

La santé dans
les milieux d'accueil
de la petite enfance



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....4

CHAPITRE 1 : SURVEILLANCE DE LA SANTÉ5

1. Cadre législatif 5
2. Objectifs 5
3. Examens de santé..... 5
4. Vaccinations 6
5. Relations avec les parents 7
6. Critères d'auto-évaluation 8

CHAPITRE 2 : HYGIÈNE GÉNÉRALE.....9

1. Hygiène des locaux 9
2. Hygiène des équipements..... 13
3. Hygiène individuelle 18
4. Mesures spécifiques 24
5. Hygiène alimentaire..... 24

CHAPITRE 3 : ENVIRONNEMENT.....29

1. Prévenir les traumatismes au quotidien 29
2. Paramètres d'ambiance 30
3. Lutte contre les polluants..... 32

CHAPITRE 4 : ACCUEIL DES ENFANTS MALADES.....35

1. Organisation générale 35
2. Facteurs favorisant la dissémination des infections dans les collectivités d'enfants 39
3. Evictions 40
4. Certificats médicaux d'admission..... 42
5. La vaccination 42
6. Maladies et mesures particulières à adopter en collectivité 45
 - 6.1 Maladies à prévenir par vaccination 45
 - 6.2 Maladies transmises par voie digestive 47
 - 6.3 Maladies transmises par voie respiratoire 50
 - 6.4 Maladies transmises par voie cutanée 56
 - 6.5 Maladies transmises par voie sanguine 58
 - 6.6 Autres maladies 61

CHAPITRE 5 : ACCUEIL DES ENFANTS VULNÉRABLES ET HANDICAPÉS63

1. Recommandations générales 63
2. Recommandations spécifiques 65
3. Risques particuliers à certains enfants..... 66



CHAPITRE 6 : LES ALLERGIES 67

1. Les acariens 67
2. Les moisissures 69
3. Les allergies aux pollen et aux graminées 69
4. Les allergies alimentaires. 69
5. Les allergies aux animaux. 70

CHAPITRE 7 : URGENCES ET ACCIDENTS 71

1. Comment être efficace en présence d'une urgence ?
Comment s'y préparer ? 71
2. Des techniques à bien connaître et à maîtriser : l'ABC de la réanimation. 72
3. Conduites à tenir dans diverses situations 75

CHAPITRE 8 : PHARMACIE DE BASE 87

1. Produits d'usage courant. 87
2. Médicaments d'urgence dans les milieux d'accueil collectifs. 88
3. Matériel nécessaire à la consultation 88
4. Petit matériel 88
5. Autres produits 88

ANNEXES

- Annexe 1 : Examens de santé, fiche synthétique 91
- Annexe 2 : Modèles de certificats médicaux 94
- Annexe 3 : Schéma de vaccination 96
- Annexe 4 : Liste des associations d'aide aux enfants handicapés et leur famille 97
- Annexe 5 : Liste des médecins inspecteurs d'hygiène. 101
- Annexe 6 : Autorisation de vaccination 102
- Annexe 7 : ROI. 104
- Annexe 8 : Document à l'attention du médecin traitant 107
- Annexe 9 : Fiche de signalement d'un « évènement médical important »
après une vaccination 108
- Annexe 10 : Fiche de signalement d'un « évènement médical important »
en milieu d'accueil. 110



INTRODUCTION

« Pour qu'un enfant puisse s'investir dans une activité et satisfaire son besoin de découvertes et de relations dans le milieu d'accueil, il faut que sa santé le lui permette, d'où l'importance qu'il soit suivi médicalement, qu'il ait un régime adapté, qu'il vive dans un environnement matériel et humain suffisamment sain.

Le milieu d'accueil, dans une optique de promotion de la santé et de santé communautaire, s'organise pour garantir des conditions de vie saine à chaque enfant. Après s'être assuré de l'existence d'une surveillance médicale pour chaque enfant, le milieu d'accueil se préoccupera de l'alimentation et de la diététique, des infrastructures et du matériel, de l'hygiène, de la sécurité, et de la santé des professionnels. »¹

Pour soutenir son désir de découverte, il faut que cet environnement soit rassurant et sécurisant. Le milieu d'accueil doit pouvoir se porter garant de la sécurité des enfants qui lui sont confiés.

En évaluant tous les risques encourus par chacun et par tous les enfants au sein du milieu d'accueil et en mettant en place les mesures de prévention nécessaires pour éviter tout accident, le milieu d'accueil soutiendra le développement et l'épanouissement de ceux-ci. En effet, aux conséquences immédiates de tout accident surgissant dans le cours d'une activité, s'ajoute la crainte ou le retrait qu'éprouvera l'enfant face à cette activité.

Dans les différents domaines repris dans les chapitres du présent document, le milieu d'accueil trouvera des recommandations et mesures à prendre mais également des critères permettant une auto-évaluation et un contrôle de la qualité par le milieu d'accueil lui-même.

Tous les intervenants du milieu d'accueil, médecin, infirmière, puéricultrice, accueillante, travailleur social, cuisinière, personne chargée de l'entretien, gestionnaire,... ont un rôle à jouer dans la mise en place des conditions de vie saine pour les enfants.

Les Coordinatrices Accueil de l'ONE veillent à accompagner le milieu d'accueil et à lui apporter l'aide nécessaire dans l'accomplissement de cette tâche.

¹ Conseillers pédagogiques de l'ONE : sens à donner à la mise en place de conditions de vie saine

CHAPITRE 1

Surveillance de la santé

1. CADRE LEGISLATIF

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

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

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

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

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

2. OBJECTIFS

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

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

La mission du médecin consiste à :

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

3. EXAMENS DE SANTÉ

« Lorsqu'un enfant est confié à un milieu d'accueil, les parents fournissent au médecin de la structure un certificat médical (voir annexe 2) spécifiant l'état de santé de l'enfant et, le cas échéant, les

implications éventuelles sur les aspects collectifs de la santé. Le certificat médical précise également les vaccinations déjà réalisées » (article 30 de l'arrêté du 27 février 2003).

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

4 Examens médicaux obligatoires :

A l'entrée, en présence des parents, vers 9 et 18 mois et à la sortie. Deux examens facultatifs peuvent être réalisés 1 à 2 mois après l'entrée et entre 12 et 15 mois. Les examens sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil.

Cette surveillance ne concerne que la santé globale de l'enfant et les relations entre la santé et la vie dans le milieu d'accueil. En cas de problème rapporté ou observé dans le milieu d'accueil, le médecin peut réaliser à tout moment un examen supplémentaire.

Le médecin du milieu d'accueil doit disposer d'informations suffisantes et régulières sur la santé globale des enfants au travers du **carnet de santé** et des observations des puéricultrices et accueillantes.

Le carnet de santé est un outil de liaison entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux ; à ce titre, il doit accompagner chaque enfant dans le milieu d'accueil au moment des examens médicaux ou à la demande du médecin. Le carnet reste la propriété des parents et ne peut en aucun cas être conservé dans le milieu d'accueil.

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

- ▶ l'anamnèse et l'entretien avec les parents et/ou avec la puéricultrice ou l'accueillante et notamment :
 - ▶▶ le relevé des affections et problèmes de santé présentés par l'enfant
 - ▶▶ le comportement de l'enfant dans le milieu d'accueil.
- ▶ le dépistage d'un risque ou d'une vulnérabilité particulière, sur le plan physique ou psychosocial ;
- ▶ l'examen clinique complet et l'observation du développement psychomoteur ;

- ▶ le contrôle des vaccinations ;
- ▶ les recommandations utiles à l'intention des parents et des puéricultrices ou accueillantes ;
- ▶ le recueil de données médico-sociales.

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

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

4. VACCINATIONS

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

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

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

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

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

- ▶ à l'entrée, contrôle du début de vaccination ;
- ▶ à 9 mois, contrôle de l'entièreté de la primo-vaccination ;
- ▶ à 18 mois, contrôle de l'entièreté de la vaccination.

L'enfant pourra être exclu du milieu d'accueil après avis du Conseiller pédiatre de la subrégion en cas de non-respect, non justifié médicalement, de cette obligation ou de retard important dans le calendrier vaccinal (arrêté du 27 février 2003).



Dans ce cas, le médecin rencontre préalablement les parents et fixe un délai pour la vaccination de rattrapage.

5. RELATIONS AVEC LES PARENTS

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

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

Les résultats des différents examens de santé sont communiqués aux parents.

La présence de ceux-ci est obligatoire pour l'examen d'entrée et souhaitée pour les autres examens dans la mesure de leurs possibilités.

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

Si l'état de santé de l'enfant peut impliquer des soins particuliers (convulsions, diabète, ...), il est recommandé d'établir avec eux un organigramme de la prise en charge en cas de problème.

Les parents sont des partenaires dans la surveillance et la promotion de la santé de leur enfant. Tout problème ou divergence de vue mérite discussion, informations complémentaires et réflexion de part et d'autre.

NB : Pour ces deux derniers critères, la responsabilité est partagée entre médecin et MA.

6. CRITERES D'AUTO-EVALUATION

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

- ▶ 1. Le milieu d'accueil a établi une convention de collaboration avec un médecin pour le contrôle de la santé.
- ▶ 2. Le milieu d'accueil organise les examens obligatoires de santé des enfants.
- ▶ 3. A la demande des parents, le milieu d'accueil organise le suivi individuel et la vaccination des enfants.
- ▶ 4. L'examen d'entrée est réalisé en présence des parents.
- ▶ 5. Des réunions d'équipe autour de thèmes liés à la santé et à la sécurité sont organisées avec le médecin du milieu d'accueil.
- ▶ 6. Le milieu d'accueil favorise une communication régulière entre le médecin et les accueillantes ou puéricultrices, et entre le médecin et les parents.
- ▶ 7. Le carnet de santé doit toujours accompagner l'enfant lors des consultations médicales ou en dehors de celles-ci à la demande du médecin.
- ▶ 6. Le milieu d'accueil dispose sur place des certificats d'aptitude physique et psychique pour tout le personnel appelé à être en contact avec les enfants.
- ▶ 7. Le milieu d'accueil informe l'ONE (via la coordinatrice) de tout problème grave en matière de santé survenu au sein du milieu d'accueil.
- ▶ 8. Le milieu d'accueil dispense aux enfants tous les soins dont ils ont besoin et tous les médicaments qui leurs sont prescrits par un médecin.
- ▶ 9. Le milieu d'accueil veille à accueillir les enfants dans un environnement ainsi que dans des infrastructures et des équipements sains.
- ▶ 10. Les documents d'éducation à la santé de l'ONE sont à la disposition des parents.

Pour tous les milieux d'accueil

- ▶ 1. Le milieu d'accueil a une convention avec un médecin pour les cas d'urgence.
- ▶ 2. Le tableau d'éviction est respecté et porté à la connaissance des parents.
- ▶ 3. Le milieu d'accueil exige les certificats médicaux.
- ▶ 4. Le milieu d'accueil contrôle l'état vaccinal.
- ▶ 5. Le milieu d'accueil dispose d'une pharmacie et des produits de soin corporel.

CHAPITRE 2

Hygiène générale

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

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

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

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

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

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

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

(Tiré du site du Gouvernement français « Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants »)

1. HYGIENE DES LOCAUX

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

1.1. Nettoyage

► Définitions :

- Nettoyer (déterger) = rendre net, propre (En débarrassant de tout ce qui ternit ou salit).
- Savon = mélange d'une matière grasse et d'un alcalin qui sert à nettoyer, à dégraisser, à blanchir.
- Nettoyage quotidien des sols et de toutes les surfaces lavables, sans omettre les robinets, poignées de porte, chasses d'eau, grilles de ventilation,... à l'aide de produits détergents.
- Le choix d'un nettoyant tous usages, non toxique et quasi complètement bio dégradable est idéal. Exemples : Savon noir, Savon de Marseille,... Parfois une surface demande un produit d'entretien spécifique mais cela doit rester exceptionnel.
- La technique des « 2 seaux » doit être appliquée : l'un pour laver, l'autre pour « rincer ». Le seau d'eau savonneuse est le seau d'eau propre ; le seau d'eau non savonneuse sert à rincer la serpillière en récoltant les souillures (« eau sale », à changer régulièrement).
- Il est impératif de rincer à l'eau après chaque nettoyage.

METHODE DES DEUX SEAUX

Cette méthode peut être utilisée pour toutes les surfaces

OBJECTIF :

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

MATÉRIEL :

1 seau bleu = contenant la solution détergent

1 seau rouge = contenant l'eau de rinçage

TECHNIQUE :

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

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

Renouveler l'eau contenant la solution dès que nécessaire.



- ▶ Il faut changer de serpillière pour chaque local et chaque section de vie (dortoir, local de jeux,...).
- ▶ Les serpillières doivent être lavées à 60° une fois par jour.
- ▶ Il faut absolument éviter les produits de nettoyage qui contiennent aussi un désinfectant (produits mixtes). En effet, c'est inutile et la substance désinfectante peut être irritante.

1.2. Désinfection

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

- ▶ **Définition :**
 - ▶▶ Désinfecter = détruire les agents infectieux.

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

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

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

La désinfection **doit se faire systématiquement une fois par jour** dans la salle de bain, sur les surfaces alimentaires, sur le coussin à langer, sur les tapis de jeux et coussins de psychomotricité plastifiés.



PRODUITS RECOMMANDÉS

EAU DE JAVEL

- ▶ L'eau de javel est une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium qui a des propriétés bactéricides, virucides, fongicides et sporicides.
- ▶ Elle n'est à utiliser qu'en l'absence des enfants et avec les fenêtres ouvertes.
- ▶ Utiliser la solution le jour de la dilution.
- ▶ Sur une surface préalablement nettoyée.
- ▶ Préférer les présentations d'eau de javel non parfumée, en bidons de 1 ou plusieurs litres, prête à l'emploi soit à 12°. Elle peut se conserver jusqu'à un an, car elle est plus stable dans cette présentation que sous forme de berlingot à diluer.
- ▶ La dilution recommandée : dépend de la concentration en chlore actif contenue dans l'eau de javel. Nous vous recommandons de respecter les concentrations indiquées sur l'étiquette du produit.
- ▶ En cas de moisissures uniquement, la dilution recommandée est de 1 volume de javel pour 5 volumes d'eau.
- ▶ **Précautions d'emploi :**
La prudence s'impose en toutes circonstances.
 - ▶ Utiliser l'eau de javel avec des gants.
 - ▶ Ne pas laisser à la portée des enfants.
 - ▶ Ne jamais utiliser en présence des enfants.
 - ▶ L'eau de javel doit toujours être utilisée seule dans l'eau.
 - >> Il ne faut donc pas la mélanger avec un produit d'entretien.
 - >> Ne pas mélanger l'eau de javel avec des solutions acides ou ammoniacales.
 - >> Pas d'utilisation successive javel – solutions ammoniacales. Cela entraînerait une réaction chimique qui dégage des gaz chlorés très toxiques.
 - ▶ L'eau de javel est corrosive et toxique.
 - >> **En cas d'ingestion accidentelle, ne pas faire vomir, contacter le centre anti-poison (070/245.245).**

- >> Elle peut provoquer des brûlures sur la peau et les yeux, surtout sous forme concentrée. En cas de brûlure sur la peau, laver à l'eau.
- >> En cas de projection dans les yeux, rincer abondamment à l'eau et consulter un ophtalmologue.
- ▶ Les vapeurs sont irritantes et même toxiques pour le système respiratoire.
- ▶ Diluer en versant la javel dans l'eau et non l'inverse !
- ▶ **Stockage :** l'eau de javel doit être stockée hors de portée des enfants, dans son flacon d'origine ou dans un flacon clairement étiqueté.
- ▶ **Conservation :** C'est un produit « fragile » qui doit être stocké à l'abri de la lumière et de la chaleur.

DERIVES D'AMMONIUM QUATERNAIRE

- ▶ Ils sont **nettement moins toxiques**, notamment au point de vue respiratoire que l'eau de javel. Dès lors, ces produits peuvent être utilisés en présence des enfants.
- ▶ Ils ont une action désinfectante très efficace : virucide, bactéricide et fongicide, en une dizaine de minutes. Il faut savoir que certains produits ont également une action détergente et que, hormis en cas de souillure par des liquides biologiques, le nettoyage préalable pourrait être évité. Cependant, pour éviter toute erreur, il est préférable de recommander, comme tout désinfectant, un lavage et un rinçage préalables.
- ▶ Ces substances répondent aux normes de biodégradabilité européennes.
- ▶ Ils sont faciles d'emploi. Il en existe plusieurs conditionnements, notamment en spray pré-dilué prêt à l'emploi. Pour les conditionnements où cela est nécessaire, la dilution recommandée doit être respectée.
- ▶ Il faut appliquer le produit uniformément sur la surface propre à désinfecter, puis attendre que celle-ci soit bien sèche avant de l'utiliser. Il ne faut pas rincer.

- ▶ Les dérivés d'ammonium quaternaire doivent être utilisés pour **la désinfection et non pas pour le nettoyage** des surfaces, telles que coussins à langer, tapis de jeux, coussins de psychomotricité plastifiés, éviers, WC, petits pots, salle de bain et sur les surfaces alimentaires souillées, pendant, avant ou après l'accueil des enfants.

Quand une désinfection des sols (souillures par des liquides biologiques, épidémies) est nécessaire, les dérivés d'ammonium quaternaire peuvent être utilisés, notamment en présence des enfants. Rappelons cependant leur coût nettement plus élevé que celui de l'eau de javel.

▶ **Précautions d'emploi :**

- ▶▶ Ne **jamais mélanger** à d'autres produits.
- ▶▶ L'**inhalation du produit peut entraîner une irritation des voies respiratoires**, nettement moindre cependant qu'avec l'eau de javel.
- ▶▶ Le produit est irritant pour les yeux, il faut être attentif à ne pas en projeter dans les yeux lors de l'utilisation. **En cas de projection dans les yeux, rincer abondamment à l'eau claire.** Si une gêne persiste, consulter un ophtalmologue.
- ▶▶ Le produit peut également provoquer de petites irritations sur certaines peaux sensibles, il est donc préférable de ne pas en mettre sur la peau. **En cas de contact avec la peau, laver à l'eau et au savon.** Si un utilisateur a des réactions cutanées au produit, il lui est conseillé d'utiliser des gants de type néoprène ou nitrile.
- ▶▶ **En cas d'ingestion accidentelle, ne pas faire vomir, contacter le centre anti-poison (070/245.245).**
- ▶▶ **Stockage :** à conserver dans une armoire fermée à clef, hors de portée des enfants. Toujours conserver dans le flacon d'origine pour éviter toute confusion.
- ▶▶ **Conservation :** Entre 5 et 35°C, dans un endroit sec et si possible bien ventilé.

1.3. Evacuation des déchets

- ▶ Les aiguilles (pour injections) et les seringues à aiguilles serties utilisées doivent être déversées sans être recapuchonnées dans des containers spéciaux.
- ▶ Les langes souillés, les pansements et le matériel jetable doivent être évacués dans les poubelles à parois rigides, garnies de sacs-poubelle résistants. Les poubelles sont munies de couvercles hermétiques et d'une ouverture à pédale. Les poubelles seront désinfectées quotidiennement par de l'eau de javel (1l dans 10l d'eau). Les langes en tissu doivent être jetés dans des poubelles individuelles spéciales.

2. HYGIENE DES EQUIPEMENTS

2.1. Hygiène des vêtements et du linge

- ▶ **Circuit et lavage du linge :**
 - ▶▶ Bien séparer le circuit du linge propre et du linge sale (récipients différents), se laver correctement les mains après la manipulation du linge sale, ne pas déposer le linge sale à même le sol.
 - ▶▶ Laver à 60°.
- ▶ Les **essuies doivent être personnels à chaque enfant et remplacés quotidiennement.** Les bavoirs et les gants de toilette seront lavés après chaque usage.
- ▶ Dans les milieux d'accueil collectifs, le personnel doit disposer de blouses de travail ou de vêtements et chaussures réservés au milieu d'accueil. Des tabliers renouvelés quotidiennement seront exclusivement réservés à la préparation des repas et des biberons.
- ▶ En période d'épidémie de gastro-entérite, l'utilisation de matériel jetable peut être envisagée.

2.2. Hygiène des objets, des jouets

- ▶ Les objets et les jouets seront en matière facilement lavable.
- ▶ Les objets solides, si leur taille le permet, seront lavés régulièrement au lave-vaisselle. En effet, cela permet en même temps une désinfection thermique efficace.
- ▶ Les jouets en tissu seront lavés en machine (emballés par exemple dans une taie d'oreiller).
- ▶ Il est recommandé, surtout chez les petits et les moyens, de changer très régulièrement (3 périodes par jour) le stock des jouets de manipulation mis en bouche par les enfants et de le laver quotidiennement, particulièrement en période d'épidémie.
- ▶ En cas de souillure visible par un liquide biologique (salive, liquide gastrique,...), il faut soit désinfecter avec un dérivé d'ammonium quaternaire, (puis rincer, pour les jouets pouvant être portés à la bouche), soit écarter le jouet jusqu'à la désinfection thermique.
- ▶ Une attention particulière doit être portée aux **bacs à sable extérieurs**. Le bac à sable est potentiellement, pour les enfants, une source de maladies infectieuses, et surtout parasitaires (larves présentes notamment dans les excréments de chiens ou de chats, certaines variétés de champignons,...). Par ailleurs, les particules fines peuvent être des irritants oculaires, et si elles sont inhalées, des irritants respiratoires.
 - ▶ Les bacs non utilisés doivent être recouverts en permettant à l'air de circuler (filet de nylon) pour éviter la souillure par des animaux et les moisissures.
 - ▶ Chaque jour, il faut aérer le sable avec un râteau et enlever les éventuels corps étrangers.
 - ▶ Il faut faire le retournement du sable au moins une fois par trimestre, remplacer ou régénérer au moins une fois par an la totalité du sable, nettoyer parois et fond lors de l'enlèvement du sable.
 - ▶ Il faut laver les mains des enfants qui ont joué dans le sable.

- ▶ S'il y a eu contamination par de l'urine, des selles, des vomissements ou des excréments d'animaux, on doit immédiatement nettoyer le bac à sable, le désinfecter (javel diluée répandue sur le sable, puis arroser avec de l'eau pour imbiber, retourner le sable et attendre 24h).
- ▶ Des examens parasitologiques et bactériologiques peuvent être réalisés, à partir d'un prélèvement (en cas de problème infectieux chez un ou des enfants, lié à la fréquentation du bac à sable).

2.3. Les petits pots et les petites toilettes



- ▶ Les petites toilettes doivent être bien nettoyées après chaque usage. En cas de selle, ne pas jeter de l'eau de javel dans les toilettes, passer seulement un linge javellisé sur la planche (ou le rebord). En usage courant, un détartrant à base d'acide acétique est suffisant pour l'entretien de la cuvette du WC.
- ▶ Dans l'éventualité de petits pots individuels, un nettoyage correct suffit (dans un évier spécifique). La désinfection sera réservée, après nettoyage, aux cas de présence de selles.

- ▶ Les coussins à langer doivent être désinfectés quotidiennement à l'aide d'un dérivé d'ammonium quaternaire. Un essuie personnel à l'enfant ou un papier de table protecteur est posé sur le coussin à chaque change.
- ▶ **En période de gastroentérite :**
 - ▶ Avant le change de selles, enfiler des gants à usage unique. Après le change de selles et enlèvement des gants, utilisation d'un gel hydroalcoolique ou lavage des mains.
 - ▶ Après le change sans selles, lavage des mains (pas besoin de gants pour change sans selles).



N.B.

Pour le nettoyage du siège de l'enfant, l'emploi de lingettes est déconseillé en raison notamment du risque allergique et du caractère potentiellement irritant.

2.4. Les thermomètres

- ▶ Avant un an, des thermomètres individuels seront apportés par les parents.
- ▶ Passer tout le thermomètre dans de l'alcool isopropylique à 70°C en frottant avec un linge propre puis laisser sécher.
- ▶ Il existe des enveloppes de thermomètres électroniques, à usage unique (terumo), mais la désinfection des thermomètres reste nécessaire.
- ▶ Lavage des mains après avoir pris la température.
- ▶ La prise de température n'est pas requise quotidiennement et systématiquement chez tous les enfants.



SOLS ET SURFACES		
<p>ENTRETIEN QUOTIDIEN</p> <p>(Après l'accueil des enfants)</p>	<p>1) Nettoyage 2) Rinçage</p>	<p>Remarques : Coussins à langer, surfaces alimentaires, salle de bain :</p> <p>1) Nettoyage 2) Rinçage 3) Désinfection à la Javel</p>
<p>SELON LES SITUATIONS</p> <p>(Pendant l'accueil des enfants)</p>	<p>En cas de souillure par des liquides biologiques</p> <p>1) Enfiler les gants jetables 2) Enlever le plus gros des souillures avec de l'essuie-tout 3) Mettre les déchets dans un sac en plastique, le fermer puis le déposer dans les poubelles habituelles. 4) Nettoyer et rincer 5) Désinfecter (dérivé d'ammonium quaternaire, ne pas rincer)</p> <p>Autres souillures</p> <p>1) Nettoyage 2) Rinçage</p>	



OBJETS ET JOUETS

ENTRETIEN QUOTIDIEN	<p>Objets et jouets de petite et moyenne taille : Lavage avec désinfection thermique (si la taille le permet) 1° choix : Lave-vaisselle 2° choix : Lave-linge, dans un drap</p> <p>Objets et jouets de plus grande taille : Cf. sols et surfaces</p> <p>Jouets en tissus Lavage régulier en machine.</p>
SELON LES SITUATIONS	<p>En cas de souillure par des liquides biologiques soit : Désinfection immédiate avec dérivé d'ammonium quaternaire (et rinçage si jouet pouvant être porté à la bouche) soit : Ecartement du jouet - objet en attendant la désinfection thermique quotidienne</p> <p>Autres souillures Nettoyage puis rinçage</p>

PETITS POTS ET PETITES TOILETTES

	PETITS POTS	PETITES TOILETTES
ENTRETIEN QUOTIDIEN	1) Nettoyage 2) Rinçage	1) Nettoyage 2) Rinçage Remarques : cuvette WC : détartrant à base d'acide acétique
APRÈS SELLES	1) Nettoyage 2) Rinçage 3) Désinfection par dérivé d'ammonium quaternaire (pas de rinçage)	Désinfection Passer un linge javellisé sur la planche OU Ammonium quaternaire sur la planche



3. HYGIENE INDIVIDUELLE

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

3.1. Les mains

► L'hygiène des mains est indispensable et incontournable pour prévenir la propagation des germes infectieux et les épidémies.

► Le port des bijoux et faux ongles est proscrit.

Les bagues et bracelets peuvent héberger des micro-organismes qui ne sont pas nécessairement éliminés par le lavage des mains. Ils peuvent occasionner des lésions aux enfants (éraflures, égratignures)

► Pour l'hygiène des mains, deux techniques sont recommandées : le lavage des mains à l'eau et au savon et la désinfection des mains avec une solution hydroalcoolique.

► L'hygiène des mains doit être une préoccupation constante. Elle est indispensable dans les situations suivantes :

- ▶▶ A l'arrivée dans le milieu d'accueil et au départ de celui-ci
- ▶▶ Après chaque change
- ▶▶ Après être allé aux toilettes ou avoir aidé un enfant à y aller
- ▶▶ Avant de manger ou de manipuler des aliments et après ces activités
- ▶▶ Après chaque contact avec des liquides corporels (sang, sécrétions nasales, ...)
- ▶▶ Après avoir aidé un enfant à se moucher ou après s'être mouché, avoir toussé, éternué
- ▶▶ Avant de changer un pansement et après l'avoir fait
- ▶▶ Avant de prendre la température d'un enfant, et après
- ▶▶ Avant de préparer et d'administrer un médicament (crème, gouttes, autres préparations) à un enfant et après l'administration
- ▶▶ Après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé
- ▶▶ Après avoir joué dans le sable ou la terre
- ▶▶ Chaque fois qu'on le juge nécessaire,...

3.1.1. Lavage des mains



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

AVEC QUOI DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

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

QUAND DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

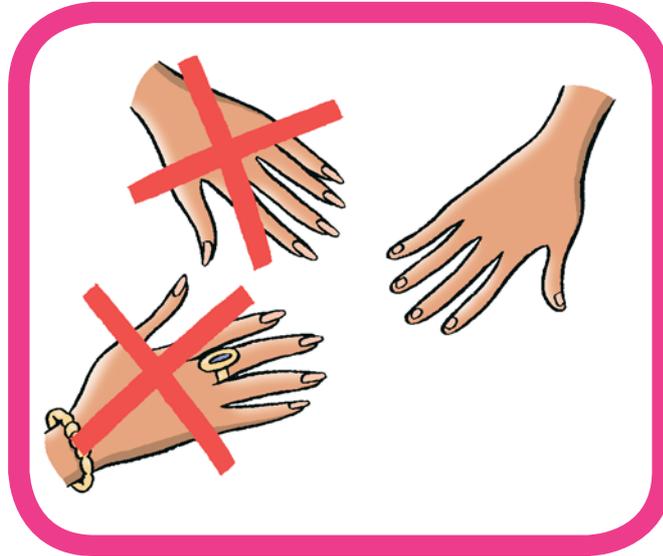
- ▶ **DANS TOUTES LES INDICATIONS DE L'HYGIENE DES MAINS**
- ▶ **Rem. : EN CAS DE SOUILLURE VISIBLE DES MAINS, le lavage des mains est impératif.**

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



COMMENT DOIT-ON SE LAVER LES MAINS ?

Rappel : le port de bijoux et faux ongles
est proscrit.
La technique comporte les étapes
suivantes :





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

QUELLE EST LA DUREE DU LAVAGE DES MAINS ?

En suivant la technique appropriée, une durée de 30 secondes est recommandée. Les ongles doivent être propres, courts, sans vernis et faux ongles. Il faut les nettoyer régulièrement, car des micro-organismes se logent souvent sous les ongles. Le brossage des ongles n'est en général pas nécessaire. Mais, il est recommandé en cuisine par exemple après l'épluchage de pommes de terre recouvertes de terre (brosse à ongles individuelle).

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

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

3.1.2. Désinfection des mains

AVEC QUOI DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

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

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

QUAND DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

- ▶ Les solutions hydroalcooliques étant très efficaces rapidement et d'usage aisé, leur utilisation est recommandable dans toutes les indications de l'hygiène des mains sur mains propres.

- ▶ En cas de souillure visible des mains, un lavage des mains est impératif et doit, en cas de souillure par des liquides biologiques, être complété par une friction hydroalcoolique.
- ▶ Il faut cependant insister sur l'efficacité du lavage des mains à l'eau et au savon et réserver l'usage des produits hydroalcooliques aux situations où le personnel n'a soit PAS LE TEMPS, soit PAS LA POSSIBILITE de se laver les mains.

COMMENT DOIT-ON SE DESINFECTER LES MAINS ?

- ▶ Prendre minimum 3 ml de produit hydroalcoolique pour la désinfection des mains et bien frictionner, en veillant à ce que toutes les parties soient bien en contact avec le produit : les paumes, les dos, les doigts, les espaces interdigitaux et les ongles.
- ▶ Se frotter les mains jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

3.1.3. Gants



- ▶ Il faut envisager le port de gants à chaque contact probable avec des fluides corporels.

Exemples :

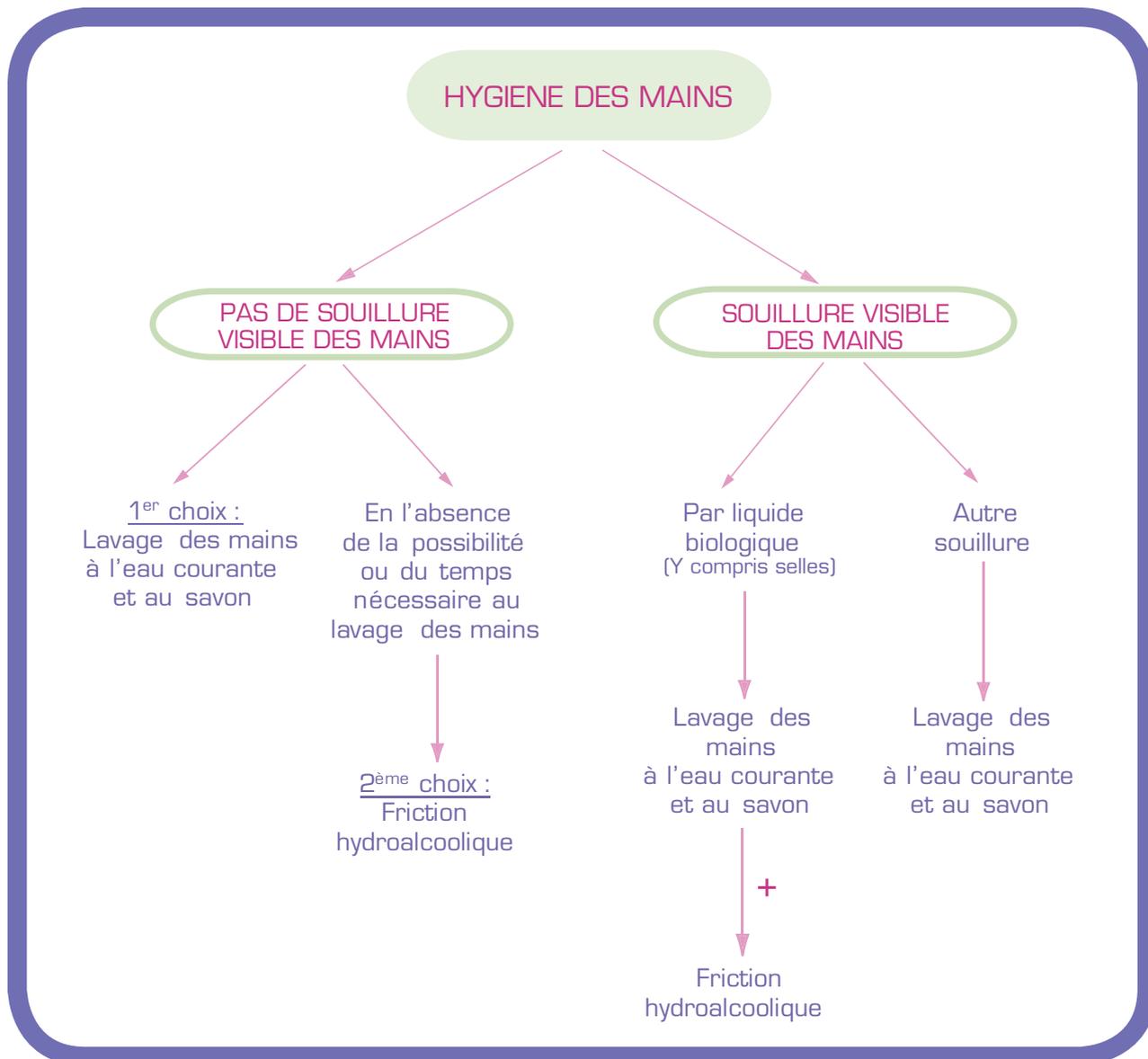
- En cas de soins au contact du sang,
Pour le change des selles,...
- ▶ Les gants sont à usage unique.
- ▶ Après l'élimination des gants, l'hygiène des mains, que ce soit par lavage ou par friction avec une solution hydroalcoolique, est indispensable.

3.1.4. Lavage des mains des enfants

L'éducation des enfants sur l'importance de l'hygiène corporelle individuelle est un temps essentiel.

Le lavage des mains des enfants se fait au moyen de savon liquide en distributeur.

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

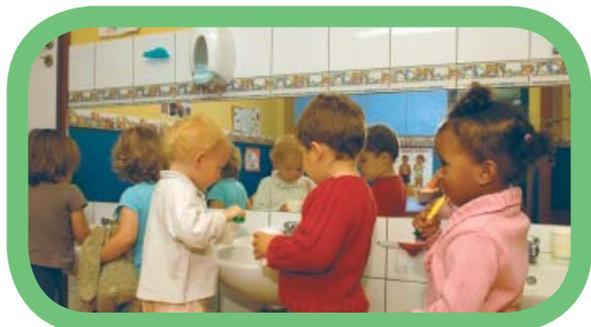


3.2. Les lésions cutanées

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

3.3. Brossage des dents

Les brosses à dents seront strictement individuelles.



3.4. Mouchage

- ▶ Une des pratiques essentielles d'hygiène est le mouchage.
- ▶ Celui-ci sera le plus souvent réalisé par un **lavage du nez au sérum physiologique**. L'enfant est couché sur le dos, la tête tournée à 45° sur le côté en gardant la bouche fermée. Le contenu d'une flapule complète de liquide physiologique est envoyé dans la fosse nasale supérieure et ressort par la narine inférieure. Au besoin, répéter le même geste en tournant la tête de l'autre côté.
Les mouche-bébé parfois utilisés chez les nourrissons doivent être individuels.



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



3.5. Sur-chaussures

Elles sont recommandées pour les parents arrivant de l'extérieur et qui se rendent dans des sections comprenant des enfants ne marchant pas encore.

Il n'est pas souhaitable de demander aux parents de marcher pieds nus ou en chaussettes dans ces sections.

Les sur-chaussures sont à usage unique.

3.6. Interdiction de fumer

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

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

4. MESURES SPECIFIQUES

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

4.1. Mesures spécifiques à un type d'infection

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

Exemple :

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

4.2. Mesures spécifiques aux enfants présentant un risque particulier

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

Exemple :

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

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

5. HYGIÈNE ALIMENTAIRE

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

Les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance (crèches, préguardiennats, maisons communales d'accueil de la petite enfance, maisons d'enfants, halte-garderies) sont soumis à plusieurs législations.²

Les autorisations et contrôles sont de la compétence de l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire ou AFSCA. Les cuisines de collectivités doivent introduire une demande auprès de l'AFSCA afin d'obtenir l'autorisation de fabriquer ou de manipuler des repas. Pour obtenir cette autorisation, l'établissement doit satisfaire d'une part aux normes relatives à l'hygiène générale des denrées alimentaires, et d'autre part aux dispositions réglementaires générales et spécifiques en matière de conditions d'agrément ou d'autorisation qui lui

² A.R. du 16 janvier 2006 fixant les modalités des agréments, des autorisations et des enregistrements préalables délivrés par l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire.

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

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

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



sont applicables. Ces normes seront contrôlées par un fonctionnaire de l'AFSCA qui délivrera l'autorisation.

Dans le secteur de l'enfance, un document approuvé par l'AFSCA rassemble toutes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire reprises dans la législation. Le document est appelé « Guide de bonnes pratiques d'hygiène » (GBPH).

L'hygiène des denrées alimentaires commence dès l'achat ou la réception et va jusqu'à la consommation et la gestion des restes. Tant la conservation que la préparation et la distribution des aliments nécessitent une vigilance et une organisation réfléchie et minutieuse.

Les grands principes de l'hygiène alimentaire sont :

- ▶ 5.1. Le principe de la marche en avant
- ▶ 5.2. La conservation des aliments à température adéquate
- ▶ 5.3. L'hygiène générale et individuelle
- ▶ 5.4. Précautions particulières pour certains aliments

5.1. Principe de la marche en avant

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

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

5.2. Conservation des aliments

Une attention particulière doit être portée aux températures de conservation des aliments et au contrôle des températures des différentes enceintes (frigo, congélateur,...).

Les frigos et congélateurs disposent d'un thermomètre.

La température des frigos et congélateurs est relevée tous les jours.

- ▶ Les aliments réfrigérés sont stockés à des températures comprises entre 0°C et 4°C. La capacité du frigo est adaptée aux besoins de la collectivité. Plusieurs frigos sont parfois nécessaires. Le mode de rangement est important pour éviter les contaminations entre les différents aliments. Les produits les plus sensibles sont les repas préparés (pudding, purée,...). Ils seront toujours placés en haut. Les produits « sales » (viande crue, fruits et légumes non nettoyés, œufs) seront placés en bas.

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

Ils sont mis à cuire encore congelés (ou décongelés très rapidement au micro-ondes) et ne peuvent pas être recongelés après décongélation. La durée de conservation dépend de leur nature et de la température du congélateur. La congélation artisanale (par le milieu d'accueil même) de produits n'est pas conseillée et devrait rester une pratique exceptionnelle.

- ▶ Lorsque des repas ou des produits préparés sont acheminés chauds, la température des repas est maintenue au minimum à 65°C jusqu'au moment de la consommation. Pour des raisons pratiques liées à la distribution (ex : chariots, caissons isothermes,...) ou à la consommation (ex : impossible de consommer parce que trop chaud), il est admis que la température des plats chauds soit inférieure à +65°C seulement durant l'étape du service ou de la distribution, pendant le moins longtemps possible et au maximum 30 minutes avant la consommation. Si les enfants ne les consomment pas endéans les 30 minutes, les portions individuelles



seront couvertes et placées au frigo. Des contrôles de températures des aliments doivent être effectués à l'aide du thermomètre sonde.

5.3. Hygiène générale et individuelle

L'état de santé des personnes chargées de la préparation des repas répond aux mêmes exigences que celui des adultes en contact avec les enfants :

- ▶ Examen médical annuel³
- ▶ Eviction des malades selon le tableau recommandé

Les règles d'hygiène individuelle sont particulièrement rigoureuses. **Le port d'un bonnet est obligatoire.** Une affichette reprenant la technique de lavage des mains doit être apposée.

5.4. Précautions particulières

5.4.1. Denrées alimentaires à risque

Les aliments les plus à risque (d'un point de vue bactériologique) sont les aliments d'origine animale. Il est donc très important de les cuire suffisamment (à 80°C pendant au moins 10 minutes) pour réduire le risque. La consommation d'aliments crus d'origine animale en milieu d'accueil est donc interdite. Les autres aliments consommés crus (fruits/légumes) présentent également un risque et nécessitent un nettoyage préalable minutieux. Outre les conséquences néfastes pour la dentition, il est déconseillé de donner du miel aux enfants de moins de un an car ceux-ci peuvent parfois être contaminés par les spores d'un microbe dangereux, appelé *Clostridium botulinum*, qui peut rendre l'enfant gravement malade.

5.4.2. Préparation des biberons

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

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

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

S'il s'avère impossible de préparer les biberons au fur et à mesure, les biberons peuvent être préparés à l'avance (max 6 heures) dans la cuisine ou la biberonnerie en respectant scrupuleusement les recommandations d'hygiène, de conservation et de contrôle des points critiques. Rappelons que la poudre de lait n'est pas stérile et que le lait reconstitué est un milieu propice au développement des microbes.

Les restes des biberons sont jetés.

³ A.R. du 17/03/71 soumettant à examen médical toutes les personnes directement en contact avec les denrées alimentaires.





	Aliments ou préparation contenant ces aliments	Conditions de manipulation et de conservation
ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE	Aliments crus d'origine animale : Œuf. Ex : mousse au chocolat, œuf dans la purée Produits laitiers au lait cru. Viande. Ex : filet américain, carpaccio,...	INTERDITS EN MILIEU D'ACCUEIL
	Viandes, volailles, poissons	Cuisson à cœur minimum 80°C Préparation et distribution très proches Conservation au frigo : 0 et 4°C
	Viande hachée et produits dérivés, jambon tranché,...	Idem + consommés le jour même du hachage qui se fait de préférence sur place. Ne peut jamais être congelés (ni crus, ni cuits). Conservation au frigo : 0 et 4°C
	Préparation à base d'œufs cuits (omelettes, gâteaux, crêpes,...)	Vérifier les dates limites de consommation. Les œufs en coquille sont conservés au frigo. Casser les œufs en zone sale. Nettoyer et désinfecter le plan de travail, les ustensiles et les mains après la manipulation des œufs. Conservation au frigo : 4°C



CHAPITRE 3

Environnement

Garantir un environnement sain est essentiel pour la santé de l'enfant à court et à long terme. Les relations entre l'environnement et la santé interpellent de plus en plus en raison de l'augmentation importante de certaines maladies comme les cancers de l'enfant (leucémies, tumeurs cérébrales) dont l'incidence augmente de 2% chaque année et l'asthme de l'enfant dont la fréquence a doublé en 10 ans.

En raison de leur physiologie propre et du développement même de leurs cellules et tissus, le nourrisson et le petit enfant sont particulièrement sensibles aux risques environnementaux en matière d'exposition aux allergènes, polluants,...

Consciente de cette vulnérabilité particulière, l'OMS Europe a défini en 2004 un plan d'action ciblé sur les enfants. Une vigilance est donc de mise en matière d'environnement sain dans les milieux d'accueil de la petite enfance...

L'attention doit être portée principalement à la qualité de l'air et l'environnement intérieur des lieux de vie afin de limiter autant que faire se peut les risques d'accidents et les contacts avec les allergènes, irritants et polluants.

Un environnement inadapté peut être la cause d'accidents et de traumatismes. Les traumatismes de la vie courante constituent la 1^{ère} cause de mortalité chez l'enfant de 1 à 4 ans.

1. PREVENIR LES TRAUMATISMES AU QUOTIDIEN

Les accidents les plus fréquents sont les chutes d'une hauteur (coussin à langer, chaise haute,...), les chutes dans l'escalier, les collisions contre tables et meubles. Les accidents les plus

graves sont les noyades (piscine, étang) et les suffocations (cordelette, sac en plastique, tête entre des barreaux). Les brûlures par liquides chauds et les pincements de doigts dans les portes ou les meubles doivent également retenir l'attention. Même si la surveillance des enfants est constante dans les milieux d'accueil et si l'espace et le mobilier sont adaptés pour l'âge, le risque de traumatisme n'est pas nul.

Dans le registre des événements graves survenus en milieu d'accueil et renseignés à l'ONE, on relève de 2003 à 2005:

- ▶ 1 décès par pendaison à un mobile suspendu au plafond ;
- ▶ 1 fracture de crâne (chute du maxicosi) ;
- ▶ 2 fractures du fémur (chutes sur le sol) ;
- ▶ 2 fractures du bras (chutes du toboggan) ;
- ▶ 1 fracture de hanche (chute de la table à langer) ;
- ▶ 2 brûlures (eau chaude et radiateur) ;
- ▶ 1 ingestion de HAC ;
- ▶ 1 ingestion accidentelle de médicament ;
- ▶ 1 plaie occasionnée par une barrière.

On note également 7 décès par mort subite inexplicquée du nouveau-né.

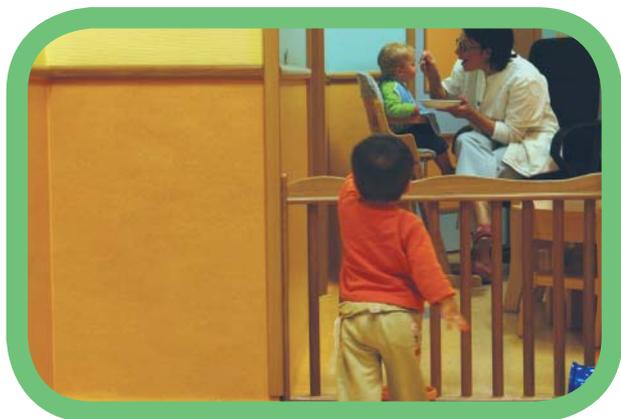
Les contusions, pincements de doigts et chutes sans fracture sont probablement beaucoup plus fréquents mais non renseignés.

Pour pouvoir établir des statistiques valables, le milieu d'accueil est encouragé à bien remplir le cadastre des événements médicaux graves.

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

Conseils pratiques

- ▶ Les barrières de séparation des pièces et/ou faisant partie de modules répondent aux mêmes règles de sécurité que les lits (aucun dépassement de la barrière horizontale, barre transversale suffisamment proche du sol, espacement entre les barreaux verticaux < 7,5 cm).



- ▶ Les toboggans et modules sont d'une hauteur limitée et placés sur un sol non dur (lino, tapis, parquet et non carrelage ou ciment).
- ▶ Tous les médicaments et produits d'entretien et de désinfection sont hors de portée des enfants.
- ▶ Les mobiles suspendus sont à éviter ou placés hors de portée.
- ▶ Les trotteurs sont interdits.
- ▶ Les liquides chauds sont hors de portée ainsi que les robinets d'eau chaude.
- ▶ Des protections sont placées devant les radiateurs, aux coins des meubles ainsi qu'aux charnières des portes.
- ▶ Le milieu d'accueil installe des crochets bloque-placards, tiroirs, fenêtres et portes.

2. PARAMETRES D'AMBIANCE

2.1. Réglage de la température et du degré d'humidité

D'une manière générale, la température idéale de l'air intérieur se situe entre 18 et 20° dans les pièces de vie. Les écarts de température sont à éviter en cours de journée ou d'une pièce à l'autre. En dehors des heures d'ouverture, il vaut mieux mettre le chauffage en veilleuse sur 15°. L'humidité relative doit se situer idéalement entre 40 et 60%. En dessous de 40%, il fait trop sec pour les voies respiratoires. Au-delà de 70%, le risque de développement de moisissures et d'acariens augmente. De plus, la moiteur de l'air ambiant entraîne une sensation de froid obligeant à surchauffer le milieu d'accueil.

2.2. Renouvellement d'air quotidien



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

Si une pollution chimique devait avoir lieu (émission de composés organiques volatiles, formaldéhyde, monoxyde de carbone,...), la ventilation systématique et adéquate en réduirait considérablement les effets néfastes. Même chose pour le radon.

Ventiler, renouveler l'air est une pratique obligatoire pour assurer un environnement intérieur sain. **Chaque local doit disposer d'une fenêtre ouvrante ou au moins oscillante.** Idéalement, les locaux sont équipés de manière à assurer une circulation d'air continue. Dans le cas contraire, en hiver⁴, la ventilation s'effectue en ouvrant une ou plusieurs fenêtres (en fonction du volume de la pièce) **durant 15 minutes le matin et éventuellement le soir.** Dans les dortoirs, la fenêtre sera ouverte 15 minutes avant chaque sieste et éventuellement après celle-ci.

⁴ En été, la ventilation peut être permanente car les phénomènes de condensation n'apparaissent pas puisqu'il n'y a pas de surfaces froides.

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

Il existe des systèmes automatiques de ventilation où des grilles sont placées aux fenêtres et un système d'extraction d'air permet son renouvellement.

Ce type de système doit être régulièrement entretenu pour être opérationnel.

2.3. Recommandations en cas de vague de chaleur

On appelle vague de chaleur, ou canicule, un réchauffement important de l'air pendant quelques jours à quelques semaines avec ou sans averses intermittentes. Normalement notre corps dispose d'un système de régulation de la température corporelle qui maintient celle-ci à un niveau constant, grâce notamment à la transpiration. En cas de chaleur trop importante ou de longue durée (surtout si l'humidité ambiante est élevée), transpirer ne suffit pas, et la température corporelle peut s'élever. Les jeunes enfants sont particulièrement à risque de coup de chaleur et de déshydratation. Par ailleurs, les vagues de chaleur sont parfois associées à un pic d'ozone, qui peut induire des manifestations telles que difficulté respiratoire, irritation des yeux et de la gorge, et apparition de céphalées.

Recommandations en cas de vague de chaleur:

- ▶ Garder les rideaux tirés et les fenêtres fermées pendant les heures chaudes, aérer en fin de journée et la nuit.
- ▶ Donner régulièrement à boire de l'eau, même si l'enfant ne réclame pas.
- ▶ Donner à boire davantage en cas de vomissements, diarrhée ou fièvre.
- ▶ Rafraîchissement éventuel: bain, serviettes humides.

- ▶ Rester le plus possible à l'intérieur aux moments les plus chauds de la journée.
- ▶ Interdire aux enfants de jouer au soleil.
- ▶ Porter des vêtements légers.
- ▶ Porter un chapeau en cas de sortie à l'extérieur.
- ▶ Protéger la peau contre les coups de soleil (indice de protection élevé).
- ▶ Suivre scrupuleusement les mesures d'hygiène alimentaire puisque le développement des bactéries dans les aliments est beaucoup plus rapide (voir la brochure « Sécurité de la chaîne alimentaire »).
- ▶ Les ventilateurs offrent une protection relative contre les problèmes dus à la vague de chaleur, attention à les garder hors de portée des enfants.

En cas de pic d'ozone:

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

Ces renseignements et les prévisions météorologiques sont disponibles sur les sites: www.health.fgov.be
www.irceline.be

3. LUTTE CONTRE LES POLLUANTS

3.1. Les acariens et les moisissures

Cfr. Chapitre 6 : « Les allergies ».

3.2. Le tabagisme

Cfr. Chapitre 2 : « Hygiène Générale »

3.3. L'emploi de pesticides

Les pesticides comprennent toutes sortes de produits vendus sous différents conditionnements (solution, poudre, diffuseurs,...) et qui ont pour fonction d'éliminer les organismes vivants indésirables (insecticides, acaricides, fongicides,...). Ils ont la particularité

d'imprégner les sols, les textiles et le mobilier et d'être réémis ultérieurement. **Il ne s'agit donc pas seulement d'éviter de les employer en présence des enfants, mais de proscrire leur usage** (hormis situations tout à fait exceptionnelles dûment justifiées avec inefficacité des autres méthodes).

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

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

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

(consulter aussi

www.espace-environnement.be

Santé et Habitat)

3.4. Les désodorisants et diffuseurs de parfum

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

3.5. Les autres substances chimiques dangereuses

Il s'agit essentiellement des produits d'entretien (détachants, dégraissants, cires,...), de bricolage (colles, peintures,...) et les désinfectants (voir aussi chapitre hygiène).

Lorsque leur emploi est inévitable, toujours lire la notice d'utilisation et appliquer les protections requises (gants, masque,...), respecter les dosages et le temps requis avant de réoccuper les locaux. Ranger ces produits dans un local fermé, inaccessible aux enfants.



3.6. Le développement de légionelles dans le circuit d'eau chaude

Les légionelles sont responsables d'infections pulmonaires (1% des pneumonies de l'enfant) essentiellement par inhalation d'un aérosol d'eau contaminée. Pour éviter leur développement, outre les mesures préconisées dans la brochure « Infrastructures » (en cours d'édition), les mesures préventives suivantes doivent être appliquées :

- ▶ Toujours utiliser de l'eau potable pour la production d'eau chaude sanitaire.
- ▶ L'eau froide ne peut avoir une température supérieure à 25°.
- ▶ L'eau chaude doit être produite à une température de 60°: on évitera qu'elle reste durablement dans le chauffe-eau à une température moindre.
- ▶ L'eau doit être maintenue à 55° au moins en tout point du réseau principal.
- ▶ Les installations doivent être entretenues régulièrement (voir brochure « Infrastructures » en cours d'édition).



CHAPITRE 4

Accueil des enfants malades

1. ORGANISATION GÉNÉRALE

1.1. Dans les milieux d'accueil collectifs

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

Rôles :

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

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

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

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

De façon ponctuelle :

- ▶ en cas de maladie contagieuse, il prend toutes les mesures qui s'imposent pour protéger la collectivité, en ce compris l'instauration d'un traitement chimio-phylactique ou la réalisation de prélèvements, en se référant aux recommandations en la matière ;

- ▶ il répond aux demandes d'informations qui lui sont adressées par le milieu d'accueil ;
- ▶ il se met en rapport avec le médecin traitant et rencontre les parents en cas de besoin ou de conflit avec le milieu d'accueil ;
- ▶ il décide en finalité des cas d'éviction sur base des recommandations ou en fonction de situations particulières et en tenant compte du risque pour la collectivité, ainsi que pour l'enfant concerné ;
- ▶ le médecin du milieu d'accueil est habilité si nécessaire à demander la réalisation de prélèvements chez les membres du personnel de l'accueil.

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

La puéricultrice ou l'accueillante surveille attentivement un enfant malade et lui administre les traitements prescrits. Elle prend les mesures nécessaires pour éviter la dissémination des infections. Elle prévient les parents de toute aggravation de l'état de santé. Elle sait réagir de façon appropriée dans les situations d'urgence.

Appel du médecin :

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

En cas de situation bénigne, il ne convient pas de recourir au « médecin callable » étant donné qu'il faut privilégier, dans

ce cas, la consultation du médecin traitant par les parents eux-mêmes. C'est l'importance des symptômes et le degré d'urgence qui entraînera :

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

Maladie grave, épidémie :

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

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

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

Certificats médicaux :

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

Ce certificat médical précisera également le traitement à administrer à l'enfant malade. En effet, aucun traitement n'est administré sans prescription à l'exception du Paracétamol en cas de fièvre.

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

1.2. Chez l'accueillante

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

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

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

▶ Le médecin traitant, informé par les parents que son petit patient vit en collectivité, décide de la nécessité éventuelle d'une éviction du milieu d'accueil.

Il remplit le certificat pour enfants malades en précisant les soins et médicaments à donner à l'enfant malade pendant l'accueil.

L'accueillante établit une liaison fonctionnelle avec le médecin et le TMS de la consultation pour enfants. Elle les informe de toute épidémie ou maladie grave survenue dans le milieu d'accueil. Elle sollicite tout avis en cas de besoin.

Le médecin de la consultation peut se mettre à tout moment en relation avec le médecin traitant dès qu'il juge qu'un problème de santé se pose pour la collectivité et exiger l'éviction d'un enfant en collaboration avec le Conseiller médical de la subrégion.

▶ Le service d'accueillantes conventionnées :

- ▶ informe les parents de leurs obligations ;
- ▶ organise l'information des accueillantes au sujet des situations d'urgence, des règles d'hygiène et des problèmes de contamination ;
- ▶ demande avis au Conseiller médical de la subrégion quand un problème se pose.

- ▶ **L'accueillante :**
 - ▶ surveille l'enfant malade et administre les traitements prescrits ;
 - ▶ informe les parents des symptômes observés ;
 - ▶ en cas d'urgence, elle fait appel elle-même au médecin traitant de l'enfant ou à défaut à un autre médecin ou si nécessaire au service 100 ou 112 ;
 - ▶ veille à la bonne tenue du carnet de l'enfant délivré par l'ONE et invite les parents à le faire remplir par le médecin traitant à chaque visite.

1.3. Les besoins de l'enfant malade

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

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

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

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

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

- ▶ Lors de la présence de l'enfant malade en milieu d'accueil, en plus de la surveillance des symptômes et de l'administration du traitement adéquat, il convient de veiller :
 - ▶ à traiter la douleur de l'enfant (trop souvent sous-estimée) ;
 - ▶ à permettre un temps de repos plus important ;
 - ▶ à assurer une relation affective de qualité.

Dans la mesure du possible, la puéricultrice habituelle de l'enfant doit pouvoir

être déchargée d'une partie de ses tâches pour s'occuper elle-même plus intensément d'un enfant malade.

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

1.4. La notion de responsabilité

« Celui qui par sa faute occasionne un dommage à autrui doit le réparer et cette réparation consiste généralement en paiement d'une somme d'argent. »⁵

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

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

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

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

L'accueillante et la responsable de la maison d'enfants doivent conclure une police d'assurance en responsabilité civile professionnelle qui couvrira les dommages provoqués par sa faute mais également les dommages qui pourraient être provoqués, du fait d'un défaut de surveillance, par un enfant placé sous sa surveillance ou par une chose (élément mobilier ou de construction) du fait d'un vice ou d'un défaut d'entretien.

⁵ Article 1382 du Code civil

1.5. Santé des adultes en contact avec de jeunes enfants

Certificat de bonne santé :

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

Vaccination :

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

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

1.5.1. Vaccination contre la coqueluche

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

Si cette maladie n'est pas très grave à cet âge, il s'avère néanmoins que le portage du bacille de la coqueluche par cette population constitue un risque important pour les jeunes enfants et particulièrement les nourrissons de moins de deux mois. En effet, cette maladie peut s'avérer mortelle chez l'enfant de moins de deux mois qui n'a pas encore eu l'occasion de commencer son schéma de vaccination. Pour rappel, la vaccination contre la coqueluche est réalisée depuis près de 40 ans chez les petits enfants

(à l'âge de 2, 3 et 4 mois puis à 14-15 mois), avec un rappel à 5-6 ans (Tetra-vac). Les effets de la vaccination s'estompant progressivement, ceci expliquerait la réapparition de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes.

1.5.2. Vaccination contre la grippe

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

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

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

Grippe aviaire:

La grippe aviaire (agent A/H5N1) est une maladie animale qui touche les oiseaux et en particulier les volailles et les canards. Elle peut atteindre de manière sporadique l'homme, lorsqu'il y a eu contact étroit entre celui-ci et les volatiles infectés. L'infection ne se transmet pas par ingestion de poulet et d'œufs cuits. La vaccination contre la grippe saisonnière ne protège pas contre la grippe aviaire.

Le virus de la grippe aviaire pourrait évoluer par mutation ou recombinaison génétique vers un nouveau virus mieux adapté et susceptible d'une transmission interhumaine.

Différentes phases d'interventions sont prévues en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique. Les recommandations vous seront relayées via l'ONE, mais vous les trouverez aussi sur le site portail www.influenza.be ou auprès des inspecteurs d'hygiène régionaux (dont les coordonnées sont reprises dans l'annexe 5).

2. FACTEURS FAVORISANT LA DISSÉMINATION DES INFECTIONS DANS LES COLLECTIVITÉS D'ENFANTS

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

2.1. Facteurs liés à l'agent infectieux

a) Le mode de transmission de la maladie :

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

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

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

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

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

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

2.2. Facteurs liés au milieu d'accueil

a) L'hygiène des locaux et des personnes :

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

b) Le jeune âge des enfants accueillis :

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

- ▶ ils sont souvent infectés ;
- ▶ ils ont des contacts proches et fréquents avec les adultes et les autres enfants ;
- ▶ ils n'ont pas le contrôle des urines et des selles ;
- ▶ ils explorent l'environnement avec la bouche.

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



3. EVICTIONS

3.1. Remarques générales

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

► **La plupart des règles d'éviction sont valables également pour les adultes travaillant dans le milieu d'accueil.**

En cas de danger pour la santé des enfants accueillis, le médecin du milieu d'accueil est habilité à demander un examen médical chez tout adulte du milieu d'accueil.

Le médecin doit également, en cas de maladie contagieuse d'un parent, lui limiter l'accès aux locaux réservés aux enfants.

Il doit être averti de l'apparition de toute maladie contagieuse dans l'entourage familial pouvant présenter un risque pour les enfants accueillis.

► Il est entendu que dans des circonstances épidémiologiques ou de gravité particulières, **le médecin est habilité à prendre toute mesure d'exception** qu'il juge nécessaire en ce compris la suspension éventuelle de nouvelles admissions. Il veillera, en outre, à **l'information correcte des parents** sur la situation concernée.

► **Une attention particulière doit être portée à la contagiosité lors de l'examen préalable à l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil.** En effet, le report de l'entrée en milieu d'accueil peut être exigé en attendant la disparition de certains symptômes, la confirmation d'un diagnostic ou la fin d'une période d'incubation (varicelle).



3.2. Tableau d'éviction

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

4. CERTIFICATS MÉDICAUX D'ADMISSION

Un certificat médical est demandé :

4.1. A l'entrée en milieu d'accueil

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

4.2. Au retour de maladie

Un certificat est exigé en cas **d'absence de plus de deux jours**, et/ou en cas de traitement à administrer dans le milieu d'accueil, même si l'absence est inférieure à 48 heures.

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

(Cfr. Modèles en annexe 2.)

5. LA VACCINATION

5.1. Vaccination de base

Les vaccinations de base sont celles dont l'administration doit être systématique. Plusieurs d'entre elles sont obligatoires dans tous les milieux d'accueil (arrêté du 27 février 2003). Cette prescription est justifiée par l'intérêt de la collectivité.

Pour que les médecins soient en mesure de veiller à l'application de ces normes, il a été demandé aux responsables des milieux d'accueil d'inscrire cette obligation dans le règlement d'ordre intérieur et dans les conventions afin

d'en informer les parents et de leur demander leur adhésion par signature, lors de l'inscription de leur enfant. Cette obligation de vaccination concerne aussi les propres enfants de l'accueillante.

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

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

Le calendrier de vaccinations de base recommandé par l'ONE est celui de la Communauté française (cf. annexe 3). Dans certains cas, le calendrier peut être modifié. Par exemple les enfants nés de mères porteuses de l'hépatite B bénéficieront d'une vaccination supplémentaire à la naissance, ou dans le cas d'une épidémie de rougeole, les enfants seront dès l'âge de 6 mois vaccinés par le vaccin RRO. Si l'enfant reçoit le vaccin avant l'âge d'un an, un rappel doit être réalisé à l'âge de 15 mois.

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

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

Tout renseignement concernant ces vaccinations figure dans le Guide de médecine préventive Edition 2004.

Nous vous en précisons néanmoins les contre-indications.

5.2. Indications et contre-indications aux vaccins

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

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

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

Le tableau 1 en annexe reprend pour chaque vaccin les indications d'administrer la vaccination dans le cadre hospitalier.

5.3. Contre-indications spécifiques

5.3.1. Au vaccin HEXAVALENT (INFANRIX HEXA)

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

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

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

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

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

Cas particulier du ROR

- ▶ Une hypersensibilité à la néomycine qui se trouve dans la composition du vaccin actuellement disponible nécessite la vaccination en milieu hospitalier.
- ▶ L'allergie aux œufs ne constitue une contre-indication que s'il existe des antécédents réels de réaction anaphylactique (urticaire géant, œdème de la bouche et de la gorge, difficultés respiratoires, hypotension ou choc) à la suite de l'ingestion d'œufs. Des études récentes montrent que 99% des enfants qui ont une allergie aux œufs prouvée par une épreuve d'ingestion peuvent être vaccinés sans avoir de réaction anaphylactique. Dans ces cas, la vaccination doit être réalisée dans un milieu hospitalier où la prise en charge d'un éventuel choc anaphylactique est possible.



5.4. Contre-indications temporaires

- ▶ Une maladie infectieuse ou une fièvre supérieure à 38°C.
- ▶ Période d'incubation ou suspicion d'une maladie infectieuse sévère. Cette directive est relative: si le contact avec une personne enrhumée ne constitue pas une contre-indication à la vaccination, on peut par contre considérer une méningococcémie dans l'entourage immédiat comme une raison valable pour reporter la vaccination.
- ▶ Une immunodépression due à certains traitements comme l'administration de corticostéroïdes par voie générale à haute dose ou chimiothérapie anti-cancéreuse. Lorsque le déficit immunitaire est la conséquence d'une thérapie immunosuppressive, l'immunité se restaure quelque temps (environ trois mois) après l'arrêt du traitement. Passé ce délai, la vaccination par vaccins vivants atténués peut être entreprise.
Une corticothérapie à doses modérées et pendant une durée inférieure à deux semaines n'altère pas à elle seule l'immunité au point d'être une contre-indication aux vaccins atténués.
- ▶ L'administration de sang, de plasma ou d'immunoglobulines peu avant la vaccination. Cela n'est valable que pour le vaccin à base de virus vivants. Chez les enfants malades qui reçoivent des gamma-globulines, on veillera à donner ces vaccins au moment le plus éloigné des deux injections successives et à respecter un intervalle de 6 semaines entre gamma-globulines et vaccin, ainsi que de 15 jours entre vaccin et gamma-globulines.
Si l'injection de gamma-globulines suit celle du vaccin RRO dans un délai inférieur à 15 jours, il faut revacciner au bout de 3 mois.
- ▶ Une infection légère des voies aériennes supérieures ou une légère diarrhée.
- ▶ L'allergie, l'asthme, l'eczéma ou une autre maladie atopique.
- ▶ Les affections chroniques stabilisées du cœur, des poumons, du foie et des reins, le diabète, etc., à l'exception toutefois des maladies ou des traitements s'accompagnant d'une immunodéficience.
- ▶ Des antécédents familiaux de convulsions.
- ▶ Une affection neurologique stabilisée, sauf s'il s'agit de convulsions chez un enfant devant être vacciné contre la coqueluche.
- ▶ Une antibiothérapie (la raison pour laquelle une antibiothérapie est nécessaire peut toutefois justifier le report de la vaccination).
- ▶ L'usage local de corticostéroïdes sauf si de grandes surfaces sont traitées sous pansement occlusif.
- ▶ Le syndrome de Down (trisomie 21).
- ▶ L'ictère néonatal.
- ▶ La dénutrition.
- ▶ L'allaitement.
- ▶ Une grossesse chez la mère de l'enfant à vacciner.
- ▶ Les nouveau-nés prématurés ou dysmatures seront vaccinés en âge réel et non en âge corrigé.
- ▶ Un antécédent de réaction locale à l'injection du vaccin.

5.5. Fausses contre-indications

- ▶ Une diminution de l'état de conscience et/ou du tonus musculaire, consécutive à la première vaccination anticoquelucheuse.



6. MALADIES ET MESURES PARTICULIERES A ADOPTER EN COLLECTIVITE

6.1. Maladies à prévenir par vaccination

6.1.1. Rougeole

Transmission

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

Incubation

- ▶ 7-18 jours (21 jours après immunoglobulines)

Durée contagiosité

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

Prévention

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

Mesures à prendre

- ▶ Eviction de l'enfant atteint jusqu'à guérison clinique (au moins 5ème jour après le début de l'éruption).
- ▶ Tous les enfants âgés de 6 mois ou plus NON immunisés doivent être vaccinés.
- ▶ En cas de contact familial, les mêmes mesures de protection seront prises à l'égard de l'enfant concerné.

La vaccination

- ▶ Efficace dès l'âge de 6 mois si effectuée endéans les 72 heures qui ont suivi le contact en post-exposition.
- ▶ Les enfants de moins de 12 mois vaccinés au moment du contact devront être revaccinés entre 15 et 18 mois par le vaccin triple. C'est le meilleur moyen de contrôle d'une épidémie en collectivité.

Si les parents d'enfants de moins de 12 mois refusent la vaccination,

l'éviction de ces enfants de la collectivité jusqu'à 2 semaines après le début de l'éruption chez le dernier enfant atteint est imposée.

6.1.2. Rubéole

Transmission

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

Incubation

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

Durée contagiosité

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

Prévention

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

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

6.1.3. Oreillons

Transmission

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

Incubation

- ▶ 15 à 25 jours

Durée contagiosité

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

Prévention

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

Mesures à prendre

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



6.1.4. Coqueluche

Transmission

- ▶ Par voie aérienne (gouttelettes émises lorsque le patient tousse).
- ▶ Contact direct.
La maladie peut être transmise par des adultes infectés (qui peuvent être totalement asymptomatiques).

Incubation

- ▶ 6 à 12 jours, maximum 14 jours.
- ▶ Le diagnostic de certitude se fait par PCR (polymerase chain reaction) sur frottis naso-pharyngé.

Durée contagiosité

- ▶ De la période catarrhale à 4 semaines après le début de la période des quintes.
- ▶ L'antibiothérapie par un macrolide diminue généralement la contagiosité à 7 à 10 jours si elle est administrée précocement.

Prévention

- ▶ Vaccination :
 - ▶▶ Les nourrissons ne sont protégés qu'après la troisième dose.
 - ▶▶ Encourager la revaccination des adultes en contact avec les enfants (personnel, parents).
 - ▶▶ Promouvoir la revaccination (diTPa) dans la population générale (Boostrix).

Mesures à prendre

- ▶ Eviction de l'enfant malade jusqu'à guérison clinique et au plus tôt 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical (durée de l'antibiothérapie : minimum 14 jours).
- ▶ Vacciner ou compléter la vaccination des enfants de la même section incomplètement immunisés.
Si possible, les enfants qui ont reçu leur 3ème dose depuis 6 mois ou plus, doivent être revaccinés.
- ▶ Informer les parents de l'existence d'un cas dans la collectivité et assurer une chimioprophylaxie par un macrolide pendant 14 jours de tous les enfants et adultes en contact.
En cas de refus de la chimioprophylaxie, écartement de 21 jours des enfants et adultes en contact.

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

6.1.5. Infections invasives à pneumocoque

- ▶ (voir point 6.3.6.)

6.1.6. Infections à méningocoque

- ▶ (voir point 6.3.5.)

6.1.7. Infections à Hémophilus influenzae de type B

- ▶ (voir point 6.3.4.)

6.1.8. Infections à Rotavirus

- ▶ (voir point 6.2.1.5.)



6.2. Maladies transmises par voie digestive

Agents responsables

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

Transmission

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

Prévention

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

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

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

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

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

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

▶ ENTRETIEN DES LOCAUX :

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

6.2.1. Gastroentérite

Mesures à prendre

- ▶ S'assurer que les mesures générales d'hygiène sont respectées et renforcer ces mesures.
- ▶ Hydrater l'enfant au moyen d'une solution de réhydratation (10 cc / kg après chaque selle liquide ou vomissement). Cette quantité peut être fractionnée.
En général, l'alimentation lactée peut être reprise après quelques heures. Le lait maternel ne doit pas être interrompu.
- ▶ Proposer une coproculture chez les enfants et adultes atteints de diarrhée glairo-sanglante ou persistante.
- ▶ Evincer les enfants dès la troisième selle diarrhéique étant donné le risque de déshydratation pour l'enfant et le risque de contagion pour la collectivité. Le retour dans le milieu d'accueil est permis dès que les selles sont normales ou molles, même si la coproculture est encore positive car le risque de dissémination est faible à condition de respecter les mesures d'hygiène.
Exception :
Shigella, coli pathogène O157H7 :
2 examens cyto-bactériologiques des selles négatifs sont nécessaires avant le retour en collectivité.
- ▶ Evincer le personnel de cuisine atteint de diarrhée.
- ▶ S'assurer que les recommandations en matière d'hygiène et de préparation des aliments soient respectées.

CAS PARTICULIERS :

6.2.1.1. Shigella

Une antibiothérapie est nécessaire (ampicilline ou triméthoprim) durant minimum 5 jours. Elle raccourcit la durée de l'infection et de la contagiosité.

L'éviction est conseillée jusqu'à l'obtention de deux coprocultures négatives.

6.2.1.2. Salmonella

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

6.2.1.3. Coli pathogènes

Cas particulier, le coli pathogène O 157 H 7 est susceptible d'entraîner chez l'enfant contaminé un syndrome hémolytique urémique.

L'éviction est conseillée (voir point 3.2. Tableau d'éviction).

En général, les gastroentérites à E. Coli sont auto-limitées et ne nécessitent pas de traitement.

6.2.1.4. Campylobacter

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

6.2.1.5. Rotavirus

Introduction

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

Les symptômes principaux sont des vomissements, de la diarrhée aqueuse et une fièvre variable pouvant dépasser les 40°C après une période d'incubation brève (2 jours environ). D'autres symptômes, tels : douleurs abdominales, malaises, asthénie, infection des voies respiratoires peuvent survenir. Un malaise grave peut être le premier signe chez un nourrisson.

L'intensité des symptômes est variable : si elle est souvent modérée et limitée, la gastroentérite peut cependant conduire à une déshydratation sévère et même au décès (dans de rares cas heureusement dans nos pays).

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

Prévention

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

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

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

▶ **L'allaitement maternel** prolongé a un effet favorable en diminuant l'incidence et la durée des infections à Rotavirus.

Il diminue également la fréquence et la durée des infections nosocomiales (acquises à l'hôpital).

▶ **L'hygiène** rigoureuse, des mains surtout, lors des soins aux bébés, quoique insuffisante à la prévenir, est une autre manière de diminuer la propagation du Rotavirus.

La vaccination

Depuis juin 2006, un vaccin est disponible.

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

6.2.1.6. Giardiase (Lambliaze)

Agent responsable

- ▶ Parasite intestinal TRES CONTAGIEUX (le kyste peut survivre des mois dans l'environnement).
- ▶ Atteint l'enfant à tout âge.

Incubation

- ▶ 3-25 jours

Mesures à prendre

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

En cas d'épidémie

- ▶ Recherche de parasites dans les selles chez tous les membres

de la collectivité (enfants et adultes et si possible, dans les familles des sujets contaminés) ; il est préférable de réaliser plusieurs analyses afin d'augmenter les chances de détection.

- ▶ Traitement de tous les sujets contaminés.
- ▶ Éviction des sujets symptomatiques. Réadmission 24 h après l'instauration d'un traitement efficace. Dans les cas d'échec du traitement, faire une nouvelle cure à dose plus élevée.

6.2.1.7. **Cryptosporidium**

- ▶ Parasitose intestinale contagieuse.
- ▶ Diagnostic par la culture de selles.
- ▶ Epidémies possibles dans les crèches.
- ▶ Survie longue dans l'environnement.
- ▶ Éviction des sujets symptomatiques.
- ▶ Renforcement des mesures d'hygiène.
- ▶ Traitement des sujets infectés (macrolides).

6.2.1.8. **Oxyure**

Agent responsable

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

Transmission

- ▶ Ano-orale
Les larves survivent à l'extérieur 2 à 3 semaines.

Manifestations cliniques

- ▶ Souvent asymptomatiques.
- ▶ Prurit anal (lorsque la femelle vient pondre ses œufs au niveau de la marge anale).

Traitement

- ▶ A recommencer après 2 semaines

Mesures de prévention

- ▶ Hygiène des mains, du linge, des jouets,...

Pas d'éviction mais traitement nécessaire.

6.2.2. **Hépatite A**

L'hépatite A peut être asymptomatique chez l'enfant. Les symptômes sont : ictère, selles décolorées, asthénie.

Le diagnostic se fait par la recherche d'anticorps dans le sang (sérologie).

Transmission

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

Incubation

- ▶ 15-50 jours

Durée contagiosité

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

Prévention

- ▶ **Un vaccin existe.**

La vaccination systématique des enfants n'est actuellement pas encore généralisée mais elle est certainement recommandée pour les membres du personnel non immunisés.

Mesures à prendre

- ▶ Mesures d'hygiène.
- ▶ Éviction du (ou des) malades(s) jusqu'à guérison clinique. Réadmission au plus tôt une semaine après le début des symptômes. En cas d'ictère, attendre sa disparition.
- ▶ Vaccination en post-exposition à partir de l'âge de 1 an pour les enfants et pour tous les membres du personnel non immunisés.

Schéma de vaccination

- ▶ Deux doses à 6 mois d'intervalle.



6.3. Maladies transmises par voie respiratoire

Agents responsables

- ▶ Virus (le plus fréquemment en cause) : Virus Respiratoire Syncytial, influenzae, parainfluenzae, adénovirus, rhinovirus.
- ▶ Bactéries : surtout pneumocoques et haemophilus influenzae.
- ▶ Mycoplasma pneumoniae.

Transmission

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

Le rhinovirus survit pendant plusieurs jours dans l'environnement.
Le VRS survit pendant plusieurs heures.

Prévention

Mesures générales d'hygiène

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

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

6.3.1. Infections à virus respiratoire syncytial

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

Transmission

- ▶ Par contact direct ou indirect.

Incubation

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

Durée contagiosité

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

Mesures à prendre

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

6.3.2. Maladies virales éruptives bénignes

a) Eruptions virales avec ou sans fièvre

Ces infections sont très fréquentes en milieu d'accueil.
Pas d'éviction si l'état général est conservé.
Mesures générales d'hygiène.

b) Mégalérythème épidémique ou 5ème maladie (parvovirus B19)

Pas d'éviction.
Mise à distance des femmes enceintes non immunisées.

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

Agent pathogène

- ▶ Virus du groupe de l'herpès.

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

d) Mononucléose infectieuse

Beaucoup de cas sont asymptomatiques chez l'enfant ou se manifestent par une simple pharyngite.
Cette maladie étant plus invalidante chez les adultes, des mesures d'hygiène strictes doivent être respectées dans le cas de l'admission d'un enfant malade.



e) Maladie pieds – mains – bouche

Agent pathogène

- ▶ Virus coxsackie.

Incubation

- ▶ 3 à 5 jours

Pas d'éviction si état général conservé.

6.3.3. Infections de la sphère ORL

La plupart des infections de la sphère O.R.L. (rhinites, otites, pharyngites, adénoïdites) ne nécessitent aucune mesure particulière pour la collectivité.

a) Laryngites

Si la détresse respiratoire est importante, une surveillance constante est nécessaire.

Eviction jusqu'à disparition de la dyspnée.

b) Infections à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A

6.3.3.1. Pharyngite, scarlatine

Transmission

Par les sécrétions oro-pharyngées infectées.

Durée de la contagiosité

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

Mesures à prendre

- ▶ Frottis de gorge sur base de signes cliniques de l'affection.
Pas de contrôle du frottis de gorge si guérison clinique après antibiothérapie.
- ▶ Traitement antibiotique d'une durée de 7 jours, à instaurer par le médecin traitant.
- ▶ Eviction des sujets symptomatiques si le frottis de gorge est positif.
Retour en crèche avec certificat attestant que le traitement antibiotique est donné depuis au moins 24 heures.
- ▶ Information des parents en vue d'une chimioprophylaxie chez les personnes – enfants et adultes – présentant des risques particuliers.

- ▶ Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi chez le médecin traitant si apparition de signes cliniques évocateurs de l'affection.

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

Fasciite et myosite nécrosantes

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

Tableau clinique

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

Transmission

Contact avec une lésion (ex : impetigo !)

Incubation

- ▶ 1-14 jours (plus souvent \leq 7 jours).

Période de contagiosité

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

Mesures à prendre

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

Attention à l'apparition de nouveaux cas éventuels.

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

Transmission

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

Age

- ▶ Surtout 2 mois à 3 ans.

Incubation

- ▶ Inconnue (probablement 2-4 jours).

Durée contagiosité

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

Prévention

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

Depuis l'introduction du vaccin en 1992 en Belgique, l'incidence des infections invasives a diminué si fortement que le problème de la chimioprophylaxie appartiendra probablement bientôt au passé.

Schéma de vaccination

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

Mesures à prendre

- ▶ **Eviction** du malade jusqu'à guérison clinique. Avant son retour en milieu d'accueil, chimioprophylaxie par rifampicine nécessaire pour éliminer le portage (sauf si traitement par céphalosporines de 3ème génération, le plus fréquent actuellement).

- ▶ **Chimioprophylaxie**

Chimioprophylaxie à administrer en-dehors la semaine qui suit le diagnostic.

- ▶ **1 seul cas de méningite** : uniquement s'il y a des enfants de < 2 ans non ou incomplètement vaccinés, considérer la prophylaxie pour tous les enfants et le staff.
- ▶ **≥ 2 cas de méningite dans les deux mois** : si le milieu d'accueil est fréquenté par des enfants non ou incomplètement vaccinés,

la prophylaxie est recommandée à tous les enfants et tout le staff.

Antibiotiques : Rifampicine 20mg/kg (max. 600 mg) en une dose pendant 4 jours.

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

- ▶ **Compléter la vaccination**

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

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

6.3.5. Méningite à méningocoque et méningococcémie

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

Transmission

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

Age

- ▶ Enfants et jeunes adultes

Incubation

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

Durée contagiosité

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

Prévention

Vaccination contre méningocoque C. Schéma recommandé : une dose à un an. Il n'existe pas de vaccination contre le méningocoque groupe B : le plus fréquent.

Vaccination possible combinée A et C : mais ce vaccin n'est efficace qu'après l'âge de 2 ans (et rappels nécessaires : efficacité limitée et d'une durée inférieure à 3 ans).

Mesures à prendre

▶ **Eviction du malade** jusqu'à guérison clinique. Prophylaxie par rifampicine avant retour pour éliminer le portage (sauf si traitement par céphalosporines de 3ème génération).

▶ **Chimioprophylaxie (à instaurer endéans les 24 heures suivant le contact) : 2 choix possible**

▶▶ **azithromycine** : 1 dose de 10 mg/kg ou ciproxine : 1 dose = 1/4 de comprimé à 500 mg pour les enfants de moins de 5 ans. La ciproxine peut être administrée en dose unique chez les enfants mais n'est pas recommandée pour les traitements à long cours.

Cette prophylaxie est celle également utilisée en âge scolaire.

▶▶ **rifampicine** : 2 x 10 mg/Kg pendant 2 jours pour tous les enfants et 2 x 600 mg/jour pendant 2 jours pour tous les membres du personnel en contact avec le malade. Le schéma recommandé pour la prophylaxie de l'haemophilus influenzae B peut également être utilisé.

Pour les adultes, traitement alternatif : fluoroquinolones (1 dose unique de 500 mg de ciprofloxacine ou 400 mg d'ofloxacine).

Les femmes enceintes ne pourront recevoir que de la spiramycine (2x2 comprimés par jour pendant 4 jours).

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

▶ **Vaccination** en cas de méningite à méningocoque du groupe C. En cas de méningite à méningocoque du groupe A uniquement pour les enfants de 2 ans et plus.

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

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

6.3.6. Méningite à pneumocoque

Transmission

- ▶ Voie aérienne.
- ▶ Nombreux porteurs sains.

Age

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

Incubation

- ▶ 1 à 3 jours (mais variable).

Durée contagiosité

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

Prévention pour les enfants de moins de 2 ans

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

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

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

6.3.7. Méningites virales

Agent

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

Transmission

Le plus souvent fécale-orale et respiratoire.

Incubation

- ▶ 3 à 6 jours

Durée contagiosité

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

Mesures à prendre

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

6.3.8. Tuberculose

Agent

Mycobacterium tuberculosis
ou Bacille de Koch (BK)

Transmission

Se fait de personne à personne.

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

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

Définitions

- ▶ **L'Exposition** implique des contacts récents (moins de 3 mois) et significatifs (plusieurs heures par jour, dans un espace de vie clos) avec un adulte suspect ou atteint de tuberculose pulmonaire.

- ▶ **L'Infection** tuberculeuse décrit le stade pré-clinique de l'atteinte par *Mycobacterium tuberculosis* (parfois encore nommée tuberculose latente); le test cutané à la tuberculine (intradermo-réaction) est positif (nécessite, pour se manifester, un délai minimum de 8 semaines après le contact) mais la radiographie du thorax est normale et le malade est asymptomatique.

- ▶ **La maladie tuberculeuse** survient lorsque des manifestations cliniques de tuberculose pulmonaire (ou extra-pulmonaire) apparaissent sous forme de signes cliniques ou sur la radiographie.

- ▶ **Dépistage centripète** = recherche du contamineur lors de la découverte d'un enfant infecté ou malade;

- ▶ **Dépistage centrifuge** = recherche de tous les contaminés potentiels en cas de découverte d'une tuberculose contagieuse chez un adulte.

Prévention

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

Dépistage

▶ QUI ?

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

Le dépistage sera réalisé systématiquement pour les enfants :

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

En fonction du contexte :

- c) Les enfants résidant en Belgique après un séjour prolongé dans un pays à haute prévalence (ID à réaliser 8 à 12 semaines après le retour).
- d) Enfants hébergés dans une pouponnière ou une maison maternelle.

► COMMENT ?

a) Enfants

Par IDR 2U (et RX si suspicion de maladie, au vu du risque réel de maladie sévère, et symptomatique, avec IDR négative).

b) Adultes/personnel du milieu d'accueil.

Infection : détectée par IDR 2U.

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

► OÙ ?

a) Enfants

Envoi chez le médecin traitant, le pédiatre ou dans un dispensaire du FARES. Mise au point selon les arbres décisionnels (voir guide de médecine préventive).

b) Adultes

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

Possibilité d'organiser un dépistage sur place pour un groupe de minimum 20 enfants : une personne du FARES vient réaliser sur place les intradermo-réactions et la lecture après 48H.

► Ensuite QUE FAIRE ?

a) Déclaration

Déclarer au FARES tout test tuberculinique positif.

b) Eviction

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

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

c) Poursuivre le dépistage de l'entourage

►► Enfants

En présence d'un virage ou d'une infection tuberculeuse détectée pour la première fois, il est nécessaire de rechercher le

contaminateur dans l'entourage (famille, contacts très fréquents); il s'agit d'un **dépistage centripète**. Si l'enfant présente une tuberculose active potentiellement contagieuse, ce qui est exceptionnel, il faut rechercher les personnes qu'il aurait pu contaminer dans son entourage (**dépistage centrifuge**). Dans le cas d'un dépistage centrifuge, un contrôle de l'ID doit être réalisé 2 mois après le dernier contact avec l'enfant contagieux.

►► Adultes

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

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

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

d) Dans quels cas envisager un traitement:

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

►► En cas d'**infection** (latente):

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

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

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

e) Vaccination

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

6.4. Maladies transmises par voie cutanée

6.4.1. Varicelle et zona

Infection virale bénigne sauf chez les immunodéprimés.

Agent

- ▶ Herpès zoster.

Transmission

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

Incubation

- ▶ 11-20 jours.

Durée contagiosité

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

Prévention

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

Mesures à prendre

- ▶ Eviction des enfants (ou adultes)

atteints jusqu'à une semaine après le début de l'éruption (pour éviter la surinfection des lésions).

- ▶ Vaccination en post-exposition dans les 72 heures après le contact.

6.4.2. Stomatite herpétique

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

Agent responsable

Herpès simplex type 1.

Jusqu'à 20% de sujets présenteront des récurrences herpétiques par la suite.

Transmission

- ▶ **Contact direct** : surtout par la salive, en phase aiguë de l'infection. Présence très longue (jusqu'à 7 semaines) du virus dans la salive.

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

D'autres stomatites sont d'origine allergique.

Mesures à prendre

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

6.4.3. Impetigo

Agent responsable

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

Transmission

- ▶ **Contact direct** : avec une personne infectée, surtout via une lésion préexistante (piqûre d'insecte, trau-

matisme) ou avec un porteur sain (30-40% de la population générale portent des staphylocoques dans le nez).

Mesures à prendre

- ▶ Traitement des malades.
- ▶ Eviction pendant les 24 premières heures du traitement.
- ▶ Pour les impétigos en cours de traitement, on veillera à ce que les lésions soient couvertes d'un pansement.

6.4.4. Maladie de Lyme

Agent responsable

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

Transmission

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

La maladie se manifeste d'abord par « un érythème migrant », éruption rouge survenant entre 3 et 30 jours après la piqûre autour du point de ponction. Cet érythème peut être associé à de la fièvre. Si la maladie n'est pas traitée, elle peut évoluer dans un second temps vers des manifestations articulaires, cutanées, cardiaques, neurologiques ou générales de gravité variable.

Traitement

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

Prévention

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

- ▶ Aucune antibiothérapie n'est nécessaire au stade de la piqûre.

6.4.5. Gale

Agent responsable

- ▶ Le *Sarcoptes Scabiei* (famille des acariens).

Tableau clinique

- ▶ Démangeaisons qui prédominent aux poignets, mains et plis.

Transmission

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

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

Incubation

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

Mesures à prendre

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

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

Le traitement préventif des contacts familiaux est quasi indispensable.

6.4.6. Pédiculose

Agent responsable

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

Transmission

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

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



Traitement

Shampooing à base de Pyrethrinoïdes, lotion à base de Malathion (pas avant 6 mois). A répéter après 8 jours.

Mesures à prendre

- ▶ Eviction de 24 heures si pédiculose massive. Retour après traitement.
- ▶ Dépistage soigneux (loupe, peigne fin).
- ▶ Nettoyage des peignes, brosses –
Lavage du linge + bonnet, vestes –
(oreillers) à 60°.

6.4.7. Mycoses et viroses cutanées

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

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

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

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

6.4.8. Teigne

Agent responsable

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

Transmission

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

Age

- ▶ Surtout entre 3 et 9 ans.

Traitement

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

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

Mesures à prendre

- ▶ Eviction jusqu'à mise en route du traitement.
- ▶ Dépistage des autres enfants.
- ▶ Hygiène soutenue.
En particulier : lavage des taies d'oreiller et objets utilisés pour coiffer l'enfant. Après mise en évidence d'un cas, faire un examen clinique du cuir chevelu des enfants de la même section que l'enfant atteint.

6.5. Maladies transmises par voie sanguine

6.5.1. Mesures générales et universelles d'hygiène

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

- ▶ Avant de donner des soins à un enfant qui saigne, tarir rapidement la source de saignement avec un linge replié pour constituer une barrière efficace et, si possible, mettre des gants en plastique à usage unique.
- ▶ La blessure est ensuite nettoyée et désinfectée au moyen de serviettes jetables et d'un désinfectant habituel comme le H.A.C. à 1,5%. Les taches de sang sur la peau sont également enlevées. La blessure est ensuite recouverte d'un pansement.
- ▶ Après les soins, l'intervenant élimine les déchets (pansements, tampons, gants) dans un sac plastique qui est ensuite mis dans une poubelle. Ensuite, il se lave soigneusement les mains.
- ▶ Les taches sur le sol sont frottées à l'eau de Javel à concentration de 10% préparée depuis moins de 24 heures. Le port de gants est recommandé pour leur nettoyage.



- ▶ Lors d'injections faites aux enfants, les aiguilles et seringues seront immédiatement jetées dans un container spécial. Il est important de ne pas recouvrir les aiguilles de leur gaine de protection.

6.5.2. Immunodéficience acquise : SIDA

Agent responsable

VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Transmission

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

En Europe, avant 1996, l'enfant né de mère séropositive était contaminé dans 15 à 20% des cas à la naissance. Actuellement le traitement de la femme enceinte durant le dernier tiers de la grossesse et du nouveau-né pendant les six premières semaines de vie a permis de réduire ce risque de transmission à <1%. L'allaitement maternel reste une voie de contamination possible après la naissance, et est dès lors proscrit chez les mères séropositives.

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

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

Transmission dans la communauté

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

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

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

Admission de l'enfant en collectivité

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

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

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

Différentes éventualités peuvent se présenter:

- ▶ L'enfant est né de mère séropositive mais non contaminé. Les anticorps maternels sont en voie de disparition. Cet enfant fréquente le milieu d'accueil comme tout autre enfant; **il n'est pas infecté par le virus du SIDA.**
- ▶ L'enfant est infecté et asymptomatique. Son séjour en collectivité est autorisé moyennant discussion avec les parents et le médecin spécialiste de l'enfant. Il faut veiller au suivi très rapproché de l'enfant par son médecin spécialisé et à la réalisation des prises de sang régulières dans le cadre de son suivi.
- ▶ L'enfant est contaminé et immuno-déprimé. La décision d'admission éventuelle doit être prise en collaboration avec le médecin spécialiste de l'enfant, le médecin du milieu d'accueil et le conseiller pédiatre. Cependant,



grâce à l'efficacité des combinaisons de traitements anti-rétroviraux, l'état d'immunodépression ne devrait être que transitoire

Dans ces deux dernières éventualités, il faut préférer un milieu d'accueil familial (accueillante) et expliquer aux parents le risque d'aggravation de l'état de leur enfant lié au contact répété avec des maladies bénignes.

Remarques

- ▶ Afin d'éviter des attitudes de rejet non fondées sur le plan médical et lourdes de conséquences psychologiques au niveau de la famille, **une information complète préalable** de tous les milieux d'accueil est indispensable. Une circulaire ministérielle relative à l'accueil des enfants infectés par le VIH est disponible à la Communauté française.
- ▶ **Le respect du secret médical et le respect de la vie privée** sont des droits fondamentaux qui doivent être garantis. L'information de la séropositivité d'un enfant ne peut être faite, et ce **avec l'accord des parents**, qu'au médecin, à l'infirmière ou au travailleur social et aux personnes s'occupant directement de l'enfant si cette révélation est jugée nécessaire pour le maintien de la santé de l'enfant. Ces personnes sont soumises au secret professionnel (article 458 du code pénal). Les parents ne sont cependant aucunement dans l'obligation d'avertir le personnel de l'accueil du statut de leur enfant.

6.5.3. Hépatite B

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

Transmission

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

d'une personne porteuse.

- ▶ Ce virus est résistant: il peut résister dans le milieu extérieur jusqu'à une semaine ou plus.
- ▶ La transmission dans les collectivités de petits enfants est rare. Elle peut toutefois survenir dans des circonstances particulières (comportements agressifs, dermatite des mains en contact avec du sang,...). Cependant la transmission a été bien documentée dans les collectivités d'enfants handicapés mentaux. Heureusement, depuis 1999, tous les nourrissons peuvent être vaccinés contre l'hépatite B.
- ▶ La transmission du virus peut aussi se faire en période périnatale, soit par voie transplacentaire, soit par contact direct avec le sang de la mère lors de l'accouchement, ou via l'allaitement maternel. Pour cette raison chez les enfants nés de mère porteuse chronique (HBs+), une injection de gammaglobulines spécifiques est administrée à la maternité en même temps qu'une première dose de vaccination anti-hépatite B (Engerix, Hbvaxpro). La poursuite de la vaccination se fait à 2, 3, 4 et 15 mois par l'Infanrix Hexa comme pour les autres enfants.

Durée de la contagiosité

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

Prévention

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

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

Mesures à prendre

- ▶ Mesures générales et universelles d'hygiène.
- ▶ VACCINATION des enfants et des adultes non vaccinés.
- ▶ L'injection préventive de GAMMA-GLOBULINES spécifiques à l'occasion



d'une piqûre accidentelle par une aiguille contaminée se justifie si le sang contaminant est issu d'un sujet positif pour l'antigène HBs. Dans ces circonstances, on injectera par voie intramusculaire 0,06 ml/Kg de poids (ou 5 ml chez les adultes) de gammaglobulines spécifiques et on débutera la vaccination.

6.5.4. Hépatite C

Ce virus a été mis en évidence pour la première fois en 1990. La majorité (80%) des personnes atteintes d'hépatite C présentera une hépatite chronique. Cependant cette hépatite est beaucoup moins répandue dans nos populations que l'hépatite B (population à risque).

Transmission

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

Mesures à prendre

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

6.6. Autres maladies

6.6.1. Toxoplasmose

Infection bénigne sauf chez les immuno-déprimés

Agent responsable

- ▶ Protozoaire toxoplasme gondii.

Transmission

Jamais de personne à personne sauf en cas de transmission transplacentaire pendant la grossesse.

Les kystes de parasites se rencontrent dans les excréments des chats, ainsi que dans la viande ou les aliments contaminés.

Prévention

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

6.6.2. Cytomégalovirus

L'infection à CMV est très fréquente. Entre 10 et 15 % des enfants sont excréteurs déjà en sortant de la maternité (excrétion de virus dans les urines).

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

La primo-infection est asymptomatique le plus souvent.

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

Prévention

- ▶ En période de grossesse, respecter de façon stricte les mesures d'hygiène (lavage et désinfection des mains après avoir été en contact avec la salive, les urines ou les excréments nasales).
- ▶ Les femmes en âge de procréer et travaillant en milieu d'accueil sont considérées comme une population à risque. Il est donc recommandé qu'elles connaissent leur état immunitaire à l'engagement.
- ▶ Les femmes enceintes séronégatives doivent être protégées d'une contamination possible. Il faut prendre contact à ce sujet avec le médecin du travail qui décidera d'un écartement éventuel du milieu d'accueil ou d'une réaffectation à un poste de travail à moindre risque (ex : groupe d'enfants de plus de 2 ans, travail de biberonnerie ou en cuisine, ...).



CHAPITRE 5

Accueil des enfants vulnérables et handicapés

1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Dans les milieux d'accueil subsidiés, l'accueil d'un enfant handicapé est subordonné à une autorisation préalable accordée sur base des conditions fixées par l'ONE (Arrêté portant réglementation des Milieux d'Accueil).

Dans les milieux d'accueil non subsidiés, l'accueil de tout enfant présentant des problèmes médicaux graves est subordonné à l'accord préalable de la consultation ONE (Arrêté portant réglementation des Milieux d'Accueil).

Une dérogation pour l'accueil au-delà de l'âge de 3 ans d'un enfant handicapé peut être demandée dans tous les milieux d'accueil.

« L'admission en crèche d'enfants handicapés physiques ou mentaux doit pouvoir être assurée dans une proportion réfléchie et **pour autant que leur état les rende aptes à tirer profit d'un séjour dans une communauté de leur âge** ».

Il en est de même des malades chroniques qui, dans une très large majorité, peuvent être accueillis dans une collectivité d'enfants en bas âge.

Cependant, toute décision d'accueil d'un enfant handicapé ou malade chronique doit faire l'objet d'une discussion et d'une évaluation conjointement par le médecin et l'infirmière responsables, après rencontre des parents.

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

Dans d'autres cas, **les parents** font la démarche seuls ou accompagnés par des professionnels autres qu'un service d'aide précoce : par exemple une équipe hospitalière ou encore une équipe privée (pédiatre et kinésithérapeute,...).

Si nécessaire, le milieu d'accueil devrait alors solliciter lui-même, avec l'accord des parents, une équipe pluridisciplinaire d'aide précoce ou un service spécialisé dans l'accompagnement des milieux d'accueil, dans un but évident de soutien du milieu d'accueil permettant de recevoir l'enfant handicapé dans les meilleures conditions possibles. Quoiqu'il en soit, une parfaite collaboration entre le milieu d'accueil et l'équipe de professionnels accompagnant les parents est de rigueur.

Le **milieu d'accueil**, représenté par le responsable désigné, va examiner la demande des parents avec l'aide de son équipe pluridisciplinaire élargie (voire d'un partenariat extérieur):

- ▶ Le responsable et le travailleur social du milieu d'accueil collaborent avec le service de coordination de l'ONE de la subrégion pour vérifier, préalablement à tout accueil d'enfant handicapé, si :
 - ▶▶ L'environnement (bâtiment et matériel) est adéquat ou peut être ajusté.
 - ▶▶ Les options éducatives globales du milieu d'accueil et l'adhésion de l'équipe ou de l'accueillante sont compatibles avec une telle démarche.

Remarque : les conditions favorables indispensables peuvent varier en fonction de la nature et de la profondeur du handicap et doivent donc aussi être vérifiées au cas par cas, lors de chaque demande particulière.



► **Le médecin du milieu d'accueil ou de la consultation préventive de l'ONE**

qui fonctionne dans le milieu d'accueil donne un avis favorable sur base des renseignements fournis par le(s) médecin(s) qui soigne(nt) habituellement l'enfant et après avoir reçu les parents et examiné l'enfant en leur présence. Ayant donné son avis, **ce médecin s'engage**, en collaboration avec le travailleur médico-social du milieu d'accueil ou de la consultation ONE :

- à s'assurer du suivi régulier de l'enfant par son médecin traitant habituel (généraliste et/ou spécialiste) ;
- à participer à l'information continue dont le milieu d'accueil a besoin pour assurer le suivi quotidien de cet enfant dans les meilleures conditions possibles ;
- à veiller aux bonnes relations du milieu d'accueil avec les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux, tout en préservant le secret professionnel.

ACCUEIL DE L'ENFANT, PÉRIODE D'ADAPTATION ET SUIVI

Dans le consensus d'équipe élargie, les questions suivantes doivent être préalablement envisagées :

- Les modalités de la période d'adaptation (accompagnement de l'enfant par un adulte familial pendant « un certain temps »).
- Comment pratiquement ouvrir l'équipe du milieu d'accueil vers l'extérieur ? A quels intervenants extérieurs va-t-on faire appel ? Y a-t-il éventuellement implication d'une équipe compétente dans le domaine de la psychopédagogie ?
- En milieu d'accueil collectif, quelles seront les puéricultrices référentes ?
- Faut-il prévoir un matériel particulier, engager du personnel supplémentaire ponctuel (aide au moment des repas,...) ?
- Quel est le projet pédagogique précis pour cet enfant ? Quelles sont ses compétences, ses limites ?

- Est-il utile de prévoir une grille d'observation de l'enfant handicapé et des autres enfants accueillis ?
- Faut-il prévoir pour cet enfant un temps hebdomadaire minimum d'accueil pour favoriser la réussite du projet ? L'intégration de l'enfant handicapé nécessite-t-elle une information des autres parents et en quoi doit consister cette information ?
- En quoi les subsides spéciaux vont-ils améliorer les conditions de l'accueil de cet enfant-là ?

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

En fonction de l'âge de l'enfant et du projet pédagogique formulé à son égard, l'équipe élargie (y compris les parents) réfléchira au mode d'accueil ultérieur (après l'âge de 3 ans).

Dans certains cas en effet, si l'intérêt de l'enfant le justifie et après analyse des alternatives existantes, l'équipe introduira une demande de dérogation pour prolonger l'accueil de l'enfant handicapé jusqu'à l'âge de 3 ans et demi ou de 4 ans, avec un maintien du subside majoré.

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



Une liste des associations de parents et des services d'aide précoce se trouve en annexe 4.

2. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

2.1. Mucoviscidose

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

- ▶ la collaboration avec des spécialistes extérieurs (kiné respiratoire) ;
- ▶ un régime approprié prescrit ;
- ▶ la supplémentation en sel en cas de fièvre ou de chaleur importante ;
- ▶ l'administration du traitement approprié prescrit (enzymes pancréatiques, vitamines, mucolytiques,...) ;
- ▶ la surveillance des infections respiratoires et l'administration d'une antibiothérapie appropriée, vaccination spécifique,...

Il est à remarquer cependant qu'il faudrait donner la préférence à l'accueil chez les accueillantes où le nombre plus restreint d'enfants diminuera le risque d'infections.

2.2. Maladie coeliaque et autres intolérances alimentaires

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

2.3. Retards mentaux, retards psychomoteurs, déficits sensoriels, troubles neurologiques divers

- ▶ Le milieu d'accueil est un lieu possible d'intégration et de socialisation optimale. **Un état d'esprit «d'ouverture» et d'accessibilité à l'enfant handicapé doit être la règle.**
- ▶ Il est essentiel qu'un **adulte privilégié et compétent** prenne en charge l'enfant handicapé dans un petit groupe d'enfants. **L'observation de l'enfant** est très importante non seulement pour repérer ses besoins spécifiques mais aussi pour mettre en évidence ses aptitudes propres et ses progrès. Ces observations permettent de communiquer utilement avec les parents et les spécialistes extérieurs.
- ▶ L'accès au milieu d'accueil des soignants extérieurs doit être autorisé et favorisé tout en respectant l'autonomie de la puéricultrice et la vie du groupe.
- ▶ Les puéricultrices ne doivent pas pour autant se transformer en éducatrices spécialisées, les fonctions du milieu d'accueil sont d'accueillir cet enfant dans les meilleures conditions pendant l'occupation professionnelle de ses parents et de contribuer à son développement physique, mental et social.

2.4. Diabète

L'accueil d'un enfant diabétique nécessite de :

- ▶ Organiser une séance d'information du personnel pour expliquer les bases de la maladie et de son traitement ;
- ▶ S'organiser pour fournir les collations nécessaires et un régime correctement équilibré ;
- ▶ Connaître l'enfant diabétique (puéricultrices référentes) et savoir repérer des variations de comportement ;
- ▶ Connaître les risques d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, les symptômes s'y rapportant et savoir réagir correctement à ces situations ;



- ▶ Avoir dans la pharmacie de la crèche du glucagon et des ampoules de glucose hypertonique indispensable, en cas d'hypoglycémie sévère ;
- ▶ Pouvoir réaliser les contrôles de glycémie demandés par le médecin traitant de l'enfant pendant la journée et les injections d'insuline si nécessaire.

3. RISQUES PARTICULIERS A CERTAINS ENFANTS

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

Il s'agit :

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

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

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

Une formation aux gestes élémentaires d'urgence doit également être assurée à toutes les personnes encadrant ces enfants.

Ces situations, leur prévention et la conduite à tenir sont détaillées dans le chapitre 7 « Urgences et accidents ».



CHAPITRE 6

Les allergies

Au cours des dernières décennies, les manifestations allergiques sont devenues de plus en plus fréquentes, surtout dans les pays industrialisés.

Dans les milieux d'accueil, il est important de rester attentif au dépistage des enfants à risque, c'est-à-dire ceux qui ont au moins un parent ou un membre de la fratrie atteint d'une maladie allergique. Pour les enfants qui ont déjà développé une maladie allergique, le personnel devra rester vigilant à la détection des facteurs déclenchants de cette pathologie.

Dans l'hygiène globale du milieu d'accueil, il est souhaitable d'éviter l'exposition précoce à des taux élevés d'allergènes tels que les acariens et leurs excréments, les animaux domestiques, les moisissures,.... On pourrait ainsi éviter ou, en tout cas, retarder les manifestations allergiques chez les enfants prédisposés.

Mesures à prendre pour diminuer la concentration en allergènes :

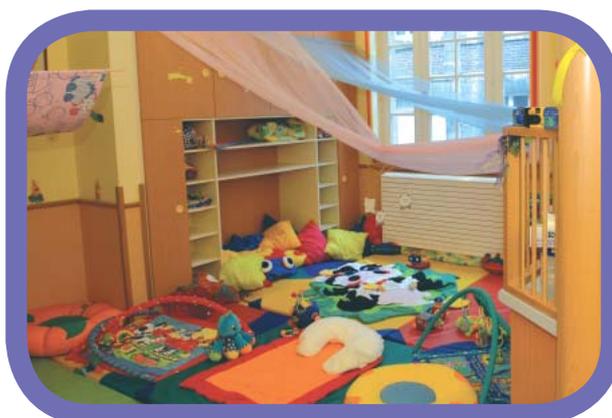
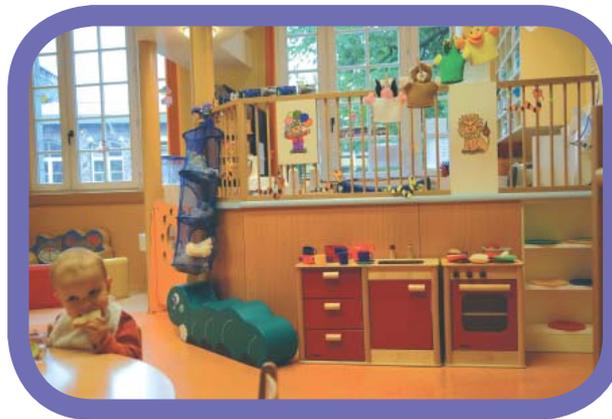
1. LES ACARIENS

Les acariens vivent dans les habitations situées à des altitudes inférieures à 1500 m. Ils prolifèrent dans les atmosphères chaudes et humides (pour une température de 21°C à une humidité supérieure à 60%) et se nourrissent de squames humaines et animales et de moisissures. Ils sont particulièrement abondants dans les pièces de literie : matelas, coussins, couvertures, peluches,... mais aussi dans les tapis, les moquettes et dans les fauteuils recouverts de tissus. Ils sont munis de pattes ventouses à l'aide desquelles ils s'accrochent sur les tissus. La présence de leurs excréments en suspension dans l'air permet leur inhalation, ce qui peut déclencher des manifestations chez les sujets allergiques.

La prévention consiste à empêcher la multiplication des acariens et d'autres allergènes dans les différents locaux de vie du milieu d'accueil. Pour cela, il faut :

- ▶ Maintenir une température entre 18 et 20° et assurer une bonne ventilation, cela va réduire l'humidité et empêchera ainsi le développement des acariens et des moisissures. L'emploi d'humidificateurs électriques est déconseillé car il favorise le développement des moisissures et des acariens.
- ▶ Eviter les matières textiles lorsque cela n'est pas nécessaire. Proscrire les tapis ou les couvertures en laine. Toutes les matières textiles doivent être régulièrement lessivées à 60°C. Pour la literie, les matelas doivent être entièrement recouverts de plastique. Le drap ainsi que le petit sac de couchage doivent être lavés à 60°C (une fois par semaine et en cas de souillure). Après la sieste, le sac de couchage doit être entièrement retourné sur le bord du lit pour laisser échapper la chaleur et la transpiration. Pour éviter que les enfants ne viennent avec leurs acariens, les sacs de couchage appartiendront au milieu d'accueil.
- ▶ L'utilisation de produits acaricides (source de pollution intérieure) doit être évitée.
- ▶ Le revêtement du sol doit être lisse et facilement lavable (tapiflex, vinyle, linoléum, parquet, dallage,...). Quant au revêtement mural, il est conseillé d'employer de la peinture au latex plutôt que du papier peint.
- ▶ Le nettoyage à l'eau des sols (y compris les plinthes) et des surfaces et l'utilisation de lavettes en microfibres permet d'éliminer efficacement poussières et acariens.

- ▶ La lutte contre les moisissures est aussi un moyen de prévention contre les acariens, dont elles constituent la nourriture.
- ▶ L'entretien des **jouets** est important. Les peluches peuvent contenir jusqu'à 500 acariens/cm³. Leur nombre doit être limité. Il faut les proscrire du lit des enfants allergiques et des enfants à risque. En général, il faut préférer des jouets en toile qu'il faudra laver régulièrement à 60°C ou ceux en matière plastique qui, enfermés dans une taie d'oreiller, pourront subir régulièrement un programme court de lavage en machine. Pour les jouets non lavables, un séjour de 24 heures dans un congélateur à -18°C tue les acariens. Il faudra encore, pour les en débarrasser, les battre vigoureusement ou les envoyer au nettoyage à sec.
- ▶ Surveiller et combattre le développement des blattes (cafards) qui se cachent dans les gaines des vides ordures, les fentes des murs, sous les papiers peints, dans les réserves de nourriture,... En effet, les blattes jouent également un rôle dans l'allergie à la poussière.
- ▶ Entretien des bacs à sable. Les acariens se déposent aussi dans le bac à sable. Les enfants allergiques aux acariens peuvent être incommodés. Pour l'entretien du bac à sable, les rayons UV désinfectent le sable la journée mais il faut veiller à le recouvrir la nuit pour éviter que les animaux (chiens et chats) ne déposent avec leurs excréments des parasites comme le Toxocara ou autres germes.
- ▶ Par ailleurs, il est important de bien observer les réactions de chaque enfant après les jeux à l'extérieur. Les enfants souffrant d'eczéma voient souvent leurs lésions s'aggraver au contact du sable ! Pour ces enfants, il vaut mieux éviter ce type d'activité.



**« TOUS LES TEXTILES
DOIVENT ETRE LAVABLES
A 60° »**

2. LES MOISSURES

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

Pour prévenir leur développement, il s'agit avant tout de maîtriser le problème d'humidité. S'il s'agit de condensation, une ventilation judicieuse peut répondre à la question. S'il s'agit d'infiltration ou de phénomènes d'humidité ascensionnelle, le recours aux professionnels est nécessaire. En ce qui concerne l'humidité de contact, il faut s'arranger pour que les surfaces humidifiées soient imputrescibles, et faciles à nettoyer.

Par exemple, la pose d'une plaque (PVC, verre,...) sur le mur qui est en contact avec des linges mouillés (gants, essuies,...) permet un entretien plus aisé. Il est recommandé de favoriser un séchage rapide des linges et des surfaces humides. En cas de dégât des eaux, il est impérieux de procéder le plus rapidement possible à l'assèchement de tout dégât causé par l'eau avec, si nécessaire, le remplacement des matériaux endommagés. Pour empêcher les moisissures de s'installer derrière les meubles et les objets, éviter d'adosser ceux-ci contre les murs froids et aérer régulièrement les armoires.

Les moisissures doivent être éliminées dès leur apparition. Si les surfaces contaminées ne sont pas supérieures à 1m², un nettoyage avec de l'eau de javel diluée 5 fois (1 part de javel et 5 parts d'eau) sera réalisé avec une éponge synthétique abrasive. On laissera agir 10 à 15 minutes puis on rincera à l'eau claire. Ces mesures seront répétées en cas de réapparition des moisissures.

Ce traitement devra être réalisé en l'absence des enfants car les spores de moisissures risquent d'être en concentration importante dans l'air intérieur. Il est important de mettre des gants et de bien aérer le local durant le nettoyage. Si les surfaces atteintes sont supérieures à 1m² ou si le problème persiste, il est préférable de s'adresser à un service spécialisé.

3. LES ALLERGIES AU POLLEN ET AUX GRAMINEES

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

4. LES ALLERGIES ALIMENTAIRES

Les allergies alimentaires touchent 6-8% des enfants d'âge préscolaire (1-2% de la population générale). Les allergènes alimentaires les plus fréquents en Belgique sont : les œufs, l'arachide, le lait de vache, le poisson et les oléagineux (noix, noisettes). L'allergène alimentaire le plus fréquent avant 6 mois est le lait de vache et entre 1 et 3 ans l'œuf.

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

Les manifestations cliniques, dont certaines très graves, sont par ordre de fréquence décroissante :

L'eczéma, l'urticaire, l'angioœdème, les symptômes digestifs, l'asthme et enfin l'œdème laryngé (13% des allergies alimentaires) et le choc anaphylactique (4% des allergies alimentaires).

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

- ▶ Favoriser la poursuite de l'allaitement maternel.
- ▶ Pour les enfants à risque d'allergie : encourager la poursuite de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et l'introduction des repas solides après 6 mois. Si l'allaitement maternel n'est pas possible, conseiller l'utilisation de laits hypoallergéniques pendant les premiers 6 mois.



Déconseiller l'introduction du poisson, des œufs et des fruits exotiques avant l'âge de 1 an.

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

Il convient donc de :

- ▶ dépister les enfants à risque d'allergie par l'anamnèse familiale ;
- ▶ déconseiller fortement l'accueil de ces enfants à risque chez une accueillante possédant un animal domestique ou des animaux de basse-cour même si les précautions sont prises pour éviter le contact direct. En effet, les épithélia allergisants peuvent se trouver sur les vêtements, dans les moquettes,...

5. LES ALLERGIES AUX ANIMAUX

37 % des enfants atopiques sont allergiques aux poils de chat et de chien.

Les espèces qui engendrent le plus de sensibilisation sont le cobaye (cochon d'inde), le chat, le cheval.

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

Il est important d'éviter les contacts sensibilisants chez les enfants atopiques en bas âge même s'ils ne sont pas suivis de symptômes à court terme.



CHAPITRE 7

Urgences et accidents

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

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

Cette préparation prend plusieurs aspects :

- ▶ **une formation théorique et pratique (souhaitable pour toute personne amenée à s'occuper d'enfants) :** cette formation se fera sous la responsabilité du médecin de la collectivité. Celui-ci pourra si nécessaire faire appel à des équipes hospitalières ou à la Croix Rouge (formations, prêt de matériel). Il est indispensable de prévoir des « recyclages » réguliers (idéalement tous les deux ans). L'objectif de ces formations est d'apprendre à reconnaître l'urgence (signes principaux de chacune des situations d'urgence), savoir ce qu'il faut faire et s'entraîner à le faire en-dehors de la situation de stress (gestes à poser de manière organisée, seul ou avec aide).
- ▶ **prévoir des dispositifs d'organisation interne** afin de pouvoir compter immédiatement sur l'aide d'un autre adulte du milieu d'accueil.
- ▶ **préparer des documents** qui seront à la disposition des personnes directement en contact avec les enfants :

▶ Près du téléphone, une liste reprenant les numéros d'appel d'urgence : service 100 (à partir d'un téléphone fixe), 112 (à partir d'un GSM), Centre Antipoisons (070/245.245) ;

▶ Dans les lieux de vie des enfants, une fiche médicale pour chaque enfant présentant un risque particulier (convulsions, allergies graves,...), avec un organigramme précis en cas de problème, doit être établie en accord avec les parents et revue au minimum à chaque examen de santé de l'enfant ;

▶ Dans les lieux de vie des enfants, des fiches synthétiques avec un organigramme précis pour les situations d'urgence les plus courantes (cfr schéma de réanimation en annexe).

Il est important de désigner quelqu'un qui sera chargé de veiller à la disponibilité et à la mise à jour de ces documents.



2. DES TECHNIQUES À BIEN CONNAITRE ET À MAITRISER : L'ABC DE LA REANIMATION

Situations à risque : dans la plupart des cas, l'arrêt cardiorespiratoire est la conséquence d'un manque d'oxygène d'origine respiratoire ou circulatoire.

Parmi les causes les plus fréquentes, on note :

- ▶ la mort subite du nourrisson ;
- ▶ les chocs septiques (infections respiratoires, septicémie, méningite,...) ;
- ▶ les traumatismes ;
- ▶ l'inhalation de corps étrangers ;
- ▶ l'intoxication au CO,... ;
- ▶ l'épiglottite (devenue très rare) ;
- ▶ le choc anaphylactique.

L'enfant peut paraître pâle, gris ou au contraire tout bleu.

Manifestement, il a perdu connaissance. Il s'agit peut-être d'une urgence extrême où les secondes comptent.

La séquence de gestes à poser qui suit doit être entreprise sur les lieux-mêmes du problème pour tenter d'oxygéner les organes vitaux. Elle doit être réalisée par celui ou ceux qui sont sur place. Aucun matériel n'est requis.

2.1. Evaluation

- ▶ De l'état de conscience (stimuler doucement pour obtenir une réaction, tapoter mais surtout ne pas secouer) ;
- ▶ De l'arrêt (ou de la détresse) respiratoire.

2.2. Appel à l'aide

On peut crier « à l'aide » uniquement si quelqu'un est dans les environs, mais sans quitter l'enfant. Autrement,

le mieux est de PRATIQUER la réanimation pendant 1 minute AVANT d'aller appeler à l'aide ou de téléphoner. Dans tous les cas, le bon sens doit l'emporter.

**A = AIR /AIRWAY
(voies respiratoires)**

2.3. Positionner l'enfant

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

2.4. Ouvrir les voies aériennes

Supprimer l'obstruction des voies aériennes causée par le déplacement passif de la langue vers l'arrière en glissant la main gauche sous les épaules ou en effectuant une bascule de la tête vers l'arrière et une traction du menton.

Débarrasser la bouche, le nez, le pharynx de ce qui les obstrue (liquides, aliments, corps étranger) : mettre l'enfant en position latérale de sécurité et avec le doigt en crochet, recouvert ou non d'un mouchoir, vider la bouche de son contenu.



POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

B = BOUCHE À BOUCHE / BREATHING (respiration)

2.5. Evaluation de la respiration

Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, mettre l'oreille contre la bouche et le nez de l'enfant (10 secondes) :



SI L'ENFANT NE RESPIRE PAS :

2.6. Respiration artificielle (c'est la manoeuvre fondamentale de la réanimation)

Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, le sauveteur applique sans fuite sa bouche sur le nez ou la bouche de l'enfant à réanimer (en obturant avec les doigts l'autre orifice) :

- ▶ **chez les nourrissons de moins de 4 mois** : sur le nez uniquement en fermant la bouche (bouche à nez)
- ▶ **chez les enfants de plus de 4 mois** : sur le nez en fermant la bouche (bouche à nez) ou plus couramment, sur la bouche en pinçant le nez (bouche à bouche).



2.7. Evaluation des pouls

L'absence ou l'inefficacité de contractions cardiaques se reconnaît à l'absence des pouls centraux.

- **Avant 1 an** : palper le pouls dans le creux de l'aisselle ou le pli de l'aîne (le cou étant trop court pour palper facilement le pouls carotidien).
- **Après 1 an** : palper le pouls carotidien.



NOUVEAU-NÉ : empaumer le thorax et masser avec les deux pouces côte à côte ou l'un sur l'autre, sous la ligne des mamelons.



NOURRISSON < 1 AN : à 1 doigt sous la ligne des mamelons, avec 2 doigts (l'index et le majeur, ou le majeur et l'annulaire). Relâcher le thorax sans enlever les doigts. Masser régulièrement à une profondeur de 1.5 à 2.5 cm et un rythme de 100/min.

- Si le pouls est présent mais la respiration spontanée absente, la respiration artificielle sera poursuivie seule à la fréquence de 20 cycles par minute, avant 1 an, et de 15 cycles par minute, après 1 an et on passera directement au point 9.



> **1 AN** : à 2 doigts de l'extrémité inférieure du sternum, poser le talon de la main (sans poser les doigts sur le thorax). Relâcher le thorax en maintenant la position. Masser régulièrement à une profondeur de 2.5 à 3 cm et un rythme de 80-100/min.



Efficacité : une personne aidante doit percevoir très nettement des pulsations rythmées par la compression du cœur au niveau de la carotide, de l'artère fémorale ou de l'artère axillaire.

2.9. Appel à l'aide

Par le 2ème sauveteur ou après 1 minute de réanimation si le sauveteur est seul. Lors de l'appel téléphonique au 100, **NE PAS OUBLIER** de renseigner la **LOCALISATION** de la victime, son âge et son état (si pas de réponse immédiate, ne pas raccrocher, cela vous ferait perdre votre tour).

Si un seul sauveteur, penser à emmener l'enfant de la façon suivante, sans interrompre la réanimation :



2.10. Réanimation coordonnée

Toutes les 30 compressions, deux respirations artificielles seront pratiquées pendant une pause de 1.5 à 2 secondes, qu'il y ait un ou deux réanimateurs, jusqu'à l'arrivée des secours ou la reprise d'une respiration spontanée ou de mouvements de l'enfant.

3. CONDUITES A TENIR DANS DIVERSES SITUATIONS

3.1. Mort subite du nourrisson

3.1.1. Introduction

Risque dans la population générale : 0.5 cas pour mille naissances. L'âge maximum de risque se situe entre 2 et 6 mois. Toute la première année de vie peut cependant être considérée comme période à risque.

Les enfants surveillés par un moniteur cardiorespiratoire sont :

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

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

- ▶ Fatigue anormale ou malaise lors de la prise des biberons ou au sein ;
- ▶ Spasme du sanglot ;

- ▶ Ronflement ;
- ▶ Bruit respiratoire ;
- ▶ Sudation excessive pendant le sommeil ;
- ▶ Pâleur ou cyanose pendant le sommeil.

Ces signes ne sont pas du tout spécifiques du risque de la mort subite, mais pourraient constituer des facteurs de risque. La polysomnographie est positive lorsque des apnées obstructives ou mixtes sont observées, surtout si ces apnées s'accompagnent de phénomènes de bradycardie ou de désaturation en oxygène. L'environnement joue un rôle actuellement bien démontré dans l'augmentation du risque de MSIN (Mort Subite Inexpliquée du Nourisson).

Il faut éviter :

- ▶ la présence de fumées de tabac ou d'irritants dans toutes les pièces où peut séjourner l'enfant ;
- ▶ les pièces surchauffées (max. 18°C) ;
- ▶ l'habillement ou la literie qui entrave les mouvements de l'enfant.

Le nourrisson doit être couché sur le dos pendant le sommeil mais il peut être mis en position ventrale en période de jeu sous surveillance (afin de prévenir le risque de déformation crânienne)

3.1.2. Prévention

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

- ▶ Bien connaître le maniement de l'appareil ;
- ▶ Bien positionner les électrodes et éloigner le fil le plus possible du cou de l'enfant (faire sortir le fil par la jambe du pyjama) ;
- ▶ Connaître les réactions de l'enfant et dépister les malaises (puéricultrice de référence !) ;
- ▶ Savoir distinguer une vraie et une fausse alarme ;

- ▶ En cas d'alarme vraie, savoir vérifier la respiration et le pouls, savoir faire les gestes d'urgence de réanimation.

Vis-à-vis de tous les bébés :

- ▶ Préconiser l'allaitement maternel exclusif jusque 6 mois ;
- ▶ Bien connaître les enfants et respecter leur rythme veille-sommeil (petits groupes, puéricultrice de référence) ;
- ▶ Surveiller très régulièrement le sommeil : une liaison visuelle directe est nécessaire entre salle de séjour et dortoir ;
- ▶ Eviter de surchauffer les dortoirs (max 18°C) ;
- ▶ Ne jamais mettre le bébé dans une pièce où l'on a fumé ;
- ▶ Aérer tous les jours toutes les pièces ;
- ▶ Avoir une literie adaptée et en bon état (pas d'espace libre entre matelas et bord du lit, barreaux espacés de < 7.5 cm, utiliser les contours de lit avec prudence) ;
- ▶ Ne pas utiliser d'oreiller, de couette ni d'édredon ;
- ▶ Choisir un matelas ferme ;
- ▶ Eviter la position ventrale pendant le sommeil et toute entrave aux mouvements ;
- ▶ Supprimer les cordelettes autour du cou, les bijoux, les pinces à cheveux ;
- ▶ Placer l'enfant dans un sac de couchage adapté à sa taille et à la saison ;
- ▶ Ne pas déposer dans le lit des objets qui puissent couvrir le visage de l'enfant ;
- ▶ Utiliser la position décline à 30° en cas de reflux gastro-oesophagien ;
- ▶ Dégager le nez avant la mise au lit (sérum physiologique – mouche-bébé) ;
- ▶ Interdire l'accès aux animaux (risque d'étouffement si le chat envahit le lit du bébé) ;
- ▶ Connaître la démarche à suivre et les gestes d'urgence.

3.1.3. L'arrêt cardio-respiratoire du nourrisson

C'est certainement l'urgence qui préoccupe le plus les personnes amenées à s'occuper de nourrissons.

La prévention et la surveillance du sommeil doivent être réalisées chez tous les enfants en-dessous d'un an et tout particulièrement au cours des premiers jours de son séjour dans le milieu d'accueil (risque apparemment plus élevé).

Conduite à tenir : accomplir les étapes successives de l'ABC de la réanimation : stimuler doucement, libérer les voies aériennes, évaluer la respiration et la circulation, entreprendre une respiration artificielle et le cas échéant un massage cardiaque, appeler les secours.

3.2. Asphyxie

Celle-ci se produit chaque fois que l'enfant ne peut plus respirer suffisamment. Elle peut survenir quand l'enfant a avalé de travers (inhalé) un objet, un aliment, un vomissement. Elle peut s'observer également quand il a enfoncé la tête dans la literie, l'a entourée d'un sac de plastique ou lorsqu'il s'est étranglé (attention aux embrasses de rideaux, aux colliers ou aux chaînes, aux fixations dans les lits,...). Il est évident que beaucoup de ces accidents peuvent être évités par des précautions élémentaires.

QUELQUES CAS PARTICULIERS DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

3.2.1. Laryngite avec gêne respiratoire

Chez un enfant qui a la voix enrouée ou éteinte, l'attention est attirée par une gêne respiratoire. En effet, pour faire entrer l'air dans ses poumons, du fait de l'œdème de la paroi laryngée, il est obligé de fournir des efforts importants, la respiration est ralentie. On voit un creusement apparaître à la jonction du cou et du thorax à chaque inspiration, laquelle est souvent associée à un bruit inquiétant.

CONDUITE A TENIR

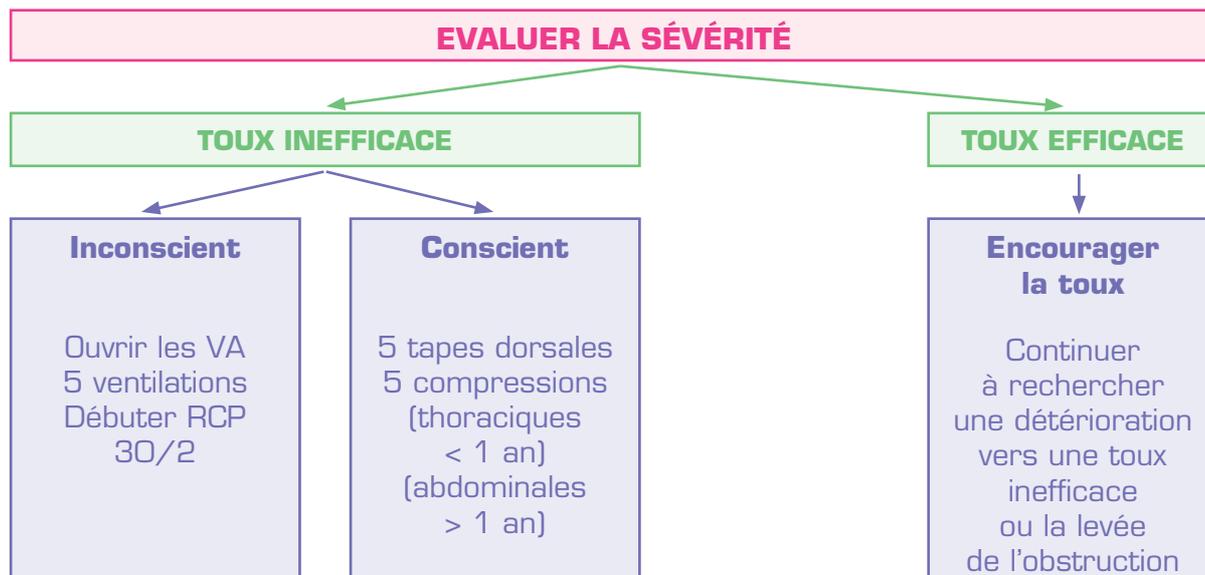
- ▶ Calmer l'enfant, le laisser dans la position qu'il adopte spontanément (souvent assis ou sur le ventre).
- ▶ Ne pas essayer à tout prix de regarder sa gorge car en cas d'épiglottite, cela peut provoquer un blocage complet de la respiration et/ou une syncope.
- ▶ Appeler d'urgence un médecin qui fera une injection médicamenteuse et/ou décidera d'une hospitalisation.

3.2.2. Corps étrangers asphyxiants

Plus de 9 décès sur 10, attribuables à l'inhalation d'un corps étranger, se produisent chez les enfants de moins de 5 ans, avec, parmi ceux-ci, une majorité d'enfants de moins d'un an.

L'étouffement par corps étranger est souvent typique : brutalement, l'enfant qui était en parfaite santé fait un accident dramatique : il devient tout bleu, se débat furieusement, essaie de respirer sans y arriver et en général se met à tousser violemment. Malheureusement, ces symptômes initiaux se produisent souvent sans témoins. Un épisode brutal de détresse respiratoire chez un enfant bien portant doit donc toujours y faire songer. Il faut également y penser si les voies aériennes d'un enfant en arrêt respiratoire restent obstruées malgré les manœuvres adéquates d'ouvertures de celles-ci (point 4 de l'ABC de la réanimation).

CONDUITE A TENIR



Avant l'âge d'1 an, l'enfant doit être placé sur le ventre, la tête en bas.
Le sauveteur applique 5 tapes énergiques dans le dos pour expulser le corps étranger.
En cas d'échec, il met l'enfant sur le dos et applique 5 massages thoraciques pour mobiliser le corps étranger.
Ensuite, après avoir retourné l'enfant, il réitère les 5 tapes énergiques dans le dos.

Tapes dorsales et compressions thoraciques : enfant < 1 an



Enfants de plus de 1 an : manœuvre de Heimlich



Si l'enfant a plus d'1 an, le sauveteur réalisera la manœuvre de Heimlich qui consiste en une forte et brusque compression épigastrique avec les poings, de bas en haut.

Un avis médical (voire une hospitalisation) peut être indiqué, même si l'enfant paraît avoir complètement récupéré.

L'extraction d'un corps étranger dans la bouche doit être faite avec beaucoup de précautions, en plaçant le doigt en crochet et en faisant très attention de ne pas l'enfoncer davantage dans l'arrière-gorge, l'enfant étant en position latérale de sécurité.

PREVENTION

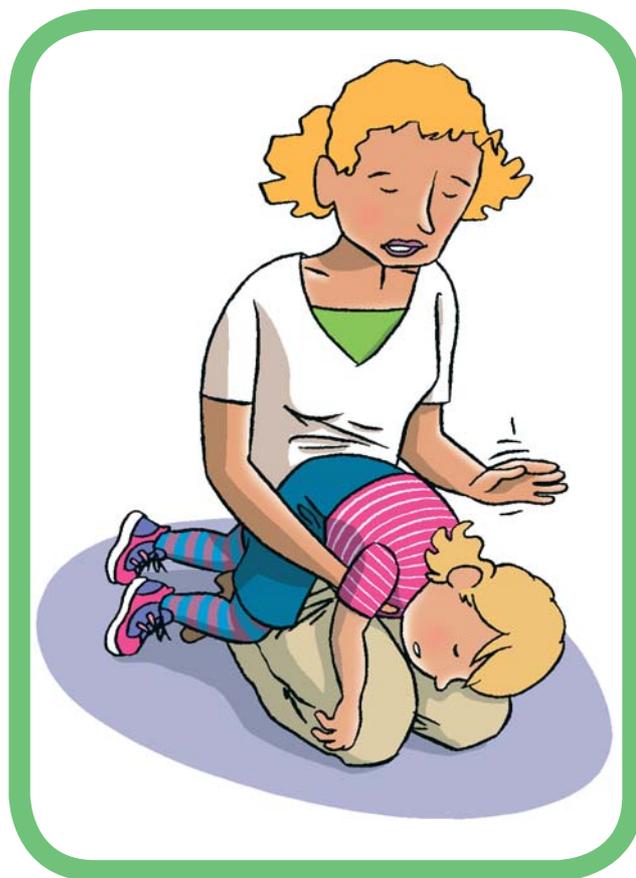
Proscrire les objets ou aliments solides de petite taille (ex : cacahuètes) en présence d'enfants.

3.2.3. Noyade

Un enfant en bas âge peut se noyer dans un seau d'eau ou dans une piscine de jardin où il tombe la tête la première.

CONDUITE A TENIR

- ▶ Placer l'enfant à plat ventre, tête en bas, creux de l'estomac sur le genou du sauveteur. Celui-ci appuie fortement sur le dos de l'enfant à 3 ou 4 reprises pour vider l'eau qui peut se trouver dans les poumons ou l'estomac.
- ▶ Si l'enfant ne respire plus : accomplir les étapes successives de l'ABC de la réanimation : stimuler doucement, libérer les voies aériennes, évaluer la respiration et la circulation, entreprendre une respiration artificielle et le cas échéant un massage cardiaque, appeler les secours.



3.3. Fièvre élevée

Les études faites chez les enfants en bonne santé suggèrent que 38°C (en rectal) devrait être considéré comme limite inférieure de la fièvre chez l'enfant. La fièvre est un mécanisme normal de défense. Cependant, chez l'enfant, une fièvre supérieure à 40° peut être dangereuse et endommager le cerveau si elle se prolonge. **Il ne faut donc pas laisser monter la température à un niveau supérieur à 38.5° sans intervenir, surtout lorsqu'il a moins de 4 ans (danger de convulsions).**

CONDUITE A TENIR

- ▶ Découvrir l'enfant et le faire boire suffisamment ;
- ▶ Administrer un antipyrétique par voie orale ou rectale (paracétamol : 15 mg/kg, max. 60 mg/kg/jour *) ;
- ▶ Rafraîchir l'air ambiant : en été, il faut aérer la pièce. On peut aussi utiliser un ventilateur en évitant de diriger l'air directement sur l'enfant ;
- ▶ Appeler un médecin si la température ne descend pas.

Si son état le permet et que l'enfant le tolère bien, on peut soit le mettre dans un bain dont l'eau est 2° en-dessous de sa température, le laisser une dizaine de minutes (contre-indiqué si l'enfant est en vasoconstriction : téguments pâles), soit le couvrir d'un enveloppement tiède (l'envelopper d'un essuie imprégné d'eau tiède).

Toute fièvre accompagnée de symptômes tels que la somnolence, l'irritabilité et des vomissements devrait inciter à faire examiner sans tarder l'enfant, surtout s'il a moins de 6 mois.

* Pour avoir plus rapidement une meilleure efficacité, certains auteurs préconisent d'administrer d'abord une double dose de paracétamol (30 mg/kg) comme dose d'attaque et ensuite de poursuivre par des doses de 15 mg/kg toutes les 6 heures pendant 48 heures.

3.4. Signes évocateurs d'une méningite

La méningite, surtout celle due au méningocoque, se manifeste brusquement par les symptômes suivants, qui ne sont pas forcément tous présents d'emblée :

- ▶ Fièvre ;
- ▶ Nausées ou vomissements ;
- ▶ Raideur de la nuque : l'enfant se tient en chien de fusil (position antalgique) et se plaint lorsqu'on le mobilise ;
- ▶ Fontanelle bombante ;
- ▶ Maux de tête importants ;
- ▶ Douleurs musculaires ;
- ▶ Eruption caractéristique de pétéchies, d'une teinte rouge violacé, surtout aux extrémités et sur le thorax, se multipliant assez rapidement et ne disparaissant pas à la pression ;
- ▶ Détérioration de l'état général, teint gris ;
- ▶ Convulsions ;
- ▶ Somnolence, altération de la conscience pouvant aller du délire au coma ;
- ▶ Gémissements.

Plus l'enfant est petit (nourrisson), moins les signes seront spécifiques : altération inexplicée de l'état général, irritabilité, fièvre ou au contraire hypothermie.

L'infection peut progresser très rapidement et la mort survenir dans les 12 à 24 heures suivant le premier symptôme. L'évolution dépendra de la précocité du diagnostic et de la prise en charge en milieu hospitalier.

Face à ces signes, il faut **prendre les dispositions nécessaires pour que l'enfant soit vu par un médecin dans les plus brefs délais, voire amené directement dans un service d'urgences.**

Les parents de l'enfant seront immédiatement informés de la situation.

Si certains signes seulement sont présents (fièvre, vomissements,...) et ne s'accompagnent pas d'altération marquée de l'état général ou somnolence,

on informera les parents et on s'assurera qu'ils puissent venir chercher l'enfant sans délai **et** aller consulter rapidement un médecin. Dans le cas contraire, c'est au milieu d'accueil qu'il revient de prendre les mesures nécessaires pour que l'enfant soit examiné sans tarder.

3.5. Convulsions

Incidence

Environ 2% des enfants, entre 6 mois et 5 ans, présentent une convulsion fébrile. Celle-ci représente environ 40% des convulsions primitives de l'enfant et est liée à une élévation brutale de la température. Dans ce cas, la fièvre n'est pas un signe d'atteinte du système nerveux, mais bien d'une maladie infectieuse telle que grippe, infection des voies respiratoires supérieures, maladie éruptive, infection urinaire,...

Un caractère familial est souvent trouvé. Des récurrences de cette première convulsion fébrile surviendront dans un cas sur deux si la première convulsion a lieu avant un an ; dans un cas sur trois, si la première convulsion a lieu après un an.

Diagnostic

La convulsion se reconnaît par :

- ▶ l'enraidissement du corps (visible surtout au niveau de la bouche et des membres) ;
- ▶ la chute avec perte de connaissance ;

- ▶ les mouvements saccadés des membres, du visage, du tronc.

L'enfant présente également fréquemment une cyanose (lèvres bleutées), un encombrement respiratoire, une hypersalivation. La plupart des convulsions sont brèves (quelques minutes). Il faut savoir qu'une convulsion qui dure (plus de 15 minutes) peut entraîner des lésions du cerveau et une intervention médicamenteuse se justifie donc impérativement dans le milieu d'accueil en cas de convulsion de longue durée (> 10 minutes).

Les épisodes de convulsion sont le plus souvent suivis d'une période de somnolence postcritique où l'état de conscience de l'enfant reste altéré.

Prévention

Au cours d'un épisode fébrile, surveillance attentive de la température et administration répétée d'antipyrétiques.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONVULSION

Les convulsions impressionnent toujours. Lorsqu'elles se produisent, l'enfant ne contrôle pas ses gestes : il peut se blesser. Il peut surtout avaler de travers et s'étouffer. De plus, chez le petit enfant, une convulsion qui dure plus d'un quart d'heure peut être la cause d'une paralysie transitoire (même définitive lorsque la convulsion est très prolongée) d'où la nécessité de ne pas tarder pour injecter du valium, si possible.



- ▶ Coucher l'enfant en position latérale de sécurité, si possible sur une couverture ou un vêtement pour amortir les chocs.
- ▶ L'empêcher, si possible de se mordre la langue (mouchoir plié entre les dents).
- ▶ Ecarter de lui les objets susceptibles de le blesser.
- ▶ Apprécier sa température et le dévêtir.
- ▶ S'il s'agit d'un premier épisode, téléphoner au service 100 (demander un transfert en milieu hospitalier) ainsi qu'au médecin de l'enfant. S'il n'est pas disponible, appeler celui du milieu d'accueil (soins à administrer dans l'attente du transfert).
- ▶ S'il s'agit d'une récurrence, contacter le médecin de l'enfant ou en son absence, celui du milieu d'accueil. Ensuite, sur base d'une prescription médicale, et si les convulsions se prolongent (> 2 min), administrer du Valium®: puiser le nombre prescrit de ml de Valium® (une ampoule = 2 ml = 10 mg) enfoncer doucement la seringue munie d'une rectiole (embout en plastique prévu à cet effet) dans l'anus sans forcer (comme quand on veut prendre la température) et injecter lentement la moitié de son contenu. Ôter la seringue et obturer l'orifice anal afin que le produit ne s'échappe pas. Injecter l'autre moitié de la dose si pas de réponse clinique après 5 minutes.
(La dose de Valium® adaptée au poids est en général de 0.5 mg/kg, soit 1/2 ampoule pour un enfant de 10 kg)
L'effet du valium se produit en moins de 5 minutes. Ce médicament pouvant provoquer des arrêts respiratoires, on ne l'utilisera qu'avec l'accord parental et selon la prescription du médecin. En l'absence de ceux-ci (1er épisode), seulement sur avis du médecin contacté, sans dépasser les doses prescrites et en surveillant l'enfant jusqu'à l'arrivée du médecin.

- ▶ Administrer un antipyrétique après l'arrêt des convulsions (l'excipient gras contenu dans le suppositoire antipyrétique peut ralentir l'absorption du Valium®)

Toute convulsion doit conduire à l'appel du médecin, voire d'une ambulance selon la durée et la réponse au traitement et sûrement s'il s'agit d'un premier épisode.

3.6. Réactions allergiques

Des réactions allergiques peuvent se produire après ingestion, contact cutané ou inhalation mais la majorité des réactions graves font suite à une injection intradermique (piqûres d'hyménoptères : guêpes, abeilles,...).

Il faut y penser lorsque apparaissent dans les 30 minutes après l'exposition au produit allergisant des symptômes tels qu'une éruption urticarienne, un gonflement plus ou moins étendu (œdème du visage ou du cou), des vomissements ou diarrhées, voire même des difficultés respiratoires ou un état de choc (anaphylactique).

Très souvent l'enfant aura un passé allergique (eczéma, asthme, allergie aux protéines du lait, réaction à un antibiotique,...).

En absence d'allergie, une piqûre d'insecte sera immédiatement suivie d'une sensation de brûlure puis d'un gonflement et de démangeaisons qui disparaissent assez rapidement.

CONDUITE A TENIR

- ▶ Evaluer l'importance des symptômes et leur évolution : si nécessaire appeler d'urgence le médecin qui fera une injection d'adrénaline ou de corticoïdes.

En ce qui concerne les piqûres :

- ▶ Enlever le dard (abeille) afin de limiter l'injection de venin.
- ▶ Localement : appliquer de la glace, des compresses d'eau glacée additionnée d'un peu de vinaigre et ensuite un gel ou une crème anti-histaminique.

3.7. Accidents

3.7.1. Absorption de produits toxiques

La prévention par le rangement hors de portée des enfants de tous les produits ménagers et médicaments est capitale. Une attention toute particulière est indispensable au moment où l'on utilise des produits caustiques (débouche évier, antirouille, antigel, white spirit, poudre pour lave-vaisselle,...) ou des produits de jardinage.

Les plantes d'appartement ou de jardin attirent souvent les enfants qui les sucent ou les mâchonnent (< 1 an) ou en avalent les baies (1 à 4 ans).

Les Philodendrons, Dieffenbachia, Ficus, Poinsettia, le Houx, le Gui, le Pommier d'amour sont à mettre hors de portée des enfants (irritations des muqueuses, troubles digestifs, œdème pharyngé,...). Même l'eau d'un vase peut être toxique (Muguet). Dans le jardin, de nombreuses espèces contiennent des graines ou fruits toxiques (if, cytise,...).

CONDUITE A TENIR

Après avoir examiné très rapidement l'enfant, téléphoner au Centre Antipoison 070/245.245 qui renseignera sur la conduite à tenir :

- ▶ Soit faire vomir ou au contraire éviter les vomissements.
- ▶ Soit transférer en milieu hospitalier (emmener le cas échéant l'emballage du produit incriminé).
- ▶ Soit surveiller.

3.7.2. Plaies et morsures

Bien inspecter et désinfecter les plaies (chlorhexidine aqueuse), évaluer la nécessité d'une suture.

En cas de plaie due à une morsure d'enfant, penser à appliquer des compresses froides avant de désinfecter pour réduire la tuméfaction. S'il y a bris cutané, le virus de l'hépatite B peut être transmis lorsque l'agresseur ou la vic-

time est infecté. La transmission du virus de l'immunodéficience humaine par morsure n'a jamais été démontrée.

En ce qui concerne **les pincements de doigts**, il faut savoir que l'hématome se trouvant sous un ongle peut recouvrir une fracture ouverte avec risque d'infection sévère.

CONDUITE A TENIR

Y toucher le moins possible à mains nues, emballer dans des compresses stériles (y compris s'il y a un lambeau partiellement détaché), donner du paracétamol comme antidouleur. En cas de section complète, le fragment doit être emballé dans des compresses stériles et mis dans un sachet en plastique à proximité de glace (sans être à son contact direct). Conduire l'enfant en milieu hospitalier le plus vite possible.

Pour **les plaies de la face**, certaines peuvent comporter des risques sérieux notamment lorsqu'il y a pénétration de l'objet dans la bouche, le nez ou au pourtour des yeux. Dans de telles situations, l'enfant doit être vu dans l'heure par un médecin voire être conduit immédiatement à l'hôpital.

En ce qui concerne **les morsures d'animaux**, la prévention est capitale : c'est pourquoi il faut éviter tout contact entre les animaux susceptibles de mordre (et de griffer) et les enfants gardés. Car, même si les interactions positives entre l'enfant et l'animal débutent tôt dans la vie de l'enfant, elles nécessitent un apprentissage, une surveillance constante, une connaissance familière et réciproque de longue durée ainsi qu'une compétence psychomotrice suffisante de l'enfant, conditions difficiles à respecter dans un milieu d'accueil.

Or les morsures d'enfants en bas âge sont graves car dans 2/3 des cas, elles se situent au visage et provoquent un préjudice esthétique important. La gravité de la blessure est directement proportionnelle à la différence de taille et de poids entre le chien et l'enfant.

Arrêter le saignement par une compression locale, conduire l'enfant en milieu hospitalier (emporter les renseignements concernant son état de vaccination). Dans tous les cas, même si la plaie est minime, l'enfant sera vu par un médecin (risque infectieux élevé).

3.7.3. Brûlures

Il peut s'agir de :

- ▶ **Brûlure des muqueuses buccale et oesophagienne** : par ingestion d'un liquide bouillant (attention au four à micro-ondes pour réchauffer les biberons !) ou d'absorption de produits caustiques (voir plus haut). Au cas où l'examen clinique montre une brûlure de la langue et du pharynx ou s'il apparaît des difficultés d'alimentation (dysphagie), une oesophagoscopie peut devoir être réalisée de manière précoce.
- ▶ **Brûlure cutanée** : par aspersion de liquide bouillant ou immersion dans un bain trop chaud.

Les conséquences générales sont d'autant plus graves que la brûlure est étendue (pourcentage critique : 10% de la surface corporelle). Le degré et la localisation (yeux, visage, mains et périnée surtout) sont aussi des facteurs qui vont influencer la nécessité d'hospitaliser.

CONDUITE A TENIR

Rincer à l'eau froide suffisamment longtemps (cela diminuera l'intensité de la brûlure entre autre en diluant l'agent causal et atténuera la douleur).

Appliquer un pansement hydro-colloïdal ou, à défaut, des compresses de gaze stérile (de préférence avec une face externe plastifiée), envelopper dans un linge propre s'il s'agit d'une brûlure très étendue. Si la lésion est bénigne, appliquer de la Flammazine®.

Dans le doute, demander un avis médical avant toute application de crème ou de gel. Si la brûlure est plus grave ou plus étendue (ou mal située), hospitaliser l'enfant.

CAS PARTICULIER : L'ELECTROCUTION

L'électrocution peut entraîner des brûlures parfois très sévères, surtout au niveau buccal. Elle peut également provoquer un arrêt cardiorespiratoire (voir ABC de la réanimation). Avant de porter secours, il convient de couper le courant lorsque l'enfant est encore en contact avec le conducteur.

3.7.4. Chutes

L'enfant en bas âge tombe très souvent sans conséquences.

Cependant, dans certains cas, l'attention doit être attirée et une surveillance s'impose. Tout événement ayant entraîné un choc important sur la tête impose un examen médical. Lorsqu'il est suivi d'une perte de connaissance (même brève), de convulsions, de vomissements (même plusieurs heures après), l'enfant doit être transporté en urgence en milieu hospitalier.

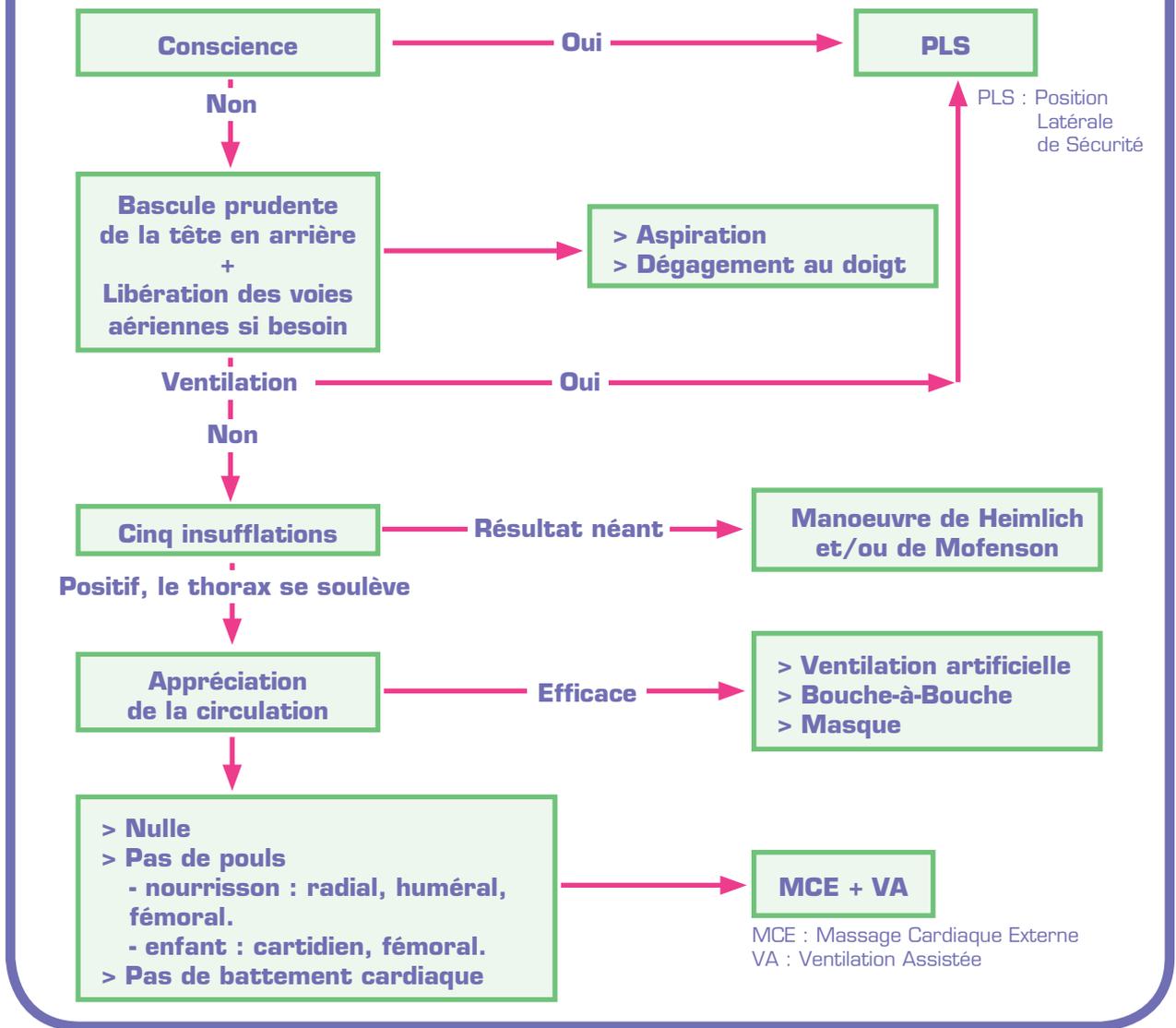
Tout enfant qui a fait une chute importante, et qui se trouve dans le coma, ou qui se plaint de douleurs dans le cou ou le dos doit être manipulé avec d'extrêmes précautions sous peine d'aggraver les éventuelles conséquences de l'accident au niveau de la moelle épinière.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE COMA

L'enfant est mis en position allongée, la tête bien droite, dans l'axe du tronc. Quelqu'un tire doucement sur la tête et la maintient dans l'axe pendant que plusieurs personnes le soulèvent en bloc plaçant leurs mains sous le tronc.

Mieux vaut cependant attendre l'arrivée du 100 avec des sauveteurs compétents que d'aggraver la situation d'un blessé par des gestes malencontreux.

SCHÉMA D'INTERVENTION





CHAPITRE 8

Pharmacie de base



Les médicaments doivent être mis sous clef et hors de portée des enfants.

Aucun médicament ne sera administré sans attestation médicale à l'exception du paracétamol en cas de fièvre.

Les médicaments seront apportés par les parents et employés sur prescription médicale.

La pharmacie de base est donc réduite.

Il faut régulièrement vérifier les dates de péremption des médicaments.

1. PRODUITS D'USAGE COURANT

PARACÉTAMOL

- ▶ En cas de fièvre.
- ▶ Dose (15mg/kg) (! la première dose peut être le double de la dose d'entretien, donc 30mg/kg).
- ▶ Formes à administration orale (sirop) et formes à administration intrarectale (suppositoires adaptés au poids des enfants).

SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

En flampules unidoses de 5ml. (Procédé d'utilisation stérile, usage individuel)

DÉSINFECTANTS

- ▶ Chlorexidine (Diasseptyl, Hibidil), en cas de blessure, lésion cutanée,...
- ▶ Alcool isopropylique à 70° (désinfection des thermomètres, vaccination,...)
- ▶ Flammazine® (en cas de brûlure)
- ▶ Gel ou solution hydroalcoolique (pour la désinfection des mains)
- ▶ Produit dérivé d'ammonium quaternaire (pour la désinfection des surfaces)

SOLUTION DE RÉHYDRATATION

2. MÉDICAMENTS D'URGENCE DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL COLLECTIFS

VALIUM®

Une ampoule 2ml = 10mg.

Pour administration intra-rectale en cas de convulsions. (Généralement 0,5mg/kg)

- ▶ Si 1er épisode de convulsions, après appel du 100, administration par le médecin s'il est présent ou sur ses indications par téléphone de la moitié de la dose prescrite en injection très lente intra-rectale, suivie de l'autre moitié en absence de réponse clinique après 5 minutes.
- ▶ S'il s'agit d'un enfant ayant déjà présenté des convulsions, le Valium® (et idéalement une canule rectale) est apporté par les parents avec une prescription médicale. Voir aussi chapitre 3.5 p.81-82.

ADRÉNALINE

Choc anaphylactique : Lorsqu'on vaccine, il est important de veiller à toujours avoir à disposition deux ou trois ampoules d'adrénaline ou de levorenine non périmées, prêtes à être utilisées lors d'une éventuelle réaction anaphylactique.

Il existe 2 schémas d'application :

- ▶ **Adrénaline 1ml = 1mg** [à conserver à l'abri de la lumière et des grosses variations de T°, pas nécessairement au frigo] diluer l'adrénaline, une ampoule de 1ml=1mg dans 9 cc de serum physiologique ou dans de l'eau pour injection administration de 0,1 ml de la solution diluée /kg de poids corporel, en intra musculaire.
Cette formule permet de bien contrôler la dose injectée particulièrement chez les enfants de moins de 10 kg.
- ▶ **Ampoules de levorenine** [conservation hors frigo] **1ml=1mg** à utiliser telle quelle.
 - 1 dose de 0,01 ml/kg de poids à un autre site que celui de l'injection du vaccin.
A répéter à un intervalle de 10-15' si nécessaire.

- Soit 2 doses simultanées, une, au site de l'injection du vaccin et l'autre en SC ou IM et une troisième éventuelle 10-15' après, en sous-cutané ou intramusculaire.

Il est important de prévoir quelques seringues à graduation 0,1ml à portée de main.

Toute suspicion d'un éventuel effet secondaire grave doit être signalée au Conseiller Médical pédiatre de la subrégion qui centralise l'information afin qu'elle soit communiquée à la pharmacovigilance.

3. MATÉRIEL NÉCESSAIRE A LA CONSULTATION

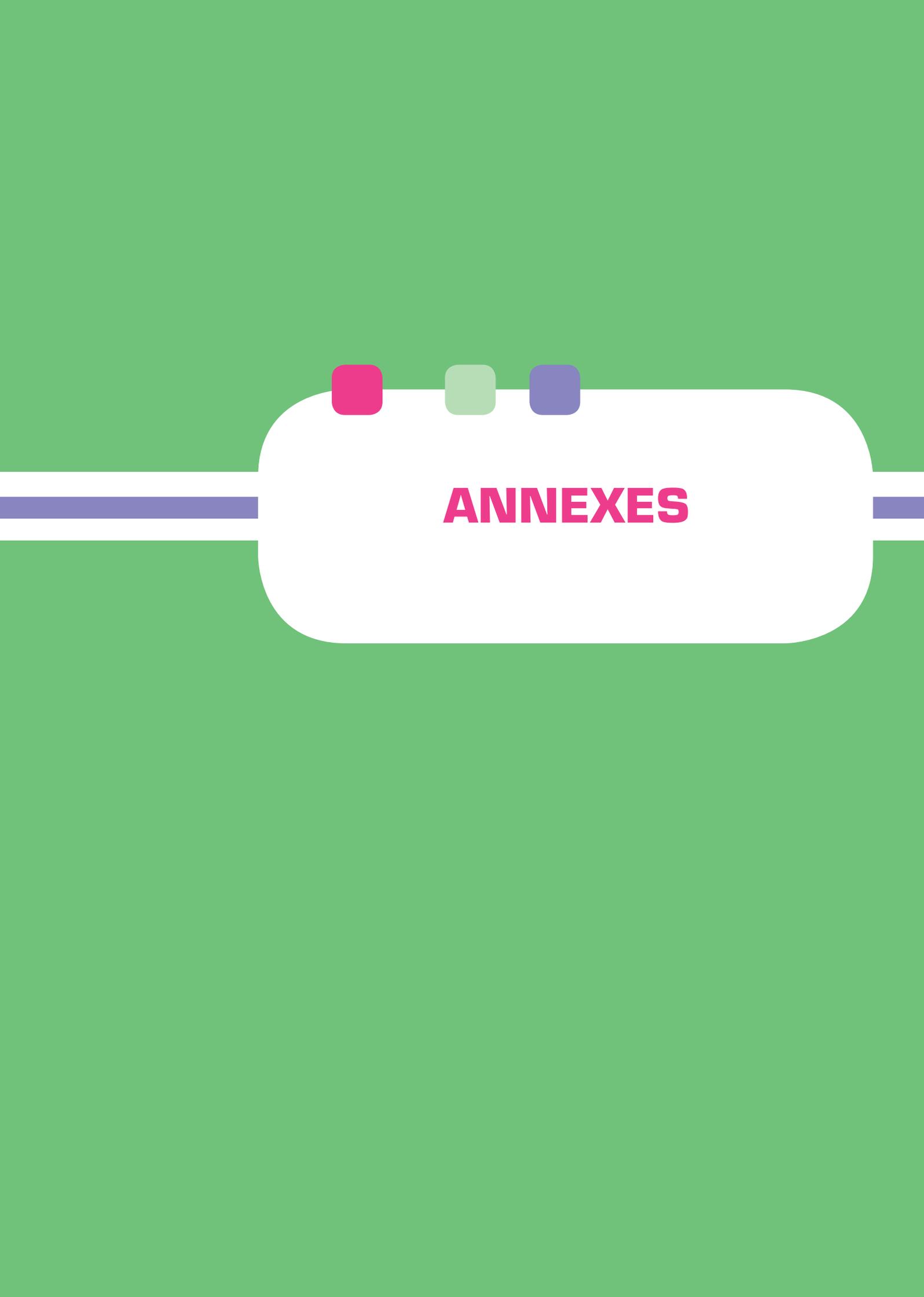
- ▶ Matériel nécessaire à l'injection de Valium® (intrarectal) et adrénaline (IM ou SC).
- ▶ Container pour le recueil des aiguilles et seringues.
- ▶ Abaisse-langues, cônes pour l'otoscope.

4. PETIT MATÉRIEL

- ▶ Thermomètres
- ▶ Compresse de gaze stériles et non stériles
- ▶ Pansements hydrocolloïdaux pour les brûlures
- ▶ Sparadraps
- ▶ Bandes
- ▶ Pincettes à épiler
- ▶ Gants
- ▶ Stéristrrips
- ▶ Petits ciseaux

5. AUTRES PRODUITS

- ▶ Crème solaire
- ▶ Gel ou crème antihistaminique



ANNEXES

ANNEXE 1

Examens de santé

Fiche synthétique

Nom Date	Examen d'entrée
	Informations ou problème particulier
<p>Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive)</p> <p>Risque particulier en fonction des antécédents familiaux (allergie, surdité, troubles visuel,...) Risque particulier en fonction de la grossesse et de la naissance Alimentation, vitamines Sommeil Prévention de la mort subite du nourrisson. Promotion de la santé buccodentaire, Mesures particulières à prendre dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale Suivi SAJ</p> <p>Examen clinique Poids: Taille: PC: Développement psychomoteur</p>	
<p>Vaccinations Contrôle du début de la vaccination Information sur les vaccinations obligatoires et recommandées. Information sur les moments de contrôle par le milieu d'accueil (à 9 mois de l'entièreté de la primo- vaccination et à 18 mois de la totalité des vaccins) Utilisation du carnet de santé</p>	
<p>Maladies contagieuses Explication du rôle du médecin vis-à-vis de la collectivité, coordination avec le médecin traitant, rôle du carnet comme outil d'information. Information sur les règles d'éviction, rôle du médecin en cas de maladie, utilisation du certificat médical pour enfant malade. Gestion des urgences</p>	
<p>Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, période d'adaptation à l'entrée – séparation mère-enfant</p>	
<p>Recommandations pour l'enfant ou pour le milieu d'accueil</p>	

Nom et signature du médecin :



Nom Date	Examen de 9 mois 18 mois
	Informations ou problème particulier
<p>Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive)</p> <p>Bilan de l'évolution de l'enfant Suivi d'un risque particulier Alimentation, vitamines. Sommeil Prévention accidents dans le sommeil ou dans les jeux Promotion santé buccodentaire Développement psychomoteur Soins quotidiens Mesures particulières prises dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale Suivi SAJ</p> <p>Examen clinique Poids: Taille: PC: Développement psychomoteur Vision, audition</p>	
<p>Vaccinations Contrôle des vaccins Utilisation du carnet de santé</p>	
<p>Maladies contagieuses Bilan des évènements : nombre et type de maladies contagieuses Accidents à la maison ou dans le MA Hospitalisations Coordination avec le médecin traitant utilisation du certificat médical pour enfant malade. Rôle du carnet comme outil d'information Cas d'éviction</p>	
<p>Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, Réactions à la séparation, Autonomie, comportement général, jeux.</p>	
<p>Recueil de données (bilan de santé BDMS)</p>	
<p>Avis demandés Recommandations pour l'enfant ou pour la collectivité</p>	

Nom et signature du médecin :





Nom Date	Examen de sortie
Anamnèse et entretien avec les parents (cf. guide de médecine préventive) Bilan de l'évolution de l'enfant Suivi d'un risque particulier Alimentation, vitamines. Sommeil Promotion santé buccodentaire Développement psychomoteur Soins quotidiens Mesures particulières prises dans le milieu d'accueil Handicap ou affection chronique Vulnérabilité sociale, suivi SAJ Langage, Acquisition de la propreté diurne Examen clinique Poids: Taille: Indice de masse corporelle Développement psychomoteur Vision, audition	Informations ou problème particulier
Vaccinations Contrôle des vaccins Vérification du remplissage du carnet de santé, courbes ...	
Maladies contagieuses Bilan des évènements : nombre et type de maladies contagieuses Accidents à la maison ou dans le MA Hospitalisations Coordination avec le médecin traitant Cas d'éviction	
Vie dans le milieu d'accueil, Rythme de vie, socialisation, Autonomie, comportement général, jeux, Préparation de la sortie	
Recueil de données (bilan de santé BDMS)	
Avis demandés Recommandations pour l'enfant ou pour la collectivité, suivi ultérieur préventif, transmission du dossier médico-social	

Nom et signature du médecin :

ANNEXE 2

Modèles de certificats médicaux

1. CERTIFICAT D'ENTREE EN CRECHE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'enfant

.....
.....

Né(e) le

Peut fréquenter un milieu collectif et a reçu les vaccinations suivantes

.....
.....
.....

Points particuliers :

.....
.....
.....

Date

Cachet

Signature

2. CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

.....

Il ne peut fréquenter son milieu d'accueil

Du au inclus
pour cause de maladie

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil

Sauf complications, l'enfant pourrait réintégrer
le milieu d'accueil le

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

.....

Dose

Fréquence journalière

Du au

Date

Cachet

Signature

ANNEXE 3

Schéma de vaccination

LE CALENDRIER DES VACCINATIONS RECOMMANDÉES PAR LE CSH (Conseil Supérieur d'Hygiène)

VACCIN	NOURRISSONS					ENFANTS ET ADOLESCENTS			ADULTES	
	2 MOIS	3 MOIS	4 MOIS	12-13 MOIS	14-15 MOIS	5-6 ANS	11-12 ANS	14-16 ANS	TOUS LES 10 ANS	65 ANS
POLIOMYÉLITE*	✓	✓	✓		✓	✓				
DIPHTÉRIE	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	
TÉTANOS	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	
COQUELUCHE	✓	✓	✓		✓	✓			✓	
HÉMOPHILUS INFLUENZAE B	✓	✓	✓		✓					
HÉPATITE B	✓	✓	✓		✓		✓			
ROUGEOLE				✓		✓	✓	✓		
RUBÉOLE				✓		✓	✓	✓		
OREILLONS				✓		✓	✓	✓		
MÉNINGOCOQUE C					✓					
PNEUMOCOQUE	✓		✓	✓						✓
ROTAVIRUS	✓	✓	✓							
GRIPPE										✓

- ✓ Recommandé à tous
- ✓ Rattrapage si vaccin non encore effectué à l'âge indiqué
- Hexavalent (six vaccins combinés)
- Vaccin appliqué en une seule injection

* Poliomyélite : Seul vaccin obligatoire pour tous les enfants en Belgique

N.B.: D'autres vaccins existent. Ils sont utiles dans certaines circonstances et donc, pas administrés à tous. Ils ne sont pas repris dans le calendrier vaccinal.

Pour les enfants venant d'un autre pays, le calendrier doit être adapté par le médecin en fonction de l'âge et des vaccinations antérieures.

Pour fréquenter les milieux d'accueil, l'ONE exige la vaccination des enfants pour une protection efficace de la collectivité. L'obligation vaccinale porte sur la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, l'Haemophilus influenzae de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Cependant les vaccins contre le tétanos, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et le rotavirus sont fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination.

ANNEXE 4

Liste des associations d'aide aux enfants handicapés et leur famille

Des renseignements concernant les associations peuvent être également obtenus auprès des services pédiatriques spécialisés de différents hôpitaux.

AFFECTIONS CARDIAQUES

LE CŒUR DE NOS ENFANTS

Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Avenue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
02/215.20.95

Objectif : entraide morale entre parents d'enfants cardiaques.

NOS ENFANTS CARDIAQUES

Secrétariat de cardiologie pédiatrique
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
02/764.13.80

Objectif : promouvoir le progrès des soins aux enfants cardiaques et améliorer la qualité de vie actuelle et future de ces enfants.

ALLERGIES

PRÉVENTION DES ALLERGIES ASBL

Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
02/511.67.61

CANCER

FONDATION CONTRE LE CANCER

Chaussée de Louvain, 479
1030 Bruxelles
02/736.99.99

ŒUVRE BELGE DU CANCER (VRAC)

Rue Royale, 217
1210 Bruxelles
02/225.82.11

JOUR APRÈS JOUR

Drève de la Charte, 19
1083 Bruxelles
0475/64.54.42

Objectif : accompagnement psycho-social pour parents d'enfants cancéreux.

ALLO MAMAN BOBO

Rue des Sélys, 7
4000 Liège
04/223.34.75 ou 085/300.115

Objectif : aide financière, morale, administrative pour les enfants atteints d'un cancer et leur famille.

FONDATION SALUS SANGUINIS ASBL

Clos Chapelle aux Champs, 30
Bte 30/52
1200 Bruxelles
02/764.23.50

Objectif : accueillir, soutenir et guérir ceux qui souffrent d'une maladie du sang

AIDE AUX ENFANTS CANCÉREUX

Chemin des Goffes, 21
4140 Dolembreux
04/368.88.31



FENTE LABIO-PALATINE

ASSOCIATION DE PARENTS D'ENFANTS NÉS AVEC UNE FENTE LABIO-PALATINE (AFLAPA)

c/o Cambier-Lafruit J.
Place Saint-Lambert, 6
1370 Jodoigne
010/81.08.38

Objectifs : apporter une aide morale et pratique aux parents d'enfants qui le souhaiteraient, et ceci, dès la naissance de leur enfant.

MALADIE COELIAQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE LA COELIAQUIE

Rue des Waides, 9
4633 Soumagne
04/377.37.49

Objectif : donner une aide pratique et psychologique aux coeliaques, conseils médicaux et diététiques.

DIABÈTE

MAISON DES DIABÉTIQUES

Chaussée de Wavre, 1071
1160 Auderghem
02/644.97.15

EPILEPSIE

LA LIGUE FRANCOPHONE BELGE CONTRE L'EPILEPSIE

Avenue Albert, 135
1190 Bruxelles
02/344.32.63

Objectif : promouvoir le bien-être des personnes épileptiques ; aide psychologique et sociale.

HÉMOPHILIE

ASSOCIATION DES HÉMOPHILES ET DES MALADES DE VON WILLEBRAND

BP 212
1210 Bruxelles
02/346.02.61

Activité : secrétariat social (renseignements et conseils) ; organisation de séjours de vacances pour les jeunes patients en vue de l'apprentissage de l'auto-traitement.

INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE

LIGUE D'AIDE AUX INFIRMES MOTEURS CÉRÉBRAUX

Rue Stanley 69-71
1180 Bruxelles
02/343.91.05

Objectif : lieu de rencontre, aide éducative précoce.

INSUFFISANCE RÉNALE

ASSOCIATION DE DÉFENSE DES INSUFFISANTS RÉNAUX (ADIR)

Route de Lennik, 808
1070 Bruxelles
02/555.39.32

MUCOVISCIDOSE

ASSOCIATION BELGE DE LUTTE CONTRE LA MUCOVISCIDOSE (ABLM)

Avenue Joseph Borlé, 12
1160 Bruxelles
02/675.57.69

MALADIES NEUROMUSCULAIRES

ASSOCIATION BELGE CONTRE LES MALADIES NEURO-MUSCULAIRES (ABMM)

Allée des Champs de Blé, 64
7033 Mons
065/84.18.44

Objectif : promouvoir le bien-être des malades atteints d'une maladie neuromusculaire et combattre par tous les moyens cette maladie.

PHÉNYLCÉTONURIE

ASSOCIATION NATIONALE D'AIDE AUX PHÉNYLCÉTONURIQUES

Rue de l'Aisette, 69
7080 Eugies
065/66.53.92

Objectif : éduquer les parents et les enfants à une meilleure prise en charge du traitement, intervenir afin de diminuer le coût du traitement.



POLYHANDICAPS

ASSOCIATION DE PARENTS ET DES PROFESSIONNELS DES POLYHANDICAPÉS (AP3)

Rue de la Croix de Malte, 25
1400 Nivelles
067/84.03.48

Objectif : aider les parents et les professionnels qui entourent les polyhandicapés.

APHASIE ET DYSPHASIE

ASSOCIATION DES PARENTS D'ENFANTS APHASIQUES ET DYSPHASIQUES (APEAD)

Rue Thiernesse, 46
1070 Bruxelles
02/523.13.29

Objectif : ouvrir de nouveaux horizons à ces enfants pour leur permettre de s'intégrer de manière active dans la société actuelle.

HANDICAPÉS AUDITIFS

REINE-MARIE ASBL SERVICE D'AIDE PRÉCOCE POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Service d'accompagnement des parents du jeune enfant sourd ou aveugle.

Siège social :
Rue Monulphe, 80
4000 Liège
04/223.29.65

Rue Garde Dieu, 16
4031 Angleur
04/223.29.65

ASSOCIATION DES PARENTS D'ENFANTS DÉFICIENTS AUDITIFS FRANCOPHONES (APEDAF)

Rue Van Eyck 11A bte 5
1050 Bruxelles
02/644.66.77

Objectif : aider les parents d'enfants ayant des troubles auditifs, rompre l'isolement de ces enfants.

HANDICAPÉS VISUELS

REINE-MARIE ASBL SERVICE D'AIDE PRÉCOCE POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Service d'accompagnement des parents du jeune enfant sourd ou aveugle.

Siège social :
Rue Monulphe, 80
4000 Liège
04/223.29.65

Rue Garde Dieu, 16
4031 Angleur
04/223.29.65

ASSOCIATION DES PARENTS D'AVEUGLES ET MAL-VOYANTS DE BELGIQUE FRANCOPHONE (APAM)

Rue Sur les Thiers, 322
4040 Herstal
0494/19.76.11

Objectif : aider les parents à mieux comprendre le handicap de leur enfant.

TRIANGLE - BRUXELLES

Chaussée de Waterloo, 1504
1180 Bruxelles
02/373.52.45

Objectif : accompagnement des bébés et des enfants jusqu'à 12 ans.

TRIANGLE - WALLONIE

Rue de la Procession, 61
1310 La Hulpe
02/633.43.10

Objectif : accompagnement des bébés et des enfants jusqu'à 12 ans.

LIGUE BRAILLE - BRUXELLES

Rue d'Angleterre, 57
1060 Bruxelles
02/533.32.11

LIGUE BRAILLE - WALLONIE

Boulevard Tirou, 12
6000 Charleroi
071/32.88.22

Objectif : accompagnement d'enfants à partir de 6 ans et d'adultes déficients visuels.

OEUVRE NATIONALE DES AVEUGLES (O.N.A.) - CLIN D'OEIL - BRUXELLES

Avenue Dailly, 90-92
1030 Bruxelles
02/241.65.68

OEUVRE NATIONALE DES AVEUGLES (O.N.A.) - CLIN D'OEIL - WALLONIE

Boulevard Mayence, 25
6000 Charleroi
071/32.05.61

Objectif : accompagnement d'enfants en âge scolaire et d'adultes déficients visuels, organisation de loisirs.

HANDICAPÉS MENTAUX

ASSOCIATION FRANCOPHONE D'AIDE AUX HANDICAPÉS MENTAUX (AFRaHAM)

Avenue Albert Giraud, 24
1030 Bruxelles
02/247.60.10

Objectif : améliorer le sort des personnes handicapées mentales, faire connaître les problèmes de l'arriération mentale.

ASSOCIATION DES PARENTS D'ENFANTS MONGOLIENS (APEM)

Rue de la Maison Communale, 4
4802 Heusy
087/22.88.44

Objectif : promouvoir tout ce qui concerne l'épanouissement des personnes atteintes de mongolisme, tant du point de vue de leur éducation, de leur instruction que de leur développement.

PERSONNES DE PETITE TAILLE

ASSOCIATION BELGE DES PERSONNES DE PETITE TAILLE

Avenue des Grenadiers, 27
1330 Rixensart
02/653.99.23

Objectif : aide et assistance mutuelle pour les personnes atteintes de nanisme et les parents d'enfants nains.

TURNER CONTACT - Groupe d'amitié

Rue Eugène Defraire, 66
5670 Treignes
060/39.01.65

TROUBLES DU COMPORTEMENT

ASSOCIATION DE PARENTS POUR L'EPANOUISSEMENT DES PERSONNES AUTISTES (APEPA)

Rue Léanne, 15
5000 Namur
081/74.43.50

Objectif : promouvoir et soutenir sous toutes ses formes l'aide aux enfants psychotiques et autistes.

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

ASSOCIATION BELGE DES PARENTS D'ENFANTS EN DIFFICULTÉ D'APPRENTISSAGE (APEDA)

Avenue du Prince Héritier, 10
1200 Bruxelles
02/763.33.78

Activité : aide et information concernant la dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyscalculie.

PARENTS D'ENFANTS DÉCÉDÉS OU À RISQUE DE MORT SUBITE

ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Rue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
02/477.32.89

Objectif : rassembler les parents qui ont un enfant sous contrôle ou qui ont connu le décès d'un enfant par mort subite ; information et soutien aux parents.

GROUPE DE PARENTS D'ENFANTS VICTIMES DE LA ROUTE

Rue Léon Théodore, 85
1090 Bruxelles
02/427.75.00

CENTRE EUROPÉEN DE MÉDIATION

Rue Hôtel des Monnaies, 119
1060 Bruxelles
02/537.34.15

CENTRE DE RÉFÉRENCE NAMUROIS POUR LE SOMMEIL DU NOURRISSON (CRNSN)

Place Godin, 15
5000 Namur
081/58.19.22

ANNEXE 5

Liste des médecins inspecteurs d'hygiène

INSPECTION D'HYGIÈNE DE LIÈGE (POUR LES PROVINCES DE NAMUR, LIÈGE ET LUXEMBOURG, ET LA COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE)

DOCTEUR YVO PIRENNE

yvo.pirene@cfwb.be

Rue d'Ougrée 65/001
4031 Angleur

04/364.14.00 ou 0486/09.04.21

INSPECTION D'HYGIÈNE DE MONS (POUR LES PROVINCES DU HAINAUT ET BRABANT WALLON)

DOCTEUR SOPHIE LOKIETEK

sophie.lokietek@cfwb.be

Place du Parc, 27
7000 Mons

065/32.83.60, 02/413.34.89 ou 0479/79.80.34

INSPECTION D'HYGIÈNE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE BRUXELLES CAPITALE

DOCTEUR JOHAN BOTS

jbots@ggc.irisnet.be

ET/OU

DOCTEUR EEFJE VERWULGEN

Avenue Louise 183-185
1050 Bruxelles

0478/77.77.08 ou 02/552.01.67

ANNEXE 6

Autorisation de vaccination

Votre enfant va fréquenter un milieu d'accueil agréé par l'ONE. La fréquentation de ces milieux l'oblige à être vacciné selon le calendrier préconisé par l'ONE dans le cadre du schéma élaboré par la Communauté française.

Ces vaccins sont indispensables tant pour la protection de votre enfant que pour la protection de la collectivité d'enfants dans laquelle est accueilli votre enfant. En effet, les enfants en bas-âge vivant en communauté constituent un groupe à risque pour la dissémination des maladies infectieuses.

Les vaccins obligatoires en milieu d'accueil sont ceux contre les maladies suivantes :
diphtérie, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenzae, rougeole, rubéole et oreillons.

Ces vaccins sont fournis gratuitement aux familles. En ce qui concerne le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, la polio et l'haemophilus influenzae, le vaccin distribué gratuitement renferme également la fraction contre l'hépatite B et le tétanos. Le vaccin contre le méningocoque C est également mis gratuitement à la disposition des enfants de 1 an. Tous ces vaccins sont fortement recommandés étant donné les risques plus élevés de contamination en collectivité.

Le vaccin contre le pneumocoque est également très important. Le médecin du milieu d'accueil peut l'administrer à votre demande, en même temps que les autres vaccins. D'autres vaccins, utiles pour la protection des enfants en collectivité existent. Il s'agit des vaccins contre : le Rotavirus, l'Hépatite A et la Varicelle. Demander l'avis de votre médecin ou du médecin du milieu d'accueil. Ils nécessitent une prescription médicale.

« Lu et approuvé »

Signature



Je, nous, soussigné(e) Mr., Mme,

Parent(s) de l'enfant :

Déclare(ons) avoir reçu l'information sur les vaccinations et sollicite(ons) la vaccination de notre enfant par le médecin de la consultation pour enfants ou du milieu d'accueil selon le schéma préconisé par l'ONE et la Communauté française de Belgique contre les maladies suivantes :

- Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Hépatite B, Haemophilus Influenzae (vaccin hexavalent)*
- Rougeole, Rubéole, Oreillons*
- Pneumocoque
- Hépatite A
- Méningocoque de type C
- Rotavirus
- Varicelle

Veillez barrer la ou les maladies pour lesquelles vous ne désirez pas que la vaccination soit pratiquée par le médecin du milieu d'accueil.

* Attention, certains vaccins sont fournis regroupés, il ne sera donc pas possible de supprimer certains vaccins sans en supprimer d'autres.

Afin d'éviter toute vaccination inutile, je m'engage, nous nous engageons, à signaler au médecin de la consultation toute vaccination faite en dehors de la consultation.

Date

Signature



ANNEXE 7

ROI

INFORMATION AUX PARENTS

Dispositions médicales applicables dans les Milieux d'accueil collectifs (crèche, préguardiennat, MCAE)

REMARQUE : Pour les préguardiennats (accueil d'enfants de 18 mois à 3 ans) les dispositions ci-dessous doivent être adaptées en fonction de la tranche d'âge concernée.

1. SURVEILLANCE DE LA SANTÉ

Conformément à la législation, **tous les enfants accueillis** dans notre milieu d'accueil (crèche, préguardiennat, MCAE) **sont soumis à une surveillance de la santé qui comprend 4 examens médicaux obligatoires** : à l'entrée, vers 9 et 18 mois et à la sortie. Deux examens facultatifs peuvent être réalisés 1 à 2 mois après l'entrée et entre 12 et 15 mois. Les examens sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil. Cette surveillance ne concerne que la santé globale de l'enfant et les relations entre la santé et la vie dans le milieu d'accueil. En cas de problème rapporté ou observé dans le milieu d'accueil, le médecin peut réaliser à tout moment un examen supplémentaire. Les résultats des différents examens de santé vous seront communiqués. L'examen d'entrée se déroulera en votre présence. Celle-ci est également souhaitée pour les autres examens dans la mesure de vos possibilités.

Le médecin du milieu d'accueil doit disposer d'informations suffisantes et régulières sur la santé globale de votre enfant au travers du carnet de santé et des observations des personnes qui l'accueillent. **Le carnet de santé** est un outil de liaison entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux ; à ce titre, il **doit accompagner votre enfant** dans le milieu d'accueil au moment des examens médicaux et en dehors de ces examens à la demande du médecin.

2. SUIVI PRÉVENTIF DE VOTRE ENFANT

En dehors des contacts avec votre médecin pour soigner les maladies, un suivi médical régulier de votre enfant est nécessaire pour les vaccinations, les dépistages, le suivi du développement et de la croissance, les différents conseils et informations en matière de santé et d'alimentation.

Conformément à la législation, **le milieu d'accueil doit veiller à ce qu'un suivi préventif des enfants soit assuré**. Nous vous invitons à désigner ci-dessous le médecin ou la consultation ONE que vous avez choisi(e) pour ce faire. A tout moment, vous pouvez modifier votre choix et nous en communiquer le changement.

Si vous le souhaitez, le suivi préventif de votre enfant peut être assuré par le médecin du milieu d'accueil car une consultation de l'ONE est également organisée au sein même du milieu d'accueil. Votre enfant sera alors examiné comme dans toute consultation de l'ONE selon un rythme recommandé de 10 examens entre 3 mois et 30 mois. Vous serez informés du résultat des examens et les différents conseils en matière de santé vous seront communiqués.



Ce suivi préventif individuel ne doit pas nécessairement être fait dans le milieu d'accueil car nous respectons tout suivi régulier réalisé par votre médecin ou une consultation ONE de votre choix sachant qu'il est préférable que vous soyez présents lors de ces consultations préventives.

Si les personnes qui accueillent votre enfant ont des inquiétudes relatives à sa santé ou à son développement, vous serez invités à consulter le médecin de votre enfant et à communiquer au milieu d'accueil les recommandations et informations utiles. Si de telles inquiétudes persistent ou que le suivi préventif extérieur n'est pas réalisé, l'opportunité d'effectuer un suivi préventif régulier au sein du milieu d'accueil sera rediscutée avec vous.

3. VACCINATIONS

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

Les vaccins obligatoires sont ceux contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, la méningite à haemophilus influenzae b, la rougeole, la rubéole, les oreillons. Le vaccin contre la diphtérie est toujours associé au vaccin contre le tétanos.

Les vaccins fortement recommandés sont ceux contre la méningite à méningocoques C, l'hépatite B, le pneumocoque et le rotavirus.

Si vous faites réaliser les vaccins par le médecin du milieu d'accueil, vous serez invités à signer une autorisation de vaccination.

L'état vaccinal de votre enfant sera contrôlé régulièrement, notamment à l'entrée, à 9 mois et 18 mois. L'enfant pourra être exclu du milieu d'accueil en cas de non-respect de cette obligation ou de retard important dans le calendrier vaccinal.

4. MALADIES

Le médecin du milieu d'accueil n'intervient pas pour diagnostiquer, soigner ni surveiller l'évolution des maladies de votre enfant. Si votre enfant est malade, il vous viendra de consulter son médecin habituel. Un certificat médical sera fourni au milieu d'accueil précisant si votre enfant peut ou non fréquenter la collectivité et prenant le cas échéant le traitement qui doit lui être donné pendant son séjour dans le milieu d'accueil. Aucun médicament ne sera administré sans attestation médicale à l'exception du paracétamol en cas de fièvre. Si des symptômes de maladies apparaissent pendant les heures d'accueil, vous en serez informés rapidement afin de prendre les dispositions nécessaires.

Le médecin du milieu d'accueil prend toute mesure qu'il juge utile en cas de danger pour la collectivité et peut, dans ce cadre, demander des examens complémentaires pour protéger la collectivité (ex prélèvement de gorge) ou vous demander de consulter rapidement le médecin traitant de votre enfant.

Il décide des cas d'éviction selon les recommandations de l'ONE. Un tableau reprenant les cas d'éviction vous sera remis lors de l'examen médical d'entrée.



5. URGENCES

En cas d'urgence, le milieu d'accueil fera appel, selon les cas, au médecin traitant de votre enfant, au Docteur
choisi par le milieu d'accueil pour intervenir en cas d'urgence ou aux services d'urgences de l'hôpital.....

J'ai pris connaissance des différentes dispositions médicales en vigueur dans le milieu d'accueil et marque mon accord

date et signature :

Désignation des médecins en charge de la santé de mon enfant

Le suivi préventif régulier de mon enfant sera assuré par¹ :

- Le Docteur.....
- La consultation de l'ONE de.....
- Le médecin du milieu d'accueil

Les vaccinations de mon enfant seront réalisées par¹ :

- Le Docteur.....
- La consultation de l'ONE de.....
- Le médecin du milieu d'accueil

En cas de maladie, mon enfant sera soigné par le Docteur.....

adresse.....

tél.....

Je m'engage à remettre un certificat médical précisant les traitements à administrer dans le milieu d'accueil.

date et signature :

Accueillantes Lien fonctionnel avec la consultation

- L'accueillante fréquente la consultation à la demande des parents ou à son initiative avec accord des parents et du service.
- L'accueillante s'entretient avec le médecin de l'accueil d'un enfant à problème médical ou handicapé.
- L'accueillante informe le médecin de tout décès ou problème grave (méningite, accident avec hospitalisation).
- L'accueillante reçoit les documents d'éducation à la santé de l'ONE et est invitée aux activités de soutien à la parentalité organisées par la consultation.

.....
¹ Entourez votre choix





ANNEXE 8

Document à l'attention du médecin traitant

Cachet du milieu d'accueil de la C.E.

A l'attention du médecin traitant de :

.....

Cher Confrère,

Votre petit patient vit en collectivité dans un milieu d'accueil surveillé par l'ONE.

Il a été en contact, dans ce milieu d'accueil, avec :

- > un cas d'hépatite A
- > un cas de méningite à haemophilus influenzae groupe B
- > un cas de méningite à méningocoque
- > un cas de rougeole
- > un cas d'oreillons
- > un cas de coqueluche
- > un cas de tuberculose

>

- Les mesures suivantes ont été prises par le milieu d'accueil [*] :

.....
.....

- Il convient d'assurer, chez votre petit patient, une prophylaxie par [*] :
L'enfant ne pourra réintégrer le milieu d'accueil que s'il est muni d'un certificat attestant que le traitement lui a été prescrit ou administré.

.....
.....

En cas de besoin, vous pouvez contacter le médecin responsable
[*] du milieu d'accueil
[*] de la consultation ONE :

Docteur :

Téléphone :

Date et signature :
[*] biffer les mentions inutiles

ANNEXE 9
Fiche de signalement
d'un « évènement médical
important » après
une vaccination¹

Consultation de : N° :

Médecin :

TMS :

Initiales de l'enfant :

Date de Naissance :

Date de la vaccination en cause : -/-/—

Type de :

- vaccin :
- marque :
- n° lot :

Première administration – Rappel (biffer la mention inutile)
(+ spécifier les dates des autres vaccinations chez cet enfant)

.....

Autre(s) vaccin(s) administré(s) concomitamment :

Description précise des symptômes et signes observés (+ chronologie) :

.....
.....
.....

Prise en charge thérapeutique :

Evolution de l'enfant :

GUÉRISON COMPLÈTE – GUÉRISON AVEC SÉQUELLES – DÉCÈS – AUTRE

(biffer la mention inutile)

¹ Il est important que ce document soit rempli conjointement par le médecin et la TMS de la consultation.



L'enfant présentait-il ce jour-là ou dans la quinzaine précédente des signes d'appel particuliers ? (infection intercurrente, anomalie même mineure à l'examen clinique, troubles du sommeil et/ou de l'appétit...)

.....

L'enfant souffrait-il d'une pathologie particulière ? Si oui, laquelle ?

.....

L'enfant avait-il présenté des symptômes ou signes à la suite d'un autre vaccin ?
Si oui, lesquels ? Chronologie ?

.....

.....

.....

Y a-t-il des éléments contributifs dans les antécédents familiaux ?
(allergies, pathologies immunitaires, réactions à des vaccins ou des médicaments...)

.....

.....

.....

Cachet du médecin

Signature

Document à renvoyer au Comité subrégional à l'intention du Conseiller médical pédiatre.

ANNEXE 10

Fiche de signalement d'un « évènement médical important » en milieu d'accueil

Subrégion:	Coordinatrice/CAA * :
TYPE DE MILIEU D'ACCUEIL :	
Subventionné	Non subventionné
<input type="checkbox"/> Crèche	<input type="checkbox"/> Accueillante autonome
<input type="checkbox"/> Prégardiennat	<input type="checkbox"/> Maison d'enfant
<input type="checkbox"/> Maison communale d'accueil	
<input type="checkbox"/> Accueillante conventionnée	
Accueil de crise	Autre
<input type="checkbox"/> Pouponnière	précisez:
<input type="checkbox"/> Centre d'accueil	

Mort subite inexplicée d'un enfant dans un milieu d'accueil (M.S.I.)

Date du décès:

Date de naissance de l'enfant:

Description résumée des circonstances de l'évènement

Depuis combien de temps l'enfant fréquentait-il le milieu d'accueil? (quelle date?)

Présentait-il ce jour là des signes d'appel particulier?

	Oui	Non	Inconnu
Température au-delà de 38 degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez:

* CAA : Conseiller Accueillantes Autonomes .
Réf. : Cadastremcom V=ion 2001, mis jour le 26/01/2004

Dans quelle position dormait l'enfant lorsqu'il a été découvert?

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Sur le dos | <input type="checkbox"/> | Sur le ventre |
| <input type="checkbox"/> | Sur le côté | <input type="checkbox"/> | Inconnu |
| <input type="checkbox"/> | Autre : précisez | | |

Sa respiration était-elle entravée par un objet extérieur? (Coussin, couette? . . .)

- Oui Non Inconnu

Si oui lequel?

L'enfant était-il soumis à du tabagisme passif?

- | | Oui | Non | Inconnu |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dans le milieu d'accueil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A domicile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'enfant souffrait-il d'une pathologie particulière?

- Oui Non Inconnu

Si oui lequel?

L'enfant présentait-il des « facteurs de risque » de M.S.I. » ?

- | | Oui | Non | Inconnu |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sudation anormale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents d'accès de pâleur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents familiaux de M.S.I.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Qui a fait le diagnostic de Mort Subite Inexpliquée?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Un médecin de famille | <input type="checkbox"/> | Un pédiatre |
| <input type="checkbox"/> | Un service hospitalier | <input type="checkbox"/> | Inconnu |
- autre (précisez)

Le diagnostic de Mort Subite Inexpliquée a-t-il été confirmé par une autopsie?

- Oui Non Inconnu

Remarques éventuelles:



Signalement d'infection à méningocoque (méningite-méningococcémie)

Date de l'infection:

Nombre de cas co-primaires (premier(s) cas survenus et diagnostiqué(s) simultanément - dans les mêmes premières 24 h):

Devenir de ou des enfants atteints :

Enfant 1 : Age mois Evolution : favorable, séquelles (), décès

Enfant 2 : Age mois Evolution : favorable, séquelles (), décès

Enfant 3 : Age mois Evolution : favorable, séquelles (), décès

Remarques éventuelles:

Prophylaxie instaurée

Oui Non

Si oui: type de prophylaxie administrée

	Nombre d'enfants en ayant bénéficié	Nombre d'adultes en ayant bénéficié
Rifampicine (Rifadine)		
Ciprofloxacine (Ciproxine) ou Ofloxacine (Tarivid)		
Spiramycine (Rovamycine)		
Autre [précisez]		
Vaccination		

Durée du délai entre la survenue du premier cas et la mise en place de la prophylaxie:

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'application des recommandations de l'ONE telles que décrites dans « Enfants malades en Collectivité » ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?





Accident grave survenu à un enfant dans un milieu d'accueil

Date de survenue:

Description de l'accident et des circonstances dans lesquelles il est survenu :

Types de lésions constatées chez l'enfant :

Evolution de l'enfant :

Guérison complète Guérison avec séquelles Décès

Si l'enfant présente des séquelles, décrivez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsable du milieu d'accueil

Nom, prénom, signature

Médecin

Nom, prénom, signature

Coordinatrice/CAA *

Nom, prénom, signature

.....
* CAA : Conseiller Accueillantes Autonomes.





L'équipe de rédaction

Docteur Michel Dechamps
Docteur Marylène Delhaxhe
Docteur Jean-Marie Dubru
Docteur Liliane Gilbert
Docteur Tessa Goetghebuer
Docteur Philippe Hennart
Docteur Nathalie Melice
Docteur Thérèse Sonck
Docteur Marianne Winkler
Conseillers pédiatres

Docteur Marie-Christine Mauroy,
Médecin coordinateur

Secrétariat

Isabelle Delory

Infographie

Dominique Vincent
Sarah Roskams
en collaboration avec Céline Tilleul

Illustrations

Frédéric Thiry

