyer sur un réseau de confiance

Brochure destinée aux professionnels
Médecins, éducateurs, enseignants, animateurs,
TMS de l'ONE, psychologues, assistants sociaux
et les intervenants des centres PMS et PSE,
des SSM, des CPAS, des écoles...

ON APPUYER SUR UN RÉSEAU DE CONFIANCE

Logos des partenaires : CPAS, ONE, SPW, etc.

3.8.1. SECOUER UN NOURRISSON, UN ACTE DANGEREUX

Rares sont les parents ou les professionnels qui peuvent affirmer n'avoir jamais été désarmés dans des situations aussi difficiles qu'un enfant qui nous met en échec, par ses pleurs, par son entêtement, par son opposition parfois systématique... certains perdent patience et peuvent en arriver à secouer un enfant.

Il peut arriver aussi que des parents ou des professionnels secouent un nourrisson parce qu'ils le retrouvent pâle et inanimé ou parce qu'il semble s'étouffer avec un petit objet ou au cours de vomissements, ou encore plus simplement en jouant avec lui en le lançant en l'air sans avoir bien conscience de sa fragilité.

Le syndrome de l'enfant secoué se voit principalement chez les enfants de 1 à 15 mois (le plus souvent autour de 6 mois).

Secouer un jeune enfant s'avère particulièrement dangereux pour les raisons suivantes: d'une part, sa tête est relativement volumineuse par rapport au reste du corps et les muscles du cou sont hypotoniques, et d'autre part son cerveau étant plus petit que la boîte crânienne, il est projeté avec force d'avant en arrière dans un mouvement rotatoire contre les os du crâne. Les conséquences peuvent être des lésions hémorragiques plus ou moins diffuses en divers endroits du cerveau, des lésions au niveau de la moelle épinière cervicale, ou des fractures du crâne si la tête de l'enfant heurte une surface dure au cours du secouement.

On peut observer au niveau des yeux des hémorragies plus ou moins étendues de la rétine (chez 80 à 90 % des bébés secoués). Ces lésions peuvent laisser des cicatrices responsables d'une diminution de la vision voire même de cécité.

Les lésions sont assez caractéristiques et bien identifiables en imagerie médicale (résonance magnétique ou scanner cérébral) ou à l'étude du fond d'œil.

Les conséquences de ces lésions peuvent être très variables. Le taux de mortalité parmi les bébés secoués varie entre 15 et 25 %. Les séquelles neurologiques sont fréquentes, certaines apparaissant dans les années qui suivent : déficit moteur (hémiplégie, tétraplégie), troubles visuels graves ou épilepsie, retard de développement ou retard mental, troubles des apprentissages (présents chez 90% des enfants) et souvent aussi du comportement.

Les signes d'appel sont une pâleur, une altération de l'état général (difficultés cardio-respiratoires, hypothermie), des troubles digestifs (vomissements, diarrhées, anorexie), un changement de comportement

(l'enfant devient grincheux voire apathique, hypotonique), des troubles de la conscience (sommolence pouvant aller jusqu'au coma), des convulsions, une fontanelle tendue ou une augmentation trop rapide du périmètre crânien, ou par la suite une cassure de la courbe du périmètre crânien témoignant d'une atrophie cérébrale.

Après un tel événement, il est nécessaire d'agir sans délai et d'amener directement l'enfant aux urgences d'un hôpital, ou d'appeler une ambulance (selon son état de conscience ou en cas de convulsions...) Un traitement d'urgence s'impose qui permettra d'éviter au maximum les séquelles voire le décès.

Même s'il est asymptomatique, l'enfant doit être examiné le plus rapidement possible, afin de réaliser les examens nécessaires et si nécessaire le garder en observation.

Certains parents ont du mal à reconnaître les faits et élaborent un récit plus ou moins cohérent pour expliquer l'état de l'enfant. Il faut savoir que l'ensemble des constatations cliniques, radiologiques et ophtalmologiques permet en général aux médecins d'établir un diagnostic qui met ce récit en défaut. On se retrouve alors dans une situation difficile.

En fonction de la situation, le médecin pourra faire appel à une équipe compétente (psychologue, équipe SOS enfants, SAJ, SPJ...) qui assurera l'accompagnement des parents et la protection de l'enfant

- Les médicaments doivent être mis sous clef et hors de portée des enfants.
- Les médicaments seront apportés par les parents et employés sur prescription médicale. Ils doivent être clairement identifiés et classés au nom de l'enfant. Aucun médicament (y compris homéopathique ou phytothérapique) ne sera administré sans attestation médicale à l'exception du paracétamol en cas de fièvre et du sérum physiologique.
- La pharmacie de base est donc réduite.
- Il faut régulièrement vérifier les dates de péremption des médicaments.

1/ PRODUITS D'USAGE COURANT

→ Paracétamol

- En cas de fièvre.
- Dose (15mg/kg/prise, max 60 mg/kg/j) (! la première dose peut être le double de la dose d'entretien, donc 30mg/kg voir chapitre 7).
- Formes à administration orale (sirop) de préférence aux formes à administration intra-rectale (suppositoires adaptés aux poids des enfants).

→ Sérum physiologique

- En flampules unidoses de 5 ml. (Procédé d'utilisation stérile, usage individuel).

→ Désinfectants

- Chlorhexidine (Diseptyl, Hibidil) : en cas de blessure, lésion cutanée, ...
- Alcool isopropylique à 70° : désinfection des thermomètres, vaccination, ...
- Flammazine® : en cas de brûlure.
- Gel ou solution hydroalcoolique : pour la désinfection des mains.
- Produit dérivé d'ammonium quaternaire : pour la désinfection des surfaces.

→ Solution de réhydratation



2/ MÉDICAMENTS D'URGENCE DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL COLLECTIFS

ADRÉNALINE

(uniquement en cas de vaccination dans le milieu d'accueil).

Choc anaphylactique :

Lorsqu'on vaccine, il est important de veiller à toujours avoir à disposition deux ou trois ampoules d'adrénaline ou de levorénine (1ml=1mg) non périmées, prêtes à être utilisées lors d'une éventuelle réaction anaphylactique.

L'adrénaline doit se conserver à l'abri de la lumière et des grosses variations de température, pas nécessairement au frigo.

La dose de 0,01 mg / kg de poids est à injecter en intramusculaire (ou en sous-cutané) à un autre site que celui de l'injection du vaccin.

La dose peut être répétée à un intervalle de 10 à 15' si nécessaire.

Il existe 2 schémas d'application :

Poids < 10kg : Adrénaline diluée.

A l'aide d'une seringue de 1 ml, prélever 0.1 ml d'adrénaline et compléter avec 0.9 ml de sérum physiologique. On obtient une solution où 0.1 ml=0.01 mg.

On peut donc injecter en intramusculaire (ou en sous cutané) 0.1 ml/kg, soit une graduation par kg de poids (exemple : pour 6kg, on injecte 0.6 ml de solution diluée).

Poids > 10kg : Adrénaline non diluée.

Injecter 0.01ml (mg)/kg de poids.

Exemple : pour 15 kg, injecter 0.15 ml de la solution d'adrénaline.

Il est important de prévoir quelques seringues de 1 ml (à graduation 0,1ml) à portée de main.

Toute suspicion d'un éventuel effet secondaire grave après une vaccination doit être signalée par écrit au conseiller médical pédiatre de la subrégion qui centralise l'information afin qu'elle soit communiquée à la pharmacovigilance (voir formulaire de signalement annexe 10).

3/ MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA CONSULTATION

- Matériel nécessaire à l'injection d'adrénaline (IM ou SC) : seringue de 1 ml, ampoules de sérum physiologique, ampoules d'adrénaline, aiguilles pour puiser et pour injecter.
- Container pour le recueil des aiguilles et seringues
- Abaisse-langues, cônes pour l'otoscope

4/ PETIT MATÉRIEL

- Thermomètres
- Compresse de gaze stériles et non stériles
- Pansements hydro colloïdaux pour les brûlures
- Sparadraps
- Bandes
- Pincettes à épiler
- Gants
- Stéristrips
- Petits ciseaux

5/ AUTRES PRODUITS

- Crème solaire.
- Gel ou crème antihistaminique.



Annexes





EXAMENS DE SANTÉ, FICHE SYNTHÉTIQUE

Nom Date	Examen d'entrée
	Informations ou problème particulier
<p>Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive) Risque particulier en fonction des antécédents familiaux (allergie, surdité, troubles visuel,...) Risque particulier en fonction de la grossesse et de la naissance Alimentation, vitamines Sommeil Prévention de la mort subite du nourrisson Promotion de la santé buccodentaire Mesures particulières à prendre dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale Suivi SAJ</p> <p>Examen clinique Poids : Taille : PC : Développement psychomoteur</p>	
<p>Vaccinations Contrôle du début de la vaccination Information sur les vaccinations obligatoires et recommandées. Information sur les moments de contrôle par le milieu d'accueil (à 9 mois de l'entière-primovaccination et à 18 mois de la totalité des vaccins) Utilisation du carnet de santé</p>	
<p>Maladies contagieuses Explication du rôle du médecin vis-à-vis de la collectivité, coordination avec le médecin traitant, rôle du carnet comme outil d'information. Information sur les règles d'éviction, rôle du médecin en cas de maladie, utilisation du certificat médical pour enfant malade. Gestion des urgences</p>	
<p>Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, période d'adaptation à l'entrée - séparation mère-enfant</p>	
<p>Recommandations pour l'enfant ou pour le milieu d'accueil</p>	

Nom et signature du médecin :

Nom Date	Examen de 9 mois 18 mois
	Informations ou problème particulier
Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive) Bilan de l'évolution de l'enfant Suivi d'un risque particulier Alimentation, vitamines. Sommeil Prévention accidents dans le sommeil ou dans les jeux Promotion santé buccodentaire Développement psychomoteur Soins quotidiens Mesures particulières prises dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale Suivi SAJ Examen clinique Poids: Taille: PC: Développement psychomoteur Vision, audition	
Vaccinations Contrôle des vaccins Utilisation du carnet de santé	
Maladies contagieuses Bilan des événements : nombre et type de maladies contagieuses Accidents à la maison ou dans le MA Hospitalisations Coordination avec le médecin traitant utilisation du certificat médical pour enfant malade. Rôle du carnet comme outil d'information Cas d'éviction	
Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, Réactions à la séparation, Autonomie, comportement général, jeux.	
Recueil de données (bilan de santé BDMS)	
Avis demandés Recommandations pour l'enfant ou pour la collectivité	

Nom et signature du médecin :

Nom Date	Examen de sortie
	Informations ou problème particulier
<p>Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive) Bilan de l'évolution de l'enfant Suivi d'un risque particulier Alimentation, vitamines. Sommeil Promotion santé buccodentaire Développement psychomoteur Soins quotidiens Mesures particulières prises dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale, suivi SAJ Langage, Acquisition de la propreté diurne</p> <p>Examen clinique Poids: Taille: Indice de masse corporelle Développement psychomoteur Vision, audition</p>	
<p>Vaccinations Contrôle des vaccins Vérification du remplissage du carnet de santé.</p>	
<p>Maladies contagieuses Bilan des évènements : nombre et type de maladies contagieuses Accidents à la maison ou dans le MA Hospitalisations Coordination avec le médecin traitant Cas d'éviction</p>	
<p>Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, Autonomie, comportement général, jeux, Préparation de la sortie</p>	
<p>Recueil de données (bilan de santé BDMS)</p>	
<p>Avis demandés Recommandations pour l'enfant ou pour la collectivité, suivi ultérieur préventif, transmission du dossier médico-social</p>	

Nom et signature du médecin :

MODÈLES DE CERTIFICATS MÉDICAUX

1. CERTIFICAT D'ENTREE EN CRECHE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'enfant

.....
.....

Né(e) le.....

Peut fréquenter un milieu collectif et a reçu les vaccinations suivantes

.....
.....
.....

Points particuliers :

.....
.....
.....

Date

Cachet

Signature

2. CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

.....

Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil

Du au inclus

pour cause de maladie

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil

Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer le milieu d'accueil le

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

.....

Dose.....

Fréquence journalière.....

Du au

Date

Cachet

Signature

SCHÉMA DE VACCINATION

LE CALENDRIER DES VACCINATIONS RECOMMANDÉES PAR LE CSH

VACCIN	NOURRISSONS					ENFANTS ET ADOLESCENTS			ADULTES	
	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	12-13 MOIS	14-15 MOIS	5-6 ANS	11-12 ANS	14-16 ANS	TOUS LES 10 ANS	65 ANS
POLIOMYÉLITE*	✓	✓	✓		✓	✓				
DIPHTÉRIE	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	
TÉTANOS	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	
COQUELUCHE	✓	✓	✓		✓	✓		✓		
HÉMOPHILUS INFLUENZAE B	✓	✓	✓		✓					
HÉPATITE B	✓	✓	✓		✓		✓			
ROUGEOLE				✓		✓	✓	✓		
RUBÉOLE				✓		✓	✓	✓		
OREILLONS				✓		✓	✓	✓		
MÉNINGOCOQUE C					✓					
PNEUMOCOQUE	✓		✓	✓						✓
ROTAVIRUS	✓	✓	✓							
GRIPPE										✓

- ✓ Recommandé à tous
- ✓ Rattrapage si vaccin non encore effectué à l'âge indiqué
- Hexavalent (six vaccins combinés)
- Vaccin appliqué en une seule injection
- * Poliomyélite : Seul vaccin obligatoire pour tous les enfants en Belgique

D'autres vaccins existent. Ils sont utiles dans certaines circonstances et donc, pas administrés à tous. Ils ne sont pas repris dans le calendrier vaccinal.

Pour les enfants venant d'un autre pays, le calendrier doit être adapté par le médecin en fonction de l'âge et des vaccinations antérieures.

Pour fréquenter les milieux d'accueil, l'ONE exige la vaccination des enfants pour une protection efficace de la collectivité. L'obligation vaccinale porte sur la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, l'Haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Cependant les vaccins contre le tétanos, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et le rotavirus sont fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination.

LISTE DES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX ENFANTS HANDICAPÉS ET LEUR FAMILLE

Des renseignements concernant les associations peuvent être également obtenus auprès des services pédiatriques spécialisés de différents hôpitaux.

AFFECTIONS CARDIAQUES

Le cœur de nos enfants

Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Avenue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
02/477.31.76 ou 041/77.32.80

→ Objectif : entraide morale entre parents d'enfants cardiaques.

Nos enfants cardiaques

Avenue des Tilleuls, 18
1180 Bruxelles
02/375.57.31
Autre contact :
Secrétariat de cardiologie pédiatrique
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
02/764.19.26

→ Objectif : promouvoir le progrès des soins aux enfants cardiaques et améliorer la qualité de vie actuelle et future de ces enfants.

ALLERGIES

Fondation pour la prévention des allergies

Rue du Président, 55
1050 Bruxelles
02/511.67.61

CANCER

Association contre le cancer

Place du Samedi, 13
1000 Bruxelles
02/219.19.20

Rue E. de Bavière, 20
4020 Liège
041/44.01.44

Œuvre Belge du Cancer (VRAC)

Rue Royale, 217
1210 Bruxelles
02/225.82.11

Jour après Jour

Avenue Z. Lancaster, 76
1180 Bruxelles
02/374.10.56

→ Objectif : accompagnement psycho-social pour parents d'enfants cancéreux.

Allo Maman Bobo

Rue des Mineurs, 73
4420 Montegnée
041/33.78.57

→ Objectif : aide financière, morale, administrative pour les enfants atteints d'un cancer et leur famille.

Fondation Salus Sanguinis asbl

Clos Chapelle aux Champs, 30
Bte 30/52
1200 Bruxelles
02/764.33.32 – 764.18.00

→ Objectif : accueillir, soutenir et guérir ceux qui souffrent d'une maladie du sang

Aide aux enfants cancéreux

Chemin des Goffes
4140 Dolembreux
041/68.88.31

FENTE LABIO-PALATINE

Association de parents d'enfants nés avec une fente labio-palatine (AFLAPA)

c/o Cambier-Lafruit J.
Place Saint-Lambert, 6
1370 Jodoigne
010/81.08.38

→ Objectifs : apporter une aide morale et pratique aux parents d'enfants qui le souhaiteraient, et ceci, dès la naissance de leur enfant.

MALADIE COELIAQUE

Société de la maladie coeliaque

Rue Pierre David, 64
4800 Lambermont
087/33.85.45

- Objectif : donner une aide pratique et psychologique aux coeliaques, conseils médicaux et diététiques.

DIABÈTE

Les Jeunes et le Diabète

Rue d'Aumale, 128
1070 Bruxelles
02/520.92.59

- Objectif : aider parents et enfants au point de vue moral et pratique.

EPILEPSIE

Fédération des Centres Francophones de la Ligue Belge contre l'Epilepsie

Avenue Albert, 135
1060 Bruxelles
02/344.32.93 – 02/344.32.63

- Objectif : promouvoir le bien-être des personnes épileptiques ; aide psychologique et sociale.

GALACTOSÉMIE ET FRUCTOSÉMIE

c/o Madame Brunin
Avenue du Coteau, 39
1410 Waterloo
02/354.20.57

- Objectif : recherche de solutions pour offrir à ces malades de meilleurs soins.

HÉMOPHILIE

Association des Hémophiles et des Malades de Von Willebrand

Rue du Doyenné, 96
1180 Bruxelles
02/346.02.61

- Activité : secrétariat social (renseignements et conseils) ; organisation de séjours de vacances pour les jeunes patients en vue de l'apprentissage de l'auto-traitement.

INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE

Ligue d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux

Rue Stanley 69-71
1180 Bruxelles
02/343.91.05

- Objectif : lieu de rencontre, aide éducative précoce.

INSUFFISANCE RÉNALE

Association Belge des Insuffisants Rénaux Chroniques (ABIRC)

Rue des Héros, 16
4682 Heure-Le-Romain

Association des Insuffisants Rénaux (ADIR)

Route de Lennik, 808
1070 Bruxelles
02/555.39.32

MUCOVISCIDOSE

Association Belge de Lutte contre la Mucoviscidose (ABLM)

Avenue Joseph Borlé, 12
1160 Bruxelles
02/675.57.69

MALADIES NEUROMUSCULAIRES

Association Belge contre les Maladies Neuromusculaires

Rue du Bois-Blanc, 2
5352 Perwez
081/65.58.85

- Objectif : promouvoir le bien-être des malades atteints d'une maladie neuromusculaire et combattre par tous les moyens cette maladie.

PHÉNYLCÉTONURIE

Association Nationale d'Aide aux Phénylcétonuriques
Rue de l'Aisette, 69
7080 Eugies
065/66.53.92

- Objectif : éduquer les parents et les enfants à une meilleure prise en charge du traitement, intervenir afin de diminuer le coût du traitement.

POLYHANDICAPS

Association de parents et des professionnels des polyhandicapés (AP3)

Rue de la Croix de Malte, 25
1400 Nivelles
067/84.03.48

- Objectif : aider les parents et les professionnels qui entourent les polyhandicapés.

APHASIE

Association des Parents d'Enfants Aphasiques et Dysphasiques (APEAD)

Avenue M.H. Van Laer, 87
1070 Bruxelles
02/522.77.79

- Objectif : ouvrir de nouveaux horizons à ces enfants pour leur permettre de s'intégrer de manière active dans la société actuelle.

HANDICAPÉS AUDITIFS

Reine Marie ASBL

Service d'accompagnement des parents du jeune enfant sourd ou aveugle.
Rue Monulphe, 80
4000 Liège
04/223.29.65

Association des Parents d'Enfants Déficiants Auditifs Francophones (APEDAF)

Rue Jean Blockx, 15
1030 Bruxelles
02/242.13.43

- Objectif : aider les parents d'enfants ayant des troubles auditifs, rompre l'isolement de ces enfants.

HANDICAPÉS VISUELS

Reine Marie ASBL

Service d'accompagnement des parents du jeune enfant sourd ou aveugle.
Rue Monulphe, 80
4000 Liège
04/223.29.65

Association des Parents d'Aveugles et Mal-Voyants de Belgique Francophone (APAM)

Rue Sur les Thiers, 322
4040 Herstal
04/364.64.60

- Objectif : aider les parents à mieux comprendre le handicap de leur enfant.

HANDICAPÉS MENTAUX

Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux (ANAHM)

Rue de la Limite, 66
1030 Bruxelles
02/219.88.00

- Objectif : améliorer le sort des personnes handicapées mentales, faire connaître les problèmes de l'arriération mentale.

Association des Parents d'Enfants Mongoliens (APEM)

Rue de la Maison Communale, 4
4802 Heusy
087/22.88.44

- Objectif : promouvoir tout ce qui concerne l'épanouissement des personnes atteintes de mongolisme, tant du point de vue de leur éducation, de leur instruction que de leur développement.

PERSONNES DE PETITE TAILLE

Association Belge des Personnes de Petite Taille

Avenue des Grenadiers, 27
1330 Rixensart
02/653.99.23

- Objectif : aide et assistance mutuelle pour les personnes atteintes de nanisme et les parents d'enfants nains.

Turner contact, groupe d'amitié

Rue Jules Boulevin, 59
6044 Roux
071/46.34.34

Mme M. Mersch
Rue de Daszebois, 84
6230 Thimeon
071/34.61.26
071/51.71.25 (secrétariat)

- Objectif : promouvoir l'entraide au point de vue médical, social et psychologique.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Association de Parents pour l'Epanouissement des Personnes Autistes (APEPA)

Rue Château Balances, 3
5000 Namur
081/74.43.50

- Objectif : promouvoir et soutenir sous toutes ses formes l'aide aux enfants psychotiques et autistes.

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

Association Belge des Parents d'Enfants en Difficulté d'Apprentissage

Rue du Printemps, 12
1380 Ohain
02/555.68.51

- Activité : aide et information concernant la dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyscalculie.

Maladies chroniques potentiellement invalidantes

Fédération PIC
Mme J. Brucin
Avenue du Coteau, 39
1410 Waterloo
02/354.20.57

- Objectif : optimiser les soins quotidiens pour reculer au maximum la survenue des complications chez les patients atteints de maladie définitive.

PARENTS D'ENFANTS DÉCÉDÉS OU À RISQUE DE MORT SUBITE

Association pour la Prévention de la Mort Subite du Nourrisson

Rue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
02/477.32.89

- Objectif : rassembler les parents qui ont un enfant sous contrôle ou qui ont connu le décès d'un enfant par mort subite ; information et soutien aux parents.

Association de parents pour la prévention de la mort subite du nourrisson en province de Liège (Naitre et Vivre)

Mme M. Radoux
Rue des messes, 3
4432 Alleur
04/363.41.53

- Objectif : aide aux parents qui ont des enfants sous monitoring et accompagnement des parents en deuil.

Groupe de parents d'enfants victimes de la route

Rue des Epicéas, 8
1170 Bruxelles
02/672.50.84

Centre Européen de Médiation

Rue Hôtel des Monnaies, 119
1060 Bruxelles
02/537.34.15

CRNSN Centre de Référence Namurois pour le Sommeil du Nourrisson

Place Godin, 15
5000 Namur
081/58.19.22

MÉDECINS INSPECTEURS

Les médecins inspecteurs de la cellule de surveillance des maladies infectieuses peuvent être contactés pour la déclaration de cas de maladies infectieuses par téléphone, **tous les jours, de 9 à 22 heures**, via le numéro suivant : 070/24 60 46

Les maladies infectieuses à déclaration obligatoire qui pourraient se présenter en milieu d'accueil sont les suivantes :

- coqueluche ;
- gastro-entérite à E. coli entéropathogène ;
- hépatite A ;
- infection invasive à haemophilus ;
- infection invasive à méningocoques ;
- oreillons ;
- rougeole ;
- toxi-infection alimentaire collective (quel que le soit le germe) ;
- tuberculose.

Personnes de contact de la cellule de surveillance des maladies infectieuses :

Dr Carole Schirvel
Responsable de la cellule
Médecin Inspectrice
Tel : 02 690 83 86

Dr Stéphanie Jacquinet
Médecin Inspectrice
Tel : 02 413 35 21

Dr Véronique Zinnen
Médecin inspectrice
Tel: 02 413 26 37

Mail : surveillance.sante@cfwb.be

COMMANDE DE VACCINS

Les commandes de vaccins de toutes les subrégions doivent être introduites à l'adresse suivante :

Ministère de la Communauté française
Direction Générale de la santé
Cellule de commande des vaccins
Boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles
Numéro de contact : 02/413 26 23

En cas de problème de rupture de chaîne de froid, placez immédiatement les vaccins dans un frigo en état de fonctionner en les marquant pour les différencier et contactez le Conseiller pédiatre pour vous aider dans l'évaluation du problème.

Le médecin responsable de la cellule vaccination pour toute la Communauté française est le :

Dr. R. Moriaux
Direction Générale de la santé (Cellule de vaccination CF)
Boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles
02/413 24 31

Ces informations sont susceptibles d'être modifiées en 2015

AUTORISATION DE VACCINATION

Votre enfant va fréquenter un milieu d'accueil agréé par l'ONE. La fréquentation de ces milieux l'oblige à être vacciné selon le calendrier préconisé par l'ONE dans le cadre du schéma élaboré par la Communauté française.

Ces vaccins sont indispensables tant pour la protection de votre enfant que pour la protection de la collectivité d'enfants dans laquelle est accueilli votre enfant. En effet, les enfants en bas-âge vivant en communauté constituent un groupe à risque pour la dissémination des maladies infectieuses.

Les vaccins obligatoires en milieu d'accueil sont ceux contre les maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenzae, rougeole, rubéole et oreillons.

Ces vaccins sont fournis gratuitement aux familles. En ce qui concerne le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, la polio et l'haemophilus influenzae, le vaccin distribué gratuitement renferme également la fraction contre l'hépatite B et le tétanos. Le vaccin contre le méningocoque C est également mis gratuitement à la disposition des enfants de 1 an. Tous ces vaccins sont fortement recommandés étant donné les risques plus élevés de contamination en collectivité.

Le vaccin contre le pneumocoque est également très important. Le médecin du milieu d'accueil peut l'administrer à votre demande, en même temps que les autres vaccins.

D'autres vaccins, utiles pour la protection des enfants en collectivité existent. Il s'agit des vaccins contre : le Rotavirus, l'Hépatite A et la Varicelle. Demander l'avis de votre médecin ou du médecin du milieu d'accueil. Ils nécessitent une prescription médicale.

« Lu et approuvé »

Signature

Je, nous, soussigné(e) Mr., Mme,

Parent(s) de l'enfant :

Déclare(ons) avoir reçu l'information sur les vaccinations et sollicite(ons) la vaccination de notre enfant par le médecin de la consultation pour enfants ou du milieu d'accueil selon le schéma préconisé par l'ONE et la Communauté française de Belgique contre les maladies suivantes :

- Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Hépatite B, Haemophilus Influenzae (vaccin hexavalent)*
- Rougeole, Rubéole, Oreillons*
- Pneumocoque
- Hépatite A
- Méningocoque de type C
- Rotavirus
- Varicelle

Veillez barrer la ou les maladies pour lesquelles vous ne désirez pas que la vaccination soit pratiquée par le médecin du milieu d'accueil.

* Attention, certains vaccins sont fournis regroupés, il ne sera donc pas possible de supprimer certains vaccins sans en supprimer d'autres.

Afin d'éviter toute vaccination inutile, je m'engage, nous nous engageons à signaler au médecin de la consultation toute vaccination faite en dehors de la consultation.

Date

Signature

INFORMATION AUX PARENTS

Dispositions médicales applicables dans les Milieux d'accueil collectifs (crèche, préguardiennat, MCAE)

Remarque: Pour les préguardiennats (accueil d'enfants de 18 mois à 3 ans) les dispositions ci-dessous doivent être adaptées en fonction de la tranche d'âge concernée.

1. Surveillance de la santé

Conformément à la législation, **tous les enfants accueillis** dans notre milieu d'accueil (crèche, préguardiennat, MCAE) **sont soumis à une surveillance de la santé qui comprend 4 examens médicaux obligatoires** : à l'entrée, vers 9 et 18 mois et à la sortie. Deux examens facultatifs peuvent être réalisés 1 à 2 mois après l'entrée et entre 12 et 15 mois. Les examens sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil. Cette surveillance ne concerne que la santé globale de l'enfant et les relations entre la santé et la vie dans le milieu d'accueil. En cas de problème rapporté ou observé dans le milieu d'accueil, le médecin peut réaliser à tout moment un examen supplémentaire. Les résultats des différents examens de santé vous seront communiqués. L'examen d'entrée se déroulera en votre présence. Celle-ci est également souhaitée pour les autres examens dans la mesure de vos possibilités.

Le médecin du milieu d'accueil doit disposer d'informations suffisantes et régulières sur la santé globale de votre enfant au travers du carnet de santé et des observations des personnes qui l'accueillent. **Le carnet de santé est un outil de liaison entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux ; à ce titre, il doit accompagner votre enfant** dans le milieu d'accueil au moment des examens médicaux et en dehors de ces examens à la demande du médecin.

2. Suivi préventif de votre enfant

En dehors des contacts avec votre médecin pour soigner les maladies, un suivi médical régulier de votre enfant est nécessaire pour les vaccinations, les dépistages, le suivi du développement et de la croissance, les différents conseils et informations en matière de santé et d'alimentation.

Conformément à la législation, **le milieu d'accueil doit veiller à ce qu'un suivi préventif des enfants soit assuré.** Nous vous invitons à désigner ci-dessous le médecin ou la consultation ONE que vous avez choisi(e) pour ce faire. A tout moment, vous pouvez modifier votre choix et nous en communiquer le changement.

Si vous le souhaitez, le suivi préventif de votre enfant peut être assuré par le médecin du milieu d'accueil car une consultation de l'ONE est également organisée au sein même du milieu d'accueil. Votre enfant sera alors examiné comme dans toute consultation de l'ONE selon un rythme recommandé de 10 examens entre 3 mois et 30 mois. Vous serez informés du résultat des examens et les différents conseils en matière de santé vous seront communiqués.

Ce suivi préventif individuel ne doit pas nécessairement être fait dans le milieu d'accueil car nous respectons tout suivi régulier réalisé par votre médecin ou une consultation ONE de votre choix sachant qu'il est préférable que vous soyez présents lors de ces consultations préventives.

Si les personnes qui accueillent votre enfant ont des inquiétudes relatives à sa santé ou à son développement, vous serez invités à consulter le médecin de votre enfant et à communiquer au milieu d'accueil les recommandations et informations utiles. Si de telles inquiétudes persistent ou que le suivi préventif extérieur n'est pas réalisé, l'opportunité d'effectuer un suivi préventif régulier au sein du milieu d'accueil sera rediscutée avec vous.

3. Vaccinations

Selon la législation, **les enfants fréquentant un milieu d'accueil doivent être vaccinés** selon les recommandations de l'ONE.

Les vaccins obligatoires sont ceux contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, la méningite à haemophilus influenzae b, la rougeole, la rubéole, les oreillons. Le vaccin contre la diphtérie est toujours associé au vaccin contre le tétanos.

Les vaccins fortement recommandés sont ceux contre la méningite à méningocoques C, l'hépatite B, le pneumocoque et le rotavirus.

Si vous faites réaliser les vaccins par le médecin du milieu d'accueil, vous serez invités à signer une autorisation de vaccination.

L'état vaccinal de votre enfant sera contrôlé régulièrement, notamment à l'entrée, à 9 mois et 18 mois. L'enfant pourra être exclu du milieu d'accueil en cas de non-respect de cette obligation ou de retard important dans le calendrier vaccinal.

4. Maladies

Le médecin du milieu d'accueil n'intervient pas pour diagnostiquer, soigner ni surveiller l'évolution des maladies de votre enfant. Si votre enfant est malade, il vous reviendra de consulter son médecin habituel. Un certificat médical sera fourni au milieu d'accueil précisant si votre enfant peut ou non fréquenter la collectivité et reprenant le cas échéant le traitement qui doit lui être donné pendant son séjour dans le milieu d'accueil. Aucun médicament ne sera administré sans attestation médicale à l'exception du paracétamol en cas de fièvre. Si des symptômes de maladies apparaissent pendant les heures d'accueil, vous en serez informés rapidement afin de prendre les dispositions nécessaires.

Le médecin du milieu d'accueil prend toute mesure qu'il juge utile en cas de danger pour la collectivité et peut, dans ce cadre, demander des examens complémentaires pour protéger la collectivité (ex prélèvement de gorge) ou vous demander de consulter rapidement le médecin traitant de votre enfant.

Il décide des cas d'éviction selon les recommandations de l'ONE. Un tableau reprenant les cas d'éviction vous sera remis lors de l'examen médical d'entrée.

5. Urgences

En cas d'urgence, le milieu d'accueil fera appel, selon les cas, au médecin traitant de votre enfant, au Docteur choisi par le milieu d'accueil pour intervenir en cas d'urgence ou aux services d'urgences de l'hôpital

J'ai pris connaissance des différentes dispositions médicales en vigueur dans le milieu d'accueil et marque mon accord

date et signature :

Désignation des médecins en charge de la santé de mon enfant

Le suivi préventif régulier de mon enfant sera assuré par¹ :

- Le Docteur
- La consultation de l'ONE de
- Le médecin du milieu d'accueil

Les vaccinations de mon enfant seront réalisées par¹ :

- Le Docteur
- La consultation de l'ONE de
- Le médecin du milieu d'accueil

En cas de maladie, mon enfant sera soigné par le Docteur

adresse

tél.....

Je m'engage à remettre un certificat médical précisant les traitements à administrer dans le milieu d'accueil.

date et signature :

Accueillantes Lien fonctionnel avec la consultation

- L'accueillante fréquente la consultation à la demande des parents ou à son initiative avec accord des parents et du service.
- L'accueillante s'entretient avec le médecin de l'accueil d'un enfant à problème médical ou handicapé.
- L'accueillante informe le médecin de tout décès ou problème grave (méningite, accident avec hospitalisation).
- L'accueillante reçoit les documents d'éducation à la santé de l'ONE et est invitée aux activités de soutien à la parentalité organisées par la consultation.

¹ Entourez votre choix

ACCUEIL D'UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Accueil d'un enfant en situation de handicap (annexe au chapitre 5) : document à faire parvenir au conseiller pédiatre de la subrégion préalablement à l'accueil

1) Renseignements concernant l'enfant

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Adresse et n° de téléphone :

Médecins soignant habituellement l'enfant :

- Généraliste :
- Spécialiste(s) :
- Quelles sont les remarques formulées par le(s) médecin(s) quant à cet accueil (joindre une photocopie du certificat médical) :

De quelle nature est le handicap/la maladie présenté(e) par l'enfant ?

.....

Y a-t-il un traitement à administrer durant l'accueil ?

.....

Quelle est l'organisation prévue pour les soins et/ou les rééducations ?

.....

Quelle est la demande et le projet des parents (durée prévue de l'accueil et fréquence, motivation(s) de le mettre en milieu d'accueil, de le mettre dans ce milieu d'accueil en particulier)

.....

Quels sont les besoins spécifiques identifiés chez l'enfant :

.....

- Seront-ils tous rencontrés dans le milieu d'accueil ? Quelles sont les difficultés ? Quelles solutions sont envisagées ?
.....
- Quels sont les aménagements nécessaires (espace, matériel, alimentation ...) ?
.....
- Ont-ils pu être réalisés ?
.....

2) Renseignements concernant le milieu d'accueil :

Nom, adresse et n° de téléphone :

.....

Responsable de l'équipe ou accueillante :

.....

Pouvoir organisateur ou service d'accueillantes conventionnées :

.....

Liste des personnes ressources et intervenants extérieurs pressentis pour participer activement au projet :

- Y a-t-il un SAP partenaire connu des parents ? Lequel ?

.....

- Y a-t-il un service d'accompagnement des milieux d'accueil ?

.....

Une formation du personnel est-elle nécessaire ? Par qui sera-t-elle assurée ?

.....

Des évaluations seront-elles organisées ? A quelle fréquence ? Quelles personnes seront conviées ?

.....

Y a-t-il une demande de subside majoré ?

.....

Date du rapport :

Signatures (responsable et PO ou SAC)

- Avis du médecin du milieu d'accueil :

Date :

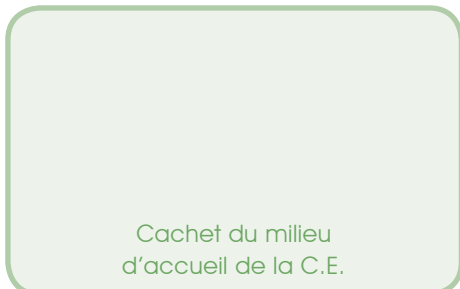
Signature :

- Avis de la coordination accueil :

Date :

Signature :

DOCUMENT À L'ATTENTION DU MÉDECIN TRAITANT



A l'attention du médecin traitant de :

.....

Cher Confrère,

Votre petit patient vit en collectivité dans un milieu d'accueil surveillé par l'ONE.

Il a été en contact, dans ce milieu d'accueil, avec :

- un cas d'hépatite A
- un cas de méningite à haemophilus influenzae groupe B
- un cas de méningite à méningocoque
- un cas de rougeole
- un cas d'oreillons
- un cas de coqueluche
- un cas de tuberculose
-

→ Les mesures suivantes ont été prises par le milieu d'accueil (*) :

.....

.....

→ Il convient d'assurer, chez votre petit patient, une prophylaxie par (*) :

L'enfant ne pourra réintégrer le milieu d'accueil que s'il est muni d'un certificat attestant que le traitement lui a été prescrit ou administré.

.....

.....

En cas de besoin, vous pouvez contacter le médecin responsable

(*) du milieu d'accueil

(*) de la consultation ONE :

Docteur :

Téléphone :

Date et signature :

(*) biffer les mentions inutiles

FICHE DE SIGNALEMENT D'UN "ÉVÈNEMENT MÉDICAL IMPORTANT" APRÈS UNE VACCINATION¹

Consultation de : N° :

Médecin :

TMS :

Initiales de l'enfant :

Date de Naissance :

Date de la vaccination en cause : / /

Type de :

- vaccin :
- marque :
- n° lot :

Première administration – Rappel (biffer la mention inutile)
(+ spécifier les dates des autres vaccinations chez cet enfant)

.....

Autre(s) vaccin(s) administré(s) concomitamment :

Description précise des symptômes et signes observés (+ chronologie) :

.....
.....
.....

Prise en charge thérapeutique :

Evolution de l'enfant :

GUÉRISON COMPLÈTE - GUÉRISON AVEC SÉQUELLES - DÉCÈS - AUTRE

(biffer la mention inutile)

¹ Il est important que ce document soit rempli conjointement par le médecin et la TMS de la consultation.

L'enfant présentait-il ce jour-là ou dans la quinzaine précédente des signes d'appel particuliers ? (infection inter-courante, anomalie même mineure à l'examen clinique, troubles du sommeil et/ou de l'appétit...)

.....

L'enfant souffrait-il d'une pathologie particulière ? Si oui, laquelle ?

.....

L'enfant avait-il présenté des symptômes ou signes à la suite d'un autre vaccin ?

Si oui, lesquels ? Chronologie ?

.....

.....

.....

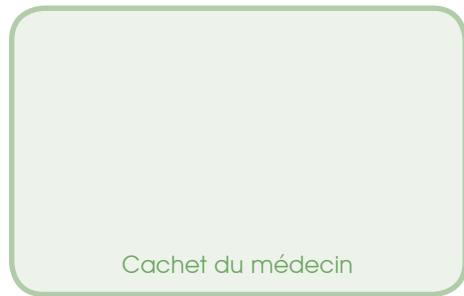
Y a-t-il des éléments contributifs dans les antécédents familiaux ?

(allergies, pathologies immunitaires, réactions à des vaccins ou des médicaments...)

.....

.....

.....



Signature

Document à renvoyer à la Direction Médicale de l'ONE, chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles.



FICHE DE SIGNALEMENT D'UN CAS DE DÉCÈS D'UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL

A compléter avec la Coordinateur/agent conseil du milieu d'accueil

Subrégion:

Coordinateur:.....

Type de milieu d'accueil:

Subventionné:

- Crèche
 Pré-gardiennat
 Maison communale d'accueil
 Accueillant(e) conventionné(e)

Accueil de crise:

- SASPE

Non subventionné:

- Accueillant(e) autonome
 Maison d'enfant

Autre:

précisez:

Date de survenue du décès:

Date de naissance de l'enfant:

Description résumée des circonstances de l'événement

.....

Depuis combien de temps l'enfant fréquentait-il le milieu d'accueil? (Ou date d'entrée)

.....

Présentait-il ce jour-là des signes d'appel particulier?

Oui Non Inconnu

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Température au-delà de 38 degrés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue inhabituelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilité (pleurs anormaux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres signes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précisez: |

.....

Dans quelle position dormait l'enfant lorsqu'il a été découvert?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sur le dos | <input type="checkbox"/> Sur le ventre |
| <input type="checkbox"/> Sur le côté | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Autre : précisez | |

.....

Sa respiration était-elle entravée par un objet extérieur? (Coussin, couette? ...)

Oui Non Inconnu

Si oui lequel?

.....

L'enfant souffrait-il d'une pathologie particulière?

Oui Non Inconnu

Si oui lequel?

.....

EN CAS DE SUSPICION DE MORT SUBITE INEXPLIQUÉE (M.S.I.)**L'enfant était-il soumis à du tabagisme passif à domicile?**

Oui Non Inconnu

L'enfant présentait-il des " facteurs de risque " de M.S.I. ?

	Oui	Non	Inconnu
Sudation anormale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'accès de pâleur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de M.S.I.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le diagnostic de Mort Subite Inexpliquée a-t-il été posé?

Oui Non

Si oui par qui?

Un médecin de famille Un pédiatre
 Un service hospitalier Inconnu
 autre (précisez):

.....

Le diagnostic de Mort Subite Inexpliquée a-t-il été confirmé par une autopsie?

Oui Non Inconnu

Remarques éventuelles:

.....

La Coordinateur/ACA du milieu d'accueil conserve l'original tandis qu'une copie rendue anonyme de cette déclaration est envoyée par ses soins au Dr. Marie-Christine Mauroy, sous pli fermé et avec la mention : "Document médical, confidentiel".

Responsable du milieu d'accueil

Nom, prénom, signature

Médecin

Nom, prénom, signature

Coordinateur/ACA*

Nom, prénom, signature



FICHE DE SIGNALEMENT D'INFECTION INVASIVE EN MILIEU D'ACCUEIL

A compléter avec la Coordinateur/agent conseil du milieu d'accueil

Subrégion:

Coordinateur:.....

Type de milieu d'accueil:

Subventionné:

- Crèche
 Pré-gardiennat
 Maison communale d'accueil
 Accueillant(e) conventionné(e)

Non subventionné:

- Accueillant(e) autonome
 Maison d'enfant

Accueil de crise:

- SASPE

Autre:

précisez:

Infection:

- Méningite
 Méningococcémie
 Pneumocoque
 Haemophilus
 Autre (précisez):

Date de survenue:

Nombre de cas co-primaires: premier(s) cas survenus et diagnostiqué(s) simultanément - survenant dans les mêmes premières 24 h:

Devenir de ou des enfants atteints:

Enfant 1: Âge..... mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès
 Enfant 2: Âge..... mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès
 Enfant 3: Âge..... mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès

Nombre de cas secondaires (cas survenus et diagnostiqués dans un deuxième temps):

Prophylaxie instaurée: Oui Non

Si oui: type de prophylaxie administrée:

	Nombre d'enfants en ayant bénéficié	Nombre d'adultes en ayant bénéficié
Rifampicine (Rifadine)		
Ciprofloxacine (Ciproxine) ou Ofloxacine (Tarivid)		
Spiramycine (Rovamycine)		
Autre (précisez)		
Vaccination		

Durée du délai entre la survenue du premier cas et la mise en place de la prophylaxie:

.....

A-t-on prévenu la Cellule d'inspection d'hygiène de la Fédération Wallonie-Bruxelles ?

Oui Non

Numéro d'appel pour les maladies à déclaration obligatoire
Tél. 070 246 046 ou par e-mail : surveillance.sante@cfwb.be

Liste des maladies à déclaration obligatoire

- Coqueluche
- Diphtérie
- Infection invasive à méningocoque/ pneumocoque/haemophilus
- Poliomyélite/paralysie flasque aiguë
- Rougeole
- Rubéole
- Oreillons
- Botulisme (maladie paralytique grave, provoquée par le Clostridium botulinum)
- Toxi Infection Alimentaire Collective
- Autres pathologies infectieuses vous ayant interpellé (Gale, teigne, ...)

NE DOIVENT PAS ÊTRE SIGNALÉES :

- Les hospitalisations pour des causes étrangères au milieu d'accueil
- Les infections non invasives comme : pneumonie, bronchite, bronchiolite, gastroentérite, rhume, grippe et autres
- Variole

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'application des recommandations de l'ONE décrites dans la brochure " La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance " ?

Oui Non

Si oui lesquelles?

.....
.....
.....

La Coordinateur/ACA du milieu d'accueil conserve l'original tandis qu'une copie rendue anonyme de cette déclaration est envoyée par ses soins au Dr Marie-Christine Mauroy, sous pli fermé et avec la mention : "Document médical, confidentiel"

Responsable du milieu d'accueil

Nom, prénom, signature

Médecin

Nom, prénom, signature

Coordinateur/ACA*

Nom, prénom, signature



FICHE DE SIGNALEMENT D'UN ACCIDENT GRAVE SURVENU À UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL

A compléter avec la Coordinateur/agent conseil du milieu d'accueil

Subrégion:

Coordinateur:.....

Type de milieu d'accueil:

Subventionné:

- Crèche
 Pré-gardiennat
 Maison communale d'accueil
 Accueillant(e) conventionné(e)

Non subventionné:

- Accueillant(e) autonome
 Maison d'enfant

Accueil de crise:

- Pouponnière Centre d'accueil

Autre:

précisez:

Date de survenue :

Description de l'accident et des circonstances dans lesquelles il est survenu :

.....

Types de lésions constatées chez l'enfant :

- Fracture
 Brûlure
 Traumatisme crânien
 Plaie ouverte
 Intoxication
 Morsure d'animal
- Convulsions hyperthermiques
 Noyade
 Autre (précisez):

Evolution de l'enfant : Guérison complète Guérison avec séquelles Décès

Si l'enfant présente des séquelles, décrivez :

.....

La Coordinateur/ACA du milieu d'accueil conserve l'original tandis qu'une copie rendue anonyme de cette déclaration est envoyée par ses soins au Dr Marie-Christine Mauroy, sous pli fermé et avec la mention : "Document médical, confidentiel"

Responsable du milieu d'accueil

Nom, prénom, signature

Médecin

Nom, prénom, signature

Coordinateur/ACA*

Nom, prénom, signature

CERTIFICAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DESTINÉ À L'ACCUEIL D'ENFANTS (DE 0 À 6 ANS)

Je soussigné(e), docteur

Certifie qu'au moment de l'examen et en fonction des éléments portés à ma connaissance,

Madame/Monsieur

Date de naissance :

Adresse :

Fonction :

ne présente:

aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de représenter un danger pour les enfants accueillis¹.

aucune inaptitude à prendre en charge des enfants en bas âge².

Je souhaite un avis complémentaire par un médecin spécialiste en

Date :

Signature :

Cachet :

Voir les points d'attention pour l'aide à la rédaction du certificat page suivante

1 A compléter pour :

- chaque membre du personnel d'un milieu d'accueil ainsi que pour toutes personnes appelées à être en contact fréquent avec les enfants accueillis
- chaque accueillant (m/f) d'enfants
- toutes personnes de plus de 15 ans faisant partie du ménage de l'accueillant (m/f).

2 À compléter uniquement pour le professionnel de l'enfance : accueillant, puéricultrice (m/f) etc.

EXTRAIT DE LA RÉGLEMENTATION DES MILIEUX D'ACCUEIL

L'article 27 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant réglementation générale des milieux d'accueil du 27/02/2003 stipule que :

- le membre du personnel d'un milieu d'accueil
- l'accueillante (m/f)
- les personnes de plus de 15 ans faisant partie du ménage de l'accueillante
- les personnes appelées à être en contact fréquent avec les enfants accueillis

doivent fournir à l'ONE un certificat médical (à la demande d'autorisation et renouvelé annuellement) attestant qu'au moment de l'examen, il n'existe aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de présenter un danger pour les enfants accueillis.

Complémentaire à cette attestation, l'ONE peut également exiger qu'un certificat complémentaire soit établi par un médecin spécialiste.

POINTS D'ATTENTION POUR L'AIDE À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT

L'accueil d'enfants en bas âge ne s'improvise pas et requiert de multiples compétences ainsi qu'un bon état de santé physique et psychique afin de :

- Etablir une relation privilégiée avec l'enfant en lui assurant une sécurité affective, psychologique et physique
- Garantir les besoins premiers de l'enfant : repas, hygiène, repos, sécurité, expression des émotions
- Adapter ses modes d'agir pour rencontrer au mieux les besoins de chaque enfant
- Contribuer à son développement cognitif et sensori-moteur ainsi qu'à l'acquisition de son autonomie.

États de santé rendant incompatible l'accueil d'enfants :

- Maladies infectieuses en phase de contagiosité
- Problèmes physiques (ex. : affections ostéo articulaires) ou sensoriels (ex : déficit visuel ou auditif non corrigé) limitant les possibilités de soins ou l'accompagnement des activités de l'enfant
- Maladies pouvant entraîner des pertes de connaissance (ex. : épilepsie ou diabète mal contrôlés)
- Affections psychiques et troubles de la personnalité, dépression grave
- Assuétudes.

!!!! Certaines affections peuvent s'avérer spécialement problématiques lorsqu'une accueillante est amenée à travailler seule à son domicile.

CONTACTS LOCAUX

Comité subrégional du Brabant Wallon

Domaine ONE de La Hulpe
avenue de la Reine, 1 - 1310 La Hulpe
Tél.: 02/656 08 90
Fax: 02/656 08 89

Secrétaire médicale :
Bénédicte DUMONT - 02/656 08 76
Conseiller médical pédiatre :
Liliane GILBERT - 02/656 08 52 ou 0475/92 77 57
liliane.gilbert@one.be

Comité subrégional de Bruxelles

Boulevard Louis Schmidt 87 - 1040 BRUXELLES
Tél. : 02/511 47 51
Fax: 02/511 51 26

Secrétaire médicale :
Michèle GOMAND - 02/545 76 37
Conseiller médical pédiatre :
Tessa GOETGHEBUER - 0476/88 02 58
tessa.goetghebuer@one.be
Marianne WINKLER - 0477/77 60 66
marianne.winkler@one.be

Comité subrégional du Hainaut

Domaine du Bois d'Anchin
Route d'Erbisoëul, 5 - 7011 Ghlin
Tél.: 065/39 96 60
Fax : 065/34 07 36

Secrétaire médicale :
Catherine BRYNAERT - 065/39 96 78
Conseiller médical pédiatre :
Laurence WAROQUIER - 065/39 96 74 ou
0471/56 50 06 - laurence.waroquier@one.be
Thérèse SONCK - 065/39 96 74
therese.sonck@one.be

Comité subrégional de Liège

place Delcour 16 - 4020 Liège
Tél.: 04/344 94 94
Fax: 04/344 94 99

Secrétaire médicale :
Evelyne NELLES - 04/341 80 40
Conseiller médical pédiatre :
Marylène DELHAXHE - 04/341 80 31 ou 0479/35 08 29
marylene.delhaxhe@one.be
Jacques LOMBET - 04/225 61 25 ou 04/223 86 49
jacques.lombet@one.be

Comité subrégional du Luxembourg

rue Fleurie 2 bte 7 - 6800 Libramont
Tél.: 061/23 99 60
Fax: 061/22 49 25

Secrétaire médicale :
Laura LAMBERT - 061/23.99.65
Conseiller médical pédiatre :
Nathalie MELICE - 061/23 99 73
nathalie.melice@one.be

Comité subrégional de Namur

rue de Coquelet, 134 - 5000 Namur
Tél.: 081/72 36 00
Fax : 081/72 36 08

Equipe administrative
Secrétaire médicale :
Carole PICHERET - 081/72 36 01
Conseiller médical pédiatre :
Michel DECHAMPS - 081/72 61 11 - 0475/31 95 30
michel.dechamps@one.be

Direction médicale ONE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél.: 02/542 12 11
Fax: 02/542 12 51

Secrétaire:
Laura RAEYMACKERS - 02/542 13 66
Directrice médicale :
Marie-Christine MAUROY - 02/542 15 43
Adjointe à la direction :
Ingrid MORALES - 02/542 15 11 ou 0478/44 07 14

Handwriting practice area with 25 horizontal dotted lines.

LA SANTÉ DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

EDSBR0040
D/2014/74.80/55



L'équipe de rédaction

Docteur Michel Dechamps
Docteur Marylène Delhaxhe
Docteur Liliane Gilbert
Docteur Tessa Goetghebuer
Docteur Jacques Lombet

Docteur Nathalie Melice
Docteur Ingrid Morales
Docteur Thérèse Sonck
Docteur Marianne Winkler
Docteur Laurence Waroquier

Conseillers pédiatres
Docteur Marie-Christine Mauroy,
Médecin directeur



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

ONE.be



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Loterie Nationale