

Crèche les
bambins
du Chéran




RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

6 OCTOBRE 2022

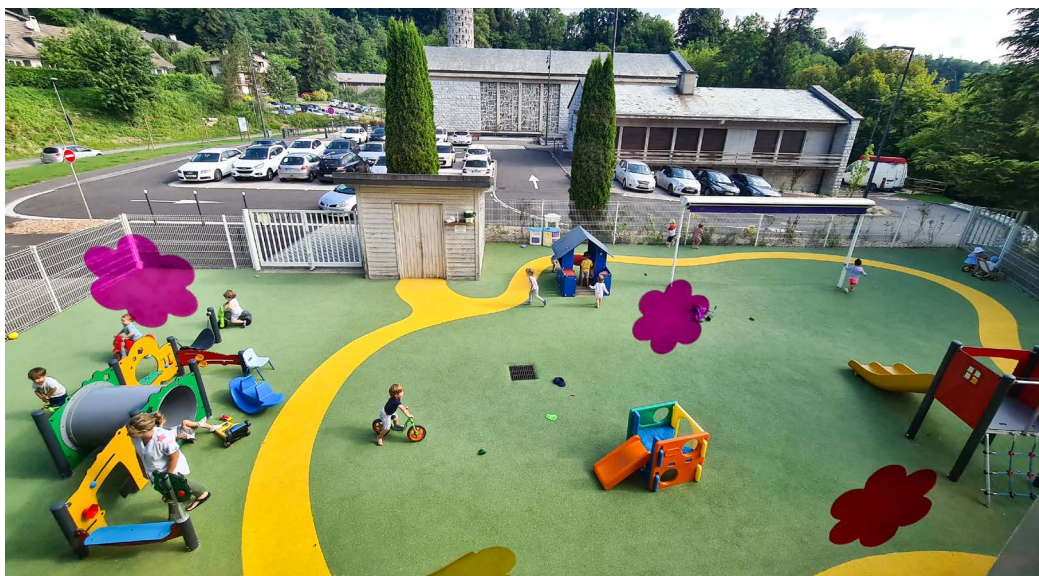
Crèche Les Bambins du Chéran
Syndicat Intercommunal du Pays d'Alby
118 route de Plaimpalais - 74540 Alby-sur-Chéran
www.sipalby.fr

 accueilmisp@sipalby.fr

 04 50 68 20 96 (crèche)

 04 50 68 40 00 (secrétariat)

SIPA
syndicat
intercommunal
du Pays d'Alby



SOMMAIRE

P. 3 INTRODUCTION

P. 5 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

P. 5 A. Durée du rythme d'accueil

P. 6 B. Les prestations d'accueils proposées et modalités d'inscription

P. 12 ACCUEIL DE L'ENFANT

P. 12 A. Santé

P. 14 B. Description des compétences professionnelles mobilisées

P. 16 C. Règles de vie quotidienne

P. 18 D. Le soin

P. 20 E. Le développement, le bien-être et l'éveil par le jeu et les activités

P. 21 ANNEXES

P. 21 • Charte du jeune enfant

P. 22 • Tarification dans les EAJE

P. 24 • Barème national des participations familiales

P. 25 • Consignes générales

P. 26 • Protocole en cas de suspicion de maltraitance ou de danger

P. 48 • Protocoles médicaux

P. 75 • Protocole situation d'urgence

P. 89 • Protocole de mesures préventives d'hygiène générale

P. 104 • Protocole détaillant les mesures de sécurité lors des sorties

INTRODUCTION

Ce règlement est destiné à donner aux parents toutes les indications relatives au fonctionnement des établissements qui accueillent leurs enfants et à faciliter les échanges avec les professionnels.

Il prend effet au 1er janvier 2023 et abroge les règlements précédents. Il est applicable dès l'admission de l'enfant. Ce document est revu en fonction des évolutions réglementaires. Il est soumis à nos partenaires (CAF, Conseil Départemental ...) et fait l'objet d'une validation auprès des élus.



Chers parents,

Vous avez choisi de nous confier l'accueil de votre/vos enfant(s) au sein de notre crèche, et nous vous en remercions.

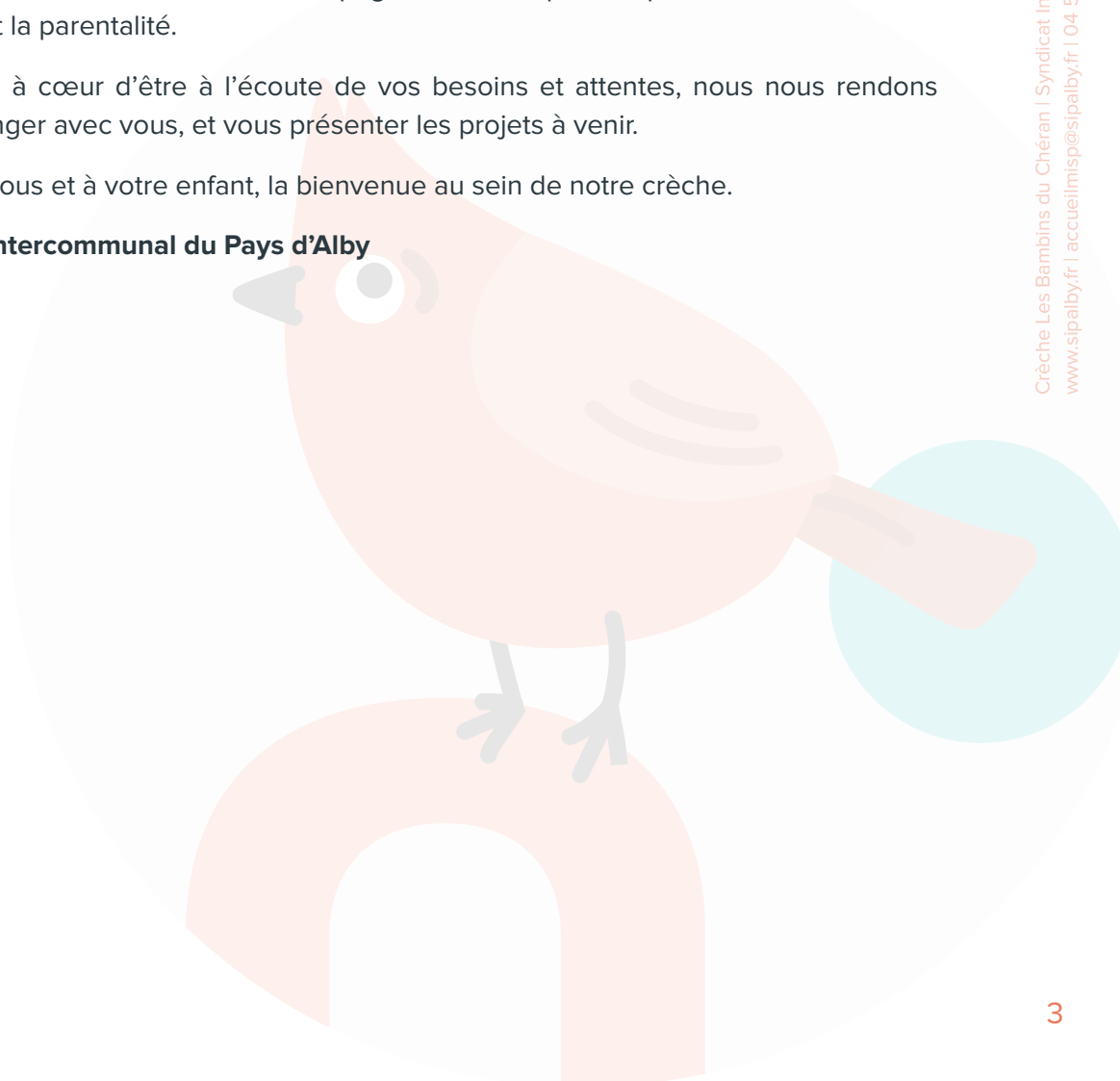
En tant qu'élus, nous portons le projet politique d'un service public d'excellence, permettant à chaque parent de trouver un équilibre entre vie familiale et professionnelle, qu'elle soit à temps plein ou partiel. Parce que les crèches sont des lieux où vos enfants doivent s'épanouir, découvrir et grandir, les qualités de l'environnement intérieur comme extérieur, au sein desquels vos enfants sont accueillis, de même que tout comme les activités artistiques, motrices, culturelles, elles font l'objet d'une attention et évolution permanente de la part des professionnels dont nous avons le souci de soutenir les projets.

Parce que l'éducation des enfants nécessite la coopération entre chaque adulte qui intervient dans leur vie, tous les professionnels du service ont le souci d'être à votre écoute, de partager avec vous tous les éléments nécessaires et de vous accompagner avec respect et prévenance dans cette grande aventure qu'est la parentalité.

Parce que nous avons à cœur d'être à l'écoute de vos besoins et attentes, nous nous rendons disponibles pour échanger avec vous, et vous présenter les projets à venir.

En vous souhaitant, à vous et à votre enfant, la bienvenue au sein de notre crèche.







Les élus du Syndicat Intercommunal du Pays d'Alby



RÉGLEMENTATION

Conformément au décret n°2021-1131 du 30 août 2021 :

Les établissements d'accueil du jeune enfant ont pour objectif de :

-  Veiller à la santé, la sécurité, au bien-être et au développement physique, psychique, affectif, cognitif et social des enfants qui leur sont confiés
-  Contribuer à l'éducation des enfants accueillis dans le respect de l'autorité parentale
-  Contribuer à l'inclusion des familles et la socialisation précoce des enfants, notamment ceux en situation de pauvreté ou de précarité
-  Mettre en œuvre un accueil favorisant l'inclusion des familles et enfants présentant un handicap ou atteints de maladies chroniques
-  Favoriser la conciliation par les parents de jeunes enfants de leurs temps de vie familiale, professionnelle et sociale, notamment pour les personnes en recherche d'emploi et engagées dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle et les familles monoparentales
-  Favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes. Ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale. Ils concourent à l'intégration des enfants en situation de handicap ou atteint d'une maladie chronique.

Les établissements bénéficient de l'accord du Président du Conseil Départemental pour fonctionner. Des visites sont organisées de façon régulière par une puéricultrice de PMI du Conseil Départemental qui vérifie la conformité des locaux et les conditions d'accueil. Tous les établissements sont accessibles aux personnes à mobilité réduite conformément à l'article L.214-2 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément à la Charte nationale pour l'accueil du jeune enfant qui définit "10 grands principes pour grandir en toute confiance" et décrit la manière "d'accueillir les filles, les garçons et leurs familles de la naissance à trois ans", et en application de l'article R.2324-17 du code de la Santé publique précise que « les établissements et les services d'accueil veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés. Dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation. Ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent. Ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et leur vie familiale. » Charte en annexe

Un projet d'établissement propre à chaque structure est tenu à la disposition des parents. Ce document explique l'organisation de la structure, sa vie quotidienne et la réflexion des professionnels pour un accueil de qualité des enfants.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Depuis le 1er janvier 2017, le Syndicat Intercommunal du Pays d'Alby (SIPA) a succédé à la Communauté de Communes du Pays d'Alby pour gérer la compétence petite enfance. A ce titre, elle gère un établissement d'accueil de jeunes enfants de 36 places dénommé « Les Bambins du Chéran ». Cet établissement assure pendant la journée un accueil collectif, régulier et occasionnel d'enfants de 2 mois et demi (fin du congé maternité) à 4 ans, non scolarisés, domiciliés sur les communes du SIPA (Alby-sur-Chéran, Allèves, Chainaz-les-Frasses, Chapeiry, Gruffy, Héry-sur-Alby, Saint-Sylvestre) et celles ayant conventionné avec le SIPA.

Cet établissement est situé dans les locaux de la

Maison Intercommunale des Services Publics

118 Route de Plaimpalais

74540 Alby-sur-Chéran

Tél. : 04.50.68.20.96 (crèche) – 04.50.68.40.00 (secrétariat)

Il est placé sous la responsabilité du Président du SIPA.

La structure est agréée par la P.M.I du Conseil Départemental de la Haute-Savoie et fonctionne conformément au Code de la santé publique (articles L2324-1 et suivants) et au décret n°2000-762 du 1er août 2000 modifié par les décrets 2007-230 du 20 février 2007 et 2010-613 du 7 juin 2010.

Art R2324-17 du Code de la santé publique : « Les établissements et les services d'accueil veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés ainsi qu'à leur développement. Ils concourent à l'intégration sociale de ceux des enfants ayant un handicap ou atteint d'une maladie chronique. Ils apportent leur aide aux parents afin que ceux-ci puissent concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale (art 2324 du code de la santé publique) »

A. DURÉE DU RYTHME D'ACCUEIL

Les enfants sont accueillis du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30 pour 3 heures au minimum par jour. L'enfant doit arriver, le matin ou l'après-midi, aux horaires prévus avec les parents au moment de l'inscription. Pour les différents types d'accueil, afin de favoriser un accueil de qualité et de préserver des temps réservés à des activités structurées, il est demandé aux parents de déposer ou reprendre leurs enfants aux horaires suivants :

- Arrivée entre 7h30 et 9h30 ou entre 14h30 et 15h
- Départ hors des heures du repas (11h30-12h15), du goûter (15h30 –16h30) et de la sieste (12h30-14h30)

Pour le bien-être des enfants, il est fortement recommandé de limiter le temps d'accueil en collectivité à 10 heures maximum.

Il est demandé aux parents de venir chercher leur enfant 10 minutes avant l'heure de fermeture, afin de permettre le temps de transmission nécessaire.

L'établissement est fermé pendant les vacances scolaires : 3 semaines en été, 1 semaine en fin d'année et 1 semaine au printemps, les samedis, dimanches et jours fériés ainsi qu'à l'occasion de ponts dont la date est fixée chaque année par le Président du SIPA. Les dates sont annoncées aux familles au moment de la signature du contrat d'accueil et sont inscrites sur le site du SIPA.

En cas de retard prolongé des parents, et après avoir contacté sans succès toutes les personnes autorisées à venir chercher l'enfant, la responsable, ne pouvant assurer la garde de l'enfant en dehors des heures d'ouverture, se verra dans l'obligation de contacter la gendarmerie ou l'élú de permanence.

B. LES PRESTATIONS D'ACCUEILS PROPOSÉES ET MODALITÉS D'INSCRIPTION

Critères d'admission :

- Domiciliation de la famille dans les communes du SIPA et celles conventionnant. Les demandes des usagers résidant en dehors de ce périmètre ne sont pas prioritaires. Elles seront donc étudiées après celles des communes du SIPA et des communes conventionnant
- Date de la demande
- Les enfants adressés par la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont prioritaires dans le cadre de leur mission de protection de l'enfance
- Age de l'enfant
- Situation familiale des parents
- Type de contrat demandé
- Présence d'un frère ou d'une sœur dans la structure à condition que l'aîné soit toujours présent dans la structure au moment de l'entrée du second enfant
- Les enfants dont un des deux parents ne travaille pas ne pourront pas forcément avoir le choix de leurs jours de contrat ; les jours attribués seront proposés en fonction des besoins du service
- En application du décret du 23 décembre 2006, 2 places sont réservées aux enfants non scolarisés à la charge des bénéficiaires de minima sociaux.
- Accueil des enfants dont les parents sont demandeurs d'emploi, parents isolés, parents engagés dans un parcours social et professionnel : offres d'accueil spécifiques pour ces familles.

La collectivité réserve une place à destination de son personnel si l'occasion se présente. Si la crèche ne peut proposer une place en temps voulu (avant la commission d'attribution des places pour la rentrée suivante), la place est proposée au premier désistement d'une famille.

Commission d'admission :

La commission d'admission est constituée de :

- Le Président du SIPA
- L'élue en charge de la Petite Enfance
- La responsable de la crèche, l'éducateur de jeunes enfants, la responsable du RAM
- L'agent administratif qui instruit les dossiers,
- Un responsable administratif
- Un membre de la commission petite enfance

Types d'accueil proposés :

L'ACCUEIL RÉGULIER

Un contrat signé, est conclu avec la famille en année scolaire, sur la base du calcul de deux mensualisations

- L'une de l'ouverture de la structure fin août de l'année N jusqu'au 31/12 de l'année N,
- L'autre du 01/01 de l'année N+1 jusqu'à la fermeture estivale de l'année N+1,

Le contrat expose : l'amplitude journalière de l'accueil, le nombre d'heures réservées par semaine. La mensualisation repose sur le principe de la place réservée et s'applique quel que soient le rythme et la durée de fréquentation de l'enfant. Elle doit être établie sur une base horaire.

L'ACCUEIL OCCASIONNEL

Les enfants sont accueillis du lundi au vendredi en fonction des places disponibles. Il ne donne pas lieu à l'établissement d'un contrat d'accueil.

L'ACCUEIL D'URGENCE

En cas de nécessité, un accueil d'urgence peut être assuré, en surnombre, dans la limite de 15% de la capacité de l'établissement. Cet accueil répond à des motifs très précis tels que l'hospitalisation d'un enfant ou d'un parent... et ne peut dépasser quelques jours. Une solution durable devant être trouvée si le besoin persiste.

Inscription de l'enfant

Les informations données par les parents et recueillies par la crèche sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement informatique. Cependant, toute information transmise au personnel de la crèche est liée au secret professionnel. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, les familles peuvent exercer un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

L'inscription ne peut se faire que par les personnes exerçant l'autorité parentale.

Documents demandés lors de l'inscription

- Livret de famille
- Carnet de santé de l'enfant mentionnant les vaccinations obligatoires pour l'entrée en collectivité
- N° d'allocataire CAF et autorisation d'accès au fichier des allocataires pour les besoins de calcul de la participation financière (Cdap)
- **Si la famille relève d'un autre régime** : justificatif de revenus permettant le calcul de la participation financière dans les mêmes conditions que pour les allocataires CAF
- N° de téléphone familial et professionnel (tout changement doit être signalé)
- Attestation d'assurance, couvrant les accidents de la vie et accidents individuels, au nom de l'enfant sur la période de présence à la crèche.
- Liste des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant
- Autorisations diverses (soins d'urgence, droit à l'image de l'enfant, diffusion de la photo, sortie...)
- Acceptation du règlement de fonctionnement et de ses annexes
- Certificat médical de moins de 2 mois attestant de l'absence de toute non contre-indication, à l'accueil en collectivité et à la prise de paracétamol. Ce certificat est remis au moment de l'admission et au plus tard dans les 15 jours suivant l'admission.
- Copie des documents attestant du respect des obligations vaccinales conformément aux dispositions en vigueur.
- Copie du jugement en cas de parents divorcés ou séparés (exposé des décisions concernant l'exercice de l'autorité parentale et l'organisation de l'hébergement de l'enfant)
- Relevé d'identité bancaire dans le cas d'un paiement par prélèvement automatique

Tout changement d'adresse ou de situation de famille survenant ultérieurement à l'inscription doit être immédiatement signalé à la direction du multi-accueil et fournir un justificatif organisant les modalités d'hébergement de l'enfant ainsi que la mise à jour des vaccinations.

De même, tout changement de situation personnelle et/ou professionnelle doit être signalé à la CAF (ou MSA). Ces modifications ne sont prises en compte par le secrétariat de la crèche que lorsque celles-ci auront été saisies par la CAF et rectifiées sur Cdap (Consultation du dossier allocataire par le partenaire) au 1er du mois qui suit cette modification.

Facturation

Une facture est remise aux parents chaque mois échu. Elle est payable avant le 10 du mois suivant le mois facturé.

ADAPTATION

La participation financière de la période d'adaptation est calculée selon les heures réelles d'adaptation, sans la présence des parents, selon le taux horaire de la famille (le temps de présence des parents étant défini au début de l'adaptation). Ce montant est ajouté sur la facture de la 1ère mensualité.

ACCUEIL RÉGULIER CALCUL DE LA MENSUALISATION

Les participations mensuelles ne prennent pas en compte les congés des parents. Ces derniers seront déduits des facturations, si le délai de prévenance est respecté par les parents.

Les congés sont donc à communiquer par les familles au plus tard le 10 du mois précédent. Ce délai de prévenance est obligatoire pour une déduction sur la facturation. Pour une question d'organisation, si les congés sont connus par les familles, ils peuvent être transmis plus tôt.

Toute demande de modification de contrat devra être signifiée par courrier auprès de la directrice au minimum un mois avant son application. Le contrat pourra être modifié, en fonction des places disponibles, sur présentation des justificatifs en cas de :

- Changement d'emploi,
- Changement de temps de travail,
- Perte d'emploi,
- Congé maternité,
- Ou de changement de situation familiale.

Le nouveau contrat prendra effet au 1er du mois qui suit son application.

La mensualisation de la participation des familles est établie selon les règles suivantes :

- Elle est calculée sur le nombre de mois d'accueil souhaité par les familles par mensualités fixes
- Les jours de fermeture de l'établissement sont déduits
- Elle prend en compte le temps de présence hebdomadaire souhaité par la famille. (Le temps d'accueil est décompté à partir du moment où l'enfant est confié au personnel après le temps de transmission. Au départ, le décompte de temps est stoppé à partir du moment où l'enfant est remis à ses parents après le temps de transmission)

MENSUALISATION

$$\frac{\text{Nombre d'heures de présence hebdomadaire} \times \text{nombre de semaines d'accueil} \times \text{taux horaire}}{\text{Nombre de mois d'accueil}}$$

Cette mensualisation est mentionnée dans le contrat d'accueil. Le tarif horaire, fixé à la signature du contrat, est actualisé au mois de janvier de chaque année sur les ressources de l'année N-2, ou en cas de modification de la composition familiale ou de la situation professionnelle à partir de la date où ces modifications sont prises en compte par la CAF et donc visibles sur Cdap, et dans le mois suivant la modification sur le site professionnel Cdap.

La mensualité est due chaque mois y compris si ce mois comporte une fermeture.

En cas de départ anticipé de l'enfant, un préavis écrit d'un mois est requis.

ACCUEIL OCCASIONNEL

La participation horaire est calculée dans les mêmes conditions (barème CNAF). La participation financière des familles est calculée en multipliant le tarif horaire par le temps de garde réservé (ou plus si dépassement de l'horaire initialement prévu). Toute réservation est due sauf en cas d'absence signalée avant la veille avant 11h (ou le vendredi avant 11h pour le lundi).

ACCUEIL D'URGENCE

Les ressources des familles n'étant pas toujours connues un tarif fixe est appliqué, calculé ainsi : montant total des participations facturées sur l'exercice précédent/nombre d'actes facturés au cours de l'année précédente. Une facture est remise aux parents, elle est payable avant le 10 du mois suivant le mois facturé.

RETARD DES PARENTS

Toute demi-heure commencée est due.

DÉDUCTIONS

Les éventuelles déductions appliquées sur la participation mensuelle de la famille sont limitées :

- Aux congés prévus par la famille en respectant le délai de prévenance obligatoire
- A la fermeture de la structure pour congés
- Aux jours fériés
- Aux jours de fermeture inattendue ne figurant pas au calendrier prévisionnel remis aux parents à chaque rentrée
- A l'hospitalisation de l'enfant sur présentation d'un bulletin d'hospitalisation (dès le premier jour)
- A une maladie supérieure à 3 jours (le délai de carence comprend le premier jour d'absence et les 2 jours calendaires qui suivent) et sur présentation d'un certificat médical, à condition d'avoir averti la crèche de l'absence de l'enfant
- A une maladie à éviction obligatoire (cf. annexe 4) sur présentation d'un certificat médical (dès le premier jour)

Attention, le certificat médical est à fournir au plus tard le 1er du mois qui suit la fin de la période à déduire, avant la facturation.

Ces déductions s'effectuent sur la base du tarif horaire appliquée à la famille.

Les couches sont fournies par la crèche. Néanmoins, les parents peuvent les fournir pour des raisons de convenance personnelle, ce qui n'entraînera pas de déduction sur la facture.

CONGÉS

Les périodes de congés doivent être communiqués par les parents par écrit le 10 du mois précédent pour le mois suivant, à la direction de la crèche. En cas de non-respect de ce délai, la structure n'aura pas l'obligation d'accueillir l'enfant. Si en revanche l'enfant est accueilli, cet accueil sera facturé.

Le nombre de congés est annualisé et se découpe comme suit :

- 25 jours congés annuels du personnel crèche / 25 jours de fermeture annuelle de la crèche.
- 25 jours supplémentaires accordés aux familles.
- Toute demande exceptionnelle sera à valider avec la Direction.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Les frais de garde sont payables à réception de la facture au 10 du mois, par chèque à l'ordre de « Trésor public », par espèces, par chèque CESU (uniquement papier) ou par prélèvement.

Les reçus remis chaque mois sont à conserver par les familles, notamment pour les déclarations d'impôts.

Aucun récapitulatif annuel ne sera fourni.

Retard de paiement : tout paiement non effectué avant la date d'échéance fera l'objet de relance sur la facture du mois suivant, puis par courrier recommandé avec accusé réception le cas échéant. Si la somme n'est toujours pas acquittée à la date indiquée sur la lettre de relance, la direction sera dans l'obligation de saisir le Trésor Public.

CALCUL DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE

La participation financière horaire est déterminée en fonction des ressources et de la composition des familles selon le tableau ci-dessous :

Nombre d'enfant	Depuis le 01/01/2022
1 enfant	0.0619 %
2 enfants	0.0516 %
3 enfants	0.0413 %
4 à 7 enfants	0.0310 %
8 à 10 enfants	0.0206 %

- **Pour les familles allocataires :** il est fait application du barème de la Caisse Nationale des Allocations Familiales. Le calcul est fait à partir des données recueillies sur le fichier de la CAF de Haute-Savoie au moyen du système sécurisé Cdap (sur les ressources de l'année N-2).
- **Pour les familles non allocataires :** le calcul est fait dans les mêmes conditions, au moyen des documents fournis par les familles au moment de l'inscription. Les ressources à prendre en compte sont celles figurant sur l'avis d'imposition des ressources de l'année N-2, à la rubrique « total des salaires et assimilés », c'est-à-dire avant déduction forfaitaire de 10% ou de frais réels.
- **Pour les employeurs et les travailleurs indépendants** y compris auto-entrepreneurs, pour un calcul en année N, seront retenus les bénéfices au titre de l'année N-2.
- **Autres cas particuliers** (cf. annexe 1 – Notice Technique)

Le tarif horaire est révisé chaque année au 1er janvier.

Les montants plancher et plafond des ressources sont actualisés par la CNAF au 1er janvier de chaque année. Le montant de ressources plancher à retenir est égal au Rsa socle mensuel garanti à une personne isolée avec un enfant, déduction faite du forfait logement. Ce plancher de ressources est à retenir pour le calcul des participations familiales dans les cas suivants :

- Familles ayant des ressources nulles ou inférieures à ce montant plancher
- Enfants placés en familles d'accueil au titre de l'aide sociale à l'enfance
- Personnes non allocataires ne disposant ni d'avis d'imposition, ni de bulletins de salaires. (cf. annexe 2)

Les familles assurant la charge d'un enfant en situation de handicap bénéficient du tarif immédiatement inférieur, que celui-ci soit accueilli ou non dans la structure, sur présentation d'un justificatif.

Exemple : une famille a 2 enfants dont 1 en situation de handicap ne fréquentant pas la crèche ; le taux d'effort à prendre sera celui correspondant à une famille ayant 3 enfants.

Si la famille n'autorise pas l'accès à son dossier CAF ou si elle ne fournit pas les documents demandés lors de l'élaboration du contrat ou au mois de janvier, le tarif maximum, calculé sur le plafond de revenus fixé par la collectivité lui est appliqué, jusqu'à réception des documents, sans effet rétroactif.

RUPTURE DU CONTRAT

En dehors des situations d'urgence, soumises à l'appréciation de la directrice de l'établissement, les parents sont invités à déclarer leur intention de sortie définitive de l'enfant avec confirmation écrite au moins un mois à l'avance. En cas de départ non signalé à l'établissement dans les délais prévus, les parents seront tenus au paiement d'un mois de préavis.

La commission petite enfance du SIPA pourra décider d'une rupture de contrat sous préavis d'1 mois dans les cas suivants :

- Le non-respect du règlement de fonctionnement
- Le non-respect des horaires de fréquentation engagés par ce contrat
- En cas d'absence non justifiée de 15 jours, soit 10 jours ouvrés
- En cas de déménagement, sur une commune extérieure au territoire du Syndicat Intercommunal du Pays d'Alby ou aux communes conventionnant. Si le déménagement intervient en cours d'année, l'enfant peut être maintenu jusqu'à la fermeture estivale.
- Le non-paiement des factures

ENQUÊTE FILOUE

Principal financeur des EAJE depuis 2013, la Cnaf a mis en place une enquête statistique annuelle FILOUE (Fichier

Localisé des Usagers des Eaje), auprès des gestionnaires d'Eaje.

Cette démarche a pour objectif de suivre les caractéristiques des publics accueillis dans les structures (caractéristiques démographiques des familles, prestations perçues par ces familles, lieu de résidence des familles, articulation avec les autres modes d'accueil...). Ces campagnes statistiques se déroulent annuellement.

La transmission de ces données individuelles anonymisées requiert un accord écrit et signé figurant sur le contrat remis aux familles.

La Cnaf s'engage à respecter toutes les dispositions issues du Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD) du 27 avril 2016 et de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées. A ce titre, la Cnaf s'engage à :

- Ne pas utiliser les données et informations mises à disposition à des fins autres que statistiques ;
- Ne pas communiquer les données collectées dans le cadre de la mise en œuvre de ce TRAITEMENT ;
- Prendre toutes les mesures pour assurer la confidentialité des données lors des opérations de développement et de maintenance du matériel informatique utilisé.

ACCUEIL DE L'ENFANT

A. SANTÉ

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES PRISES POUR L'ACCUEIL D'ENFANTS OU DE PARENT PRÉSENTANT UN HANDICAP OU ATTEINT DE MALADIES CHRONIQUES

La crèche inscrit son action selon l'article du code de l'action sociale et des familles. A ce titre, elle offre avec le concours du référent santé et accueil inclusif, un accueil individualisé et inclusif de chacun des enfants,

Notamment de ceux présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique grâce à un accompagnement spécifique dans le cadre de locaux adaptés. Elle favorise la socialisation des enfants. Au sein de la crèche le référent est la responsable du relais petite enfance, infirmière puéricultrice.

Les missions du référent santé et accueil inclusif sont :

- Informer, sensibiliser la direction et l'équipe, conseiller en matière de santé du jeune enfant et d'accueil inclusif des enfants en situation d'handicap ou atteints de maladie chronique
- Présenter et expliquer les protocoles
- Apporter son concours pour la mise en place des mesures nécessaires à la bonne adaptation, au bien être au bon développement des enfants et au respect de leurs besoin dans la crèche
- Aider et accompagner l'équipe dans la compréhension et la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé (PAI) élaboré par le médecin traitant de l'enfant en accord avec sa famille
- Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels, notamment en matière de recommandations nutritionnelles, d'activités physiques, de sommeil, d'expositions aux écrans et de santé environnementale et veiller à ce que les titulaires de l'autorité parentales ou représentants légaux puissent être associés à ces actions.
- Contribuer aux repérages des enfants en danger où en risque de l'être et à l'information de la direction et des professionnels sur les conduites à tenir dans ces situations
- Contribuer en concertation avec la direction, à l'établissement des protocoles annexés au règlement et veiller à la bonne compréhension par l'équipe
- Procéder avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux à un examen de l'enfant afin d'envisager si nécessaire une orientation médicale

DISPOSITIONS DÉFINIES POUR METTRE EN PLACE UN PAI

Les enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique peuvent être accueillis dès lors que leur handicap n'entraîne pas pour le personnel des contraintes telles qu'il ne puisse plus assurer l'accompagnement des autres enfants.

L'accueil d'un enfant en situation de handicap ou de maladie chronique se prépare avec la famille, le médecin de

L'enfant, le référent Santé et Accueil inclusif, et le personnel de la structure.

Toute allergie ou problème alimentaire doit être accompagné d'un certificat médical et d'un éventuel PAI. L'introduction d'aliments nouveaux est laissée aux soins des parents et sera poursuivie dans la mesure où elle ne pose pas de problème et est bien assimilée par l'enfant.

Un protocole d'accueil individualisé (P.A.I) précise les conditions et les modalités d'accueil de l'enfant. Il définit le cadre :

- D'un accueil adapté à la situation spécifique de l'enfant, en fonction des disponibilités
- D'un accompagnement individualisé réalisé par l'ensemble des professionnels de la

structure d'accueil,

- D'une collaboration avec les parents pour créer un projet individuel
- D'une coopération à l'organisation d'un travail en réseau avec les services de soins extérieurs,
- De l'établissement d'un document précisant les conduites particulières à tenir en lien avec la situation de l'enfant, par le médecin traitant ou un service hospitalier
- D'une évaluation éducative régulière en équipe et en concertation avec la famille, les services de soins spécialisés et le médecin de PMI

Si nécessaire, ce protocole sera proposé aux familles au cours du séjour de l'enfant. Il sera renouvelé et adapté à chaque fois que nécessaire en fonction de l'évolution de l'enfant. Les intervenants extérieurs (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes) pourront procéder à leur prise en charge au sein de la structure. Les soins douloureux ne seront pas prodigués au sein de la crèche afin que ceux-ci soient considérés comme un lieu de plaisir pour le tout petit. Les soins relevant de la compétence de personnes spécialisées, ne pourront pas être prodigués par le personnel de la crèche

Les parents acceptent que la directrice informe l'équipe des éléments nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

DISPOSITIONS DÉFINIES POUR ADMINISTRER DES SOINS OU DES TRAITEMENTS MÉDICAUX À UN ENFANT

Le personnel auprès des enfants pourra administrer des médicaments aux enfants accueillis dès lors qu'elles sont en possession de l'autorisation des parents dûment remplie, accompagnée de l'ordonnance médicale nominative prescrivant le traitement et seulement si cette dernière ne fait pas mention de l'intervention d'un auxiliaire médical. Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance médicale nominative.

LES VACCINS

L'article L3111-2 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 liste de manière exhaustive les vaccins obligatoires pour les enfants. Désormais 11 vaccins sont obligatoires pour entrer en collectivité. Sera exigée des parents, la preuve de la vaccination (copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou certificats de vaccinations) contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type B, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, à méningocoque de type C, la rougeole, les oreillons et la rubéole).

Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, seule une admission provisoire est possible, les parents ayant alors 3 mois pour procéder aux vaccinations. En cas de refus persistant, le responsable de la structure est fondé à exclure l'enfant.

Tout traitement médicamenteux (antibiotique, antipyrétique, anti reflux...) pourra être administré aux enfants sur présentation d'une ordonnance en cours de validité et après accord du responsable de crèche ou de la continuité sanitaire. Les traitements seront pris de préférence au domicile des parents lorsque la posologie le permet. Les prises du matin et du soir sont données à la maison.

MALADIES

En termes de responsabilités et dans l'intérêt de l'enfant, le parent doit signaler tout évènement inhabituel survenu avant son arrivée sur le lieu d'accueil :

- Fièvre, toux, pleurs, insomnies, une chute même « banale » ...
- Prise de médicament (suppositoire, sirop, etc.) en précisant le nom, la posologie, la quantité donnée, ainsi que l'heure de la prise.

Lorsque la responsable de la crèche estime que l'accueil de l'enfant n'est pas compatible avec un

accueil en collectivité, le parent sera contacté et devra venir chercher l'enfant. (Cf. Liste des contre-indications à la crèche et évictions)

En cas d'urgence, l'enfant sera transporté par les Pompiers ou le SMUR

Différents protocoles détaillant :

- Les mesures à prendre dans les situations d'urgence et précisant les conditions et modalités du recours aux services d'aide médicale d'urgence
- Les mesures préventives d'hygiène générale et les mesures d'hygiène renforcées à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie, ou toute autre situation dangereuse pour la santé
- Les modalités de délivrance de soins spécifiques, occasionnels ou réguliers, le cas échéant avec le concours de professionnels médicaux ou para médicaux extérieurs à la structure, sont mis en annexe du règlement.

B. DESCRIPTION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES MOBILISÉES

L'ÉQUIPE ET LES INTERVENANTS

Directrice, infirmière puéricultrice diplômée d'État

La directrice de l'établissement a délégation du gestionnaire pour :

- Assurer la gestion de l'établissement, qu'il s'agisse notamment de l'organisation et de l'animation générale de l'établissement, de l'encadrement et de la répartition des tâches du personnel, des interventions du médecin attaché à l'établissement et du concours d'équipes pluridisciplinaires extérieures
- Assurer toute information sur le fonctionnement de l'établissement
- Présenter l'établissement et son projet éducatif et social aux familles avant l'admission de l'enfant
- Organiser les échanges d'informations entre l'établissement et les familles, au quotidien et à titre individuel pour chaque enfant, ainsi que collectivement et à l'occasion de rencontres associant familles et équipe de l'établissement
- Elle dispose de la collaboration de personnels qualifiés tels que psychologues, éducateur de jeunes enfants, agents administratifs
- Elle est tenue de signaler au directeur de la PMI (Protection maternelle et infantile) tout accident grave survenu dans les locaux de l'établissement ou à l'occasion de son fonctionnement
- Elle doit tenir des dossiers personnels à chaque enfant et un registre de présences journalières qu'il est tenu de présenter lors des visites de contrôle
- Elle est responsable, avec l'équipe, du projet d'établissement ainsi que de sa mise en œuvre. En cas d'absence de la directrice de l'établissement, la responsabilité de la structure est assurée par l'éducatrice de jeunes enfants, titulaire du diplôme d'Etat

1 éducatrices de jeunes enfants

Elle accompagne les jeunes enfants, dans une démarche éducative et sociale globale en lien avec leur famille. En lien avec le projet pédagogique et éducatif de la structure, elle assure des fonctions d'accueil, d'éducation, de prévention et de coordination auprès du jeune enfant. Le positionnement de l'EJE lui confère également une mission d'accompagnement à la parentalité

8 auxiliaires de puériculture (AP)

Elles accueillent enfants et parents.

Leur rôle est d'identifier les besoins de chaque enfant et d'y répondre.

Aider les enfants dans la réalisation des actes de leur vie quotidienne que ce soit l'habillage ou encore la prise des repas.

Elles prodiguent des soins d'hygiène corporelle, et participent à l'entretien des outils de travail.

Elles se préoccupent de la sécurité de l'enfant, de son éveil psychomoteur ainsi que de l'acquisition de son autonomie.

Elle peut mener avec eux des activités d'éveil, des jeux, et les aide à appréhender la vie collective.

2 CAP Petite Enfance ou CAP AEPE (accompagnant éducatif petite enfance)

Elles accueillent enfants et parents.

Leur rôle est d'identifier les besoins de chaque enfant et d'y répondre.

Aider les enfants dans la réalisation des actes de leur vie quotidienne que ce soit l'habillage ou encore la prise des repas.

Elles prodiguent des soins d'hygiène corporelle, et participent à l'entretien des outils de travail.

Elles se préoccupent de la sécurité de l'enfant, de son éveil psychomoteur ainsi que de l'acquisition de son autonomie.

Il ou elle peut mener avec eux des activités d'éveil, des jeux, et les aide à appréhender la vie collective.

2 agents techniques

Elles assurent l'entretien des locaux,

Les travaux de restauration

1 secrétaire

1 Réfèrent « Santé et Accueil Inclusif » :

(Décret n° 2021-1131 du 30 août 2021) Les EAJE s'assurent le concours régulier d'un référent de santé du jeune enfant chargé d'informer, de sensibiliser et de conseiller la direction et l'équipe en matière de santé du jeune enfant et de l'inclusion des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique. Il est précisé que le référent santé, sans se substituer à eux, travaille autant que de besoin avec les professionnels des services de PMI et tous les acteurs locaux en matière de santé et handicap et qu'il peut, avec l'accord des parents, prendre contact avec le médecin traitant de l'enfant. Le projet propose que le référent santé et accueil inclusif de l'établissement soit une infirmière titulaire de diplôme d'état de puériculture ou une infirmière disposant d'une qualification en matière de santé du jeune enfant.

Intervenants extérieurs

Dans un cadre éducatif, la crèche fait appel à des intervenants extérieurs (intervenante musicale ...) et aux parents pour les éventuelles sorties au sein de la structure par exemple.

LA CONTINUITÉ DE DIRECTION

En l'absence de la personne habituellement en charge des fonctions de direction, la continuité de ces fonctions est assurée par l'éducatrice de jeunes enfants en premier temps.

En son absence, notamment aux extrémités de la journée, elle sera assurée par l'auxiliaire de puériculture d'ouverture ou de fermeture selon un planning défini.

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Le fonctionnement harmonieux d'une équipe passe par une réflexion et un projet institutionnel.

Des réunions d'équipe sont organisées très régulièrement, dans chaque groupe d'enfants et aussi avec l'ensemble de l'équipe. Ces réunions de travail permettent de donner du sens au travail de chacun. Des réunions sont organisées sur un rythme mensuel, en dehors des heures d'ouverture de la crèche.

L'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LA FORMATION

Un intervenant extérieur assiste l'équipe dans son analyse de la pratique, dans un respect de confidentialité, à raison de 6h minimum par an. Cette analyse se fait en dehors du temps de présence des enfants et est animée par une personne qui n'appartient pas à l'équipe d'encadrement des enfants et sans lien hiérarchique avec les membres de l'équipe.

Une fois par an au minimum, une journée pédagogique est organisée au sein de la crèche pour l'ensemble du personnel de la structure afin de travailler en équipe autour de thèmes éducatifs afin de préparer la rentrée. Elle se déroule le lundi précédant l'ouverture de la crèche en août.

Les professionnels sont amenés à aller se former tout au long de leur carrière afin d'approfondir et d'ajuster leurs compétences. Ces formations permettent également des partages d'expérience avec d'autres professionnels.

L'ACCUEIL DES STAGIAIRES ET DES APPRENTIS

La structure est amenée à accueillir des stagiaires et apprentis dans le but de les accompagner dans un parcours professionnel. Ils restent sous la responsabilité de la directrice.

C. RÈGLES DE VIE QUOTIDIENNE

LA SÉCURITÉ

Dans l'enceinte de l'établissement, tant que les parents sont présents, ils gardent la responsabilité de leur enfant. Il est donc demandé à ces derniers de ne jamais laisser un enfant seul sur la table à langer, de ne pas laisser un enfant déambuler seul dans la crèche, de surveiller les frères et sœurs aînés afin de ne pas perturber les enfants présents dans la crèche, ni de jouer avec des jeux inadaptés à leur âge.

Par mesure de sécurité, le port de bijoux (colliers, colliers de dentition (ex. collier d'ambre), gourmettes, boucles d'oreilles), le port de foulard, de vêtements avec des cordons (risque d'étranglement), de bretelles, de barrettes et de chouchous par les enfants est interdit. Les jouets personnels et tout objet provenant de l'extérieur de la structure peuvent constituer un danger en collectivité. Il est donc INTERDIT de les apporter au multi-accueil. Le personnel ne pourra être tenu pour responsable de la perte des objets ou en cas d'accident.

Les parents devront veiller à respecter les règles de sécurité de l'établissement (fermeture des portes intérieures et extérieures...). Les personnes autorisées à reprendre l'enfant ont accès aux locaux de vie des enfants, sous réserve des règles d'hygiène et de sécurité : mettre des sur-chaussures, ne pas introduire d'objets dangereux. Une vigilance particulière étant demandée durant les périodes de repos ou d'activités,

Seule une personne majeure pourra récupérer l'enfant. Toute personne (autre que les parents) susceptible de venir chercher un enfant à la crèche doit être munie d'une pièce d'identité. Les parents doivent en informer au préalable le personnel de la structure. Il est rappelé qu'à l'exception des parents ou des personnes habilitées à accompagner et reprendre l'enfant, nul n'est admis à pénétrer dans l'établissement sans autorisation de la directrice de l'établissement.

Les parents sont responsables de l'enfant dès lors qu'ils sont présents à ses côtés. Il en va de même pour les personnes autorisées à accompagner ou reprendre un enfant. Leur responsabilité est également engagée pour tout fait commis par un enfant les accompagnant.

Il est interdit de fumer tant à l'intérieur que dans l'enceinte extérieure de l'établissement.

Pour toute détérioration ou vol de poussettes/ de maxi cosy des familles dans les locaux de l'établissement, la structure ne saurait être tenue pour responsable.

Il n'est pas autorisé de laisser les poussettes devant les évacuations de secours.

LE PREMIER ACCUEIL, L'ADAPTATION, LA FAMILIARISATION

Pour faire connaissance, une période d'adaptation est proposée. Elle permet aux parents de rencontrer les personnes qui vont s'occuper de leur enfant, d'échanger et de communiquer autour de son histoire personnelle et familiale, de ses habitudes de vie, se préparer à la séparation. C'est aussi l'occasion pour l'enfant de découvrir et de se familiariser avec l'équipe, les autres enfants, les lieux, les bruits.

L'équipe propose d'une manière générale une période de 2 semaines, accompagnée par une référente qui fera le lien avec l'équipe. L'intégration à la crèche se fera progressivement, tout d'abord en présence du parent, puis l'enfant tout seul avec des temps de présence de plus en plus longs pour arriver à la journée complète, comme il est stipulé dans le contrat.

La durée de cette période d'adaptation peut varier en fonction de l'enfant. En effet, l'équipe s'adapte à chacun et ce sont les réactions des enfants qui vont guider le professionnel pour déterminer le temps de l'adaptation : si tout se passe bien l'adaptation peut être rapide, au contraire si l'enfant a des difficultés, le temps d'adaptation pourra être allongé afin de lui laisser plus de temps pour s'habituer à ce nouveau lieu...

Pendant toute la durée de l'adaptation il est demandé aux parents ou personnes de confiance, de rester joignable et disponible.

LES CONFLITS ENTRE ENFANTS

La vie en collectivité, la « cohabitation » avec d'autres enfants entraîne parfois des situations d'agressivité : morsures, griffures... La morsure fait partie des étapes de développement de l'enfant. En effet les jeunes enfants découvrent le monde par la bouche. En cas de frustration ou de colère ils ont besoin de décharger un trop plein et leur seul moyen d'expression (tant qu'ils n'ont pas acquis le langage) est leur corps, ils utilisent alors parfois la bouche comme réflexe de protection...

Lors de conflits entre enfants, l'enfant est consolé en lui prodiguant des soins si nécessaire, tout en mettant des mots sur ses émotions. L'enfant auteur du geste est également accompagné en lui rappelant qu'il est interdit de faire mal aux autres. En cas de morsure ou griffure, l'équipe ne diffuse pas aux parents lors des transmissions quel enfant a mordu ou griffé mais elle intervient auprès de chaque enfant sur le moment. Le contexte est transmis : dispute, acte gratuit, défense...

Pour l'enfant qui a mordu, les parents en sont avertis lorsque cela se reproduit plusieurs fois. Non pas pour qu'il soit sanctionné, mais pour qu'il comprenne que ses parents soutiennent le positionnement des professionnels : c'est-à-dire qu'ils lui confirment qu'il est interdit de mordre...

L'ACCUEIL AU QUOTIDIEN, PÉDAGOGIE ET AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE

A l'arrivée, l'enfant aura auparavant pris son petit déjeuner, sa couche aura été changée avant d'arriver, et il sera habillé...prêt pour la journée.

Le parent prendra le temps d'enlever la veste de son enfant et de le déchausser (chaussettes dans leurs chaussures

Les chaussons ne sont pas obligatoires. Cependant si les parents souhaitent que leur enfant en porte comme à la maison, il leur est demandé de bien les identifier par un marquage à leur nom. Compte tenu des activités variées tout au long de la journée, l'équipe professionnelle ne peut être garant du maintien de ces chaussons à leurs pieds le soir ou que ces derniers soient rangés sous

leur porte manteau ou dans leur casier. Les affaires personnelles de l'enfant doivent être identifiées au prénom de l'enfant.

L'ACCUEIL DU MATIN

L'équipe est attentive à la qualité de l'accueil pour permettre à chacun de bien vivre cette séparation. Les transmissions permettent d'établir une continuité entre la maison et la crèche.

Pour les Mini-Pouces

L'accueil se fait directement dans leur salle de jeux afin de leur assurer un temps d'accueil adapté, plus sécurisant pour eux, avec moins d'enfants et de bruits.

Pour les Lutins et Zébulons

L'accueil se fait de 7h30-8h en salle galipette, puis en salle de « Je »

Pour favoriser l'intégration de l'enfant dans son groupe et pour le bon déroulement des activités il est demandé aux parents de respecter une arrivée avant 9h30 pour la section des Zébulons et des Lutins.

Rappel

Les parents peuvent téléphoner dans la journée pour se rassurer et passer une meilleure journée

LE DÉPART

Le temps de transmissions est intégré dans le cadre du contrat horaire défini à l'admission de l'enfant. Les parents ou les personnes dûment autorisées à déposer ou reprendre l'enfant doivent arriver 10 minutes avant la fin de contrat afin de permettre un temps d'échange : moment du repas, temps de sieste (si besoin), temps de jeux, en relatant les bons moments, les anecdotes. Ce temps d'échange avec les parents permet de mieux connaître et comprendre l'enfant pour l'accompagner.

Pour les Mini-Pouces

L'accueil des parents se fera dans leur section, autant que possible.

Pour les Lutins et les Zébulons

Pour veiller au bien-être des enfants, il est demandé aux parents de ne pas venir chercher leur enfant au moment des repas (11h-12h15) (15h30-16h30).

Avant 17h30, les parents sont invités à s'adresser aux référents de la section de leur enfant. Selon les jours et parce que le personnel est moins nombreux, il se peut qu'un professionnel d'une autre section accueille le parent.

A partir de 17h45, les enfants étant moins nombreux, ils seront regroupés dans la salle Galipette pour des jeux libres, en commun, en attendant leurs parents.

D. LE SOIN

L'ALIMENTATION

Les repas à la crèche

A son arrivée le matin, l'enfant doit avoir pris son petit déjeuner ou son premier biberon. Aucun biberon préparé à l'avance ne sera donné à l'enfant par le personnel.

Le déjeuner et le goûter sont fournis par la structure et sont compris dans le tarif. Les repas sont

préparés par une société de restauration. Ils sont livrés en liaison froide et remis en température par le personnel de la crèche.

Nous proposons des régimes normaux, sans viande, sans porc, sans poisson. En dehors de ces régimes, nous instaurerons un PAI, projet d'accueil individualisé validé par le médecin de votre enfant, et notre médecin de crèche

Tous les fromages sont faits à partir de lait pasteurisé.

Pour l'anniversaire des enfants, si les parents souhaitent apporter un gâteau, celui-ci doit être acheté dans le commerce et transmis dans son emballage afin de respecter une traçabilité

Pour les Mini-Pouces

L'allaitement maternel peut être poursuivi avec l'entrée en crèche. Il est aussi possible d'apporter du lait maternel selon un protocole défini (voir protocole allaitement maternel).

Dans ces deux cas, il est demandé aux parents de se rapprocher de l'équipe.

Pour les enfants ayant des biberons de lait maternisé, il est demandé aux parents de fournir les boîtes de lait non ouvertes afin de gérer les dates limites de conservation en fonction de la date d'ouverture qui est de 3 semaines en collectivité. Si la boîte n'est pas terminée, celle-ci est remise à la famille.

La mise en place de la diversification alimentaire se fait progressivement, une fois l'introduction faite à la maison. Les professionnels sont là pour accompagner les parents. Ceux-ci informent régulièrement l'équipe des aliments introduits afin qu'elle puisse les proposer à l'enfant quand ils sont au menu.

Les menus sont affichés avec les purées proposées et également visibles sur le site internet du SIPA. Leur rythme est respecté et le repas est proposé en fonction de l'heure du repas précédant en s'adaptant si besoin.

Pour les Lutins et les Zébulons

Le repas est servi à partir de 11h et le goûter à partir de 15h30, en fonction des sections. Le repas est proposé sur un plateau individuel avec la totalité du menu (de l'entrée au dessert compris). Les enfants gèrent ainsi leur repas dans l'ordre souhaité.

LE SOMMEIL

Le rythme de chacun est respecté. Chaque enfant dort toujours dans le même lit avec selon son habitude, le pouce, les doigts, la sucette ou le doudou. C'est un repère pour lui. Nous ne réveillons pas un enfant qui dors et le réveil se fait de façon échelonnée.

Chez les Mini-Pouces et certains Lutins

Les enfants sont couchés selon leurs besoins (le matin et l'après-midi) dans des lits à barreaux.

Chez les Lutins et les Zébulons

Progressivement les enfants ne font plus qu'une sieste en début d'après-midi (coucher à 12h30).

Les Zébulons dorment sur des couchettes. Les enfants allant se coucher par groupes, un environnement calme est assuré par la présence d'un professionnel dans chaque dortoir.

Le doudou est là pour rassurer l'enfant en l'absence de ses parents.

Il prend tout son sens au sein de la crèche. Il reste toujours visible et accessible dans les pochettes

L'HYGIÈNE ET LES SOINS CORPORELS

Le soin en crèche passe par des temps de change, l'apprentissage de la propreté, l'hygiène du quotidien et la prévention. Les couches sont fournies par la crèche.

Les protocoles d'hygiène sont respectés, et les lavages de nez si l'enfant est encombré sont effectués.

Les parents doivent apporter pour leurs enfants : crème de change (cf protocole) et sérum physiologique

Lorsque les parents ont commencé l'apprentissage de la propreté à la maison, il est proposé l'usage du pot ou les toilettes à l'enfant, sans l'obliger, chacun évoluant à son rythme. Il est important de fournir suffisamment de change. De même une tenue confortable facilite le passage aux toilettes.

Il se peut également que l'enfant à la crèche soit amené à faire comme les copains et qu'il soit plus en avance à la crèche : des discussions ont lieu avec les parents pour échanger à ce propos.

E. LE DÉVELOPPEMENT, LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉVEIL PAR LE JEU ET LES ACTIVITÉS

PROJET ÉDUCATIF

Depuis 2017, un fonctionnement basé sur la libre exploration a été mis en place.

Lors des temps de jeu (matin et fin d'après-midi essentiellement), plusieurs ateliers, en même temps, dans différents espaces qui restent ouverts sont ainsi proposés aux enfants.

Ainsi, l'équipe essaie de répondre au mieux, aux besoins de manipulation et d'expérimentation des enfants. Elle laisse à l'enfant la liberté de choisir, les jeux, activités, espaces qui l'intéressent.

A travers cette libre circulation, il développe ainsi son libre arbitre, son imaginaire et les interactions avec les autres enfants. Il peut jouer seul ou avec d'autres enfants.

Le matin l'accueil se fait dans la salle de « Je » et la salle « Galipette », puis progressivement, en fonction de l'arrivée des enfants et des professionnels, les autres espaces s'ouvrent : couloir, salle Barbouille, cour...

Chez les Mini-Pouces

La découverte du corps et l'éveil des sens sont les principaux centres d'intérêt des enfants dans leur première année.

Les enfants sont installés sur le tapis, nu-pieds, sur le dos. La motricité libre est privilégiée ce qui leur permet ainsi de découvrir et d'expérimenter progressivement, à leur rythme, leurs capacités motrices.

Un enfant n'est pas installé dans une position qu'il n'a pas acquise, notamment la position assise. La présentation des jouets de différentes matières et de différentes formes, favorise ainsi le développement de la motricité fine et du toucher, tout en associant une communication verbale adaptée (paroles et/ou chansons).

LES SORTIES

Seuls pourront sortir, les enfants dont les parents ont signé l'autorisation de sortie.

Sorties courantes à proximité de la crèche

L'autorisation est à signé 1 fois par an lors des nouveaux contrats ou renouvellement de contrat pour la rentrée d'août.

Sorties spécifiques

Concernant les sorties éloignées de la crèche (spectacle, sortie à thème...) une autorisation de sortie sera demandée avant chaque sortie.

Cf. Protocole de sortie en annexe



CHARTRE NATIONALE POUR L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

DIX GRANDS PRINCIPES POUR GRANDIR EN TOUTE CONFIANCE

- 1** Pour grandir sereinement, j'ai besoin que l'on m'accueille quelle que soit ma situation ou celle de ma famille.
- 2** J'avance à mon propre rythme et je développe toutes mes facultés en même temps : pour moi, tout est langage, corps, jeu, expérience. J'ai besoin que l'on me parle, de temps et d'espace pour jouer librement et pour exercer mes multiples capacités.
- 3** Je suis sensible à mon entourage proche et au monde qui s'offre à moi. Je me sens bien accueilli.e quand ma famille est bien accueillie, car mes parents constituent mon point d'origine et mon port d'attache.
- 4** Pour me sentir bien et avoir confiance en moi, j'ai besoin de professionnel.le.s qui encouragent avec bienveillance mon désir d'apprendre, de me socialiser et de découvrir.
- 5** Je développe ma créativité et j'éveille mes sens grâce aux expériences artistiques et culturelles. Je m'ouvre au monde par la richesse des échanges interculturels.
- 6** Le contact réel avec la nature est essentiel à mon développement.
- 7** Fille ou garçon, j'ai besoin que l'on me valorise pour mes qualités personnelles, en dehors de tout stéréotype. Il en va de même pour les professionnel.le.s qui m'accompagnent. C'est aussi grâce à ces femmes et à ces hommes que je construis mon identité.
- 8** J'ai besoin d'évoluer dans un environnement beau, sain et propice à mon éveil.
- 9** Pour que je sois bien traité.e, il est nécessaire que les adultes qui m'entourent soient bien traités. Travailler auprès des tout-petits nécessite des temps pour réfléchir, se documenter et échanger entre collègues et avec d'autres intervenants.
- 10** J'ai besoin que les personnes qui prennent soin de moi soient bien formées et s'intéressent aux spécificités de mon très jeune âge et de ma situation d'enfant qui

NOTICE TECHNIQUE

TARIFICATION DANS LES EAJE

La tarification appliquée aux familles par les Etablissements d'accueil du jeune enfant (Eaje) doit respecter le barème national des participations familiales. Etabli par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), il est appliqué à toutes les familles qui confient régulièrement ou occasionnellement leur enfant à un Eaje bénéficiant de la prestation de service unique, de manière uniforme dans l'ensemble des Caf.

1 Le taux de participations familiales

1.1 Le taux de participations familiales varie selon le nombre d'enfants à charge de la famille

- **La notion d'enfant à charge est celle retenue au sens des prestations familiales**

La famille doit assurer financièrement l'entretien de l'enfant (nourriture, logement, habillement) de façon « effective et permanente » et assumer la responsabilité affective et éducative de leur enfant, qu'il y ait ou non un lien de parenté avec ce dernier. Cet enfant est reconnu à sa charge au sens des prestations légales jusqu'au mois précédant ses vingt ans.

NB : un jeune travaillant et percevant une rémunération mensuelle supérieure à 55 % du Smic horaire brut basé sur 169 heures, soit 932,19 € au 1^{er} janvier 2019, n'est pas considéré à charge.

- **Situation de résidence alternée**

Dans le cas où un enfant en résidence alternée fréquente un établissement d'accueil du jeune enfant, un contrat d'accueil doit être établi pour chacun des parents, en fonction de sa nouvelle situation familiale. En effet, en cas de familles recomposées, les ressources et les enfants du nouveau conjoint sont à prendre en compte.

Dans un souci d'équité de traitement, **les modalités de calcul sont identiques qu'il y ait, ou non, un partage des allocations familiales.** La charge de l'enfant en résidence alternée doit être prise en compte par les deux ménages.

Exemple 1 : L'enfant en résidence alternée est accueilli en Eaje

Le nouveau conjoint de la mère a un enfant. La nouvelle conjointe du père a un enfant. Un contrat d'accueil est établi pour chacun des parents.

Tarifification du père :

- *Ressources à prendre en compte : celles de Monsieur et de sa nouvelle compagne ;*
- *Nombre d'enfants à charge : 2 (l'enfant de la nouvelle union et l'enfant en résidence alternée sont tous deux pris en compte).*

Tarifification de la mère :

- *Ressources à prendre en compte : celles de Madame et de son nouveau compagnon ;*
- *Nombre d'enfants à charge : 2 (l'enfant de la nouvelle union et l'enfant en résidence alternée sont tous deux pris en compte).*

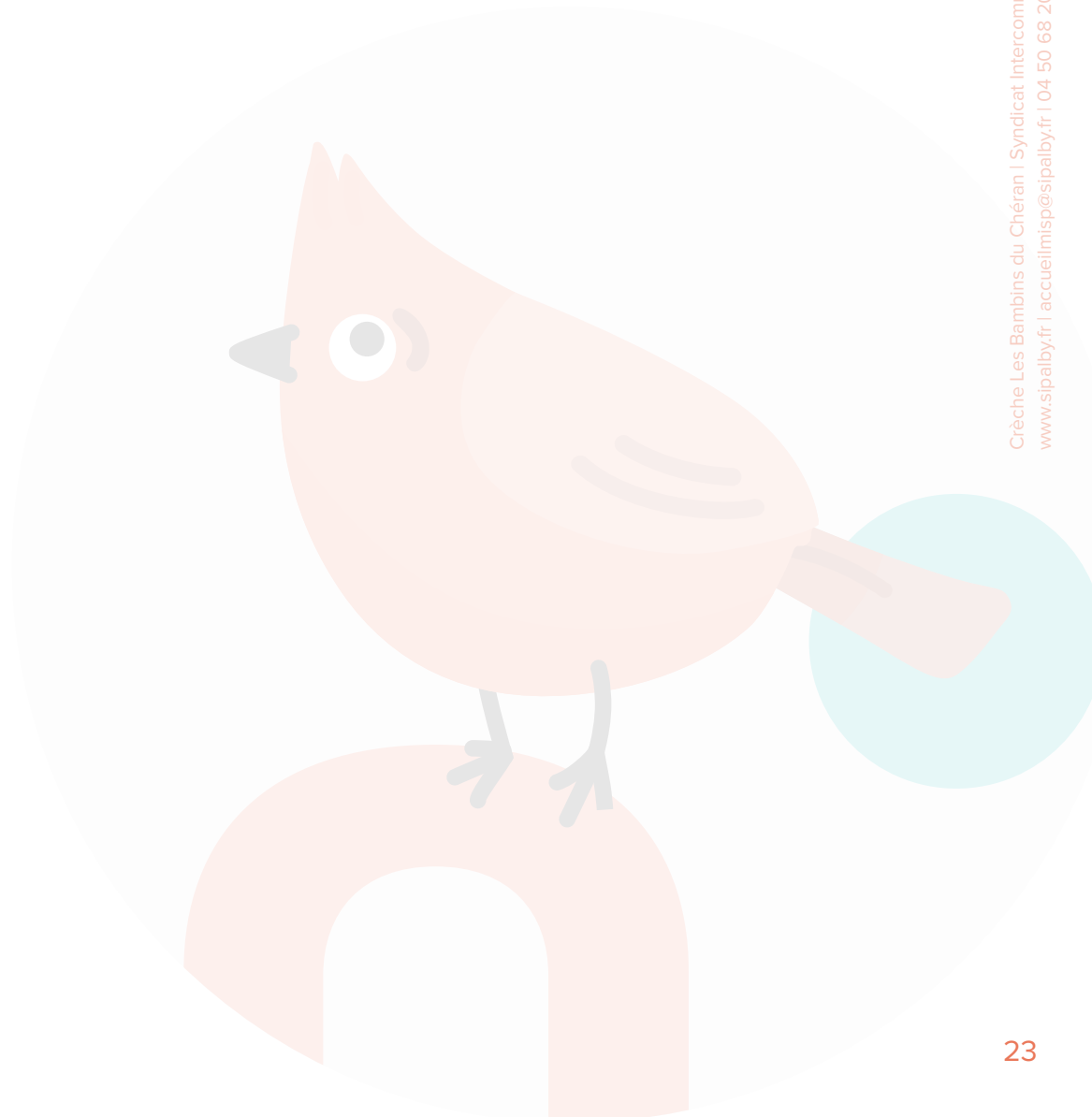


Il arrive que le paiement de cotisations, ou de frais d'adhésion, ou de frais de dossiers soit obligatoire pour fréquenter l'établissement. Ce paiement est toléré quel que soit le statut du gestionnaire mais ne doit pas dépasser 50 € par famille et par an.

Des prestations annexes facturées aux familles sont possibles si elles sont ponctuelles et laissées au libre choix des familles (facultatives), c'est le cas par exemple des photographies individuelles ou collectives.

Ces prestations ne doivent pas contrevenir aux principes généraux de la Psu (universalité, accessibilité à tous, mixité sociale).

Dans ces situations, l'existence de ces tarifications doit être inscrite dans le règlement de fonctionnement afin que toutes les familles et la Caf en aient connaissance.



BARÈME NATIONAL DES PARTICIPATIONS FAMILIALES

La participation financière horaire est déterminée en fonction des ressources et de la composition des familles. Il est fait application du barème de la Caisse Nationale des Allocations Familiales. Le calcul est fait à partir des données recueillies sur le fichier de la CAF de Haute-Savoie au moyen du système sécurisé Cdap, suivant le tableau ci-dessous :

Nombre d'enfant	Du 01/01/2021 au 31/12/2021	Du 01/01/2022 au 31/12/2022
1 enfant	0.0615 %	0.0619 %
2 enfants	0.0512 %	0.0516 %
3 enfants	0.0410 %	0.0413 %
4 à 7 enfants	0.0307 %	0.0310 %
8 à 10 enfants	0.0205 %	0.0206 %

Les revenus mensuels pris en compte sont les revenus imposables avant abattements fiscaux, de l'année N-2. Le tarif horaire est révisé chaque année au 1er janvier.

Les montants plancher et plafond de ressources sont actualisés annuellement par la CNAF au 1er janvier de chaque année.

Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 :

Montant plancher

754.16 €

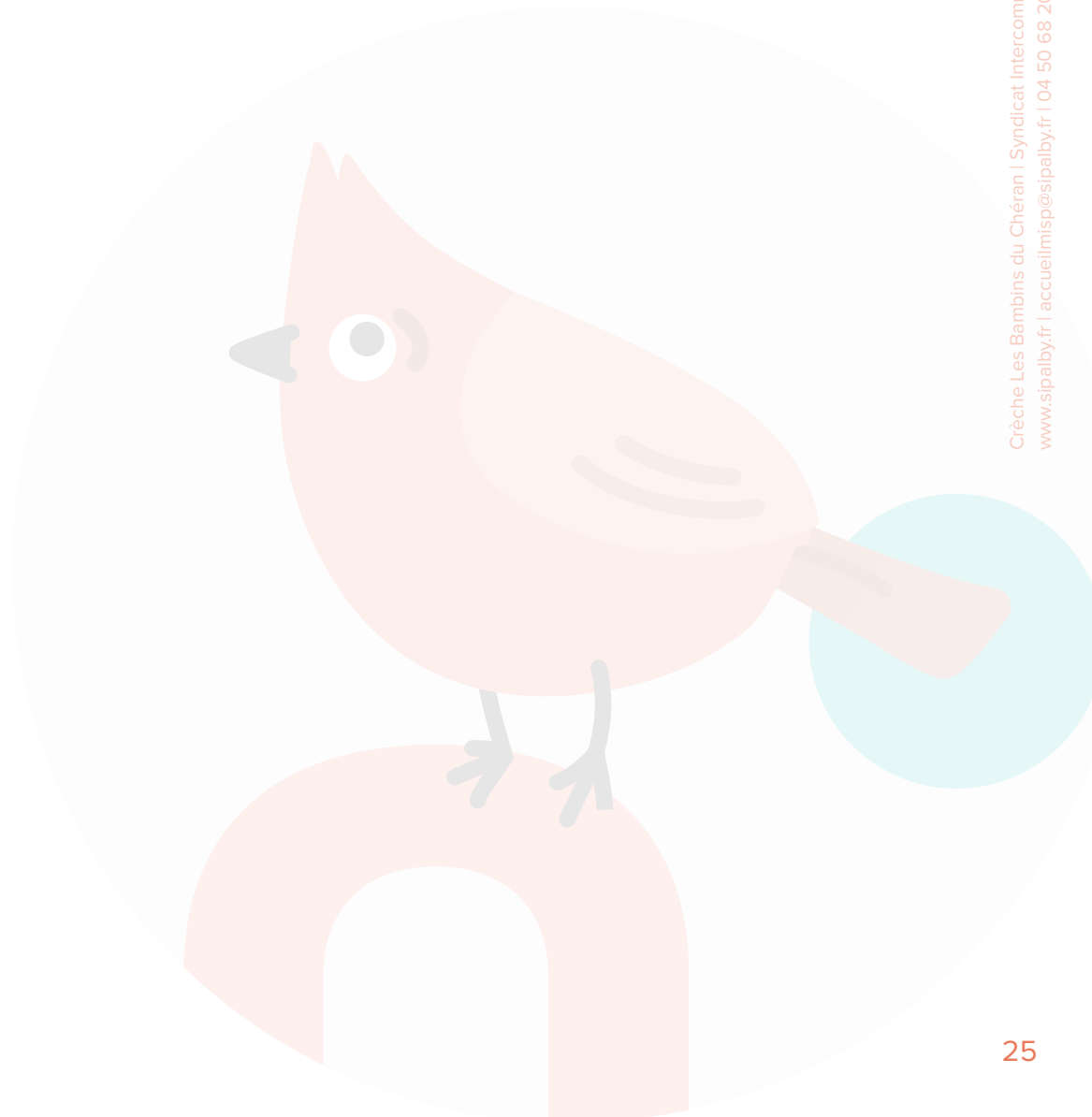
Montant plafond

6000 €

CONSIGNES GÉNÉRALES

Les parents sont invités à accompagner ou aller chercher leur enfant dans l'espace de vie en respectant les consignes suivantes :

- Utiliser les solutions hydroalcooliques pour se désinfecter les mains (à l'extérieur de la crèche ainsi que dans le hall)
- Mettre les sur-chaussures avant d'entrer dans la crèche
- Ne pas apporter des objets potentiellement dangereux pour les enfants (clés...)
- Ne pas entrer s'ils sont malades ou contagieux sans avoir mis un masque
- S'assurer d'avoir fermé les portes derrière leur passage



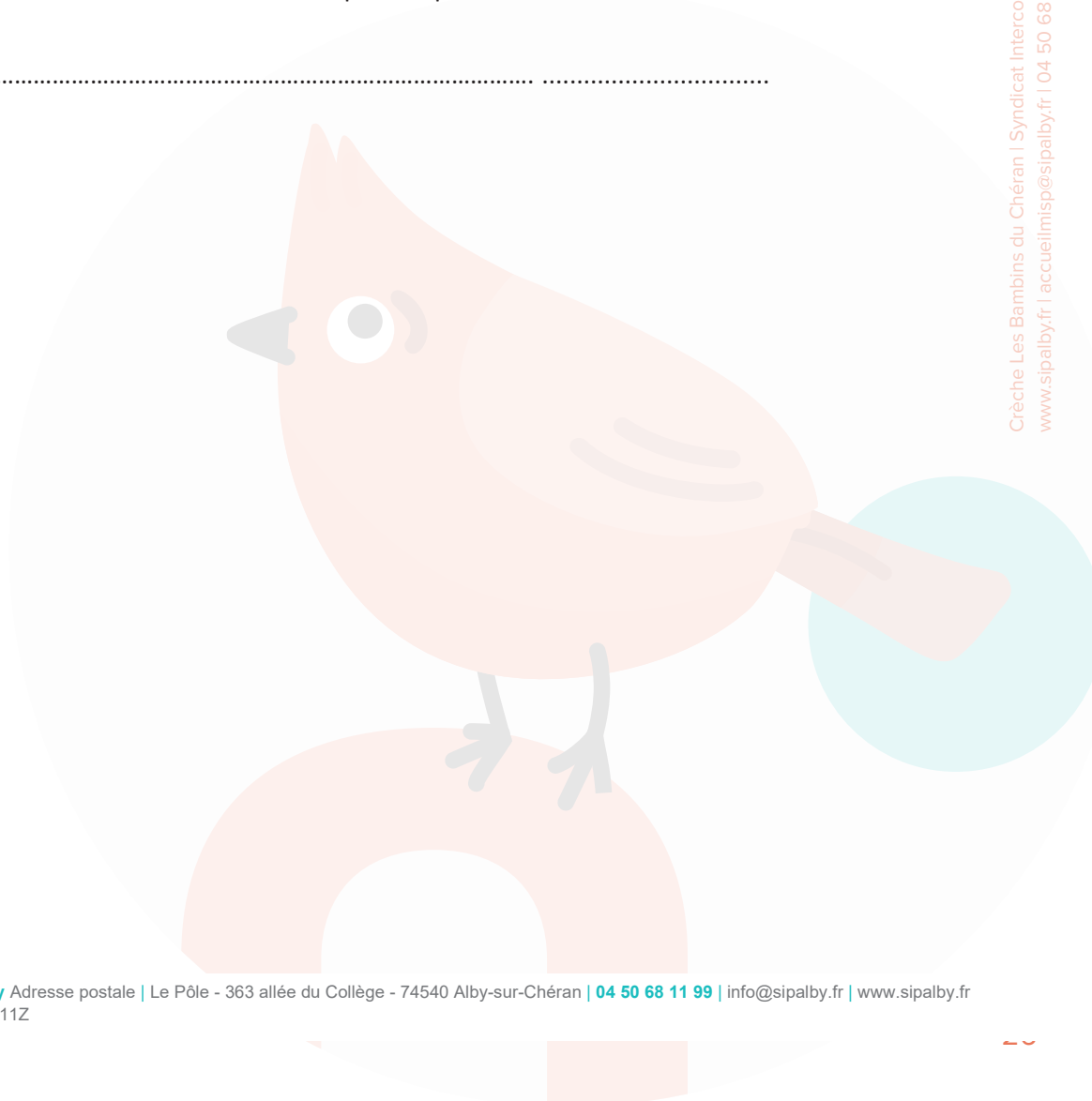
Protocoles suspicion de maltraitance

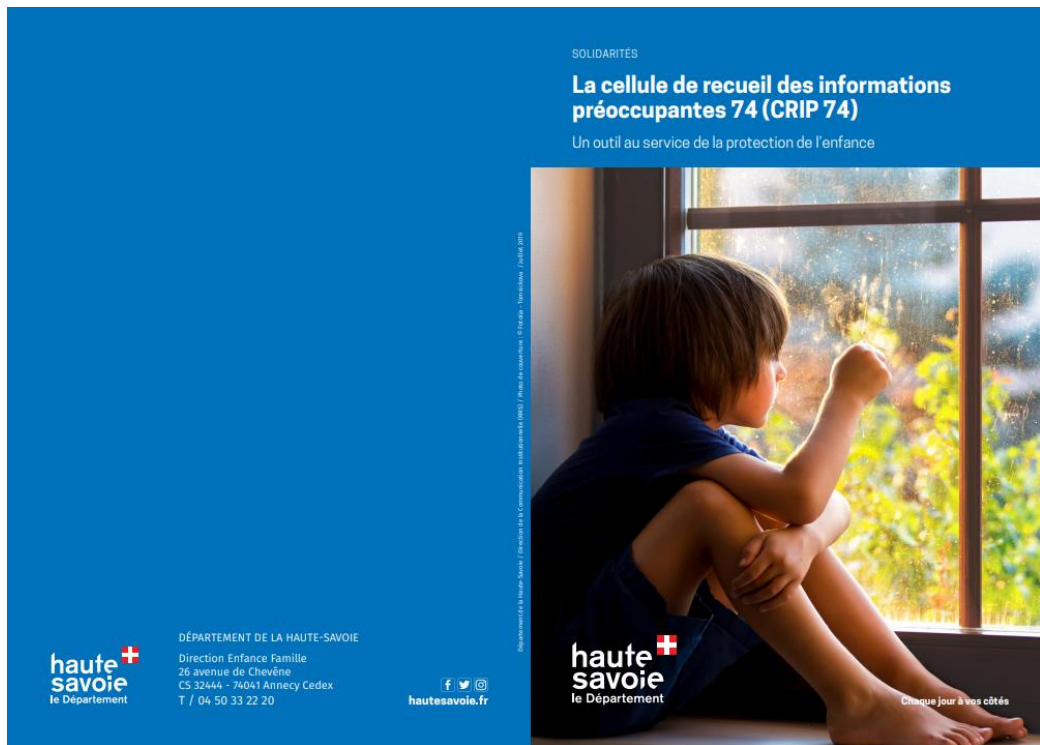
Dépliant du CRIP 74.....

Repérage HAS

Recueil de donnée d'une information préoccupante.....

Le 119.....





La situation d'un mineur vous préoccupe ?

» Adressez-vous à la CRIP 74...

Vous êtes un professionnel et dans le cadre de votre activité, vous avez connaissance de la situation d'un enfant mineur « pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou risque de l'être ou que les conditions de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (art. L.226-1 CASF).

- ▶ Ne restez pas seul avec vos doutes.
- ▶ Dans le respect des procédures internes propres à votre établissement ou service, adressez-vous sans tarder à la :

Cellule de recueil des informations préoccupantes 74
T / 04 50 33 20 33
crip74@hautesavoie.fr

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 17 h 30.
En dehors des heures d'ouverture de la CRIP 74, contacter le n° vert national 119, fonctionnant 24 h/24, avec lequel la CRIP 74 est en lien.



» Pourquoi alerter la CRIP 74 ?

Il s'agit avant tout d'une obligation légale. La loi du 5 mars 2007, relative à la protection de l'enfant, renforcée par la loi du 14 mars 2016, pose le principe de la centralisation, du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes dans chaque département.

La CRIP 74 centralise le recueil des **Informations Préoccupantes (IP)** ce qui permet :

- ▶ d'assurer la convergence de celles-ci en un lieu unique sur le département ;
- ▶ de veiller à ce que toutes les informations préoccupantes soient bien prises en compte ;
- ▶ de garantir leur traitement et leur évaluation.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, le tuteur ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale sont préalablement informés de cette transmission selon des modalités adaptées (art. L. 226-2-1 CASF).

» Quand signaler à l'autorité judiciaire ?

Si vous constatez une situation de danger grave et immédiat (ex : agression sexuelle, maltraitance physique, etc).

- ▶ Vous devez impérativement saisir le Parquet en adressant sans délai un signalement au Procureur de la République auprès du Tribunal de Grande Instance du domicile du mineur.
- ▶ En dehors des jours et heures ouvrables du tribunal, vous devez contacter le commissariat de police ou la gendarmerie en composant le 17. Ceux-ci aviseront le Parquet.

» La CRIP 74 met à votre disposition

- ▶ Conseil et assistance téléphonique aux professionnels.
- ▶ Lieu ressource pour les professionnels ou organismes.

Outils pratiques :

- ▶ Guide à l'usage des professionnels « Enfance en danger ou en risque de danger »
- ▶ Fiche-type de recueil d'information préoccupante afin de vous guider dans la formalisation des informations à transmettre.



Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

Octobre 2014

Mise à jour Juillet 2017



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Messages clés

► Y penser souvent :

- la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
- elle existe dans toutes les classes sociales ;
- il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :
 - le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

Préambule

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1.1). La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

La présente fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être. Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes

; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitements sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : 1. les aspects législatifs et réglementaires ; 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

La situation

► Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

← chez l'enfant :

- la prématurité,
- des troubles du développement et/ou du comportement,
- le handicap ;

← chez les parents :

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
- des violences conjugales,
- des addictions,
- l'isolement social et surtout moral,
- des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

L'anamnèse

► Une maltraitance est à évoquer :

← chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;

← à tout âge devant :

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
- une lésion pour laquelle :

- il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
- l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
- un retard de recours aux soins,
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
- des antécédents d'accidents domestiques répétés,
- une ou plusieurs tentatives de suicide,

des fugues et conduites à risque,

- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
- des faits de maltraitance dans la fratrie.

Des signes physiques

Ecchymoses

► Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Des signes physiques (suite)

Brûlures

► Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ; • brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ; • lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée. **Fractures**

► Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

← chez un nourrisson :

- toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
- à tout âge :
 - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques

particulières à l'imagerie (cf. infra). **Lésions viscérales**

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Des signes de maltraitance psychologique

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Des signes comportementaux de l'entourage

- vis-à-vis de l'enfant :
 - parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
 - ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
 - parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,

- parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;
- ▶ **vis-à-vis des intervenants :**
 - minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
 - dénigrement ou accusation de l'enfant,
 - refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
 - ou attitude d'hyper recours aux soins,
 - attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Que rechercher et comment ?

À l'examen clinique

- ▶ Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :
 - la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
 - l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
 - un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
 - un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
 - une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...) ;
 - une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant

- ▶ Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :
 - les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
 - les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
 - le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
 - l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
 - la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

Au cours de l'entretien avec l'enfant

- ▶ Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :

- débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
- laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordances entre les lésions observées et les explications données.

Que rechercher et comment (suite) ?

À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier

- Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
 - ← chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :
 - fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
 - fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion) ; ← à tout âge :

fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,

- fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux),
- décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
- réactions périostées (par torsion),
- fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde).

Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (outil de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

Décisions possibles pour protéger l'enfant (suite)

En dehors des situations d'urgence

- Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.
- Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.
- La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. **RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005**), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux).

Obligations et risques pour le médecin

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non-professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République (**voir annexe 1.2**)

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de

dénonciation de personne, pas de nom cité (voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 2).

Cas particuliers

Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que, lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille

- En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15 :
 - il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15.

Cas particuliers (suite)

Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

- Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :
 - de procéder à un examen complet de l'enfant dénudé (noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
 - de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entretien si possible mené par le même intervenant et recherchant d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
 - de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
 - d'organiser une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
 - de remplir une fiche d'intervention (lien RBP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
 - d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
 - de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant.

Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.).

Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

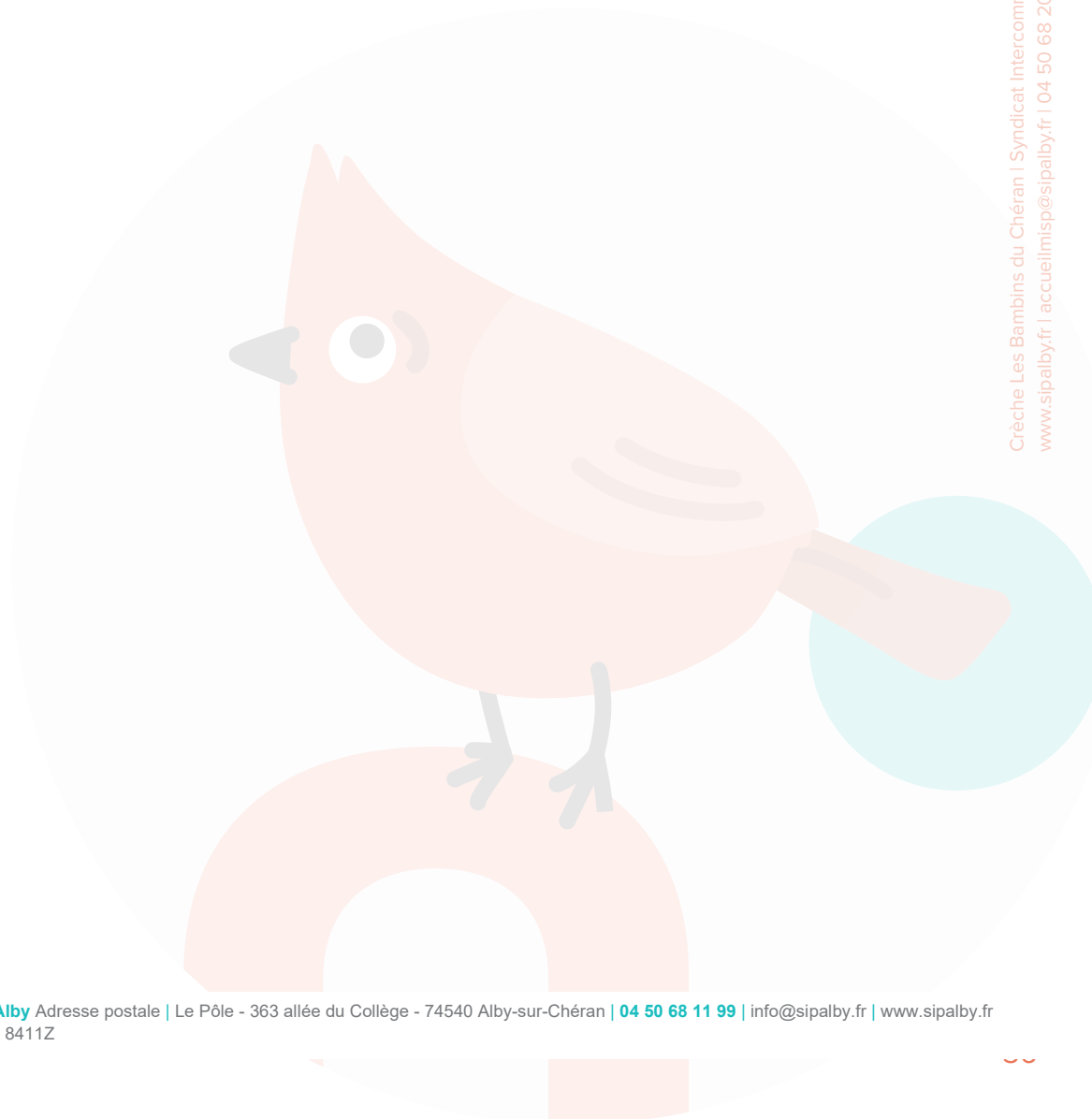
Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (dont l'autopsie).

Établissement du certificat de décès

Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes.

- ▶ Lors de la constatation du décès, compléter un certificat de décès à transmettre à l'état civil :
 - **partie administrative** : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
 - **partie médicale** : mentionner la cause la plus probable du décès.
- ▶ Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.



Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

Signes orientant vers une atteinte neurologique

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plafonnement du regard, évoquant une atteinte grave avec hypertension intracrânienne aiguë, voire un engagement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, souvent catalogués à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

Examen clinique

(complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires).

- Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :
 - association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
 - association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;
 - tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

Anamnèse

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

Conduite à tenir en urgence

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

Maltraitance sexuelle intrafamiliale

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

Le dévoilement du mineur

- Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.
- Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.
- Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou varier dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation. **Signes d'appel**
- Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.
- **Signes généraux** : manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).
- **Signes au niveau de la sphère génito-anale** ← Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.
 - ← Les signes les plus évocateurs sont : les saignements, les pertes génitales ; les irritations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.
- **Comportement du mineur** : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle.
- **Comportement de l'entourage** : être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

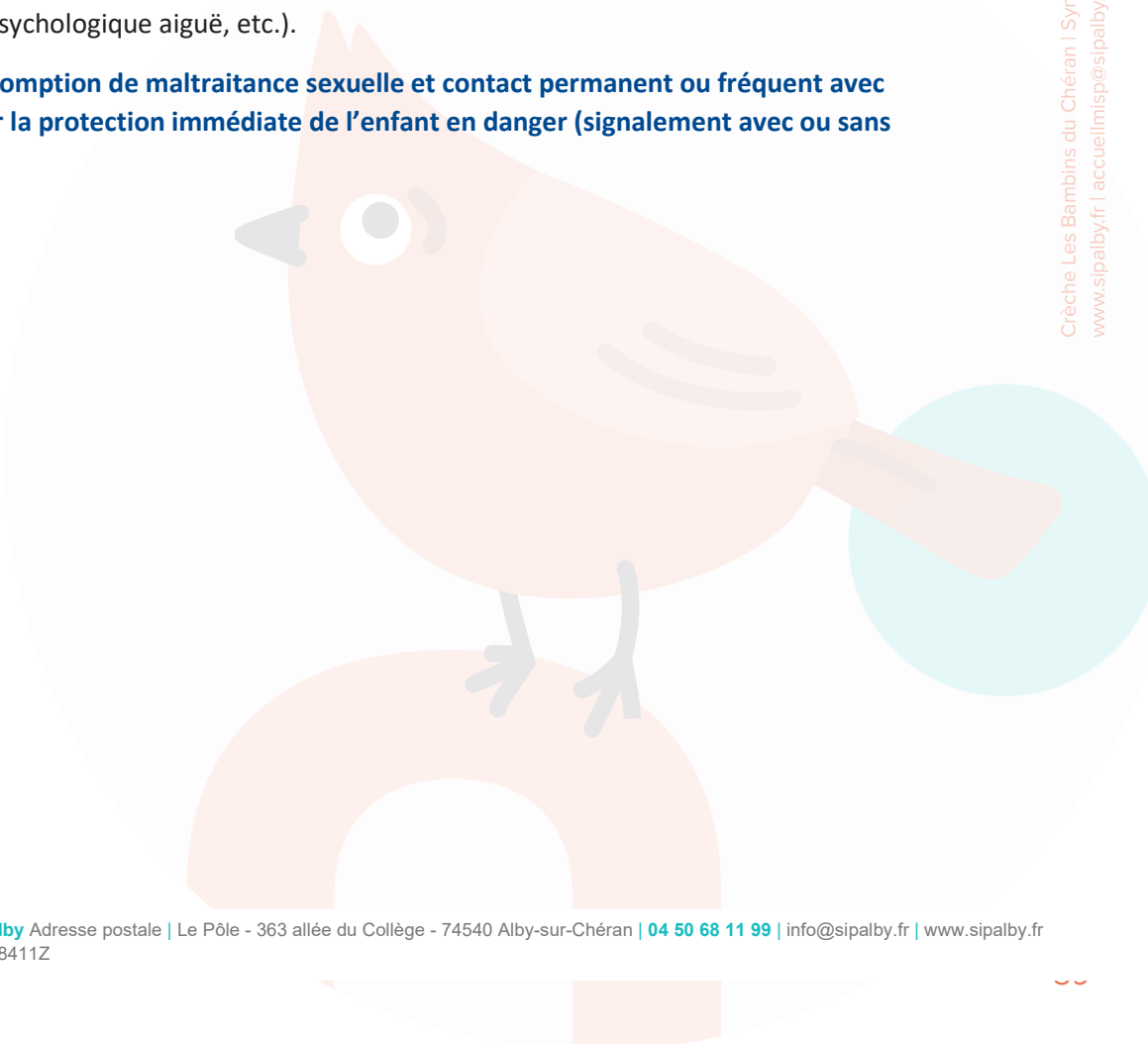
- un syndrome psychotraumatique :

- des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flashback* spontané ou provoqué par des événements, etc.),
 - des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
 - des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;
- et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen physique

- Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.
- L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.
- L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).
- Les situations justifiant un examen en urgence sont :
 - **médico-judiciaires** : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
 - **médico-chirurgicales** : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).



Annexe 1. Aspects législatifs et réglementaires

Annexe 1.1. Article 375 du Code civil

« **Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé** sont en danger, ou si les conditions de son **éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social** sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. »

Annexe 1.2. Cadre juridique du signalement par un professionnel de santé de maltraitance à enfant

La violation du secret professionnel est punie par l'article 226-13 du Code pénal. Toutefois, des dérogations à cet article permettent à des professionnels de santé de signaler les privations et sévices qu'ils ont constatés.

- ▶ **L'article 226-14 du code pénal** permet la révélation d'une information à caractère secret :
 - « 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
 - 2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa
 - profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en
 - mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »
- ▶ **L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles** prévoit que : « [...] les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code [...] ».

Cette information transmise doit être strictement limitée « à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, un professionnel de santé n'encourt d'ailleurs aucune sanction pénale disciplinaire, sur le fondement de la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

- ▶ Par ailleurs, les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale prévoient que :
 - le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage (art. 43) ;
 - lorsqu'un médecin constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, « il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (art. 44).

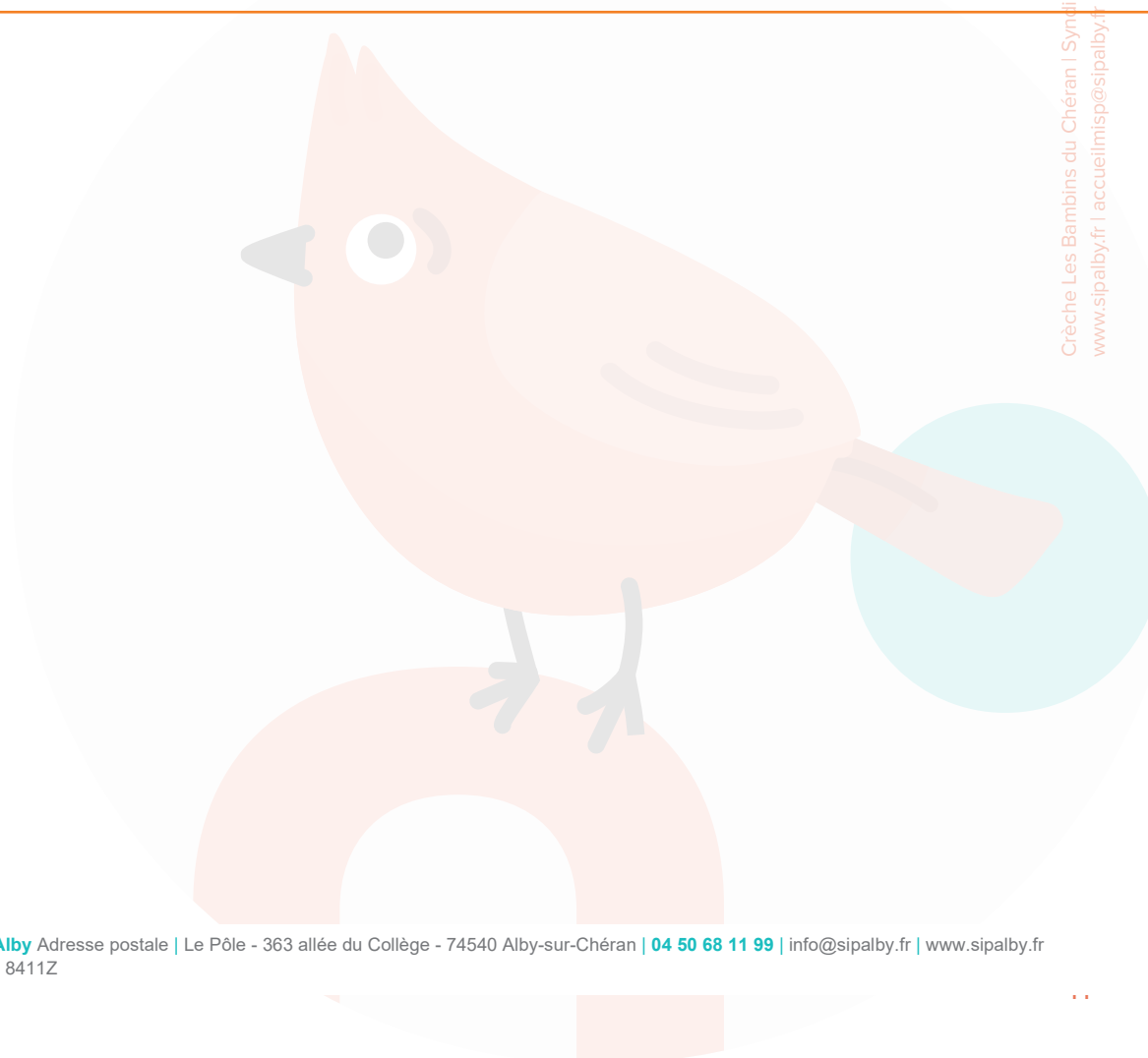
Enfin, un professionnel de santé a une obligation de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

Annexe 2. Modèle type de signalement

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.



Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

← L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les

← coordonnées de la

personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit _____

_____ »

- l'enfant nous a dit que _____

_____ »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

- Oui
- Non

(rayer la mention inutile)

← Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

-
-
-
-

← Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant

Recueil de données d'une IP

FICHE-TYPE DE RECUEIL D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE (IP)

ORGANISME / SERVICE AYANT RECEPTIONNE L'IP	PERSONNE RECEPTRICE DE L'IP	FONCTION
Coordonnées : <i>Adresse :</i> [] <i>Tel. :</i> [] <i>Fax :</i> [] <i>Courriel :</i> []	[]	[]

Date de réception de l'IP : []

Information reçue par : Fax Téléphone Entretien

Originaux à joindre Courrier Courriel Autre

└─ À préciser : []

ORIGINE DE L'IP

Professionnel Non professionnel Elu

└─ Souhaite rester anonyme :

Oui Non

└─ Souhaite savoir si une suite est donnée :

Oui Non

A remplir sauf en cas de demande d'anonymat :

Coordonnées de la personne à l'origine de l'IP (Nom, Prénom, Qualité et Adresse) :

[]

Lien de la personne avec l'enfant et la famille faisant l'objet de l'information préoccupante :

[]

MINEUR(S) CONCERNE(S) PAR L'IP		
Nom et prénom	Age (même approximatif) ou date de naissance	Sexe (préciser F ou G)
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]

LIEU OÙ VIT L'ENFANT (préciser l'adresse) :

[]

Que se passe-t-il lorsqu'on appelle le 119 ?

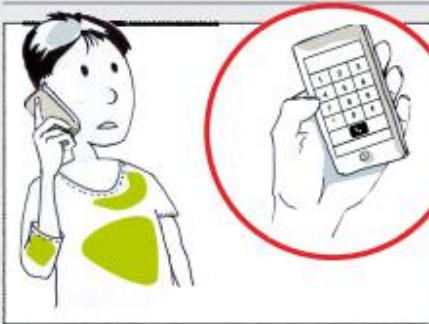




La composition du numéro 119

Le 119 peut être composé 24h/24 et 7j/7 depuis n'importe quel téléphone, fixe, mobile ou cabine téléphonique, en France et dans les DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion).

«J'ai des difficultés et j'aimerais vous en parler»



L'appel arrive au pré-accueil du 119

10 professionnels de la téléphonie ont pour rôle d'accueillir les appelants, de vérifier que leur appel concerne bien les missions du service et les orienter vers un écoutant à même de gérer la situation. Ils sont également chargés de mettre en attente les appelants lors de flux importants d'appels.

«Je te mets en relation avec un écoutant»



Le transfert de l'appel aux écoutants

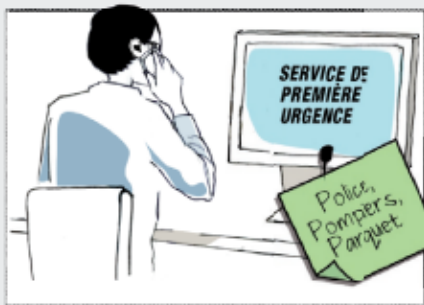
La mission des écoutants, professionnels de l'enfance, est d'apporter aide et conseil aux appelants confrontés à une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être. Pour cela, ils sont à leur écoute afin de recueillir des informations et évaluer la suite à donner. Si l'écoutant ne repère pas d'éléments de danger ou de risque de l'être, il est amené à les conseiller, à les informer, voire à les réorienter vers des services de proximité. Mais, dans certains cas, cela ne suffit pas...

«Ta situation est préoccupante»



Lorsque l'écoutant évalue un danger ou un risque de danger pour un enfant ...

Il rédige un compte-rendu des informations recueillies qui est transmis à un coordonnateur, encadrant chargé de valider l'écrit. Ce dernier le transmet dans les plus brefs délais à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département concerné.



En cas de danger imminent nécessitant une mise à l'abri immédiate du mineur, le SNATED contacte sans délai les services de première urgence pour intervention. Dans ces cas-là aussi, la CRIP est informée.



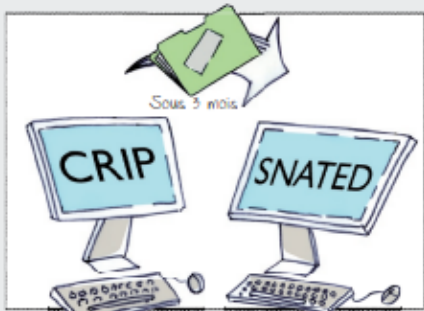
Lorsque le département réceptionne les informations préoccupantes ...

Le responsable de la CRIP va alors les étudier et mobiliser les services compétents aux fins d'évaluation. Plusieurs professionnels (travailleurs sociaux, puéricultrices, médecins de PMI...) peuvent ainsi intervenir auprès de la famille afin de vérifier si le mineur concerné est en danger ou en risque de l'être, et le cas échéant, de proposer l'aide appropriée (suivi de proximité, mesures administratives...). Dans certains cas, l'intervention des services départementaux est suffisante...



Parfois l'Autorité Judiciaire doit intervenir

La CRIP adresse un signalement au Parquet lorsque le mineur est en danger au sens de l'article 375 du Code Civil et que sa famille refuse toute intervention. Le juge des enfants peut alors être saisi et ordonner la mesure appropriée.



Retour d'information sur la situation vers le SNATED

La CRIP est tenue d'informer le SNATED, sous 3 mois, des suites données à chaque situation. Ces données sont analysées et permettent notamment au service d'améliorer la qualité de ses réponses.



Chaque jour, les professionnels du 119 exercent cette mission de prévention et de protection. Votre appel peut aider un enfant en danger...

Alors, n'hésitez pas à nous contacter !

Date : 16/09/2022

Validation du Dr Paillard

Protocoles médicaux

- Hyperthermie.....
- Conjonctivite
- Diarrhée, vomissement et gastro-entérite
- Traumatismes.....
- Plaie.....
- Douleur
- Epistaxis.....
- TIAC.....
- Piqûre d'insecte.....
- Brûlure.....
- Administration de médicaments.....
- Conduite à tenir en cas de forte chaleur.....
- Contre-indication à la fréquentation de la crèche.....

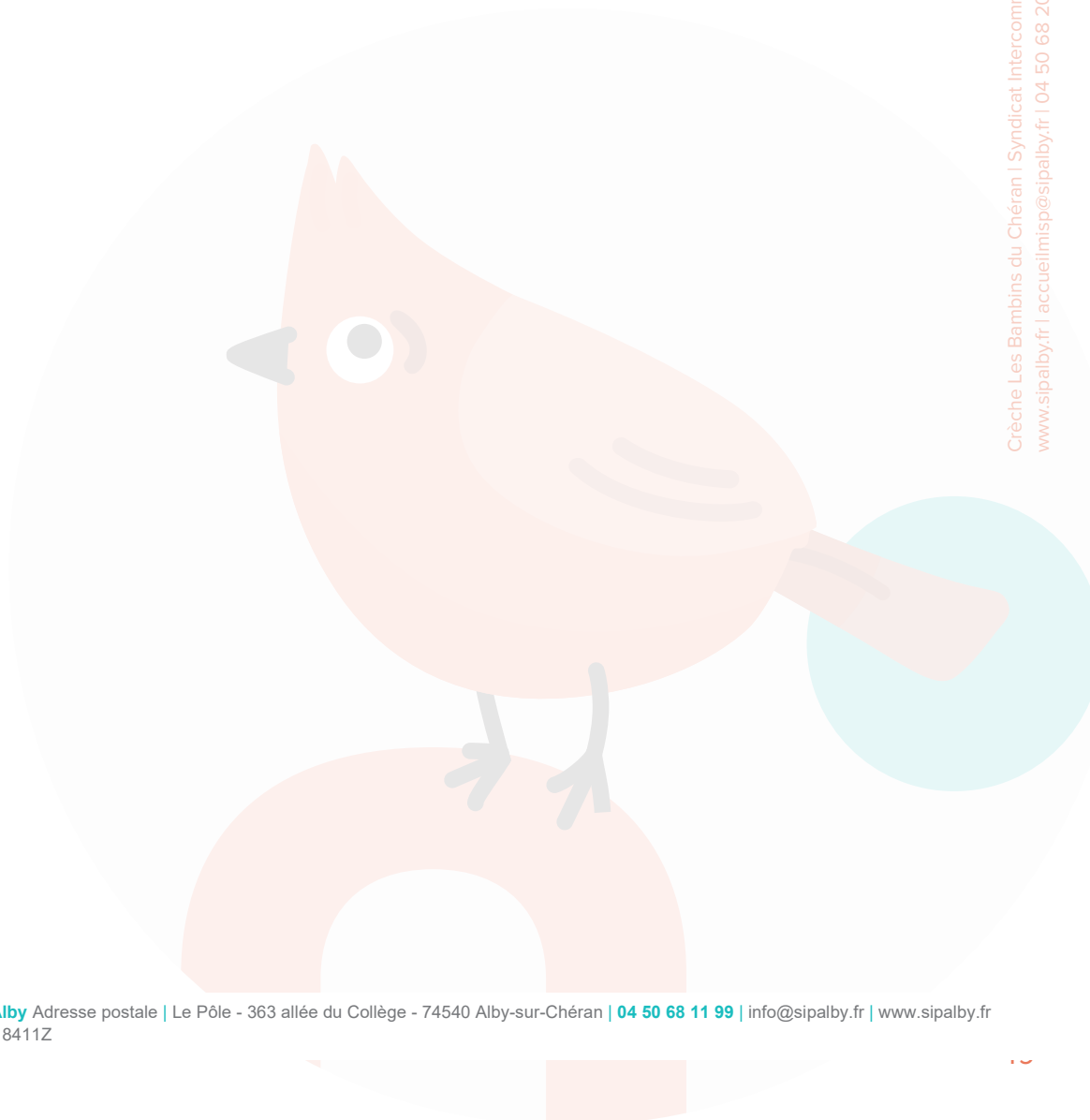
PROTOCOLE MEDICAUX

Médicaments sur protocole.....

Trousse à pharmacie.....

Maladies à éviction obligatoire.....

Maladies à déclaration obligatoire.....



Protocole en cas d'Hyperthermie

La fièvre n'est pas une maladie mais un symptôme. Ce qui est important c'est surtout d'évaluer la tolérance de l'enfant par rapport à ce symptôme.

Conduite à tenir :

Prendre la température

1-Si la température est comprise entre 38°C et 38,5°C :

- ♦ Observer le comportement de l'enfant.
- ♦ Le découvrir
- ♦ Lui proposer régulièrement à boire
- ♦ Le rafraîchir à l'aide d'un gant humide eau à température moyenne, au niveau du visage, de la nuque, des bras et plis de l'aîne (grosses artères)
- ♦ Effectuer une surveillance de la température en fonction de l'évolution du comportement de l'enfant

2-Si la température est égale ou supérieure à 38,5°C :

- ♦ Observer le comportement de l'enfant.
- ♦ Le découvrir
- ♦ Lui proposer régulièrement à boire
- ♦ Le rafraîchir à l'aide d'un gant humide eau à température moyenne, au niveau du visage, de la nuque, des bras et plis de l'aîne (grosses artères)
- ♦ Évaluer si signes associés : vomissement, diarrhée, pâleur, hypotonie, cyanose, tremblements
- ♦ Prévenir les parents et se faire préciser si l'enfant a déjà eu un traitement à la maison et/ou d'éventuels autres signes (un délai de 6h doit être respecté entre chaque prise d'antipyrétique).
- ♦ Peser l'enfant sauf si vous disposez d'une indication de poids datant de moins d'un mois
- ♦ Vérifier la date d'ouverture du flacon de paracétamol (moins de 6 mois)

- ♦ Administrer la dose poids avec une pipette propre (si le poids de l'enfant dépasse 13kg, prendre deux pipettes différentes)

Chez les bébés si pas possible en solution buvable ou en cas de vomissements
PARACETAMOL, suppositoire :

- 1/2 suppositoire de 100 mg entre 3 à 5 kg
- 1 suppositoire à 100 mg entre 5 et 8 Kg
- 1 suppositoire de 150 mg entre 8 à 12 kg
- 1 suppositoire de 200 mg entre 12 et 16 kg

- ♦ Administrer le médicament en mettant l'enfant en position demi-assise ou assise, dans le creux de la joue, en plusieurs fois selon la déglutition de l'enfant
- ♦ Nettoyer la pipette démontée au lave-vaisselle ou à l'eau chaude savonneuse
- ♦ A donner toutes les 4 à 6 heures en fonction du degré de la température sans jamais dépasser 60 mg/kg/ 24 heures, soit 4 prises par 24h : 1 heure après la prise, réévaluer l'état général de l'enfant et ne reprendre la température que si son état s'est aggravé ou ne s'est pas amélioré.
- ♦ Si la température reste élevée, rafraîchir avec le gant de toilette. Si l'enfant frissonne, lorsqu'on le déshabille, lui remettre quelque chose de léger sur les bras.

PARTICULARITES : enfants de moins de 3 mois : seuil température = 38° pour Doliprane et consultation médicale sans délai

Risque :

Le risque de convulsion fébrile concerne 2 à 5 % des enfants de 1 à 5 ans, selon un terrain prédisposé. Elles sont bénignes et de courte durée dans la grande majorité des cas.
En cas de survenue, **appeler le 15** et se référer au protocole « convulsion »

- Prévenir les parents et leur demander de venir chercher l'enfant si la fièvre est supérieure à 38°5 le plus rapidement possible
- Demander aux parents de consulter leur médecin traitant ou pédiatre
- Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
- Assurer des transmissions écrites et orales des actions menées

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard

- ♦ **Conjonctivite bactérienne**
 - Présence de sécrétions purulentes
 - Paupières collées le matin
 - Amas de pus au coin de l'œil
 - Traitement : Collyre antibiotique

- ♦ **Conjonctivite virale**
 - Absence de sécrétions purulentes
 - Photophobie et larmolement important
 - Traitement : Collyre antiseptique

- ♦ **Conjonctivite allergique**
 - Se manifeste sous forme de poussées sous l'effet d'allergènes tels que le pollen, la poussière...
 - Photophobie, larmolement, démangeaisons importantes
 - Traitement : Collyre aux corticoïdes

- ♦ **Conjonctivite traumatique**
 - Présence d'un corps étranger dans l'œil
 - Visite chez l'ophtalmologiste s'impose qui effectuera un lavage de l'œil et prescrira un collyre antiseptique

Lavage des yeux : aussi souvent que nécessaire

- ♦ Se laver les mains avant et après le soin,
- ♦ **Mettre des gants,**
- ♦ Utiliser une seule compresse stérile par passage et par œil, imbibée de sérum physiologique,
- ♦ Nettoyer chaque œil du plus propre au plus sale (de l'extérieur vers l'intérieur)
- ♦ Ne jamais revenir en arrière,
- ♦ Jeter toutes pipettes entamées.

Si l'enfant déclare son écoulement à la crèche, prévenir rapidement les parents afin qu'ils puissent prendre un rdv médical le plus tôt possible

Pour le confort de l'enfant, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée (cf. Guide pratique Collectivités de jeunes enfants et maladies infectieuses : Direction générale de la santé, la Société Française de Pédiatrie et l'Assurance Maladie). Retour de l'enfant après 48h de traitement médicamenteux.

Administration de collyre uniquement sur ordonnance :

- Effectuer un lavage simple des yeux,
- Se référer à l'ordonnance,
- ⚠ · Le collyre n'est valable que 7 à 15 jours après ouverture selon le produit (voir sur emballage).

- Prévenir les parents pour une consultation médicale
- Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
- Assurer des transmissions écrites et orales

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard :

DIARRHÉES, VOMISSEMENTS ET GASTRO-ENTÉRITE AIGÜE

Diarrhée = + 3 selles liquides dans la journée

Complication : déshydratation

Signes de gravité = signes de déshydratation : léthargie (fatigue extrême, faiblesse musculaire), cernes, pli cutané persistant (peau qui ne se relâche pas après pincement) et perte de poids

Conduite à tenir :

- ♦ Observer les vomissements (après une toux, présence de glaires, de sang...) et distinguer avec d'éventuelles régurgitations.
- ♦ **Débuter la réhydratation avec le Soluté de Réhydratation Oral (SRO, reconstitution avec un sachet dilué dans 200 ml d'eau) :**
 - **Si vomissements, donner 15 à 30 ml toutes les 15 à 30 minutes.**
 - **Si diarrhée seule (à partir de la 4^e selle liquide), donner 30 ml après chaque selle liquide.**
- ♦ Proposer l'alimentation habituelle de façon fractionnée, sauf en cas de vomissements répétés : suspendre l'alimentation et n'administrer que le soluté.
- ♦ En cas de diarrhée, favoriser les aliments suivants : riz, carottes cuites, compotes de pomme/coing /banane, viande maigre, jambon dégraissé, poisson cuit à l'eau. Le lait et les laitages ne sont plus supprimés.
- ♦ Surveiller et noter la fréquence et l'aspect des selles (présence de glaires ou de sang) et des vomissements.
- ♦ Vérifier la température (cf. protocole hyperthermie)
- ♦ En cas de suspicion de toxi-infection alimentaire collective (cas groupés, début simultané des symptômes...), se référer au protocole intoxication.
- ♦ Prévenir les parents pour venir chercher leur enfant, si symptômes associés et cas confirmés au sein de la structure pour avis médical.

Mesures prophylactiques

1. Lavage des mains
2. Port de gants
3. Gants de toilettes à usage unique
4. Décontamination systématique des surfaces avec produit désinfectant
5. Linge souillé rincé et mis sous plastique occlusif

Appeler le 15

- ♦ Si l'enfant présente des signes de gravité,
- ♦ Si l'état de conscience est altéré,
- ♦ S'il y a présence de sang dans les selles ou les vomissements,
- ♦ Si les vomissements apparaissent suite à un traumatisme crânien.

Noter

- ♦ La température de l'enfant
- ♦ Le nombre, l'aspect et l'heure des selles
- ♦ L'existence de vomissements
- ♦ L'aspect et le comportement de l'enfant
- ♦ Les signes éventuels de déshydratation

Les signes de déshydratation :

- ♦ Soif intense avec pleurs incessants
- ♦ Cernes sous les yeux
- ♦ Bouches et lèvres sèches
- ♦ Fontanelle plus creusée que d'habitude
- ♦ Teint grisâtre état général ou conscience altérée
- ♦ Perte de poids (entre 5 à 10 % déshydratation importante, supérieure à 10 % déshydratation grave)



Les signes de déshydratation sont majorés lorsque :

- Diarrhées et vomissements associés et importants
- Selles très liquides, présentant peu de matière et très fréquentes
- Fièvre associée
- L'enfant n'arrive plus à s'alimenter et à s'hydrater
- Période de forte chaleur
- Selon l'âge et le poids de base de l'enfant

Prévenir les parents et leur demander de venir chercher leur enfant

Leur conseiller de garder leur enfant à domicile (caractère contagieux et confort de l'enfant)

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard :

Traumatisme crânien

Rechercher une lésion (ecchymose = bleu, bosse, plaie...)

Repérer les signes de gravité, **Alerter le 15 en cas de :**

- ♦ Chute supérieure à 90 cm avant deux ans ou supérieure à 1,5 m après 2 ans
- ♦ Choc violent
- ♦ Nourrisson de moins de 6 mois
- ♦ Perte de connaissance même brève
- ♦ Pâleur persistante
- ♦ Somnolence avec difficultés à stimuler le réveil de l'enfant
- ♦ Changement de comportement (agitation ou apathie inhabituelle)
- ♦ Confusion
- ♦ Maux de tête persistants ou s'aggravant
- ♦ Vomissements répétés ou en jets
- ♦ Faiblesse musculaire d'un bras ou d'une jambe, trouble de la marche
- ♦ Sang qui s'écoule de l'oreille
- ♦ Convulsions
- ♦ Plaie et/ou saignement important
- ♦ Révulsion oculaire
- ♦ Asymétrie des pupilles

Un traumatisme crânien se définit par tout choc reçu à la tête (y compris sur la face), au niveau du crâne, quelle que soit sa violence.

Les complications d'un traumatisme crânien peuvent s'installer progressivement ce qui implique de surveiller l'état général de l'enfant pendant au moins 48h.

CONDUITE A TENIR :

- ♦ Aviser le ou la responsable qui avertira les parents et surveiller l'enfant jusqu'à son départ. Noter l'heure et les circonstances du traumatisme.
- ♦ Eviter de faire dormir l'enfant en cas de traumatisme à la tête afin de pouvoir le surveiller. Donner du DOLIPRANE si l'enfant est douloureux et s'il ne vomit pas. (Sinon prise en suppositoire)
- ♦ Application de froid sur une peau non lésée, maximum 15 mn et en fonction du confort de l'enfant.

Pendant les 2 à 3 semaines après l'accident, alerter le 15 si l'enfant présente :

- ♦ Un comportement inhabituel
- ♦ Une somnolence anormale ou des difficultés à se réveiller
- ♦ Des maux de tête s'aggravant, pouvant s'accompagner de vomissements
- ♦ Des convulsions
- ♦ Des troubles de la marche
- ♦ Une asymétrie des pupilles

Traumatisme sur un membre

- ♦ S'assurer que l'enfant peut bouger la partie atteinte de lui-même (absence de fracture sous-jacente). Prévenir le ou la responsable qui avertira les parents si nécessaire.
- ♦ Refroidir la zone atteinte (poche réfrigérante dans son enveloppe, eau très froide ou glace dans un gant), maximum 20 mn et en fonction du confort de l'enfant.
- ♦ Donner du PARACETAMOL si douleurs

- Prévenir les parents
- Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
- Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :16
/09/2022

Validation du Dr Paillard

- ♦ Rassurer l'enfant
- ♦ Mettre des gants à usage unique
- ♦ Laver la plaie à l'eau et au savon
- ♦ Rechercher un éventuel corps étranger dans la plaie et l'enlever si nécessaire et accessible (gravillons...)
- ♦ Mettre l'antiseptique type Biseptine® avec une compresse stérile
- ♦ Si saignement associé à la plaie : comprimer avec une compresse pendant 5 minutes
- ♦ Protéger la plaie avec un pansement.
- ♦ Prévenir les parents selon la gravité de la plaie et particulièrement en cas de nécessité de points ou de plaie au visage. Les points de sutures sont à réaliser dans les 6 heures au maximum.

Conduite à tenir en cas d'hémorragie, amputation complète ou partielle :

- ♦ Allonger l'enfant
- ♦ Mettre des gants
- ♦ Avec un linge propre, comprimer fortement la plaie
- ♦ **Appeler le 15**
- ♦ Sauf contre-ordre des médecins, ne pas faire de garrot
- ♦ Si amputation placer le membre amputé dans un sachet puis dans un autre rempli de glace

Administer une dose de Paracétamol si douleur
 Prévenir les parents
 Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
 Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :16/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

En cas de douleur observée par l'équipe :

- ♦ L'enfant a eu un traumatisme et se plaint,
- ♦ L'enfant est grognon, se tortille et semble avoir mal au ventre,
- ♦ L'enfant de 6 mois à 1 an bave beaucoup, mordille et geint : douleur dentaire,
- ♦ Autres tableaux douloureux.

Appeler les parents pour les informer et s'assurer de l'heure de la dernière prise de paracétamol

Après accord de la famille : Donner **une dose de Doliprane®** en fonction du poids de l'enfant au maximum une prise toutes les 6 heures (cf. protocole hyperthermie).

Douleur dentaire

Signes :

- ♦ Joues rouges
- ♦ Hyper salivation
- ♦ Irritabilité
- ♦ Diarrhée
- ♦ Érythème fessier
- ♦ Etat subfébrile (autour de 38°)
- ♦ « Mordillage », « Mâchouillage »
- ♦ Sommeil et appétit perturbés

Conduite à tenir :

- ♦ Anneau de dentition réfrigéré

Prévenir les parents
 Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
 Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :16/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

Epistaxis : saignement de nez

- ♦ Mettre des gants à usage unique
- ♦ Faire moucher l'enfant doucement si possible (selon l'âge)
- ♦ Si corps étranger visible, l'enlever si possible, sinon appeler le 15 (procédure 1)
- ♦ L'asseoir tête légèrement penchée vers l'avant
- ♦ Comprimer la narine avec les doigts en dessous de la partie osseuse du nez, de façon continue pendant 10 minutes

Si le saignement ne s'arrête pas : alerter le 15

Informez que nous avons du coalgan® à la crèche (dans le bureau de la directrice)

Utilisation du coalgan® :

- Pencher la tête en avant, se moucher afin d'éliminer les caillots.
- Déchirer le sachet de Coalgan en suivant les pointillés.
- Torsader Coalgan dans le sens de la longueur pour obtenir une mèche compacte (Coalgan peut être imprégné uniquement de sérum physiologique NaCl à 0,9 % pour faciliter son introduction dans la narine).
- Introduire Coalgan. Pincer les deux narines pendant 10 minutes.
- Laisser Coalgan en place au moins 30 minutes et au maximum 24 heures. Utiliser le sachet pour le jeter.

Si le saignement persiste 8 à 15 minutes après l'application de Coalgan, consulter un médecin.

Pour les saignements abondants, préférer Coalgan mèche.

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date : 16/09/2022

Validation du Dr Paillard

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE - TIAC

Définition :

Une Toxi-Infection Alimentaire Collective est définie par l'apparition, au même moment, de troubles digestifs et/ou neurologiques survenant chez au moins 2 personnes (enfants ou adultes) ayant consommé un repas en commun.

Attention à l'évaluation de la TIAC en période d'épidémie de gastro entérite. En cas de TIAC, les enfants présentent des signes similaires dans un même espace-temps à la suite d'un repas.

Les signes :

- ♦ Nausées / vomissements
- ♦ Douleurs abdominales
- ♦ Diarrhée
- ♦ Troubles nerveux : agitation, tremblements
- ♦ Perte de connaissance

Conduite à tenir :

- ♦ Appeler le 15 (procédure 1) si l'état de santé des enfants est inquiétant
- ♦ Alerter le référent santé de la crèche, à défaut le 15
- ♦ **Prévenir les parents pour une consultation médicale en précisant le contexte**
- ♦ Prévenir le fournisseur de repas pour signaler la suspicion de TIAC
- ♦ Prévenir le médecin de PMI et l'ARS (Agence Régionale de Santé)
 - ARS : 04 72 34 74 00
 - ARS N° alerte : 0810 22 42 62

IL EST STRICTEMENT INTERDIT DE LUI DONNER À BOIRE OU A MANGER

Bien garder le reste du produit ingéré et si possible l'emballage et les vomissures.

- Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction
- Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :31/08/2022

Validation du Dr Paillard

PIQÛRE D'INSECTE

La réaction à une piqûre d'insecte est souvent plus importante chez l'enfant que chez l'adulte, car la peau des tout-petits contient plus d'eau, ce qui augmente l'enflure

- ♦ Rassurer l'enfant
- ♦ Retirer le dard si possible (Ne pas presser la peau pour faire sortir le dard (risque de diffusion du venin).)
- ♦ Laver le site de la piqûre avec de l'eau et du savon
- ♦ Mettre de l'antiseptique type Biseptine®
- ♦ Appliquer une poche de froid à l'endroit de la piqûre pour soulager la douleur, maximum 15 minutes.
- ♦ Surveiller la zone de la piqûre : gonflement, induration
- ♦ **Appeler le 15 (procédure 1) :**
 - **En cas d'évolution ou d'apparition de symptômes inhabituels (gêne respiratoire, pâleur anormale, malaise, éruption, hypotonie, œdème ...)**
 - **Si l'enfant présente des piqûres multiples, ou selon la localisation (yeux, bouche)**

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :16/09/2022

Validation du Dr Paillard

BRÛLURE

- ♦ 1^{er} degré : rougeur type « coup de soleil »
- ♦ 2^{ème} degré : bulles / cloques
- ♦ 3^{ème} degré : peau nécrosée insensible

Profondeur de la brûlure ^(1,2)

Catégorie de brûlure	Atteinte	Signes	Cicatrisation
1 ^{er} degré	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte superficielle de l'épiderme 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion érythémateuse • Douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Guérison sans cicatrice en 3 à 6 jours
2 ^{ème} degré superficiel	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction de l'épiderme • Atteinte de la membrane basale 	<ul style="list-style-type: none"> • Phlyctènes à fond rose/rouge • Saignements • Douleurs intenses 	<ul style="list-style-type: none"> • Guérison sans cicatrice en 10 à 15 jours
2 ^{ème} degré profond	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction de l'épiderme et de la membrane basale • Atteinte du derme réticulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Phlyctènes à fond rouge • Zones blanchâtres • Anesthésie partielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Guérison lente en 21 à 35 jours avec cicatrices • Possibilité de greffe
3 ^{ème} degré	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction de l'épiderme et de la membrane basale • Atteinte profonde du derme et parfois de l'hypoderme 	<ul style="list-style-type: none"> • Couleur blanche à noire • Lésions sèches et carbonnées • Perte de sensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Greffe de peau obligatoire

+ Prise en charge ambulatoire
H Prise en charge hospitalière

Couleur de la peau/ Apparence	1 ^{er} degré	2 ^{ème} degré		3 ^{ème} degré
		superficiel	profond	
	<p>Rouge Sèche, sans cloques (comme après un coup de soleil)</p>	<p>Rose-rouge Humide, avec des cloques (qui éclatent ou pas)</p>	<p>Rouge mat avec des points blancs La couche supérieure de la peau a disparu</p>	<p>Beige, brune ou noire parcheminée La peau est complètement détruite</p>

Conduite à tenir :

- ♦ Si l'enfant porte des vêtements en coton sur la partie brûlée : essayer de les retirer doucement
- ♦ S'il s'agit de **vêtements synthétiques** : **ne pas les enlever** et arroser immédiatement d'eau fraîche
- ♦ **Appeler le 15 et en cas de signes de gravité**
- ♦ Placer immédiatement la zone brûlée sous l'eau fraîche (15°), jusqu'à 15 min, à 15cm de la sortie d'eau (à faire ruisseler)
- ♦ Couvrir la brûlure avec des compresses stériles humides ou un linge propre et mouillé (rien de plus) si cela est supportable pour l'enfant
 - Evaluer la gravité de la brûlure
 - Allonger l'enfant
- ♦ Administrer une dose de paracétamol

Critères de gravité : ils sont définis en fonction de l'étendue de la brûlure et de sa localisation

- ♦ Superficie supérieure à 10% de la surface corporelle pour un enfant et supérieure à 5 % chez un nourrisson (1%=taille de la paume de la main de l'enfant ou du nourrisson)
- ♦ Orifice naturel (bouche, nez, oreille), organes génitaux, pieds et mains, face et cou
- ♦ Brûlure circulaire (autour d'1/doigt)
- ♦ Présence de phlyctènes (cloques) ou peau blanche

Ingestion de produit chimique

- ♦ Prendre la bouteille ou flacon contenant le produit afin de pouvoir renseigner les secours sur ce que la victime a avalé.
- ♦ Appeler immédiatement le 15 ou le centre anti poison 04.72.11.69.11
- ♦ Suivre les consignes

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :16/09/2022

Validation du Dr Paillard

Protocole d'administration de médicaments

Les traitements médicamenteux sont donnés **prioritairement** au domicile de l'enfant matin et soir, exceptionnellement à midi.

Les traitements homéopathiques, non contraignants pour l'équipe dans leur administration sont possibles, sur ordonnance (pas d'administration toutes les 2 heures par exemple.)

**Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance
Le traitement sera obligatoirement débuté par les parents**

Conduite à tenir

- ✦ Informer la responsable
- ✦ Vérifier le nom et prénom de l'enfant, la date de l'ordonnance (est-elle encore valide), la posologie, la durée du traitement et la date de péremption du médicament
- ✦ Mettre le nom et prénom complet de l'enfant sur la boîte et la date d'ouverture du flacon
- ✦ Remplir la fiche de traitement nominative
- ✦ Ranger le médicament dans la salle de change ou dans le réfrigérateur
- ✦ Expliquer et faire participer l'enfant à la prise du médicament
- ✦ Noter sur la feuille de transmission de l'enfant : l'heure, la dose, le nom de la personne qui a donné le médicament.
- ✦ Ranger le médicament hors de la portée des enfants

Autant que possible les médicaments ne doivent pas faire des Allers/Retours entre la crèche et la maison.



Noter l'identité de l'enfant et la date d'ouverture sur la boîte/flacons...

Pour l'administration :

- Prendre la feuille de traitement pour vérifier la posologie, la date, les modalités d'administration.



Règles des 5 B

Pour sécuriser l'administration des médicaments, utilisation de :

- **La règle des 5 B**



Une fois le traitement donné, remplir la fiche de surveillance de traitement sans oublier de mettre le nom de la personne qui a donné le traitement
La feuille de traitement fait office de registre de soins

Conduite à tenir en cas de forte chaleur

Les nourrissons et les jeunes enfants se déshydratent très rapidement. Les mesures préventives sont :

1. Concernant les locaux :

L'objectif prioritaire est d'accueillir les enfants dans des lieux les plus frais possible.

- ♦ Adapter le lieu pour que les conditions de travail soient confortables en période de canicule pour les salariés.
- ♦ Aérer très tôt le matin ou en soirée.
- ♦ Faire des courants d'air afin d'aérer et de renouveler l'air (très tôt ou très tard).
- ♦ Fermer les volets et les fenêtres des façades exposées au soleil.
- ♦ Mettre la climatisation (maximum 5°C en dessous de la température extérieure) et veiller à maintenir les ouvertures des pièces fermées.

2. Concernant les enfants :

- ♦ Proposer à boire régulièrement des boissons fraîches (biberons, verres à bec).
- ♦ Proposer une alimentation plus riche en fruits, crudités, repas froids.
- ♦ Déshabiller les enfants, laisser les bébés en couches.
- ♦ Rafraîchir ou brumiser les mains et les avant-bras sous l'eau froide, le visage avec un gant - Penser aux jeux d'eau (vigilance au sol glissant).
- ♦ Sortir en dehors des heures de forte chaleur, de préférence le matin.
- ♦ Vêtir l'enfant légèrement avec des vêtements amples, couleurs claires, chapeau.
 - ♦ **Si l'enfant ne garde pas le chapeau, proposer des activités en intérieur.**
- ♦ Protéger avec de la crème solaire : écran total 50+
- ♦ Privilégier l'ombre.

3. Concernant la mise en œuvre :

- Préventive en avril :
 - Procédure d'organisation / la structure.
 - Préparation communication aux familles et aux équipes.
 - Faire vérifier la climatisation (contrat entretien).
- Si canicule annoncée :
 - Communiquer la mise en œuvre au personnel et aux parents + rappel des conduites à tenir.
- Si canicule avérée :
 - Pas de confinement.
 - Mise en œuvre de jeux d'eau et brumisateurs.
 - Evaluation de la température des locaux.
 - Surveillance renforcée des enfants (signes d'appel).

4. Les signes qui doivent alarmer :

- Les premiers symptômes d'une insolation :
 - ✦ Pâleur ou rougeur.
 - ✦ Troubles digestifs : vomissements, nausées, diarrhées.
 - ✦ Fièvre.
 - ✦ Somnolence ou agitation inhabituelle.
 - ✦ Soif intense.



Appel des parents dès que l'enfant présente un des symptômes cités ci-dessus pour qu'ils viennent chercher leur enfant.

Les signes de gravité :

- ✦ Troubles de la conscience, convulsions.
- ✦ Impossibilité de boire.
- ✦ Fièvre supérieure à 40°C.
- ✦ Rougeur ou pâleur importante.
- ✦ Respiration rapide.

Dans ces cas-là, appeler le SAMU 15 ou 112

Conduite à tenir :

- ✦ Mettre l'enfant dans une pièce fraîche.
- ✦ Donner à boire rapidement par petites quantités et rafraîchir avec un gant froid ou le brumisateur.
- ✦ Contrôler la température et faire baisser la fièvre si nécessaire (Voir protocole fièvre).
- ✦ Avertir les parents.

Date :16/09/2022

Validation du Dr Paillard

Contre-indications à la fréquentation de la crèche

Pour certaines pathologies ne nécessitant pas l'éviction, la fréquentation de la collectivité est **déconseillée à la phase aiguë de la maladie.**

En cas de symptômes et pathologies suivants, ***l'enfant ne pourra être accueilli en crèche et devra consulter un médecin :***

Maladies	Conduite à tenir	Retour à la crèche
Maladies éruptives (à boutons)	Avis médical, la fréquentation de la collectivité en phases aiguë est contre indiqué	Certificat médical « apte à la vie en collectivité » Votre enfant n'a pas d'altération d'état générale.
Hyperthermie	Enfant fébrile et avec état général altéré est contre indiqué en collectivité	Enfant avec état général compatible à la vie en collectivité et n'a plus de température
Vomissement/Diarrhée	Contre indiqué en collectivité	L'enfant ne vomit plus et ces selles sont normales ou molles
Toux fébrile et dyspnéique	Avis médical, la fréquentation de la collectivité en phase aiguë est contre indiqué	
Larmolement accompagné d'écoulement purulent	Avis médical, la fréquentation de la collectivité en phases aiguë est contre indiqué	Certificat médical de non contagiosité quand la conjonctivite est écartée Si conjonctivite : 48h après le début du traitement
Poux lentes	Contre-indication à la collectivité Faire shampoing anti poux et lentes + peigne	Après le premier shampoing anti poux et lentes + peigne Disparition des poux et des lentes vivantes

Cette décision est du ressort de la responsable de la crèche (ou de l'éducatrice) et **est conditionnée par le confort de l'enfant**, notamment si les symptômes sont sévères.

Si une enfant fréquentant la structure (ou un membre de sa famille) déclare une maladie contagieuse, les parents doivent en informer la directrice afin que toutes les dispositions nécessaires soient prises. L'information est diffusée aux autres familles par l'intermédiaire d'un message mail et par affichage. Le plan de nettoyage des locaux est renforcé.

En cas d'épidémie, des dispositions plus importantes sont prises qui suivent les préconisations des autorités de santé. Une éviction pourra alors être nécessaire si la maladie relève d'une crise sanitaire.

Date :16/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

Liste des médicaments sur protocole

Sérum physiologique : nettoyage des yeux et lavage du nez (fourni par les parents)

Doliprane en sirop/suppositoires : en cas d'hyperthermie ou douleur (protocole)

Soluté de Réhydratation orale : en cas de diarrhée (protocole)

Biseptine : pour désinfecter les plaies (protocole)

Coalgan : pour les saignements de nez

Pommades conventionnées : pour les érythèmes (fourni par les parents)

Date :16/09/2022

Validation du Dr Paillard

PROTOCOLE MEDICAU

La trousse à pharmacie

- + Doliprane en sirop
- + Doliprane en suppositoire – 100 mg :3/8kg et 150 mg : 8/12kg 200 mg : 11/25kg
- + Bépanthèn®
- + Antiseptique : Biseptine®
- + Sérum physiologique
- + Coalgan (mèches hémostatiques)
- + Sachets de soluté de réhydratation
- + Pansements non imprégnés
- + Sparadrap (Micropore)
- + Compresse stériles
- + Gants à usage unique
- + Pince à écharde
- + Thermomètre
- + Crème solaire
- + Poche rafraichissante

Date :16/09/2022

Validation du Dr Paillard

Liste des maladies à évictions

La crèche applique les évictions prévues dans « le guide pratique : collectivités de jeunes enfants et maladies infectieuses » édité par la caisse d'assurance maladie, le ministère de la santé et la société française de pédiatrie.

- ♦ L'éviction de la collectivité est une obligation réglementaire pour les pathologies suivantes :
- ♦ Angine à streptocoque
- ♦ Coqueluche
- ♦ Hépatite A
- ♦ Impétigo
- ♦ Infections invasives à méningocoques
- ♦ Oreillons
- ♦ Rougeole
- ♦ Scarlatine
- ♦ Tuberculose
- ♦ Gastro-entérite à escherichia coli et à shigelles

La collectivité a ajouté également les maladies épidémiques relevant d'une crise sanitaire (**Covid-19**).

Pour certaines pathologies ne nécessitant pas l'éviction, la fréquentation de la collectivité est déconseillée à la phase aiguë de la maladie.

Date :16/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

Maladies à déclaration obligatoire

Liste des maladies que l'on peut rencontrer en crèche :

- Méningite à méningocoque
- Rougeole
- Tuberculose
- Hépatite A et B
- Voir en annexe la liste exhaustive
- Toxi-Infection Alimentaire (TIAC) cf protocole joint

Conduite à tenir :

- Si suspicion : faire consulter et prendre connaissance du diagnostic
- Si diagnostic : Maladie à Déclaration Obligatoire faite par un médecin :
 - ✓ S'assurer de son signalement à l'ARS
 - ✓ Prendre contact avec l'ARS pour mettre en œuvre l'alerte et le dépistage des enfants en contact en lien avec la PMI et le médecin de crèche

Agence Régionale de Santé : Numéro d'alerte = 0810-22-42-62

Numéro ARS Rhône-Alpes-Auvergne : 04-72-34-74-00

Pour aller plus loin :

- InVS : Institut de veille sanitaire : www.invs.sante.fr
- ARS : www.ars.fr

Date : 16/09/2022

Validation du Dr Paillard

Protocoles de situation d'urgence

Protocole d'appel en cas d'urgence médicale.....

Convulsion

Détresse respiratoire

Etouffement par un corps étranger chez le bébé et l'enfant

Gestes de premiers secours / Arrêt cardio-respiratoire.....

Position latérale de sécurité



Protocole en cas d'urgence médicale

Composer le 15 ou le 112

Renseignement à donner dans l'ordre suivant :

- ♦ Je m'appelle :
- Je travaille à la crèche « Les Bambins du Chéran »
- ♦ L'adresse exacte de la crèche :
 - 118, route de Plaimpalais 74540 ALBY SUR CHERAN
 - On peut accéder directement par la porte qui se situe au niveau du parking de l'église
- ♦ Le numéro de téléphone est le : 04.50.68.20.96
- ♦ Je vous appelle au sujet de l'enfant :
 -
 - Son âge :
 - Ces signes :
- ♦ A la crèche on a du doliprane

Répondre au mieux aux questions du SMUR notamment, préciser heure de début des symptômes et heure d'administration des médicaments.

ATTENTION ! Ne raccrocher que lorsque le REGULATEUR vous l'indique
(Bien raccrocher le combiné)

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard

CRISE CONVULSIVE

Signes d'appel :

Une crise convulsive peut se manifester de différentes manières :

- ♦ Hypotonie, absence, regard vague
- ♦ Teint pâle, cyanosé
- ♦ Mouvements anormaux à type de contractions musculaires involontaires, secousses
- ♦ Raideur
- ♦ Révulsion oculaire
- ♦ Salivation
- ♦ Perte de connaissance brutale

Conduite à tenir :

- ♦ Protéger l'enfant pour éviter qu'il ne se blesse, au sol, en écartant tout objet, tout en éloignant les autres enfants
- ♦ Appeler le 15 dès que possible et suivre les consignes (suivre le P.A.I de l'enfant s'il en a un)
- ♦ Une personne reste auprès de l'enfant
- ♦ Noter l'heure de début et de fin des convulsions
- ♦ Ne rien introduire dans sa bouche
- ♦ Après la crise :
 - Le mettre en position latérale de sécurité (PLS), pour éviter une inhalation en cas de vomissements.
 - Prendre la température : si fièvre supérieure ou égale à 38°C, le déshabiller, lui administrer du paracétamol en suppositoire

Signes après la crise :

- Hypotonie
- Fatigue, somnolence

Risques :

- Crise convulsive avant 1an et surtout avant 6 mois (risque de méningite)
- Durée de la crise
- Cause de la crise

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard :

DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Définition :

La détresse respiratoire traduit l'incapacité du poumon à fonctionner correctement

La conduite à tenir :

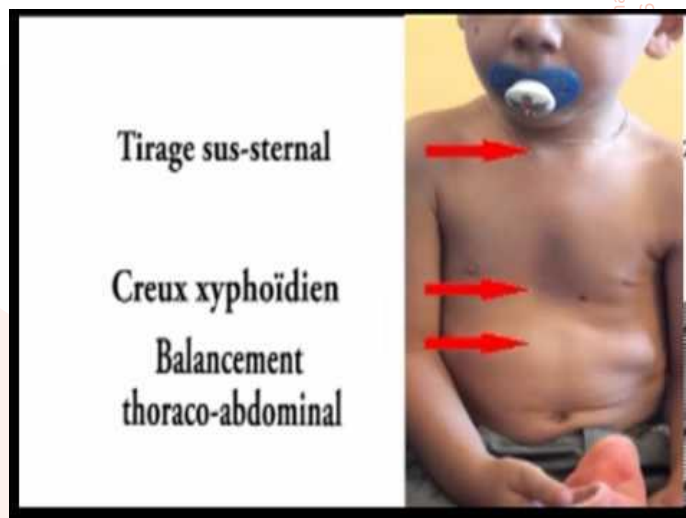
- ♦ **Assurer la libération des voies aériennes :** effectuer un lavage de nez si encombrement nasal ou demander à l'enfant de se moucher s'il en est capable
- ♦ Installer l'enfant en **position demi-assise (ne pas l'allonger)**, au calme
- ♦ Si l'enfant a un protocole d'accueil individualisé (asthmatique ou allergique connu), le mettre en œuvre
- ♦ Prendre sa température
- ♦ Le surveiller (lui enlever le haut pour observer plus facilement son thorax)
- ♦ Ne pas lui donner à manger, ni à boire



Si l'enfant présente des signes de lutte ou si son état de santé s'aggrave ou s'il présente des signes de gravité, composer le 15 et suivre les instructions.

Signe de lutte respiratoire :

- Tirage ou dépression visible des parties molles : sus-sternal, sous sternal (xiphoïdien), intercostal
- Balancement thoraco-abdominal (mouvements respiratoires inversés)
- Battement des ailes du nez (dilatation de l'orifice des narines à chaque inspiration)
- Geignement chez le nouveau-né



Les causes :

- ♦ Pathologies respiratoires (asthme, bronchite, bronchiolite, rhinopharyngites, etc....)
- ♦ Réaction allergique aiguë (œdème de Quincke, choc anaphylactique...)
- ♦ Inhalation d'un corps étranger

Les signes :

- ♦ Polypnée (élévation du rythme respiratoire)
- ♦ Bradypnée (diminution du rythme respiratoire)

Les signes de gravité :

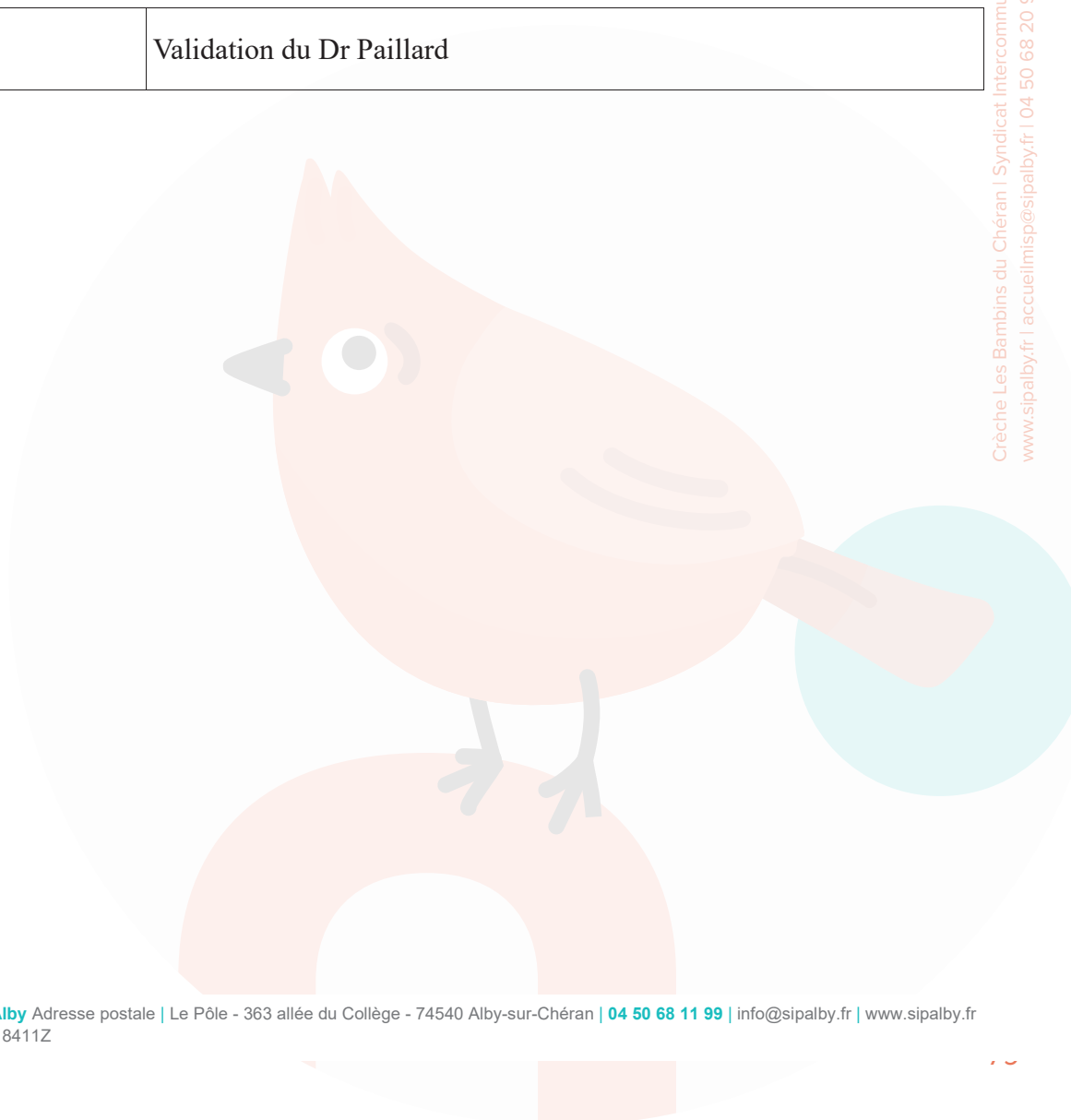
- ♦ Polynée supérieure à 60 cycles/min
- ♦ Importance des signes de lutte, ou au contraire diminution avec la survenue d'une bradypnée, voire de la survenue d'apnée témoin de l'épuisement
- ♦ Rythme respiratoire irrégulier
- ♦ Cyanose (teinte bleutée autour des lèvres), pâleur, yeux cernés
- ♦ Sueurs
- ♦ Agitation, impossibilité de parler
- ♦ Trouble de la conscience

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales des actions menées

Date :15/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------



INHALATION OU INGESTION D'UN CORPS ÉTRANGER

Évaluer la respiration de l'enfant (recherche de 2 mouvements respiratoires sur 10 secondes) et rester constamment avec lui jusqu'à la prise en charge par les services de secours

1^{er} cas : L'enfant respire et ne tousse pas : le corps étranger est dans l'estomac = ingestion

- ✦ Ne pas donner à boire, ni à manger, **ne pas faire vomir**
- ✦ **Attention** : urgence de prise en charge si l'objet est une pile, coupant, piquant, tranchant, ou de gros volume : **Appeler le 15 en précisant la nature de l'objet ingéré**
- ✦ Surveiller l'enfant

2^{ème} cas : L'enfant respire et tousse : le corps étranger est dans les voies respiratoires= inhalation.

- ✦ **Ne pas taper dans le dos**
- ✦ Le maintenir en position debout ou assise, le buste droit
- ✦ **Appeler le 15** et suivre les consignes

3^{ème} cas : L'enfant ne respire pas, ne tousse pas, ne parle pas ou ne pleure pas, porte ses mains au cou

- ✦ **Taper immédiatement dans le dos avec le plat de la main entre les omoplates 5 fois de suite**
- ✦ Si échec : pratiquer la manœuvre de Heimlich ou de Mofenson chez le nourrisson et la répéter 5 fois
- ✦ **Appeler le 15**
- ✦ Continuer l'alternance : tapes dans le dos / manœuvre de Heimlich / Mofenson jusqu'à reprise de la respiration ou l'arrivée des secours
- ✦ A chaque manipulation vérifier si le corps étranger est remonté **dans la cavité buccale** et le retirer immédiatement le cas échéant.

Manœuvre de Mofenson :

Coucher l'enfant en position ventrale sur l'avant-bras du sauveteur, tête vers le bas et lui donner 5 tapes entre les 2 omoplates.

Si la méthode est inefficace, retourner le nourrisson face au sauveteur et réaliser 5 compressions thoraciques alternées avec la manœuvre de Mofenson.

Méthode de Heimlich :

Placez-vous derrière l'enfant et réalisez 5 compressions abdominales : mettez le poing sur la partie supérieure de l'abdomen au creux de l'estomac et tirez franchement en exerçant une pression vigoureuse vers le haut.

PROTOCOLE D'URGENCE

< 1 an : manœuvre de Mofenson

- 5 tapes dorsales ± 5 compressions thoraciques

> 1 an : manœuvre de Hemlich

- 5 tapes dorsales ± 5 compressions abdominales



Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales des actions menées

Date : 15/09/2022

Validation du Dr Paillard

L'OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES PAR UN CORPS ÉTRANGER

Identifier l'obstruction des voies aériennes totales ou partielles
Réaliser l'enchaînement des techniques de désobstruction des voies aériennes

Observer, protéger



* en cas d'obstruction partielle (toux, sifflement respiratoire, sons...) **AUCUN GESTE à pratiquer.**
Installer la victime dans une position où elle se sent bien, l'encourager à tousser
Prendre un avis médical

Constater l'obstruction totale*

La victime ne parle pas,
ne tousse pas,
garde la bouche ouverte,
s'agite, devient rapidement bleu
et perd connaissance

Adulte ou enfant

Réaliser
1 à 5 claques vigoureuses
entre les omoplates
avec
le talon de main



Réaliser
1 à 5 compressions
abdominales*



Nourrisson (0 à 1 an)

Réaliser
1 à 5 claques
dans le dos
avec le talon
de la main



Réaliser
1 à 5 compressions
thoraciques avec 2 doigts



ARRÊTER LES GESTES DÈS L'OBTENTION
DE LA DÉSOBSTRUCTION

(apparition d'une toux, de cris ou de pleurs, reprise de la respiration, rejet du corps étranger)

* sauf sur une femme enceinte
ou une personne obèse :
Réaliser des compressions
thoraciques
(poing au niveau du
sternum)

Alertez le 15
pour avis médical



Perte de connaissance/arrêt respiratoire/ACR

Garder son calme
Rassurer l'enfant
L'isoler du reste du groupe si possible

- ♦ Agir rapidement et dans le calme
- ♦ **Ne pas déplacer l'enfant** et mettre en sécurité le reste du groupe, **ne jamais quitter l'enfant**
- ♦ **Ne pas le secouer**
- ♦ L'action simultanée de **2 personnes** est recommandée :
 - L'une observe l'enfant pour évaluer la conscience, la respiration et le pouls et commence les gestes d'urgence en fonction de ces observations
 - L'autre **appelle le 15** relaye les informations et prend le relais de sa collègue si besoin

Si l'établissement en est équipé ou si l'équipe est informée qu'il y a un à proximité, envoyer un tiers chercher le DAE

DAE pédiatrique le plus proche : hall d'accueil de la MISP

Le Défibrillateur Automatique Externe (DAE): peut s'utiliser :

- ♦ à partir de **1 an** s'il est équipé d'**électrodes pédiatriques**
- ♦ à partir de **8 ans ou plus de 25 kg** si **pas** d'électrodes pédiatriques

Conduite à tenir :

- 1) Vérifier l'**état de conscience** de l'enfant en le **stimulant verbalement et tactilement**.
- 2) Vérifier l'**activité respiratoire** en approchant votre joue de la bouche de la victime et en regardant vers sa poitrine (sentez son souffle, écoutez sa respiration et regardez le mouvement de sa poitrine)

L'ENFANT EST INCONSCIENT MAIS RESPIRE

- ➔ Le placer en **Position Latérale de Sécurité (PLS)**

Position Latérale de Sécurité (PLS)

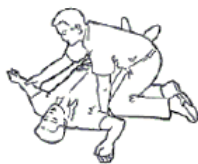
Pour toute victime inconsciente qui respire. Cette manœuvre vise à protéger les voies aériennes et à maintenir droit l'axe Tête-Cou-Tronc.



1 Se positionner à genoux aux côtés de la victime.

2

Positionner le bras de la victime côté sauveteur à l'équerre (bras par rapport au tronc et avant-bras par rapport au bras).



3

Saisir la main de la victime du côté opposé au sauveteur.



4

Placer et maintenir la paume de cette main sur la joue de la victime côté sauveteur. Ne jamais la lâcher.



5

Replier la jambe de la victime du côté opposé au sauveteur : genou plié vers le haut, pied posé à plat sur le sol.

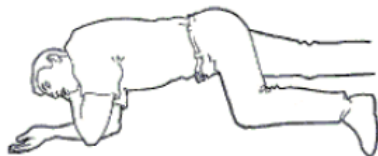
6

Une main sur le genou, une main contre la joue, faire pivoter le corps de la victime vers le sauveteur en maintenant l'axe droit.



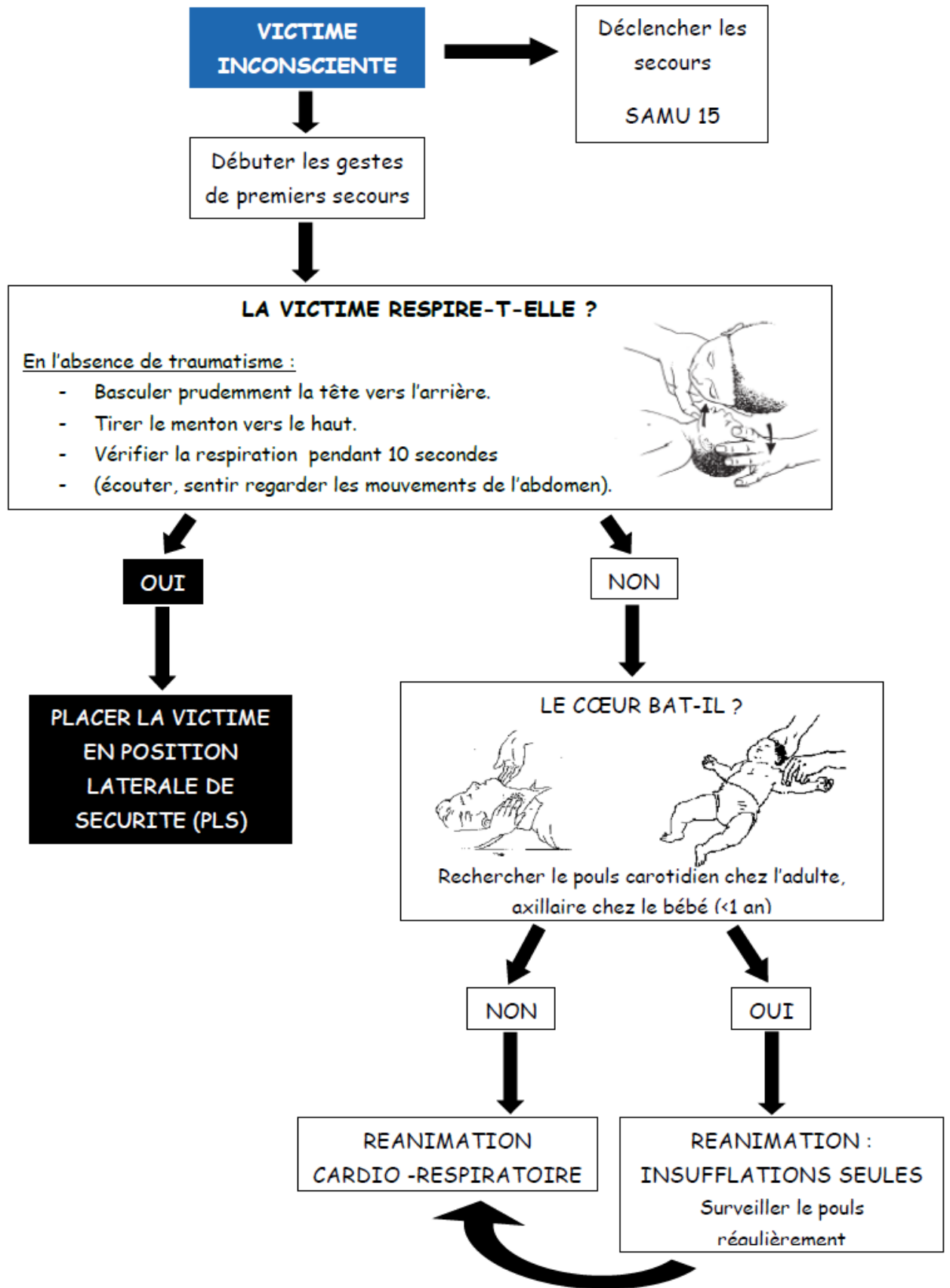
7

Stabiliser la position en dépliant la jambe à l'équerre.



GESTES DE PREMIERS SECOURS FACE A UNE VICTIME INCONSCIENTE

PROTOCOLE D'URGENCE



REANIMATION CARDIO PULMONAIRE (RCP)

L'ENFANT EST INCONSCIENT SANS ACTIVITÉ RESPIRATOIRE NI ACTIVITÉ CARDIAQUE

→ Débuter la **Réanimation Cardio Pulmonaire** en urgence et sans arrêt jusqu'à l'arrivée des secours afin de préserver l'oxygénation des tissus : Massage cardiaque + insufflations (30-2)

→ L'autre personne

- Téléphoner au SAMU (15 ou 112 sur portable)
- Avertir la directrice
- Avertir les parents

Lors du bilan initial, vous avez déterminé que l'enfant est en arrêt cardio-pulmonaire et vous avez libéré les voies aériennes.

Vous avez alerté les secours et réclamé un défibrillateur externe (DSA ou DAE) s'il s'agit d'une victime de plus de 1 an.

Conduite à tenir

LA PRÉCOCITÉ ET LA PERMANENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES SONT PRIMORDIALES ET S'IL N'Y A QU'UNE CHOSE À FAIRE EN ATTENDANT LE SMUR, C'EST MASSER, les interruptions devant être les plus courtes possible (pas plus de 5-10 secondes) même lors de l'installation du DSA.

Placer l'enfant sur un plan dur et entamer sans attendre la Réanimation Cardio-Pulmonaire (ou RCP) en attendant le DSA.

Si vous êtes seul, les insufflations ne sont pas obligatoires, notamment si vous êtes inexpérimenté, même chez l'enfant.

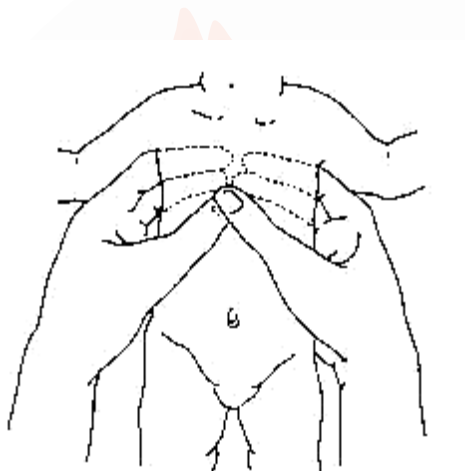
Rythme 15 compressions / 2 insufflations

RCP CHEZ LE NOURRISSON DE MOINS D'UN AN

- ♦ **5 insufflations initiales** (+ le sujet est jeune, plus les causes ventilatoires sont fréquentes)
- ♦ **30 (si seul) ou 15 (à 2) compressions thoraciques :**
- **Avec la pulpe de 2 doigts** placés à une distance d'un travers de doigt au-dessous de la ligne inter-mamelonnaire (fréquence 100/min, dépression 4cm)



- **Ou technique des 2 pouces :** empaumer le thorax à deux mains (il n'y a pas besoin de plan dur) mettre les 2 pouces superposés l'un sur l'autre, sur le sternum, à hauteur des 2 mamelons. (Compressions et dépression thoracique de 1 à 2 cm.)



- **2 insufflations** (position neutre de la tête, bouche à bouche-ET-nez)
- **Vérifier tous les 5 cycles de 30/2 ou de 15/2** s'il existe une ventilation spontanée et/ou un pouls brachial ou fémoral
- Un pouls lent ou filant ne doit pas faire interrompre la RCP.

RCP CHEZ L'ENFANT DE 1 À 8 ANS

- **5 insufflations initiales** (causes ventilatoires fréquentes+++)
- **30 (si seul) ou 15 (à 2) compressions thoraciques avec une seule main** (fréquence 100/min, dépression 5cm)



- **2 insufflations** (après avoir libéré les voies aériennes)
- **Vérifier tous les 5 cycles de 30/2 ou de 15/2** s'il existe une ventilation spontanée ou un pouls fémoral
- **Utiliser le défibrillateur si disponible après 5 cycles de RCP** (et suivre les instructions), après le choc reprendre 2 minutes de RCP avant de contrôler le pouls
- Un pouls **lent ou filant** ne doit pas faire interrompre la RCP.

Prévenir les parents

Prévenir de la mise en œuvre du protocole le responsable de la structure ou la personne nommée en continuité de direction

Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date : 15/09/2022

Validation du Dr Paillard

Protocoles mesures préventives d'hygiène générale

Lavage de mains.....

Change

Lavage de nez (DRP).....

Préparation biberon.....

Allaitement maternel.....

Prévention de la mort subite du Nourrisson

Lavage des mains (Prophylaxie)

1/ LE LAVAGE DES MAINS

- ♦ Comment faut-il se laver les mains ?
 - Mouiller les mains
 - Frotter avec du savon (liquide de préférence) pendant 30 secondes
 - Bien rincer.
- ♦ Essuyer en tamponnant avec du papier à _ unique.

Quand faut-il se laver les mains ?

En arrivant et avant de partir du travail

Avant et après certaines activités, lorsque le risque de contamination de germes est élevé.

Avant :

- ♦ De préparer la nourriture ou d'en consommer
- ♦ De nourrir un bébé ou un enfant
- ♦ D'administrer un médicament
- ♦ De faire un soin

Après :

- ♦ Avoir changé une couche
- ♦ Avoir aidé un enfant à aller aux toilettes
- ♦ Être allé aux toilettes
- ♦ Avoir mouché des nez
- ♦ Avoir toussé ou éternué
- ♦ Avoir pris soin d'un enfant malade
- ♦ Être sorti ou avoir joué dehors

Quand les enfants doivent-ils se laver les mains ?

- ♦ Avant et après certaines activités, lorsque le risque de transmission de germe est élevé
- ♦ Avant de manger ou de toucher les aliments
- ♦ Après :
 - Les repas
 - Être allé aux toilettes
 - Être sorti
 - Activités salissantes.

2/ MESURES PROPRES AU PERSONNEL

Se munir de gants à usage unique :

Avant toute prise en charge d'un enfant présentant un saignement, lorsque le risque de contagion est élevé et en cas de lésions cutanées des mains.

- Le port des gants ne dispense pas du lavage des mains.

- Mouillez-vous les mains avec de l'eau**
- Versez du savon dans le creux de votre main**
- Frottez-vous les mains de 15 à 20 secondes : les doigts, les paumes, le dessus des mains et les poignets**
- Entrelacez vos mains pour nettoyer la zone entre les doigts**
- Nettoyez également les ongles**
- Rincez-vous les mains sous l'eau**
- Séchez-vous les mains si possible avec un essuie-main à usage unique**
- Fermez le robinet avec l'essuie-main puis jetez-le dans une poubelle**

Date :15/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

CHANGE DE L'ENFANT

Changer la couche d'un enfant permet d'assurer son hygiène et son confort.

Il prévient les érythèmes fessiers.

Le change doit être un moment privilégié d'échange avec l'enfant.

Il est nécessaire de prévenir l'enfant avant de l'effectuer et de le faire participer en fonction de ses capacités motrices (pour lui faire monter les escaliers, le déshabiller, lui faire lever le bassin, l'habiller et le faire descendre).

Conduite à tenir :

Avant de changer l'enfant :

- ♦ Se laver les mains.
 - ♦ S'assurer du matériel à disposition (serviette, gants, couche, savon ou liniment, crème si besoin).
 - ♦ Veiller à ce que l'intimité de l'enfant soit respectée.
-
- ♦ Disposer une serviette sur la table de change.
 - ♦ Allonger l'enfant sur la table de change
Chez les grands, le change en cas d'urines peut se faire debout
 - ♦ Toujours rester au contact de l'enfant pour éviter les chutes.
 - ♦ Solliciter la participation de l'enfant
 - ♦ Déshabiller le bas du corps de l'enfant.
 - ♦ Mettre des gants à usage unique s'il y a des selles ou un éventuel risque de contagion (mycose, molluscum...)
 - ♦ Retirer la couche en essuyant les selles éventuellement présentes avec le côté intérieur de la couche dans le sens descendant.
 - ♦ Jeter la couche sale dans la poubelle à couches, spécifique, (placée à proximité) et actionner le tambour de la poubelle.
 - ♦ Prendre le gant, le mouiller à l'eau tiède et mettre du savon si présence de selles. Si selles liquides, prendre gants de toilettes jetables.
 - ♦ Expliquer à l'enfant les gestes prodigués et établir une relation privilégiée avec l'enfant
 - ♦ Laver du plus propre au plus sale (de haut en bas sans jamais remonter)
 - ♦ Bien rincer.
 - ♦ Sécher soigneusement en tapotant avec un gant propre, pour éviter toute irritation.
 - ♦ Si érythème fessier, **appliquer une pommade conventionnée** (fourni par les parents).
 - ♦ Remettre une couche propre.
 - ♦ Rhabiller l'enfant et le faire participer quand cela est possible pour la descente.
 - ♦ Désinfecter le plan de travail 2 fois par jour avec le spray désinfectant (pas au vinaigre blanc). Le désinfecter à chaque change lorsque l'on est en épidémie de gastro-entérite. Laisser agir le temps indiqué, en respectant la notice d'utilisation.
 - ♦ Se laver les mains.

Si les parents le souhaitent et l'utilisent pour leur enfant, le liniment peut être accepté, sous réserve que les parents fournissent un flacon non entamé et des cotons (pas de préparation « maison »).

- Assurer des transmissions écrites et orales.
- Prévenir les parents
- Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date :15/09/2022

Validation du Dr Paillard :



Soins de nez : Désobstruction Rhino-Pharyngé

Effectuer le lavage de nez :

- ♦ Avant les repas et avant le coucher
- ♦ Avant et après la sieste

Déroulement :

1. Se laver les mains
2. Expliquer à l'enfant le geste
3. Rechercher sa participation et son adhésion au soin
4. Allonger l'enfant et lui maintenir la tête sur le côté (paume de main sur l'oreille). Pour les plus grand : en position assise
5. Mettre une pression de sérum physiologique dans la narine supérieure
6. Attendre que le sérum ressorte (soit par une, soit par les deux narines), essuyer la narine
7. Tourner la tête de l'autre côté et recommencer de même pour l'autre narine
8. Surélever l'enfant en position demi assise
9. Réconforter l'enfant
10. Se laver les mains

J'aide mon bébé à mieux respirer par un lavage du nez (à faire plusieurs fois par jour)



1 Je me lave les mains et je prépare les dosettes de sérum physiologique



2 J'allonge mon bébé sur le dos ou sur le côté, avec la tête maintenue sur le côté



3 Je place doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut



4 J'appuie sur la dosette pour en vider le contenu dans la narine tout en fermant la bouche de mon enfant



5 Le sérum ressort par l'autre narine avec les sécrétions nasales. J'attends que bébé ait dégluti correctement.



6 J'essuie son nez à l'aide d'un mouchoir jetable



7 Je répète l'opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant mon bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté

Veillez à ce que personne ne fume dans la même pièce que votre bébé

Maintenez la température à 19° dans la pièce

Source : HAS

Prévenir les parents
Assurer des transmissions écrites et orales concernant la nature de l'incident et les actions menées

Date : 15/09/2022	Validation du Dr Paillard
-------------------	---------------------------

Préparation de biberons

Différents types de laits infantiles :

Laits en poudre : les parents doivent fournir une boîte fermée. Vérifier la date de péremption et la date d'utilisation du lait après ouverture. Noter la date d'ouverture de la boîte de lait, rendre la boîte au-delà de 3 semaines.

Laits liquides stériles, prêts à l'emploi. Vérifier la date de péremption. Après ouverture, ils se conservent 48 heures au maximum.

Il n'est pas nécessaire de stériliser les biberons.

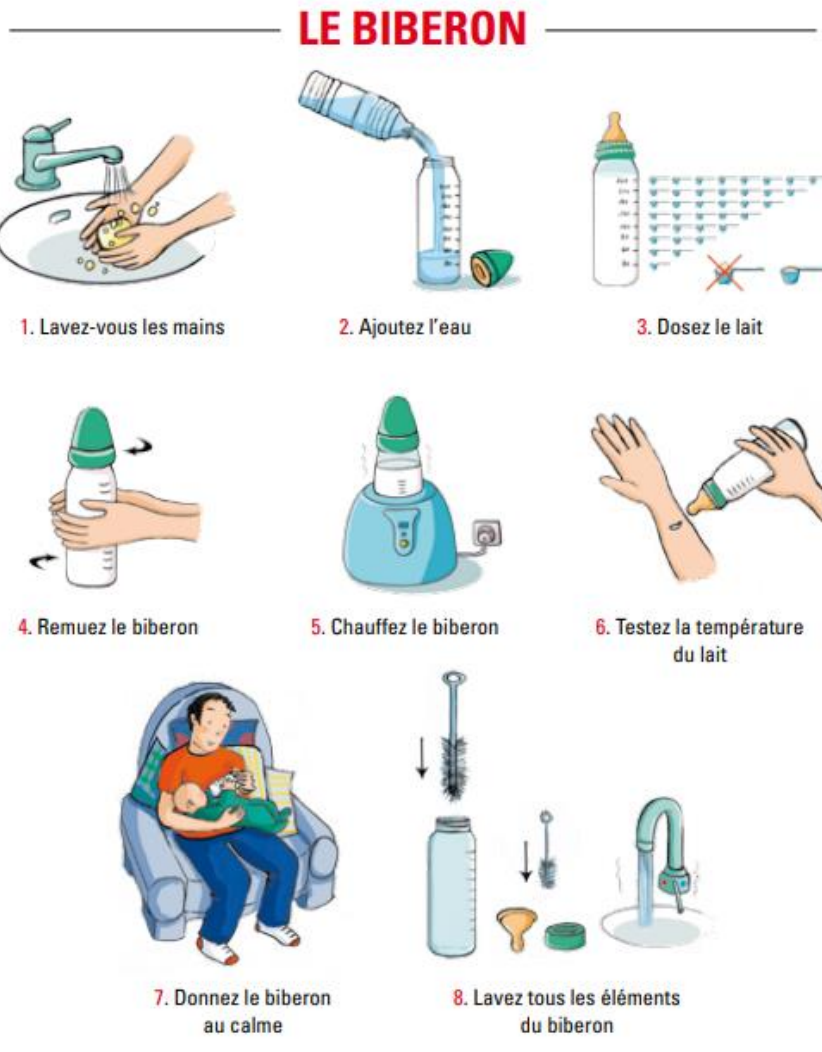
- ♦ Préparation avec de l'eau de source ou une eau minérale naturelle en bouteille :
 - L'eau doit être faiblement minéralisée
 - Toute bouteille entamée doit être conservée au réfrigérateur pas plus de 24h
- ♦ Comment faire un biberon ?
 1. Nettoyage et désinfection du plan de travail
 2. Lavage des mains
 3. Mettre la quantité d'eau nécessaire dans le biberon
 4. Si besoin de réchauffage
 5. Rajouter dans le biberon autant de doses de poudre que nécessaire, en comptant **une dose rase pour 30 ml d'eau**
 6. Faire rouler le biberon entre les mains pour une bonne dilution
 7. Tester la température
- ♦ Chauffer le lait :

Le lait peut être donné à température ambiante.

En cas de chauffage, utiliser un chauffe-biberon ou un bain-marie (jamais le four à micro-ondes, risques importants de brûlures). Après avoir chauffé le biberon, l'agiter pour obtenir

une température homogène du liquide. Vérifier ensuite si le lait n'est pas trop chaud, en versant quelques gouttes sur l'intérieur du poignet.

- ♦ Conservation des biberons préparés :
 - S'il est à température ambiante, le biberon peut être **conservé pendant une heure**.
 - Au-delà de ce délai, il faut jeter le lait.
 - Si le biberon est réchauffé, il doit être **consommé dans la demi-heure**, car les germes s'y développent encore plus vite.



➤ Nettoyage des biberons :

1. Nettoyer le biberon avec de l'eau chaude, du liquide vaisselle et un écouvillon.
2. Laver de même la tétine, la bague et le capuchon, en enlevant bien les résidus de lait (en particulier, dans les rainures de la bague et l'extrémité de la tétine).
3. Rincer abondamment.
4. Pour faire sécher le biberon, le placer sur un égouttoir à l'air libre, démonté et tête en bas.
5. Laver et rincer l'écouvillon, puis le laisser sécher à l'air libre également, brosse vers le haut.

Vous pouvez aussi nettoyer au lave-vaisselle le biberon et sa tétine en silicone (si elle est en caoutchouc, elle doit être lavée à la main). Dans ce cas :

1. Rincer bien les différents éléments, afin d'ôter toute trace de lait.
2. Utiliser un cycle complet, avec une température de lavage d'au moins 60 °C et un séchage (cette dernière étape est indispensable).

Date : 15/09/2022	Validation du Dr Paillard
-------------------	---------------------------

Allaitement maternel

Recueil du lait

- ♦ Respecter de bonnes conditions d'hygiène (tirez lait, seins et mains).
- ♦ **Le lait maternel se conserve 48 h au réfrigérateur.**
- ♦ S'il doit être conservé plus longtemps, prévoir une congélation à -18°C dans les 24 heures suivant le recueil.
- ♦ Le lait congelé (-18°C) doit être exprimé (recueilli) **dans les 4 mois précédant l'ingestion.**

2. Transport du lait

- ♦ **Le lait se transporte dans un sac isotherme ou une glacière**, avec un bloc réfrigérant.
- ♦ Les biberons doivent être fermés par opercule (ne pas oublier de fournir la tétine du biberon).

3. Stockage et conservation du lait

- ♦ Le lait doit être apporté, de préférence à la crèche dans un biberon (pas de sachet ni autre contenant).
- ♦ Le lait peut être apporté congelé ou réfrigéré (ne doit pas être recongelé).
- ♦ Chaque biberon doit comporter : le nom et prénom de l'enfant, la date de recueil du lait ou celle de la congélation.
- ♦ Le lait doit être conservé au réfrigérateur (température inférieure à 4°).
- ♦ Apporter la quantité de lait nécessaire pour un seul jour.

4. Administration à l'enfant

- Mettre le lait à décongeler au réfrigérateur ou dans un bac d'eau froide, dans ce cas prendre la quantité de lait nécessaire et remettre le reste au réfrigérateur.
- Si le lait est décongélé au bain marie ou au chauffe biberon, jeter la quantité restante de lait.
- Le lait se conserve 24 h à partir du moment où il est mis en décongélation.
- Tout lait chauffé doit être consommé dans la demi-heure.
- Ne pas utiliser le micro-ondes.

5. Vigilance

→ **En cas de doute (étiquetage, hygiène)**
JETER LE LAIT

Protocole allaitement maternel (destiné aux parents)

Pour que l'entrée en crèche ne soit plus synonyme de sevrage, les professionnelles proposent des solutions aux familles qui souhaitent poursuivre l'allaitement à la crèche.

Soit, vous fournissez aux équipes du lait maternel en quantité suffisante, selon un protocole de recueil, de transport et de conservation, issu de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES), soit vous pouvez vous rendre disponibles pour un allaitement sur place en fonction du rythme alimentaire de l'enfant. Un espace dédié pourra vous être proposé afin de favoriser le calme au moment des retrouvailles, tout en garantissant l'intimité du temps d'allaitement. Cela permet également aux auxiliaires de puériculture de préserver le bien être des autres enfants du groupe, en restant disponibles pour eux.

Cette offre s'inscrit dans une dynamique d'ouverture aux parents et d'individualisation de l'accueil. Elle répond également aux préconisations du Programme National de Nutrition et de Santé (PNNS). Il s'agit de permettre la poursuite de l'allaitement, sans pour autant créer de pression autour des familles qui font d'autres choix tout aussi légitimes, pour leurs enfants.

Si vous choisissez d'apporter du lait maternel à la crèche, il est nécessaire de respecter quelques consignes :

Conservation du lait

- Après avoir tiré votre lait, notez bien sur le biberon le **nom, prénom de l'enfant, le jour et l'heure du recueil du lait**
- Placez-le immédiatement au réfrigérateur à une température en dessous de 4°C. Vous aurez préalablement vérifié la température de votre réfrigérateur et vous ne conserverez pas le lait dans la porte qui n'est pas assez froide.
- Le lait se conserve 48h maximum entre 0°C et 4°C.
- Le transport du lait se fait dans un sac isotherme avec un pack de glace, si le trajet n'excède pas 1 heure. Il sera placé immédiatement au réfrigérateur à la crèche à une température <4°C et donné à votre enfant après réchauffage, moins de 48 h après l'heure d'expression du lait.

Congélation du lait

Vous pouvez congeler le lait immédiatement après le recueil, de préférence dans un biberon, (les sachets ayant un risque plus important de fuite et le risque de contamination étant plus élevé). Le biberon est préférable car cela évite les transvasements, source de contamination microbienne.

- ♦ Le lait congelé se conserve **4 mois au congélateur** à -18°C. Vous vérifierez la température de votre congélateur et ne stockerez pas le lait dans un compartiment à glaçons ou le freezer. Vous ne remplirez le biberon qu'aux trois quarts.
- ♦ Le lait congelé doit être décongelé dans un réfrigérateur 6 heures avant l'heure de consommation. Le lait ainsi décongelé sera conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures, sinon, il doit être jeté. Au sein du multi accueil, nous vous demandons d'apporter le lait le matin encore congelé ; nous assurerons la décongélation.
- ♦ Notez bien sur les récipients de lait :
 - Le nom et prénom de l'enfant**
 - Le jour et l'heure d'expression du lait frais**
 - Le jour et l'heure de décongélation du lait congelé.**
- ♦ Tout biberon réchauffé ou entamé sera jeté.

Dans tous les cas, les parents sont responsables des biberons ou sachets de lait fournis pour leur enfant.

✂.....
 Nous soussigné(e)s,, parents de l'enfant.....,

Déclarons accepter les conditions du protocole d'allaitement.

Date et signature des parents



Ministère de la Santé
et des Solidarités

Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité

L'allaitement au sein est la solution la plus facile et la plus sûre. En cas d'impossibilité d'allaiter directement, voici les précautions à respecter.

Premiers gestes recommandés :

douche et change de sous-vêtements quotidiennement.

Les méthodes de recueil (tire-lait manuel ou électrique, expression manuelle) peuvent vous être expliquées à la maternité, dans les centres de la protection maternelle et infantile (PMI), par votre médecin ou auprès d'une association.



Nettoyage du matériel

- Avant la première utilisation :
 - lavez à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, le biberon¹ et ses accessoires, ainsi que le tire-lait,
 - rincez bien,
 - laissez sécher sans essuyer.
- Après utilisation :
 - videz le biberon,
 - rincez au robinet à l'eau froide puis
 - plongez le biberon et ses accessoires dans de l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle,
 - nettoyez le biberon avec un goupillon² et rincez.

Le tire-lait doit être rincé sous le robinet

¹ biberon, tasse ou autre récipient.

² brosse allongée réservée au nettoyage du biberon

d'eau froide puis plongé

avec le biberon dans l'eau chaude,

- laissez sécher sans essuyer.

Si vous possédez un lave-vaisselle, lavez tous les accessoires **en utilisant un cycle complet à 65 °C, à l'exception des tétines en caoutchouc**

Recueil du lait

- Lavez-vous soigneusement les mains.
- Installez-vous dans un endroit propre.
- Posez le biberon et le tire-lait sur un plan de travail bien nettoyé.
- Tirez votre lait de l'un ou des deux seins selon le besoin.

Conservation du lait

- Si le volume souhaité de lait est recueilli en une seule fois, fermez le biberon avec le couvercle étanche.
 - Si le volume souhaité de lait est recueilli en plusieurs étapes, ne versez pas le lait tiré tiède directement dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau biberon au réfrigérateur puis versez son contenu dans le biberon de conservation.
- Notez la date et l'heure du premier recueil de lait sur le biberon.**



Ajoutez le nom et le prénom de l'enfant, si le lait doit être donné en dehors du domicile (ex. : crèche).

Le biberon doit être stocké au réfrigérateur à une température de + 4 °C immédiatement après le recueil du lait.

Un réfrigérateur doit être nettoyé une fois par mois.

Vérifiez la température de votre réfrigérateur. Ne conservez pas le lait dans la porte du réfrigérateur – qui n'est pas assez froide.

Le lait doit être consommé dans les 48 heures après le premier recueil.

Congélation

Si le lait maternel doit être conservé plus de 48 heures, congelez-le à -18 °C.



- Vérifiez la température de votre congélateur (-18 °C). Ne stockez pas le lait au freezer ou dans le compartiment à glaçons.

- Veillez à ne remplir le biberon qu'aux trois quarts.

- Le lait ainsi stocké peut être

conservé pendant 4 mois au congélateur (-18 °C).

Pour le décongeler, placez-le au réfrigérateur **au moins 6 heures avant l'heure prévue pour la consommation.**

Le lait ainsi décongelé doit être conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures, **sinon il doit être jeté.**

Le lait décongelé ne doit **pas être recongelé.** Il ne faut pas ajouter de lait fraîchement recueilli à un biberon de lait congelé.

Réchauffage



Ne réchauffez pas le biberon à l'aide d'un four à micro-ondes. Attention aux brûlures.

- Faites tiédir le lait en plaçant le biberon au bain-marie, dans une casserole ou un chauffe-biberon.

- Si le lait est **réchauffé**, il doit être consommé dans la **demi-heure.**

- Si le lait est à **température ambiante**, il doit être bu dans **l'heure.**

- Vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.

- Tout reste de biberon préparé non consommé doit être jeté.

Transport

Si nécessaire, transportez le biberon de lait maternel froid dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération.

N'excédez pas 1 heure de transport. Le lait doit être replacé dans le réfrigérateur à 4° C à l'arrivée.

Durée de la conservation du lait maternel

	Air ambiant (38°C)	Air ambiant (25°C)	Air ambiant (15°C) ¹	Réfrigération (4°C)	Freezer dans le frigo (-15°C)	Congélateur à -18°C
LM cru, fraîchement tiré, dans un récipient propre et fermé	Eviter de conserver à température ambiante	4h	24h	3 jours dans le fond du frigo ou dans la partie la plus froide	2 semaines	4-6 mois
LM décongelé au frigo, non réchauffé	A consommer dans l'heure	A consommer endéans les 4h		24 h	Ne se conserve pas	
LM décongelé et réchauffé	Le temps du repas			Ne se conserve pas		
En partie consommé par le bébé	Jusqu'à la fin du repas			Ne se conserve pas		

Date :15/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

Prévention de la mort subite du nourrisson

1. Le couchage :

- ♦ Coucher bébé toujours sur le dos, dans son propre lit, jamais sur le ventre, ni sur le côté,
- ♦ Mettre bébé dans un lit rigide à barreaux (aux normes de sécurité) sur un matelas ferme et bien adapté aux dimensions du lit,
- ♦ Sans couverture, ni couette, oreiller ni tour de lit, ou peluches sauf doudou « à taille correcte » (Attention au doudou–couverture)
- ♦ Dans une gigoteuse adaptée à son âge ;
 - ♦ Pas de bijou,
 - ♦ Aération des pièces plusieurs fois dans la journée
- ♦ Surveillance effective et constante + traçabilité si pas de professionnel de façon continu dans les dortoirs (cf. surveillance des dortoirs)

2. Les signes d'alerte :

- ♦ Pâleur,
- ♦ Absence de respiration,
- ♦ Absence de conscience ou de réponses aux stimulations,
- ♦ Libérer rapidement les voies aériennes

3. Actions

- ♦ Libérer rapidement les voies aériennes
- ♦ Prévenir un autre professionnel pour alerter le SAMU 15 et la directrice
- ♦ Mettre l'enfant sur le dos et un plan dur
- ♦ Pratiquer une RCP, jusqu'à l'arrivée des secours

Procédures à la crèche :

-Mini-pouces : une surveillance tous les ¼ est faites par une professionnelle, puis transmission écrite sur feuille de surveillance + système de babyphone dans la section.

-Lutins et Zébulons : une professionnelle est toujours avec dans chaque dortoir pour l'endormissement des enfants jusqu'à leur réveil. Vu avec la PMI, Mme Long : quand il y a un professionnel dans le dortoir, il n'y a pas nécessité de faire une traçabilité de surveillance. Si il n'y a pas de professionnel dans le dortoir, la professionnelle n'a plus de présence constante avec les enfants donc elle fait une surveillance toutes les 15 mn en faisant des rondes et fait des transmissions écrites via la feuille de surveillance des dortoirs ci-dessous

Date :15/09/2022	Validation du Dr Paillard
------------------	---------------------------

Surveillance dortoir incluse MP / L et L / Z

an

SURVEILLANCE DORTOIR LUTINS ET ZEBULONS



SEMAINE : DU ___/___/___ AU ___/___/___

		LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI											
		12H30	45	13H	15	12H30	45	13H	15	12H30	45	13H	15	12H30	45	13H	15	12H30	45	13H	15
DORTOIR 1	Occupation et signature																				
	Occupation et signature																				
DORTOIR 2	Occupation et signature																				
	Occupation et signature																				

SURVEILLANCE DORTOIR MINI POUCES ET LUTINS



SEMAINE : DU ___/___/___ AU ___/___/___

		LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI											
		8h	15	8h30	45	8h	15	8h30	45	8h	15	8h30	45	8h	15	8h30	45	8h	15	8h30	45
DORTOIR 1	Occupation																				
	Occupation																				
DORTOIR 2	Occupation																				
	Occupation																				

PROTCOLE DE SORTIE

Organiser une sortie ça ne s'improvise pas ⇒ il faut tout prévoir, et pourtant rester adaptable

⇒ Autorisation

Il faut l'autorisation DU JOUR et ECRITE de la part des parents pour effectuer toute sortie en dehors de la crèche.

⇒ L'encadrement

1 professionnel pour 5 enfants

1 adulte pour 2 enfants

Ex : si je veux emmener un groupe de 16 enfants il me faut 3 professionnel(les) appartenant à la catégorie des 40% et 5 accompagnateurs

⇒ Le projet de sortie

Il faut inscrire dans le **projet de sortie** : le nom des encadrant.es, le nom des enfants qui partent, le lieu où on va et les heures de départ et de retour prévues.

⇒ Il faut un sac avec

Une trousse de secours : une bouteille d'eau, des compresses stériles, une bande, des pansements, une paire de ciseaux, une pince à épiler, des gants et un flacon de gel hydroalcoolique (pour l'adulte).

Des couches, des lingettes, et un sac poubelle.

Les doudous, tétines et tout objet important pour calmer l'enfant.

Un téléphone portable chargé si possible.

LE PROJET DE SORTIE

DATE	Heure de départ	Heure de retour prévu	Lieu	Encadrants (1/2 enfants)

Noms de l'enfant	« Bon pour accord », signature des parents

⇒ *Comment s'est passée
cette sortie*

⇒ *Qu'observons-nous*

⇒ *Qu'avons-nous à
améliorer*

RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

CRÈCHE LES BAMBINS DU CHÉRAN

Syndicat Intercommunal du Pays d'Alby

118 route de Plaimpalais

74540 Alby-sur-Chéran

www.sipalby.fr

accueilmisp@sipalby.fr

04 50 68 20 96 (crèche)

04 50 68 40 00 (secrétariat)

Crèche les
bambins
du Chéran

