

Guide de santé en établissement d'accueil du jeune enfant



les francas

L'éducation en mouvement !



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
MISSIONS DU SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE	3
OBJECTIFS DU GUIDE	3
1. LE RÔLE DU MÉDECIN REFERENT	4
A. CADRE RÉGLEMENTAIRE : ARTICLE R2324-39 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MODIFIÉ PAR DÉCRET N°2010-613 DU 7 JUIN 2010 – ARTICLE 17)	4
B. MISE EN ŒUVRE	4
2. LE RÔLE DU MÉDECIN DE PMI EN EAJE	5
A. ARTICLE L2111-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	5
B. LE MÉDECIN DE PMI PEUT-IL ÊTRE MÉDECIN RÉFÉRENT ?	5
3. LES OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES DE LA STRUCTURE	5
A. LE CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION	5
4. LA QUALITÉ D'ACCUEIL	6
A. L'ALIMENTATION	6
B. LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL POUR LES ENFANTS ACCUEILLIS	6
5. LA PRÉVENTION	7
A. LES VACCINATIONS POUR LES ENFANTS	7
B. LES VACCINATIONS POUR LE PERSONNEL	7
C. LA QUALITÉ DE L'AIR	7
D. LES MESURES D'HYGIÈNE, HABITUELLES ET PARTICULIÈRES	8
E. LES MALADIES INFECTIEUSES ET LA COLLECTIVITÉ (ÉVICTIONS, CONDUITE À TENIR)	8
F. LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) : PROCÉDURE ET DOCUMENTS	9
6. LES SOINS	10
A. LES SOINS QUOTIDIENS	10
B. L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS	10
C. LA TROUSSE DE 1 ^{ERS} SOINS (+ UNE TROUSSE POUR LES SORTIES)	11
7. LE SECRET PROFESSIONNEL/ LA DISCRÉTION	12
A. DÉFINITIONS	12
B. MISE EN ŒUVRE	12
C. DÉROGATION AU SECRET PROFESSIONNEL	13
8. LA MALTRAITANCE	14
A. DÉFINITION	14
B. COMMENT INFORMER ?	14

ANNEXE 1 : CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT OU STRUCTURE D'ACCUEIL D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

ANNEXE 2 : RÈGLES DE CONDUITE À TENIR ET ÉVICTION EN CRÈCHE

ANNEXE 3 : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

ANNEXE 4 : MODÈLE D'ÉCRIT LIÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE

INTRODUCTION

MISSIONS DU SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Les missions du service de protection maternelle et infantile (PMI), établies par le code de la santé publique, relèvent de 5 domaines :

- les actions de prévention médico-sociale prénatale et auprès des enfants de moins de 6 ans :
 - visites à domicile des sages-femmes en prénatal, des puéricultrices après la naissance,
 - consultations de dépistage et de prévention pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans,
 - bilans de santé en école maternelle pour tous les enfants de 4 ans
- la planification et l'éducation familiale : consultations de maîtrise de la fécondité, informations dans les collèges sur la vie affective et sexuelle ;
- l'agrément et le contrôle des modes d'accueil individuels (assistantes maternelles et familiales) et collectifs (crèches, ...), le contrôle des accueils collectifs de mineurs (accueils de loisirs, temps d'activité périscolaires, centres de vacances) accueillant des enfants de moins de 6 ans en lien avec l'État (direction départementale de la cohésion sociale) ;
- la participation aux actions d'évaluation et d'accompagnement des situations de protection de l'enfance : suivis familiaux par les puéricultrices, sages-femmes, rédaction de rapports de protection de l'enfance ;
- des actions de santé publique : établissement de statistiques et édition d'une plaquette annuelle sur la santé de la mère et de l'enfant.

OBJECTIFS DU GUIDE

Le présent guide a pour objet de proposer des préconisations et de tendre vers une harmonisation des pratiques en matière de santé dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) du département de la Manche. Il constitue un support de travail pour les médecins référents et permet de proposer des règles minimales pour les structures qui n'ont pas l'obligation de s'assurer le concours régulier d'un médecin spécialiste ou qualifié en pédiatrie (micro-crèches – article R2324-39 - I).

Il ne s'impose pas aux structures : le guide émet un certain nombre de recommandations et propose des outils, que les établissements peuvent adapter dans le respect du cadre législatif et réglementaire.

1 LE RÔLE DU MÉDECIN RÉFÉRENT

A Cadre réglementaire : article R2324-39 du code de la santé publique (modifié par décret n°2010-613 du 7 juin 2010 – article 17)

1. Les établissements et services d'une **capacité supérieure à dix places** s'assurent du concours régulier d'un médecin spécialiste ou qualifié en pédiatrie, ou, à défaut, de celui d'un médecin généraliste possédant une expérience particulière en pédiatrie, dénommé médecin de l'établissement ou du service.
2. Le médecin de l'établissement ou du service veille à l'application des **mesures préventives d'hygiène générale** et des **mesures à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie**, ou d'autres situations dangereuses pour la santé. Il définit les **protocoles d'actions dans les situations d'urgence**, en concertation avec le directeur de l'établissement ou du service et, le cas échéant, le professionnel de santé mentionné aux articles R. 2324-34 et R. 2324-35, et organise les conditions du recours aux services d'aide médicale d'urgence.
3. Le médecin de l'établissement ou du service assure, en collaboration avec le professionnel de santé mentionné à l'article R. 2324-35 présent ou apportant son concours à l'établissement ou au service, les **actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel** et, le cas échéant, auprès des parents participant à l'accueil.
4. En liaison avec la famille, le médecin de l'enfant et l'équipe de l'établissement ou du service, et en concertation avec son directeur ou le professionnel de santé mentionné à l'article R. 2324-35, le médecin de l'établissement ou du service s'assure que les **conditions d'accueil permettent le bon développement et l'adaptation des enfants** dans l'établissement ou le service. En particulier, **il veille à l'intégration des enfants présentant un handicap, une affection chronique, ou tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière**, et, le cas échéant, met en place un projet d'accueil individualisé ou y participe.
5. Le médecin de l'établissement ou du service établit le **certificat médical autorisant l'admission de l'enfant**. Toutefois, pour l'enfant de plus de quatre mois qui ne présente ni handicap ni affection chronique ou problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière, ce certificat peut être établi par un autre médecin au choix de la famille.
6. Pour l'exercice de ses missions et lorsqu'il l'estime nécessaire, le médecin de l'établissement ou du service, à son initiative ou à la demande du professionnel de santé présent ou apportant son concours à l'établissement ou au service et **avec l'accord des parents**, examine les enfants.

B Mise en œuvre

Le médecin référent ne peut être considéré comme le médecin traitant des enfants accueillis au sein de la structure, toutefois, il est parfaitement légitime à apporter un appui en cas de questionnement sur la santé d'un enfant.

2 LE RÔLE DU MÉDECIN DE PMI EN EAJE

A Article L2111-1 du code de la santé publique

Le médecin de PMI a un rôle de surveillance et de contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance, qui sont régis par les articles R2324-16 et suivants du code de la santé publique

Il est sollicité lors de la création d'une structure, en particulier en amont et pendant les travaux, pour son expertise et son conseil sur la conception et l'aménagement des locaux.

B Le médecin de PMI peut-il être médecin référent ?

Un médecin de PMI peut légalement être médecin référent uniquement pour une structure située hors de son territoire d'intervention (territoire de solidarité). Toutefois, au regard du temps nécessaire à la mise en œuvre de l'ensemble des missions, cela n'est pas mis en place au sein du département.

Pour des questions de santé particulières (cas de gale, maladie inhabituelle, pollution de l'air, vaccination) le médecin référent est le premier recours et le médecin de PMI peut néanmoins être interpellé ensuite.

3 LES OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES DE LA STRUCTURE

A Le certificat médical d'admission

La visite médicale et le certificat médical d'admission sont obligatoires.

Ils doivent être réalisés par le médecin référent de la structure pour les enfants de moins de 4 mois et ceux de plus de 4 mois présentant un handicap, une affection chronique ou un problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière.

Dans les autres cas, les parents peuvent les demander au médecin de leur choix.

Le médecin traitant peut refuser de réaliser le certificat d'admission en EAJE, qui ne fait pas partie des certificats médicaux qui s'imposent aux médecins libéraux. Dans ce cas, il convient de solliciter un autre médecin pour réaliser la visite et obtenir le certificat. Les médecins de PMI peuvent être sollicités s'ils connaissent déjà l'enfant.

Le modèle de certificat d'admission figurant en annexe 1 peut être utilisé et sollicité auprès du service de PMI.



4 LA QUALITÉ D'ACCUEIL

A L'alimentation

La guide de la nutrition de la naissance à 3 ans « La santé vient en mangeant » produit par le programme national nutrition santé (PNNS) constitue une référence adaptée. Cet aspect peut faire partie du projet d'établissement et des ateliers cuisines peuvent être organisés, en lien avec le fournisseur des repas.

En cas de régime alimentaire particulier pour raison médicale, il convient de suivre prioritairement les recommandations du médecin traitant.

B La poursuite de l'allaitement maternel pour les enfants accueillis

● L'allaitement sur le lieu d'accueil

Les mamans qui en ont la possibilité peuvent venir allaiter leur enfant au sein de l'EAJE, en accord avec le directeur de la structure.

● Le recueil du lait maternel, la conservation et le transport sur le lieu d'accueil

Le recueil doit être réalisé dans des conditions d'hygiène adaptées :

- douche quotidienne avec lavage des seins et des mamelons ;
- lavage des mains avec du savon de Marseille avant le recueil.

Le lait doit être apporté dans des biberons en verre ou en plastique, préalablement nettoyés. Une étiquette doit être apposée et indiquer : le nom de l'enfant et la date et l'heure du 1er recueil de lait contenu dans le biberon.

Les biberons doivent contenir la quantité de lait adaptée à l'enfant pour un repas car les biberons entamés ne peuvent être conservés.

Le lait peut être conservé au réfrigérateur pendant 48h à partir du 1er recueil.

Il peut également être congelé (température inférieure à - 18 °C). La congélation doit intervenir dans un délai inférieur à 24h à compter de 1er recueil. La durée de conservation du lait est alors de 4 mois maximum. Le lait décongelé ne peut être recongelé et doit être consommé dans les 24h.

Les biberons réfrigérés ou congelés doivent être transportés dans une glacière ou un sac isotherme avec un pack de réfrigération. Ils doivent être placés au réfrigérateur par le personnel de l'EAJE dès l'arrivée dans la structure.

5 LA PRÉVENTION

A Les vaccinations pour les enfants

Les vaccinations des enfants doivent respecter le calendrier vaccinal en vigueur.

En 2016 : seul le DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) avant un an - et jusqu'à 13 ans pour la polio - sont légalement obligatoires.

Les enfants entrant en structure avant l'âge de 4 mois n'ont reçu, selon le calendrier vaccinal en vigueur depuis 2013, qu'une seule dose de DTCaP (DTP + coqueluche). Ils ne sont pas encore parfaitement immunisés contre la coqueluche. Il est nécessaire d'inciter les parents (et grands-parents) à procéder à un rappel de cette vaccination pour eux-mêmes (une seule injection à l'âge adulte) pour ne pas contaminer l'enfant. C'est la stratégie du cocooning¹.

B Les vaccinations pour le personnel

Le personnel doit être à jour au regard du calendrier vaccinal en vigueur.

Le vaccin contre la coqueluche est recommandé, une fois à l'âge adulte, pour protéger les tout-petits de la contagion (stratégie du cocooning), ainsi que la rougeole, la rubéole et la varicelle pour les personnes n'ayant jamais contracté ces maladies.

Les obligations vaccinales pour les professionnels de la petite enfance sont précisées dans le calendrier vaccinal ministériel : il s'agit, en 2016, du BCG (une fois dans la vie) et du vaccin contre l'hépatite B en cas d'exposition (dans son milieu familial ou professionnel).

En outre, le suivi régulier (une fois par an ou plus si nécessaire) du personnel par le médecin du travail doit être organisé.

C La qualité de l'air

La pollution de l'air intérieur est souvent plus importante que celle de l'air extérieur du fait des nombreuses émanations de solvants (produits d'entretien, colles, peintures,...) et du fait du confinement lié à l'isolation de plus en plus performante des bâtiments. La VMC, qui est obligatoire, permet de renouveler l'air mais son efficacité est dépendante de la qualité de la maintenance et peut diminuer avec le temps.

Les dortoirs doivent être aérés quotidiennement.

Une forte aération des locaux doit également être organisée dans les bâtiments récents et/ou après l'achat de matériel neuf.

L'organisation d'une sortie quotidienne est essentielle au développement psychomoteur de l'enfant et à son épanouissement. Elle lui permet de se dépenser, d'exercer sa motricité de façon différente, d'être en contact avec les éléments naturels, ...

¹ Stratégie du cocooning : les adultes amenés à prendre en charge de façon très proche le bébé peuvent lui transmettre la coqueluche (ils peuvent être porteurs sans le savoir) s'ils n'ont pas eu de rappel depuis l'enfance.



D Les mesures d'hygiène, habituelles et particulières

Le lavage des mains est la mesure la plus efficace pour prévenir la transmission des maladies contagieuses. Il doit être efficace (technique particulière), fréquent (avant et après le repas, après le passage aux toilettes, le change d'un enfant) sans l'être trop (risque de brèche cutanée qui augmente le risque) et peut être alterné avec l'utilisation d'un SHA (soluté hydro-alcoolique).

Le port des sur-chaussures par les parents est recommandé seulement dans les espaces dédiés aux enfants qui ne marchent pas, là où ils évoluent en contact direct avec le sol.

Le personnel de l'EAJE doit disposer de chaussures utilisées uniquement au sein de la structure.

Le port d'un masque par le personnel de la structure est recommandé pour les personnes porteuses de viroses respiratoires, en expliquant la raison aux enfants (de façon ludique éventuellement).

La stérilisation des biberons n'est pas nécessaire : le lavage soigneux suffit.

E Les maladies infectieuses et la collectivité (évictions, conduite à tenir)

Les collectivités d'enfants sont un lieu privilégié pour la transmission des maladies infectieuses du fait de :

- l'immaturité immunitaire des jeunes enfants ;
- la promiscuité favorisant la transmission des germes ;
- les comportements inhérents à l'âge des enfants accueillis : succion des objets, non acquisition de la propreté, dépendance vis-à-vis des adultes donnant des soins multiples.

La fréquentation des EAJE est probablement un facteur déterminant pour l'épidémiologie de nombreuses maladies infectieuses, les structures d'accueil constituant un lieu favorisant la transmission des infections : le risque est multiplié par 2 ou 3 pour un enfant fréquentant un établissement collectif par rapport à celui vivant à domicile.

De même, les adultes s'occupant de jeunes enfants (personnel d'EAJE, enseignants, parents...) contractent des maladies infectieuses avec une fréquence plus importante que les autres (prévention à évaluer avec le médecin du travail).

Les mesures d'hygiène recommandées, et en particulier le lavage correct des mains, si elles sont respectées avec rigueur, diminuent significativement la fréquence des maladies des enfants et des adultes.

La survenue d'une maladie infectieuse chez un enfant peut justifier une éviction temporaire de son lieu de garde pour trois types de raisons :

- Les risques de contagion pour les autres enfants ou les adultes présents (femmes enceintes...) ;
- Le risque encouru par l'enfant du fait de sa maladie ;
- Si les soins nécessités par son état sont trop importants, risquant de gêner le bon fonctionnement de la structure (moindre disponibilité pour les autres enfants).

L'absence de l'enfant peut aussi être nécessaire pour les raisons suivantes :

- Le confort de l'enfant et son rétablissement ;
- La maladie l'empêche de participer aux activités normales de son lieu de garde.

Le tableau figurant en annexe 2 propose une conduite à tenir possible selon l'infection ou la maladie dont l'enfant est atteint.

F Le projet d'accueil individualisé (PAI) : procédure et documents

Il n'existe pas de liste légale de pathologies ou handicaps nécessitant le recours à un PAI, cependant, celui-ci est fortement recommandé dès lors que :

- des soins particuliers nécessitant un apprentissage doivent être réalisés ;
- des médicaments doivent être administrés selon un mode spécifique ;
- des symptômes aigus d'une maladie chronique, à reconnaître en urgence, doivent être identifiés et traités rapidement (ex : crise d'asthme, hypoglycémie).

Le modèle de PAI figurant en annexe 3 peut être utilisé et sollicité auprès du service de PMI.

Son élaboration nécessite une réunion rassemblant :

- le responsable de la structure
- un personnel médical de la structure (si différent du responsable)
- les parents de l'enfant
- le médecin de la structure
- les personnes qui prendront en charge l'enfant.

L'objectif est de décrire de façon pratique la pathologie, sa prise en charge quotidienne, les éventuelles urgences à traiter (diagnostic, conduite à tenir) et de rassurer les parents et les agents pour améliorer la prise en charge de l'enfant.

6 LES SOINS

A Les soins quotidiens

En cas de rhume : pour les plus-petits : en dehors d'une prescription médicale autre, effectuer des lavages de nez uniquement si gêne à l'alimentation. Dès 2 ans, on peut apprendre à un enfant à se moucher, le mouchage étant le meilleur traitement de la rhinite.

Prévention de l'érythème fessier : il est préconisé de réaliser le lavage du siège au savon de Marseille (limite le risque de mycose). Ne pas utiliser de lingettes. Bien sécher la peau. Les pâtes à l'eau sont préférables aux pommades grasses.

B L'administration de médicaments

Les parents doivent signer une autorisation relative à l'administration des médicaments au moment de l'inscription.

Lorsque l'enfant est malade, ils doivent fournir l'ordonnance (lisible) et le médicament. Le nom de l'enfant doit être inscrit sur la boîte.

Des directives ministérielles contradictoires ont semé le doute sur les personnes habilitées à administrer les médicaments mais une mise au point précise est contenue dans le document officiel sur les certificats médicaux :

« Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles (et au personnel de structures collectives) d'administrer les médicaments requis aux enfants gardés »

Textes de référence : article L.4161-1 du code de la santé publique ; avis du conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n°99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments

La notion d'« aide à la prise » est un terme juridique (qui s'applique aux enfants mais aussi à toute personne qui ne peut prendre seule son traitement) qui autorise un tiers - personnel d'EAJE, assistant(e) maternel(le) - à donner les médicaments que l'enfant ne peut prendre seul.

Il faut distinguer 3 types de situations :

1. Traitement occasionnel : en cas de maladie occasionnelle ne justifiant pas l'éviction : suivre l'ordonnance. Dans tous les cas, il est préférable de favoriser la prescription en 2 prises par jour pour éviter l'administration au sein de la structure.

Pour les médicaments nécessitant une reconstitution, si les parents disposent de plusieurs flacons, il est conseillé de fournir un flacon non reconstitué à la structure qui le conserve jusqu'à la fin du traitement.

2. Traitement au long court, à donner tous les jours : le traitement nécessite un PAI s'il y a un mode de prise particulier ou la nécessité d'un apprentissage (ex : pompe à insuline, chambre d'inhalation).

L'administration peut être régulière, souvent quotidienne : c'est, par exemple, le cas pour le diabète. Elle peut devoir se faire dans l'urgence. C'est le cas pour l'asthme, les crises convulsives,...

Il est particulièrement important qu'un diagnostic fiable de la crise ait été posé.

Il est nécessaire de fournir l'ordonnance actualisée en supplément du PAI.

3. Cas particulier de l'administration du traitement antipyrétique :

Le seul médicament à utiliser est le paracétamol.

Tout parent doit disposer d'une ordonnance d'un antipyrétique pour son enfant dès le plus jeune âge. Il doit en fournir une copie à la structure pour que son enfant puisse recevoir un antipyrétique dès l'apparition du symptôme.

La structure d'accueil doit disposer d'une suspension de paracétamol avec une pipette graduée en Kg qui permet d'ajuster la dose en fonction du poids de l'enfant, actualisé.

Que la structure dispose ou non d'une ordonnance, aucun enfant avec de la fièvre ne doit être laissé sans traitement du fait du risque de convulsion.

Il ne doit pas être demandé aux parents de fournir un certificat de non-contrindication au paracétamol.

En cas de fièvre, en parallèle de l'administration du paracétamol, il est conseillé de donner de l'eau à l'enfant et de le découvrir.

Toutes les administrations de médicament doivent être notées sur le registre sanitaire et sur le cahier de liaison à destination des parents :

- nom de l'enfant
- nom du médicament donné, dose, jour, heure et motif
- nom de la personne qui a administré le médicament.

C La trousse de 1^{ers} soins (+ une trousse pour les sorties)

La trousse à pharmacie doit être inaccessible aux enfants.

Elle doit contenir :

- des gants à usage unique
- un thermomètre (avec piles de rechange si besoin)
- un flacon de paracétamol pédiatrique
- des mono-doses de sérum physiologique
- des mono-doses d'antiseptique (Chlorhexidine)
- des sachets de solution de réhydratation orale (1 sachet dilué dans 200 ml d'eau, à donner régulièrement en petites quantités en cas de diarrhée)
- des compresses stériles
- du sparadrap hypoallergénique
- des pansements de différentes tailles.
- une paire de ciseaux
- une pince à écharde
- une poche réfrigérante

Les dates de péremption des produits doit être vérifiées régulièrement.

La date d'ouverture des flacons doit être notée.



LE SECRÉT PROFESSIONNEL / LA DISCRÉTION

A Définitions

Secret professionnel : interdiction de révéler des informations à caractère secret dont la personne a eu connaissance dans l'exercice de sa profession.

Le secret professionnel a pour but de protéger la vie privée et le respect de la confidentialité et de permettre la confiance nécessaire à l'exercice des professions d'aide (professionnels de santé, assistantes sociales, avocats, ...).

On peut y être soumis par profession (professionnels de santé) ou par mission (agents qui participent aux missions de l'aide sociale à l'enfance, de la justice, du service de PMI, ...)

Discrétion professionnelle : tout professionnel de l'action sociale non tenu au secret professionnel est soumis à une obligation de discrétion.

B Mise en œuvre

Secret médical : c'est une composante du secret professionnel

Les données médicales doivent être strictement protégées : les examens médicaux sont réalisés en respectant la confidentialité et les documents classés de la même façon.

Le carnet de santé n'est pas exigible par la structure, sauf par le médecin. Seule la page attestant des vaccinations est nécessaire.

Seules les personnes pouvant être amenées à prendre en charge un enfant peuvent être informées d'une pathologie éventuelle lorsque cette information est nécessaire à la bonne prise en charge.

Discrétion professionnelle :

Les temps d'échanges avec les parents doivent pouvoir se réaliser de la façon la plus confidentielle possible (lieu adapté) dès que les données abordées le nécessitent.

Les parents peuvent être amenés à donner de nombreuses informations liées à leur vie personnelle. Ces informations ne doivent pas être communiquées.

Il est important de ne pas émettre de jugements, de commentaires sur les parents en présence de l'enfant. Des jugements négatifs répétés sur les parents, dits en présence de l'enfant, témoignent d'un manque de respect pour lui et ont un impact négatif.

C Dérogation au secret professionnel

Les professionnels sont autorisés à échanger des informations à caractère secret selon 5 grands principes énoncés par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance :

- c'est une possibilité, pas une obligation ;
- le seul but : évaluer la situation et déterminer les actions de protection à mettre en œuvre ;
- doit être limité au strict nécessaire ;
- doit se faire entre personnes soumises au secret, qui mettent en œuvre ou apportent leur concours à la protection de l'enfance ;
- en informant les personnes concernées, sauf si c'est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, c'est une violation du secret professionnel.



A Définition

Un enfant maltraité est un enfant victime de violence physique, d'abus sexuel, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Le handicap et la prématurité sont des facteurs favorisant. Les parents ayant été eux-mêmes victimes dans l'enfance auront plus de risque de devenir maltraitants sans que ce soit systématique.

Certaines situations d'enfants amènent à se poser la question de la maltraitance : signes de violences ou de négligences visibles sur le corps de l'enfant (hématomes, brûlures, retard staturo-pondéral, signes de négligences de soins ...) ou difficultés de comportement (agitation importante, repli sur soi, comportement anormalement craintif,...).

Ces situations génèrent des émotions fortes et des réactions parfois inappropriées chez les personnes qui en sont témoins. Il est indispensable de ne pas rester seul avec des doutes et de prendre un avis. Le service de PMI est compétent pour vous aider : vous pouvez faire appel au médecin du centre médico-social ou à une puéricultrice.

Deux niveaux ont été définis :

En cas de doute : 1er niveau d'échange (qui peut être fait sans nommer l'enfant concerné) pour appui technique afin d'évaluer la situation et d'avoir des conseils sur la marche à suivre ;

En cas de faits ou constats : le responsable de la structure doit, sauf exception (cas où cette démarche nuirait à l'enfant), les évoquer avec les parents dans un premier temps et leur faire part de son intention de les communiquer aux services compétents.

B Comment informer ?

Rédiger un écrit (modèle en annexe 4) daté et signé en limitant les informations au strict nécessaire.

L'obligation légale est de l'envoyer à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) qui fait partie du service de l'ASE du conseil départemental. Il est possible de l'adresser au service de PMI qui le transmettra.

L'étude du rapport peut aboutir à :

- une demande d'évaluation par les travailleurs médico-sociaux (cas le plus fréquent) ;
- une transmission au parquet si les faits sont graves et qu'une mesure de protection urgente est nécessaire ;
- un classement sans suite.

Une information est toujours envoyée ensuite à la personne ayant adressé le rapport.

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT OU STRUCTURE D'ACCUEIL D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

(à établir par le médecin de l'établissement ou le médecin traitant)

NB : si l'enfant a moins de 4 mois (ou si problème de santé chronique), la visite d'admission doit être faite par le médecin de l'établissement*

Je, soussigné Dr

certifie avoir examiné l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Poids : Taille :

PC :

et certifie que :

☐ L'enfant ne présente pas de contre-indication à la vie en structure d'accueil collectif

☐ Son état de santé nécessite des aménagements particuliers

- Alimentation
- Allergies
- Autres

Préciser les aménagements demandés :

.....

.....

☐ Son état de santé justifie l'élaboration d'un projet d'accueil individualisé avec le médecin de l'établissement (en cas de maladie chronique ou handicap)

et/ou

☐ Souhaite être contacté par le médecin de l'établissement

VACCINATIONS

☐ A jour au regard du calendrier vaccinal établi par le HCSP

☐ Vaccinations non à jour

Signature et cachet du médecin Date

* article R2324-39 V du code de la santé publique



RÈGLES DE CONDUITE À TENIR ET ÉVICTION EN CRÈCHE¹

La contamination de tous les agents infectieux obéit à des règles relativement communes. Les mesures permettant de limiter la contagion sont presque toujours les mêmes : éviter de transporter d’un enfant à l’autre l’agent infectieux.

La mesure de prévention la plus efficace est représentée par le RMHH².

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

Les infections respiratoires sont les plus fréquentes des infections touchant les nourrissons et la première cause de consultation en pédiatrie.

Maladies	Contagion	Durée de contagiosité	Nécessité d'éviction	Absence du lieu de garde ³	Mesures d'hygiène	Population à risques
Bronchiolite	+++	1 à 2 semaines parfois plus	NON	OUI si besoin	RMHH ² lavage des mains et nettoyage des surfaces	Risque de forme sévère : • Avant l'âge de 3 mois • Ancien prématuré • immunodéprimé
Laryngite	++	4 jours à 3 semaines En moyenne 4 à 9 jours	NON	OUI si besoin	RMHH lavage des mains et nettoyage des surfaces	Risque de forme sévère chez l'immunodéprimé
Coqueluche	++	5 jours après le début de l'antibiothérapie	OUI	OUI	RMHH ²	Le personnel en contact doit être prélevé et traité
Grippe	+++	5 à 10 jours débutant la veille des premiers symptômes	NON	OUI si besoin	RMHH ² notamment le lavage des mains	Recommandation de vaccination du personnel

LES INFECTIONS ORO-PHARYNGÉES / OPHTALMOLOGIQUES

Maladies	Contagion	Durée de contagiosité	Nécessité d'éviction	Absence du lieu de garde ³	Mesures d'hygiène	Population à risques
Muguet	+	Tant que les lésions sont présentes	NON	NON	RMHH ² notamment le lavage des mains	Risque particulier chez : • nouveau-né • enfants sous antibiotiques ou corticoïdes • immunodéprimés Risque de forme grave : • immunodéprimé • enfants présentant un eczéma
Herpès (primo-infection)	+	Au moins 1 semaine et jusqu'à 3 semaines	OUI tant que les lésions sont vésiculeuses	NON	RMHH ²	Risque de forme sévère chez l'immunodéprimé
Conjonctivite	++	Tant que le virus persiste, de quelques jours à plusieurs mois	NON	NON	RMHH ²	Recommandation de vaccination du personnel

¹Source revue Médecine et enfance
²RMHH : Renforcement des mesures d'hygiène habituelles
³Absence du lieu de garde : la demande faite aux parents doit être adaptée à leurs possibilités de recours à une autre solution de garde, la décision leur appartient

LES INFECTIONS DIGESTIVES

Les infections digestives occupent, en fréquence, la deuxième place des infections touchant les enfants vivant en collectivité. Les nourrissons sont particulièrement susceptibles aux agents pathogènes responsables des infections digestives, outre leur innocence et leur immaturité immunitaire, tout concourt dans leurs habitudes à contracter ce type d'infection : selles fréquentes, incontinence, portage à la bouche des objets et des mains.

Maladies	Contagion	Durée de contagiosité	Nécessité d'éviction	Absence du lieu de garde ³	Mesures d'hygiène	Population à risques
Gastroentérite	+++	Tant que le virus est présent dans les selles. Une semaine	Oui tant que la diarrhée et les vomissements persistent	OUI si besoin	RMHH ² notamment le lavage des mains, des précautions lors du change, du nettoyage des objets et surfaces	Risque de déshydratation maximum entre 6 mois et 2 ans. Risque de diarrhée chronique chez l'immunodéprimé

LES MALADIES ÉRUPTIVES

Maladies	Contagion	Durée de contagiosité	Nécessité d'éviction	Absence du lieu de garde ³	Mesures d'hygiène	Population à risques
Varicelle	+++	Début 48h avant l'éruption et persiste jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses (plusieurs poussées)	Classiquement oui, tant que les lésions ne sont pas croûteuses, essentiellement pour éviter les contaminations massives	OUI si altération de l'état général	RMHH ² notamment le lavage des mains	Risque d'infection grave chez l'immunodéprimé. Risque pour les femmes enceintes

LES INFECTIONS CUTANÉES

Les infections cutanées ne se limitent pas aux infections bactériennes, mais comprennent aussi des maladies virales, parasitaires ou des mycoses. Seules les maladies bactériennes et parasitaires peuvent justifier (avant traitement) d'une éviction de la collectivité.

Maladies	Contagion	Durée de contagiosité	Nécessité d'éviction	Absence du lieu de garde ³	Mesures d'hygiène	Population à risques
Impétigo	++	≤ 48 h après le début de l'antibiothérapie	Forme étendue : oui, au moins les 2 premiers jours d'antibiothérapie forme localisée : non. Pansement sur les lésions	NON	RMHH ² notamment le lavage des mains	
Poux	++	Tant que les parasites sont présents et vivants	Classiquement oui pendant les 24h qui suivent le traitement	NON	Examen attentif et traitement si nécessaire des autres enfants	
Gale	++	Tant que les parasites sont vivants et présents	Oui pendant les 24 h qui suivent le traitement	OUI	Utilisation de spray scabicide Traitement des enfants si promiscuité prolongée	Traitement du personnel si promiscuité prolongée

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Structure d'accueil :

Date :

1. L'ENFANT CONCERNÉ :

Nom – Prénom :

Date de naissance :

2. COORDONNÉES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT :

Parents (ou représentant légal)

MÈRE

PÈRE

☐ Travail

☐ Domicile

☐ Portable

.....

.....

.....

Autre personne déléguée par les parents en cas d'absence

Nom :

☐ Travail

☐ Domicile

☐ Portable

.....

.....

.....

Médecins de l'enfant

Nom :

☐

.....

Nom :

☐

.....

Nom :

☐

.....

Médecin de la structure

Nom :

☐

.....

Responsable de la structure

Nom :

☐

.....

3. RAISONS MOTIVANT LA DÉMARCHE DE LA FAMILLE ET BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT :

.....

.....

.....

ANNEXE 3 (SUITE)

4. À RENSEIGNER PAR LE MÉDECIN TRAITANT ET/OU LES PARENTS :

SIGNES CLINIQUES À SURVEILLER	CONDUITE À TENIR (consignes, médicaments, personne à prévenir...)
Mineurs : signes cliniques nécessitant une surveillance plus attentive	
Mineurs : précautions particulières	
Mineurs : en cas de déplacement en dehors de la structure	
PROTOCOLE SPÉCIFIQUE EN CAS D'URGENCE	Signes d'appel : Mesures à prendre dans l'attente de secours : Informations à fournir au médecin d'urgence :

18

Guide de santé en établissement d'accueil du jeune enfant

19

Guide de santé en établissement d'accueil du jeune enfant

5. MÉDICAMENTS À ADMINISTRER PAR LE PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT :

Nom du médicament :

Posologie :

Voie d'administration :

Horaire :

Personnel chargé d'administrer le médicament :

6. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À PRENDRE :

Horaires ou formules d'accueil adaptés :

Lieu de repos ou de sommeil :

Régime alimentaire :

Mobilier adapté :

7. PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE PARAMÉDICALE :

Type de soin :

Personnes chargées des soins :

Coordonnées :

Lieu :

Horaires et fréquence :

8. DOCUMENTS À FOURNIR :

- Ordonnance valable jusqu'au
(Agrafer l'ordonnance de prescription au présent protocole)
- Joindre à ce document toute information utile à la prise en charge de l'enfant.

9. SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNÉES :

Les personnels de l'établissement prendront les décisions nécessaires en fonction de ce protocole.
La signature des parents valant demande à leur égard.

Le	Le
Les parents ou le représentant légal	Le Médecin traitant

Le	Le
Le Médecin de la structure	Le (la) Directeur(trice) de la structure

MODÈLE D'ÉCRIT LIÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE**INFORMATION PRÉOCCUPANTE CONCERNANT UN ENFANT****RÉDACTEUR :**

Nom - Prénom :

Fonction :

Nom et adresse de la structure :


INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Détenteurs de l'autorité parentale :

Composition familiale :

INFORMATIONS QUI MOTIVENT L'ALERTE :

Éléments d'inquiétude (description précise, concrète et datée des faits constatés) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

État de l'enfant (santé, développement, comportement) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS QUI MOTIVENT L'ALERTE (SUITE) :

Recueil fidèle des paroles de l'enfant, le cas échéant
(avec les questions posées) en précisant les circonstances du recueil :

Positionnement des parents face aux difficultés repérées (indiquer si les parents ont été informés de ces difficultés) :

Adhésion des parents aux aides proposées :

Date : _____

Signature :

NOTICE EXPLICATIVE

SIGNALER N'EST PAS JUGER

**VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT INFORMER LES PARENTS DE CETTE TRANSMISSION
SAUF SI VOUS IDENTIFIEZ QUE CE SERAIT CONTRAIRE À L'INTÉRÊT DE L'ENFANT**

Les faits que vous signalez doivent être le plus précis possible.

L'état de l'enfant au moment des faits, en le mettant en relation avec son état habituel, est important à identifier. Le comportement est à cet âge toujours modifié par un traumatisme subi. Si celui-ci n'est pas chronique : il est important de noter une modification récente du comportement et de le dater autant que possible.

Les paroles de l'enfant doivent être notées aussi précisément que possible, avec des guillemets le cas échéant.

Au-delà des premiers signaux d'alerte, il sera bien souvent nécessaire qu'une évaluation soit menée par une équipe pluri-professionnelle afin d'établir l'existence et les causes du danger. Des aides ou des mesures pourront alors être proposées.

Vous adresserez votre écrit à l'adresse ci-dessous, soit en version papier soit de façon dématérialisée. En cas d'urgence grave, vous pouvez téléphoner au n° indiqué.

CRIP de la Manche

Direction de la petite enfance, de l'enfance et de la famille
50050 SAINT-LÔ Cedex

Courriel : crip@manche.fr

T. 02 33 77 78 44 / 79 20



Conseil départemental de la Manche
DGA « Cohésion sociale et territoriale »
Direction petite enfance, enfance et famille
Service de protection maternelle et infantile
50050 SAINT-LÔ Cedex
Courriel : pmi@manche.fr
T. 02 33 77 78 95