

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

MICRO-CRECHE « LES LUCIOLES »



SOMMAIRE

Préambule	P.4
1. Informations générales	P.5
1.1. Capacité d'accueil	P.5
1.2. Ouverture de la structure	P.5
1.3. Règlement des litiges et recours à un médiateur.....	P.5
2. Différents types d'accueil.....	P.6
2.1. Accueil en contrat régulier	P.6
2.2. Accueil occasionnel	P.7
2.3. Accueil périscolaire	P.8
2.4. Accueil d'urgence	P.8
2.5. Accueil d'enfants en situation de handicap et/ou atteints de maladie chronique	P.8
3. Inscription et admission	P.8
3.1. Pré inscription pour les demandes de contrats d'accueil régulier	P.8
3.2. Critères d'admission pour un contrat d'accueil régulier	P.9
3.3. Dossier d'admission pour tout type d'accueil	P.9
3.4 Période d'adaptation	P.10
3.5 Vie quotidienne	P.10
4. Présences, absences, retards et sanctions.....	P.11
4.1 Arrivées, départs	P.11
4.2 Retards, absences.....	P.12
4.3 Suspension définitive de l'accueil.....	P.12
5. Composition de l'équipe.....	P.13
5.1 Rôle de la direction.....	P.13
5.2 Equipe d'encadrement des enfants et d'accueil des familles.....	P.13
6. Suivi médical et sanitaire de l'enfant.....	P.14
6.1 Rôle du référent santé et accueil inclusif.....	P.14
6.2 Vaccinations et collectivité	P.15
6.3 Maladies, médicaments, évictions.....	P.15
7. Relations avec les parents	P.16
7.1 Participation des parents	P.16
7.2 Commission des Affaires Sociales, du Handicap et de la Petite Enfance	P.17
7.3 Projet de structure.....	P.17

8. Facturation, tarif, paiement.....	P.18
8.1 Facturation	P.18
8.2 Tarifs, base de ressources CAF et cas particuliers	P.18
8.3 Paiement.....	P.20
8.4 Déductions	P.20
9. Assurances	P.20
9.1 Assurances souscrite par la commune.....	P.20
9.2 Assurance personnelle souscrite par la famille	P.21

ANNEXES

ANNEXE 1 : Taux de participation familiale.....	P.22
ANNEXE 2 : Traitement des données personnelles.....	P.23
ANNEXE 3 : Sorties en extérieur.....	P.25
ANNEXE 4 : Conduites à tenir en cas d'urgence.....	P.26
ANNEXE 5 : Protocoles de soins.....	P.42
ANNEXE 6 : Mesures préventives d'hygiène générale et renforcée en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie ou tout autre situation dangereuse pour la santé	P.69
ANNEXE 7 : Procédure en cas de suspicion de maltraitance	P.71
ANNEXE 8 : Protocole de mise en sureté	P.80
ANNEXE 9 : Protocole évacuation incendie	P.84
ANNEXE 10 : Charte d'accueil du jeune enfant.....	P.85

PRÉAMBULE

La micro-crèche « Les Lucioles » est une structure publique gérée par la commune de La Ravoire. Durant la journée, elle accueille dans ses locaux, de façon régulière ou occasionnelle, des jeunes enfants âgés de 3 mois à 4 ans.

Les admissions des enfants s'effectuent dans la transparence et le respect de principes clairs et définis collégialement. L'établissement reflète la mixité sociale et l'intégration multiculturelle, il est un lieu d'éveil et de prévention pouvant accueillir, après avis de la responsable et du référent santé et accueil inclusif, des enfants présentant un handicap et/ou atteints de maladie chronique compatible avec la vie en collectivité. La micro-crèche est accessible à tous les enfants quelle que soit la situation sociale de la famille. La structure offre un accueil en direction d'un public diversifié : familles ayant besoin d'un accueil régulier à temps plein, familles souhaitant un accueil occasionnel ou d'urgence, familles souhaitant un accueil régulier à temps partiel. À cet effet, aucune condition d'activité professionnelle ou assimilé aux 2 parents ou au parent unique ni de condition de fréquentation d'accueil minimale n'est exigée.

Les professionnels de la structure veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés, ainsi qu'à leur développement. Elles apportent une aide aux parents afin qu'ils puissent concilier vie professionnelle et vie familiale. Tout ce qui concourt à la souplesse des horaires, à faciliter l'allaitement, au respect de la relation mère-enfant, est favorisé.

Un protocole détaillant les mesures à prendre en cas de suspicion de maltraitance ou de situation présentant un danger pour l'enfant est en annexe 7 de ce règlement.

L'établissement fonctionne conformément :

- Aux dispositions du Décret 2010-613 du 7 juin 2010, relatifs aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans *
- Du Décret n° 2021-1131 du 30 août 2021 relatif aux assistants maternels et aux établissements d'accueil de jeunes enfants *
- De l'arrêté du 23 septembre 2021 portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant * (cf annexe 9)
- De l'arrêté du 8 octobre 2021 relatif aux modalités d'organisation de l'accueil en surnombre en établissement et service d'accueil du jeune enfant *
- Aux instructions en vigueur de la Caisse Nationale des Allocations Familiales, toute modification étant applicable
- A l'avis favorable délivré par le Président du Conseil Départemental de la Savoie suite à la visite de la cadre de santé du service de Protection Maternelle et Infantile
- Aux dispositions du règlement de fonctionnement ci-après

* Textes disponibles auprès de la responsable.

1. INFORMATIONS GENERALES

1.1 Capacité d'accueil

La structure permet d'accueillir **10 enfants** dont 8 en accueil régulier et 2 en accueil occasionnel.

Conformément à l'article R. 2324-27 du décret 2021-1131, l'accueil en surnombre est possible. En effet, le nombre maximal d'enfants simultanément accueillis peut atteindre 115 % de la capacité d'accueil (soit 12 enfants), sous réserve que le taux d'occupation hebdomadaire n'excède pas 100 % de la capacité d'accueil et dans le respect des règles d'encadrement en vigueur.

Le taux d'encadrement de la crèche est de 1 professionnel pour 6 enfants. Lorsque ce taux d'encadrement ne peut plus être assuré et que toutes les ressources possibles ont été épuisées, les familles reçoivent un message (appel ou mail) les informant du passage en mode dégradé afin de pouvoir garantir une qualité de service conforme à la réglementation. Seront appelées en priorité les familles en accueil occasionnel.

1.2 Ouverture de la structure

La micro crèche est ouverte du lundi au vendredi de 7h45 à 18h15.

La structure est fermée les jours fériés et des fermetures annuelles sont prévues :

- 1 semaine pour les vacances de printemps
- 3 semaines pour les vacances d'été
- 1 semaine pour les vacances de fin d'année

Des journées de fermeture pourront avoir lieu pour des raisons de formations, de réunions pédagogiques et/ou de repos du personnel, une information vous sera donnée au minimum un mois à l'avance.

1.3 Règlement des litiges et recours à un médiateur

Conformément à l'article L.111-1. du code de la consommation il convient qu'avant que le consommateur ne soit lié par un contrat de vente de bien ou de fourniture de service, celui-ci est accès aux informations sur la possibilité de recourir à un médiateur de la consommation selon les dispositions de l'article L612-1 du code de la consommation en vue de la résolution amiable du litige qui peut l'opposer au professionnel. S'agissant d'un service public, c'est l'intervention du délégué du défenseur des droits qui peut être sollicitée par le consommateur :

Maison de la Justice et du Droit à Chambéry - 04 79 72 38 37

2. DIFFERENTS TYPES D'ACCUEIL

2.1 Accueil en contrat régulier

C'est la fréquentation régulière de la structure par l'enfant. Un contrat est signé par les parents et la responsable de la structure lors de l'inscription. Le contrat a une durée maximum d'un an. Celui-ci précise les points suivants :

- Les jours et temps de présence demandés par les parents : horaire par jour, nombre de jours par semaine, de mois dans l'année et ce en fonction des disponibilités de l'équipement
- Le montant et les modalités de paiement de la famille
- Les conditions selon lesquelles le contrat d'accueil peut être révisé
- La mention de l'acceptation des couches mis à disposition par la structure
- Les congés des familles en dehors de la période de fermeture de la structure
- Le temps de prévenance d'absence de l'enfant
- Le mode de facturation (au réel ou mensualisé)

La notion de régularité ne renvoie pas à une durée mais à une récurrence. Pour le bien-être d'un enfant il est conseillé de ne pas dépasser 40h par semaine pour les enfants en contrat d'accueil régulier.

Les contrats sont établis du 1^{er} janvier, ou de l'inscription, au 31 décembre. Il sera reconduit annuellement, sauf en cas de déménagement. Pour les enfants scolarisés en septembre, le contrat prendra fin au 31 août.

Les parents s'engagent à respecter le calendrier des jours de garde établi avec la structure. S'il y a des changements, il est indispensable de prévenir le service. Tout passage planifié sera facturé.

→ Modification du contrat

Un rendez-vous avec la responsable devra être pris préalablement à tout changement de planning.

Toute modification de la situation familiale doit faire l'objet d'un entretien avec la direction pour apprécier un éventuel nouveau contrat d'accueil (chômage, retour à l'emploi, formation, congé maternité, parental...). En cas de déménagement, l'accueil de l'enfant pourra être maintenu jusqu'à la fin du contrat en cours.

→ Interruption du contrat

Une lettre de préavis d'un mois est demandée lors de l'arrêt du contrat de l'enfant qui ne pourra s'effectuer qu'au dernier jour du mois (lettre recommandée avec accusé de réception ou remis en main propre à la responsable de la structure). Si ce préavis n'est pas respecté, il sera demandé à la famille le paiement d'une indemnité équivalente, même si l'enfant n'a pas été présent.

→ Congés

Les parents peuvent solliciter des congés en dehors des périodes de fermeture de la structure. Afin que ces jours ne soient pas facturés, les parents devront prévenir un mois auparavant.

Les congés sont déduits du forfait mensuel de la période concernée.

Les absences exceptionnelles (visite familiale, changement de programme...) doivent être notifiées à la responsable au moins **cinq jours à l'avance**.

Les absences d'une semaine complète ou plus doivent être notifiées à la responsable au moins **un mois auparavant**.

Si ce délai est respecté, les frais de garde seront déduits. Sinon ils restent à la charge des parents.

Toute absence injustifiée de 10 jours sera facturée et entraînera la radiation de l'enfant.

En cas d'absence pour maladie, le premier jour reste facturé (jour de carence). Les autres sont déduits sur présentation d'un justificatif médical ou d'une attestation sur l'honneur (courrier ou mail) justifiant de l'absence de l'enfant.

En cas d'éviction obligatoire ou d'hospitalisation, sur présentation d'un justificatif, les frais sont déduits dès le 1^{er} jour d'absence de l'enfant.

2.2 Accueil occasionnel

Il s'adresse à des enfants de 3 mois à 4 ans. L'enfant est accueilli une ou plusieurs demi-journées par semaine, parfois en journée continue, après avoir établi un dossier d'inscription. L'accueil occasionnel est ponctuel et non récurrent.

Un registre de présence permet aux parents de réserver des passages une semaine à l'avance, sous réserve des places disponibles.

Une liste d'attente est constituée pour les parents qui désirent bénéficier de la libération d'une place.

Tout passage « réservé » est dû si les familles n'ont pas prévenu au moins la veille de la réservation.

Aucune réservation ne pourra être faite pour un accueil occasionnel de familles hors commune. Un contact avec la structure la demi-journée même est obligatoire. Les places peuvent être attribuées le matin même ou en début d'après-midi.

2.3 Accueil périscolaire

L'accueil est possible jusqu'à la veille des 4 ans de l'enfant, un contrat d'accueil pourra être demandé pour les mercredis et des demandes de réservations pourront être faites pour les périodes de vacances scolaires.

2.4 Accueil d'urgence

L'accueil est d'urgence lorsqu'il s'agit d'un enfant qui n'a jamais fréquenté la structure et pour lequel les parents, pour des motifs exceptionnels, souhaitent bénéficier d'un accueil d'urgence uniquement. Aucune réservation n'est possible. Les situations d'urgence sont soumises à l'appréciation de la responsable. Lors d'un entretien préalable, les solutions les plus adaptées pour l'enfant seront évoquées. La durée de l'accueil sera définie en fonction des besoins.

2.5 Accueil d'enfants en situation de handicap et/ou atteints de maladie chronique

La structure est ouverte à tous les enfants. Accueillir les enfants porteurs de handicap et/ou atteints de maladie chronique à la micro crèche est important. En effet, cela leur permet de se trouver confrontés aux mêmes règles de vie que les autres enfants. C'est aussi donner la possibilité de fréquenter un lieu qui n'a pas une visée de rééducation, un lieu ordinaire qui facilite la découverte du monde et la socialisation.

Le référent santé et accueil inclusif attaché à l'établissement pourra être sollicité à la demande des parents ou de l'équipe éducative pour donner son avis sur la compatibilité d'un accueil de qualité en collectivité.

Un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être établi pour permettre aux enfants concernés d'être accueillis en collectivité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, pour assurer leur sécurité et compenser les inconvénients liés à leur état de santé.

Le PAI est élaboré sur demande de la famille par la responsable et le référent santé et accueil inclusif de la structure à partir de données transmises par le médecin qui soigne l'enfant et en concertation étroite avec l'équipe éducative.

3. INSCRIPTION ET ADMISSION

L'article L.214-7 du Code de l'action sociale et des familles prévoit de réserver une part de l'effectif d'accueil aux demandeurs d'emploi ainsi qu'aux personnes engagées dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle et aux familles monoparentales.

3.1 Pré-inscription pour les demandes de contrats d'accueil régulier

Plusieurs dates de réunions d'informations sur les différents modes d'accueil sont proposées. Il est vivement conseillé d'assister à l'une d'elle avant d'entamer une démarche de pré-inscription.

Les pré-inscriptions sont ouvertes à partir de la 1^{ère} quinzaine de janvier. Dans un premier temps, vous voudrez bien prendre contact avec l'une des structures. Il vous sera ensuite proposé un rendez-vous ou un dossier de pré-inscription dématérialisé.

La personne qui inscrit l'enfant doit exercer l'autorité parentale. Pour tout changement relatif à la demande initiale, merci de contacter la structure.

3.2 Critères d'admission pour un contrat d'accueil régulier

Une commission extra-municipale d'attribution des places en structures d'accueil petite enfance attribue les places à partir d'une liste de pré inscriptions. Les critères d'attribution des places sont :

- Le lieu de résidence de la famille,
- Les enfants présentant un handicap et/ou atteints de maladie chronique,
- La situation familiale : afin d'assurer une mixité sociale au sein des établissements, la commission devra veiller à varier les situations sociales et professionnelles des familles accueillies.
- La fratrie fréquentant déjà le lieu d'accueil (sauf si la famille n'habite plus sur la commune)

La famille qui n'a pas obtenu de place peut maintenir sa demande. Si une place se libère, dans le cadre d'un désistement ou d'un départ, la demande sera réétudiée. Cependant, une nouvelle demande devra être effectuée pour l'année suivante.

3.3 Dossier d'admission pour tout type d'accueil

➤ Pièces à fournir :

- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé
- Numéro allocataire (régime CAF ou MSA) et/ou dernier avis d'imposition
- Acte de naissance intégral datant de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance responsabilité civile où figure le nom de l'enfant
- Certificat d'admission en collectivité fait par un médecin.
- Ordonnance de paracétamol dose/poids de l'enfant
- **En cas de séparation des parents**, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales ou à défaut une déclaration sur l'honneur attestant du mode de résidence, signée par les deux parents.

Tout changement de situation devra être signalé par les parents dans les meilleurs délais (adresse, téléphone, emploi...).

➤ Pièces à remplir et à signer :

- Fiche de renseignements administratifs signée par les deux parents
- Autorisation de sortie des enfants
- Autorisation d'hospitalisation
- Autorisation pour l'administration de médicaments
- Autorisation pour la prise de photos et transmission internet (communication interne et article de presse)

- Engagement sur le respect du règlement de fonctionnement.
- Autorisation d'accès au dossier CDAP (base de données allocataires CAF)
- Autorisation de transmission à la CAF de données anonymisées à visée statistique
- Notification de participation familiale pour les inscriptions en accueil occasionnel

3.4 Période d'adaptation

Avant l'accueil définitif de l'enfant, une période d'adaptation est mise en place avec les familles. Elle est obligatoire.

A cette occasion, les parents et leur enfant peuvent découvrir les locaux, faire connaissance avec les membres de l'équipe, les autres enfants et se familiariser avec un nouveau rythme de vie. Une fiche est remplie avec un des membres de l'équipe sur les habitudes de vie de l'enfant.

Ce temps d'adaptation permet à l'enfant et ses parents de se séparer en douceur dans la confiance et le bien-être.

Elle est à envisager sur 15 à 20 jours. Il s'agit de commencer par une heure (non facturée) en présence de l'un des parents, puis d'augmenter progressivement le temps d'accueil en fonction de l'adaptabilité de l'enfant. Ces modalités peuvent changer en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant.

L'équipe se réserve le droit de contacter les parents lors de ces périodes d'accueil afin qu'ils viennent chercher leur(s) enfant(s).

Les horaires seront aménagés en accord avec les parents et selon les disponibilités de la collectivité.

3.5 Vie quotidienne

Pour le confort de l'enfant, les familles devront apporter, dans un sac, contenant :

- Un change complet (body, chaussettes, sweat, pantalon...) de saison
- Des chaussons
- Un « doudou » et/ou une sucette

Un vestiaire à l'entrée est disponible pour déposer **les affaires de l'enfant qui doivent être marquées à ses nom et prénom.**

➤ Hygiène

- Les couches sont fournies par la structure. En cas d'allergie, les parents peuvent les apporter en accord avec l'équipe
- Pour les soins quotidiens, les changes sont effectués à l'eau et au savon. En cas d'irritation simple de la peau et sans contre-indication médicale, du liniment oléo-calcaire peut être utilisé ainsi que de la crème Weleda® pour le change.

➤ Repas

- Les repas et goûters sont fournis par la structure
- Les menus sont affichés sur le lieu d'accueil et disponibles sur le site internet de la commune
- Des repas sans porc pourront être fournis
- La diversification alimentaire sera initiée par les familles. Dans ce cadre, les parents pourront fournir le repas de leur enfant avant la prise de relais de la collectivité.
 - Pour toute allergie alimentaire avérée, et à la suite du PAI mis en place avec le référent santé et accueil inclusif de la structure, la famille devra fournir les repas de l'enfant.
 - Pour les enfants au biberon, les parents fournissent une boîte de lait en poudre neuve ou des dosettes clairement étiquetées au nom et prénom de l'enfant et à la mesure de reconstitution.
 - Pour les enfants allaités, les parents fournissent le lait maternel congelé et/ou frais en respectant la chaîne du froid.
 - Dans un souci de favoriser le bien-être de l'enfant et de la maman, la micro-crèche offre la possibilité d'un allaitement maternel dans la journée.
 - Les familles s'engagent à transporter les denrées alimentaires dans des conditions d'hygiène adaptées et validées par la structure.

➤ Bien-être

- Les enfants doivent être confiés **en bonne santé et en parfait état de propreté.**
- Les enfants doivent avoir pris leur petit déjeuner avant leur arrivée le matin.
- En respectant le cadre et les contraintes de la collectivité, les temps de repos sont aménagés en fonction du rythme individuel de chaque enfant.
- L'enfant en collectivité développe également son autonomie autour du repas. En fonction de son rythme et de son autonomie, il pourra être proposé à l'enfant de manger seul ou accompagné.
- Pour leur bien-être, dès que les conditions météorologiques le permettent, les enfants sortent dans le jardin et parfois en promenade à l'extérieur de la structure (cf annexe 3).

➤ Sécurité

- Le port de gourmettes, chaînes, médailles, boucles d'oreilles, petites barrettes est déconseillé. Le personnel ne sera pas tenu pour responsable de la perte ou de la détérioration de ces objets.
- Les jeux de la maison et les objets jugés dangereux par le personnel ne seront pas autorisés.
 - Chaque professionnel est formé aux gestes et soins d'urgence.
 - Des exercices d'évacuation incendie sont organisés.
 - Un protocole de mise en sûreté détaillant les actions à prendre face au risque d'attentat est en annexe 8

4. PRESENCES, ABSENCES, RETARDS ET SANCTIONS**4.1 Arrivées, départs**

Pour le confort de l'enfant, il est souhaitable, à l'arrivée de celui-ci dans la structure, de préciser le nom de la personne qui viendra chercher l'enfant et l'heure approximative de départ. S'il

s'agit d'un mineur, il devra être âgé de **16 ans minimum**. Une autorisation parentale et une pièce d'identité seront demandées. Cette pratique doit rester exceptionnelle.

Dans le cas de séparation des parents, l'équipe doit être informée précisément du parent qui vient chercher l'enfant.

Lorsque la remise de l'enfant à l'adulte est susceptible de le mettre en danger, la responsable de la structure peut le refuser. Elle en informe les services compétents.

Les parents doivent signaler tous les incidents survenus depuis la veille (fatigue, évènement particulier pouvant influencer sur l'état général et l'attitude de l'enfant, fièvre, vomissement, diarrhée, insomnie, chute...).

Important : Il est demandé aux parents de venir chercher leur enfant au plus tard 10 minutes avant la fermeture afin d'assurer un temps de transmission.

4.2 Retards, absences

Tout retard après les heures de fermeture donne lieu à une remarque et en cas de récurrence, peut entraîner la possibilité de refus temporaire d'accueil dans la structure.

En cas d'empêchement des parents ou des personnes autorisées par ces derniers à venir chercher l'enfant, le service contactera la gendarmerie qui prendra les mesures nécessaires pour un placement temporaire.

4.3 Suspension définitive de l'accueil

En cas de manquements répétés au règlement, une lettre de mise en garde de l' élu en charge de la Petite Enfance est envoyée aux parents.

Le contrat pourra être résilié en cas de :

- Refus de satisfaire aux exigences du règlement et des termes du contrat d'accueil,
- Déclaration inexacte concernant la situation familiale,
- Situation d'impayés, sans manifestation de la famille suite aux relances en vigueur,
- Comportement inadapté d'un parent ou d'un enfant envers l'équipe, les enfants ou les autres parents ayant pour conséquence de troubler le fonctionnement de la crèche.

En cas de non-respect de ce présent règlement ou de comportement incompatible avec le bon fonctionnement d'un service public, le Maire ou son représentant peut prononcer l'une des mesures suivantes :

- L'avertissement
- L'exclusion temporaire
- La résiliation du contrat d'accueil

La mesure ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au domicile des parents par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle a pour but de recueillir par écrit ou lors d'une rencontre avec le Maire ou son représentant, dans un délai de trois semaines qui suivent la

réception du courrier, des éléments susceptibles d'expliquer le comportement des responsables de l'enfant.

En cas de difficultés particulières, le recours à un assistant social est possible.

Toutefois, en cas de troubles pouvant mettre en danger la sécurité des enfants et des personnels de l'établissement, la décision pourra être immédiatement exécutoire.

5. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Le choix du taux d'encadrement par la micro-crèche « Les Lucioles » est d'un professionnel pour 6 enfants accueillis dans la structure.

Lors des sorties, la structure se doit de garantir un taux d'encadrement d'un professionnel pour 5 enfants (cf. annexe 3).

5.1 Rôle de la direction

Le pôle de direction est assuré par une directrice éducatrice de jeunes enfants et une référente pédagogique éducatrice de jeunes enfants. En cas d'absence de la directrice, la continuité du service est assurée conformément à l'article R.2324-36 du code de la santé publique.

La responsable favorise une relation privilégiée entre les parents et les professionnels. Elle est garante de la qualité des conditions d'accueil, du respect des rythmes des enfants et de leur sécurité physique et psychique.

Elle est chargée :

- D'assurer les inscriptions pour les accueils, la gestion administrative et financière, la gestion du personnel
- De gérer l'organisation interne de la structure
- De veiller à la santé, au bien-être, à l'hygiène et à la sécurité des enfants

5.2 Équipe d'encadrement des enfants et d'accueil des familles

Le personnel de la micro-crèche « les Lucioles » est composée d'une équipe pluridisciplinaire :

→ Une éducatrice de jeunes enfants

Elle accompagne et valorise, auprès de l'équipe, la fonction éducative qui favorise l'éveil et le développement global des enfants, en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture et les agents titulaires du CAP Accompagnant Éducatif Petite Enfance (A.E.P.E.) qui accompagnent au quotidien les enfants.

Elle dispose de différents outils de travail inhérent à sa formation (observation du développement physiologique et psychologique de l'enfant, écoute, empathie envers les familles accueillies...) lui permettant de mettre en œuvre les différents projets préparés en équipe.

→ Une auxiliaire de puériculture

Elle prend en charge l'enfant individuellement ou en groupe. Elle répond à ses besoins et sollicitations, assure la surveillance et les soins et mène, en collaboration avec l'éducatrice de

jeunes enfants, des activités d'éveil. Elle a un rôle prépondérant dans l'accueil des familles à travers les transmissions quotidiennes, sait adapter les actions éducatives au groupe d'enfants selon leur âge et leur stade de développement.

→ Deux agents titulaires du CAP A.E.P.E.

Elles assurent, en lien avec l'équipe d'encadrement, l'accompagnement et l'autonomie de l'enfant en proposant des activités individuelles ou collectives favorisant leur développement. Elles favorisent l'établissement d'une relation de confiance avec les familles. Leurs fonctions les amènent également à garantir un environnement de qualité nécessaire à l'accueil des enfants (hygiène, sécurité...). Elles s'occupent de l'entretien des locaux.

Cette équipe pluridisciplinaire organise mensuellement des réunions d'équipe et des temps d'analyse de la pratique.

Des intervenants extérieurs et des élèves stagiaires en formation sont accueillis régulièrement.

Pour mieux protéger les enfants, l'interdiction est faite aux personnes condamnées pour crimes et certains délits d'intervenir dans l'activité d'accueil du jeune enfant (art R2324-33). Cette disposition est valable pour tous les modes d'accueil. Elle doit être appliquée à compter du 1er janvier 2022.

Le gestionnaire doit demander une attestation d'honorabilité pour :

- Les salariés
- Les bénévoles
- Les stagiaires
- Les intervenants extérieurs participant à la vie de la crèche

Cette possibilité de demander l'attestation d'honorabilité n'est ouverte que pour le recrutement du salarié ou la décision d'autoriser un intervenant extérieur à participer à la vie de la crèche.

6. SUIVI MÉDICAL ET SANITAIRE DE L'ENFANT

6.1 Rôle du référent santé et accueil inclusif

A la micro-crèche « Les Lucioles », le référent santé et accueil inclusif est un médecin qui, selon le Décret 2021-1131 du 30 août 2021, a pour missions :

- Informer, sensibiliser et conseiller la direction et l'équipe de l'établissement en matière de santé du jeune enfant et d'accueil inclusif des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique
- Présenter et expliquer aux professionnel(le)s chargé(e)s de l'encadrement des enfants les protocoles
- Apporter son concours pour la mise en œuvre des mesures nécessaires à la bonne adaptation, au bien-être, au bon développement des enfants et au respect de leurs besoins dans l'établissement
- Veiller à la mise en place de toutes mesures nécessaires à l'accueil inclusif des enfants en situation de handicap, vivant avec une affection chronique, ou présentant tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière

- Pour un enfant dont l'état de santé le nécessite, aider et accompagner l'équipe dans la compréhension et la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé élaboré par le médecin traitant de l'enfant en accord avec sa famille
- Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels, notamment en matière de recommandations nutritionnelles, d'activités physiques, de sommeil, d'exposition aux écrans et de santé environnementale et veiller à ce que les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux puissent être associés à ces actions
- Contribuer, en coordination avec la directrice, au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être et à l'information de la direction et des professionnels sur les conduites à tenir dans ces conditions
- Contribuer, en concertation avec la directrice, à l'établissement des protocoles annexés au règlement de fonctionnement, et veiller à leur bonne compréhension par l'équipe
- Procéder, lorsqu'il l'estime nécessaire pour l'exercice de ses missions et avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux, à son initiative ou à la demande de la directrice, à un examen de l'enfant afin d'envisager si nécessaire une orientation médicale
- Délivrer, lorsqu'il est médecin, le certificat médical attestant de l'absence pour l'enfant de toute contre-indication à l'accueil en collectivité.

6.2 Vaccinations et collectivité

Pour fréquenter la collectivité, l'enfant doit être vacciné dès le 1^{er} jour d'adaptation (cf. article L3111-2 modifié par la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V)). Dans le cas où les vaccins ne seraient pas à jour, les familles ont 3 mois pour mettre à jour la vaccination de leur enfant. Si cela n'est pas fait, l'enfant se verra exclu de la collectivité.

Pour les enfants âgés de plus de 18 mois, le maintien en collectivité requiert qu'ils aient reçu l'ensemble des doses de vaccins obligatoires.

Pratiqués en fonction de l'âge et de l'état de santé de l'enfant, il s'agit des vaccins contre **la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, la méningite à Haemophilus, le pneumocoque, les méningites à méningocoque ACW135Y et B, la rougeole, les oreillons, la rubéole**. En cas de contre-indication, un certificat médical (renouvelable) datant de moins de 6 mois sera demandé.

6.3 Maladies, médicaments, évictions

- La survenue d'une maladie infectieuse chez l'enfant peut justifier une **éviction temporaire** de la collectivité pour plusieurs raisons :
 - Le risque de contagion pour les autres enfants et le personnel
 - Le risque encouru par l'enfant du fait de sa maladie
 - L'incapacité de l'enfant à participer à la vie de la collectivité, du fait de l'altération de son état général.

Les règles officielles du ministère de la Santé concernant les évictions de la collectivité seront appliquées. Le référent santé et accueil inclusif se réserve la possibilité d'ajuster la conduite à tenir selon les cas spécifiques. La liste des cas d'éviction de la collectivité est fournie en annexe 5.

- **Pour préserver la santé et la sécurité de tous, les familles s'engagent à respecter les gestes sanitaires essentiels tel que le lavage de mains mais aussi de signaler tout symptôme ou fièvre dont leur enfant pourrait souffrir.**

- En cas de fièvre ($>38^{\circ}5$) au cours de la journée, du paracétamol peut être administré à l'enfant, uniquement en présence de l'ordonnance.

Les professionnel(le)s contactent les parents afin qu'ils viennent chercher leur enfant dont l'état se dégrade en cours de journée. Les parents doivent prendre les mesures nécessaires.

- Pendant la phase aigüe de la maladie, **la fréquentation de la structure est fortement déconseillée**. Après amélioration de son état général, le traitement pourra être poursuivi par l'équipe, sous couvert de l'autorisation signée des parents, de l'ordonnance lisible du médecin et dans la mesure où la délivrance du traitement ne nécessite pas un apprentissage particulier. **Cependant, il est recommandé de faire prescrire les traitements en deux prises par jour (matin et soir)**. Cf annexe 5.

- En cas de maladie pendant l'accueil (fièvre, diarrhée, vomissement, éruption de boutons...) ou traumatisme, la direction appelle la famille pour prendre les mesures nécessaires.

- En cas de maladie contagieuse, la responsable de la structure décide des mesures d'exclusion temporaire à prendre, en concertation avec le référent santé et accueil inclusif de l'établissement.

- Si l'enfant nécessite des soins d'urgence, la direction prendra la décision de téléphoner aux services d'aide médicale d'urgence et en informe immédiatement les parents.

Tous les protocoles détaillant les mesures à prendre dans les situations d'urgence sont en annexe 4.

Un protocole détaillant les mesures préventives d'hygiène générale et les mesures d'hygiène renforcées à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie est en annexe 6.

Les parents doivent envisager, dès l'inscription, une solution de garde en cas de maladie de l'enfant.

7. RELATIONS AVEC LES PARENTS

7.1 Participation des parents

Les parents sont invités à entrer dans la structure pour accompagner leur enfant, tant au moment de l'adaptation que lors de l'accueil quotidien.

Des moments conviviaux sont organisés avec les parents pour partager et échanger autour de la vie des enfants à la micro-crèche.

Par le biais des **panneaux d'affichage**, l'équipe informe les parents des évènements de la structure, met à disposition les protocoles, les projets et toute information à communiquer aux familles.

Une réunion de rentrée avec les parents est organisée afin que l'équipe se présente, décrive les projets annuels à venir et réponde aux interrogations des parents sur le fonctionnement de la structure.

Les activités avec les partenaires (Relais Petite Enfance, bibliothèque, musicienne...) sont également l'occasion de rencontres ponctuelles avec les familles.

Dans le cadre de la loi « informatique et libertés », les photos prises lors d'activités proposées par la structure doivent être réservées à un usage privé. Les parents s'engagent à ne pas diffuser ces photos de quelque manière que ce soit (réseaux sociaux ...).

Une information sur le traitement des données personnelles des familles se trouve en annexe 2.

7.2 Commission des Affaires Sociales, du Handicap et de la Petite Enfance

Cette commission municipale réunit des habitants (parents ou non), des élus et des membres du Centre Communal d'Action Sociale et de l'équipe petite enfance. Pendant ce temps d'échange, les projets municipaux seront présentés ainsi que les éléments d'actualité des services. Des questions sur la vie quotidienne au sein de la crèche, sur les projets de la structure et des questions administratives peuvent être abordées.

Cette instance est l'occasion pour les familles de rencontrer et d'échanger avec la municipalité. Pour y participer, il y a nécessité de s'inscrire via le site internet « laravoire.fr », rubrique « commissions municipales ».

7.3 Projet de structure

Conformément au Décret n°2021-1131 du 30 août 2021, la micro-crèche a rédigé son propre projet d'établissement disponible auprès de la direction.

Il comporte plusieurs volets :

- **Le projet d'accueil** présente les prestations d'accueil proposées, détaille les dispositions prises pour l'accueil d'enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique et intègre une description des compétences professionnelles mobilisées ainsi que les actions menées en matière d'analyse de la pratique professionnelle et de formation.

- **Le projet éducatif** permet d'établir ensemble les valeurs développées dans le lieu d'accueil. Il met en évidence les objectifs communs et permet d'organiser la vie de la structure au quotidien (rythme sommeil, repas...), dans le respect de l'histoire et des besoins de chaque enfant. Il précise les dispositions prises pour assurer l'accueil, le soin, le développement, le bien-être et l'éveil des enfants, notamment en matière artistique et culturelle, et pour favoriser l'égalité entre les filles et les garçons.

- **Le projet social et de développement durable** précise les modalités d'intégration du lieu d'accueil dans son environnement social vis-à-vis de ses partenaires extérieurs. Il intègre les

modalités de participation des familles à la vie de la structure et les actions de soutien à la parentalité proposées. Il précise les objectifs et les moyens mis en œuvre afin de rendre accessible la structure à toutes les familles en fonction de leurs besoins. Il décrit également comment l'établissement inscrit son activité dans une démarche en faveur du développement durable.

8. FACTURATION, TARIF, PAIEMENT

8.1 Facturation

Les règlements sont à effectuer dès réception de la facture auprès de l'une des responsables, ou directement via l'espace famille sur le site de la commune et avant le 15 du mois.

Chaque quart d'heure commencé est comptabilisé, tant du côté des heures réalisées que du côté des heures facturées.

« Les subventions publiques octroyées par la CAF aux gestionnaires des structures d'accueil du jeune enfant sont basées en partie sur les heures de fréquentation réelle des enfants. Ces heures doivent être fiables, pour que les subventions publiques versées par la CAF correspondent au juste financement. Dès lors, le gestionnaire est tenu à la plus grande vigilance quant au correct enregistrement de ces heures. Les familles sont invitées à informer la direction de la structure de toute erreur dans le relevé d'heures de présence réelle qui leur serait transmis. Des contrôles peuvent être diligentés par la CAF. »

➤ Contrat régulier

La facturation est établie en fin de mois. La participation mensuelle est calculée selon la formule suivante :

Nombre d'heures réservées par semaine X tarif horaire

Les heures de congés ou d'absences déductibles du mois seront déduites chaque mois.

Si des heures sont réalisées au-delà du contrat prévu, elles seront facturées en plus aux familles à la fin du mois.

➤ Contrat occasionnel

La facturation est établie en fin de mois aux familles par le service en fonction du tarif et du nombre d'heures réservées et réalisées pour chaque enfant.

8.2 Tarifs, base de ressources CAF et cas particuliers

Les parents sont tenus au paiement d'une participation. Le calcul du tarif horaire se fait en fonction du barème national établi et des modalités de calcul élaborées par la Caisse Nationale

d'Allocations Familiales. En contrepartie, la CAF verse une aide importante au gestionnaire, permettant de réduire significativement la participation des familles.

La participation des familles varie en fonction des ressources et de la composition de la famille. Elle correspond à un taux d'effort modulable en fonction du nombre d'enfants dans la famille, dans la limite d'un plancher et d'un plafond défini annuellement par la CNAF. La participation de la famille se calcule comme suit selon les directives de la CNAF :

$$\frac{\text{Ressources annuelles N-2} \times \text{taux horaire d'effort de la famille}}{12}$$

12

Les ressources nécessaires au calcul du tarif sont consultées dans CDAP (base de données allocataires de la CAF). **Chaque famille est informée et donne son accord par signature de l'utilisation possible de CDAP par l'établissement. La structure conserve une copie des revenus pris en compte dans CDAP dans le dossier.** Pour les familles non-allocataires de la CAF de la Savoie ou ne souhaitant pas donner accès à leur dossier sur CDAP, le gestionnaire se réfère à l'avis d'imposition concernant les revenus perçus au cours de l'année N-2.

Les participations familiales sont recalculées chaque année au 1er janvier après la mise à jour de CDAP ou en cours d'année, en cas de changement de situation familiale ou professionnelle.

Les familles doivent informer les services de la CAF des changements de leur situation, qu'il s'agisse de leur situation familiale ou professionnelle. La base ressources peut être modifiée en conséquence pour calculer les droits. Ces changements sont alors pris en compte et impliquent, le cas échéant, une modification de la tarification mentionnée par avenant sur le contrat d'accueil.

La participation demandée à la famille couvre la prise en charge de l'enfant pendant son temps de présence dans la structure, y compris les soins d'hygiène (couches, produits de toilette, etc.) et les repas. Dans un souci d'équité de tarification vis-à-vis des familles, la structure ne peut appliquer de suppléments pour les repas ou les couches fournis par la structure ou de déductions pour les repas ou les couches apportés par les familles.

Cas particuliers :

- **Enfant porteur de handicap et bénéficiaire de l'AEEH au sein de la famille :** le taux d'effort immédiatement inférieur sera appliqué, même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli au sein de l'établissement.
- **Enfant en situation de résidence alternée :** deux contrats d'accueil sont établis. Qu'il y ait ou non partage des allocations familiales, la charge de l'enfant est prise en compte pour les deux ménages. Le calcul de la participation familiale est fait pour chacun des parents en fonction des ressources et de la composition de leur foyer respectif.
- **Accueil d'urgence :** dans le cas où les ressources ne sont pas connues, le tarif « plancher » est appliqué.
- Le plancher de ressources est à retenir pour le calcul du tarif horaire dans les cas suivants :
 - Familles ayant des ressources nulles ou inférieures à ce montant plancher
 - Enfants placés en familles d'accueil au titre de l'aide sociale à l'enfance

- Personnes non-allocataires ne disposant ni d'avis d'imposition, ni de fiches de salaire
- **Familles ne souhaitant pas communiquer leur avis d'imposition ou justificatifs de ressources** : Une attestation sur l'honneur est demandée et le tarif « plafond » est appliqué.

8.3 Paie

Les règlements sont à effectuer à la micro-crèche, plusieurs possibilités s'offrent aux familles :

- Par chèque à l'ordre de la micro-crèche Les Lucioles
- Par espèces (nous demandons l'appoint)
- Par ticket CESU (nous ne rendons pas la monnaie)
- Par Internet via Payfip
- Par prélèvement (mise en place prévue en 2025)

Il est possible de cumuler plusieurs moyens de paiement.

Toute facture restée sans paiement au 15 du mois en cours implique l'édition d'une lettre de relance remise aux parents. Si celle-ci reste sans effet, une deuxième relance est envoyée aux parents par lettre recommandée avec accusé de réception afin qu'ils régularisent la situation avant la fin du mois.

En l'absence de réponse de la famille, la responsable transmet le dossier au Trésor Public qui enclenche les démarches nécessaires au recouvrement de la somme. Par ailleurs, la radiation temporaire de l'enfant peut être prononcée tant que le paiement n'a pas été effectué. En cas de difficulté de paiement, les parents sont priés de se faire connaître auprès de la responsable.

8.4 Déductions

Les absences dues aux motifs suivants peuvent être déduites :

- Maladie de l'enfant sur présentation d'un certificat médical ou attestation sur l'honneur (le délai de carence comprend le 1^{er} jour d'absence)
- Hospitalisation de l'enfant sur présentation d'un certificat d'hospitalisation
- Eviction-obligatoire
- Grève
- Journées pédagogiques ou autre cas de fermeture exceptionnelle

9. ASSURANCES

9.1 Assurance souscrite par la commune

La micro-crèche « Les Lucioles », via la Mairie, a contracté une assurance en responsabilité civile. Ce contrat d'assurance définit les garanties pour les dommages provoqués par les enfants accueillis et ceux dont ils pourraient être victimes. En cas de dommages corporels, l'assurance de la structure intervient en complément des prestations des organismes sociaux (Sécurité Sociale et mutuelle éventuellement).

9.2 Assurance personnelle souscrite par la famille

En complément de l'assurance souscrite par la ville, les parents contractent une assurance **responsabilité civile chef de famille** pour les risques habituels « corporels, bris et pertes d'effets personnels... » pour les dommages causés par les enfants à autrui.

Il est conseillé aux parents de contracter également une assurance individuelle accident pour les risques encourus par leurs enfants.

Fait à La Ravoire,

Version validée par le Conseil municipal en date du 10 novembre 2025

Document valable au 1^{er} janvier 2026

Le Maire



ANNEXE 1

Taux de participation familiale
par heure facturée en accueil collectif et micro-crèche

Nombre d'enfants	Du 1er septembre 2026 au 31 décembre 2026	Plancher	Plafond
1 enfant	0,0619%	0.50	5.26
2 enfants	0,0516%	0.42	4.39
3 enfants	0,0413%	0.34	3.51
4 enfants	0,0310%	0.25	2.63
5 enfants	0,0310%	0.25	2.63
6 enfants	0,0310%	0.25	2.63
7 enfants	0,0310%	0.25	2.63
8 enfants	0,0206%	0.17	1.75
9 enfants	0,0206%	0.17	1.75
10 enfants	0,0206%	0.17	1.75

Pour la période du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026, les montants à retenir pour le calcul des participations familiales dans les EAJE bénéficiant de la PSU sont les suivants :

- ❖ Ressources mensuelles plancher : 814.62 €
- ❖ Ressources mensuelles plafond : 8500 €

La présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'AEEH) à charge de la famille, même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli au sein de l'établissement, permet d'appliquer le taux d'effort immédiatement inférieur. La mesure s'applique autant de fois qu'il y a d'enfants à charge et en situation de handicap dans le foyer.

ANNEXE 2

TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 – Règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Les données que nous traitons sont les suivantes :

- Données d'identification (Nom, prénom, date de naissance de l'enfant...)
- Données relatives à la vie personnelle et familiale (Adresse mail, numéro de téléphone, date de naissance des parents...)
- Données relatives à la vie professionnelle (Nom de l'entreprise, adresse mail, numéro de téléphone...) • Données financières (Situation et aide financière, info allocataires...)
- Données sanitaires (Vaccins, allergie, maladies, traitements...)

Ces informations sont recueillies directement auprès de vous et des organismes sociaux (CAF, MSA) avec votre consentement. Le dossier de votre enfant est également constitué de données récoltées tout au long de son accompagnement par les professionnels de la crèche.

Qui sont les destinataires de ces données ?

Ce sont les professionnels et gestionnaires de la crèche, les organismes financeurs et avec votre consentement écrit.

Avec votre accord, des données limitées aux seules informations nécessaires permettant de garantir la coordination et la continuité de l'accompagnement, peuvent également être échangées et partagées entre différents professionnels extérieurs intervenants dans la prise en charge de votre enfant.

Les données faisant l'objet d'un traitement informatisé sont hébergées sur les serveurs de notre progiciel. Les autres données sont conservées à la crèche. Aucune donnée n'est stockée ou envoyée hors de France.

Combien de temps conservons-nous vos données ?

Les durées de conservation varient selon les données traitées.

Les crèches respectent l'ensemble des réglementations concernant les durées de conservation.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

Quels sont vos droits sur vos données personnelles ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

ANNEXE 3

SORTIES EN EXTERIEUR

LORS DES DÉPLACEMENTS A L'EXTÉRIEUR DES LOCAUX, DOIT ETRE RESPECTÉ :

- Le taux d'encadrement des professionnels par rapport au nombre d'enfants accompagnés :
 - Un adulte pour 2 enfants
 - Minimum 1 professionnel pour 5 enfants
- Les stagiaires ne font pas partie du taux d'encadrement
- Les professionnels qui partent à l'extérieur doivent informer la responsable du lieu auquel ils se rendent, du circuit emprunté, du nombre d'enfants et du nom des professionnels qui accompagnent.
- Emporter une trousse de secours
- Pouvoir être joignables (téléphone portable)

CAS PARTICULIERS :

- Pour les plus grandes sorties (ex : visites de l'école), une autorisation spécifique sera demandée aux parents
- Pour les sorties avec véhicules (voitures de la commune, minibus du SIVU...), une autorisation de transport sera demandée aux parents
- En cas de problème pendant la sortie : adapter les pratiques en fonction du problème rencontré (geste de premiers secours, soins d'urgences, soins de nursing...) et si nécessaire joindre les secours/une responsable/les parents...
CF protocoles d'urgence, de nursing...
- Emmener le PAI d'un enfant en sortie ainsi que le matériel en lien avec le PAI (ex : chambre d'inhalation et Ventoline...)

ANNEXE 4 : CONDUITES A TENIR EN CAS D'URGENCE

APPEL DU 15

CONDUITE A TENIR :

Un permanencier vous répond

- ☐ Je suis Mme
- ☐ Je suis sur mon lieu de travail : Micro-Crèche Les Lucioles, 245 rue de la Dent du Chat, 73490 LA RAVOIRE
- ☐ Le numéro de téléphone est le 09 64 14 50 36
- ☐ J'appelle à propos de l'enfant :
 - Nom prénom date de naissance ou âge de l'enfant
- ☐ Signes présentés
- ☐ Gestes effectués

Eventuellement, le permanencier vous passe le médecin régulateur à qui il faut tout répéter.

Avant de raccrocher, demander si la conversation est terminée et s'assurer d'avoir donné un numéro de téléphone.

REANIMATION CARDIO RESPIRATOIRE (RCP)

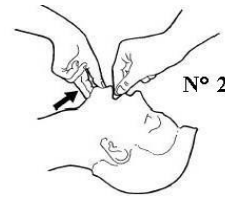
En présence d'un enfant sans réaction :

- **Sécurité** : le sauveteur assure sa propre sécurité puis celle de l'enfant.
- **Stimulation** de l'enfant : l'évaluation de l'état de conscience de l'enfant doit être faite par une stimulation **verbale et tactile bilatérale** : pour les nourrissons → plante des pieds.
- **Evaluation de 10 secondes de l'enfant** :
 - Enfant inconscient, aréactif.
 - Coloration (enfant cyanosé, gris, marbré).
 - Absence de mouvements respiratoires (observer).
 - Absence de flux aérien bucco-nasal perçu (écouter).
 - Absence de bruits normaux ou anormaux de la respiration (écouter).
- Appel au **Secours** : si le sauveteur est seul, il doit appeler au secours sans quitter l'enfant et débiter la Réanimation cardio pulmonaire (RCP) pendant 1 minute avant d'alerter le 15 ou le 112. Cette première minute de RCP délivrée sans délai a pour but de restaurer au plus vite une oxygénation tissulaire à l'origine de l'arrêt.

1 minute de RCP = 5 insufflations pour débiter suivies de 15 compressions + 2 insufflations à renouveler 4 fois

1) Assurer la liberté des voies aériennes.

- La perméabilité des voies aériennes est assurée en ouvrant la cavité buccale.
- La manœuvre se fait avec les deux mains : « inclinaison de la tête et soulèvement du menton ».
- Une fois la bouche ouverte, vérifier visuellement l'absence de corps étranger sans réaliser d'extraction à l'aveugle.



2) Assurer une ventilation efficace.

- Faire 5 insufflations lentes (ventilation) d'une durée de 1 à 1,5 secondes par bouche à bouche ou bouche à bouche et nez si nourrisson.
- Vérifier l'efficacité des insufflations : **le thorax doit se soulever.**

Chez le nourrisson, il faut pratiquer la technique du bouche-à-bouche et nez :

- Le sauveteur englobe avec sa bouche à la fois la bouche et le nez du nourrisson.
- Le volume des insufflations est plus faible que chez l'adulte pour voir la poitrine se soulever.

Chez l'enfant (comme chez l'adulte), Il faut pratiquer la technique du bouche à bouche :

- S'agenouiller à côté de l'enfant, près de son visage.
- Avec la main placée sur le front de l'enfant et tout en maintenant la tête en arrière, obstruer le nez en le pinçant entre le pouce et l'index pour empêcher toute fuite d'air par le nez.
- Avec la main placée sous le menton de l'enfant, ouvrir légèrement la bouche tout en maintenant le menton soulevé, en utilisant la « pince » constituée du pouce (placé sur le menton) et des deux autres doigts (placés immédiatement sous sa pointe).
- Après avoir inspiré sans excès, appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de l'enfant en appuyant fermement pour éviter toute fuite.
- Insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine de l'enfant commence à se soulever. La durée de l'insufflation est d'environ une seconde.
- Se redresser légèrement, reprendre son souffle tout en regardant la poitrine de l'enfant s'affaisser. L'expiration de l'enfant est passive.



Dans certains cas, il faut pratiquer le bouche à nez, si la bouche de l'enfant est traumatisée, ne peut pas être ouverte ou si le sauveteur a du mal à obtenir une étanchéité correcte lors du bouche à bouche.

- S'agenouiller à côté de l'enfant, près de son visage.
- Avec la main placée sur le front, maintenir la tête basculée en arrière.
- Avec l'autre main, soulever le menton sans appuyer sur la gorge et tenir la bouche de l'enfant fermée, le pouce appliquant la lèvre inférieure contre la lèvre supérieure pour éviter les fuites.

3) CIRCULATION : assurer un débit cardiaque par massage cardiaque externe.

Après les 5 ventilations, il faut pratiquer la technique des compressions thoraciques. L'enfant doit être placé sur une surface dure avec positionnement axe tête / cou.

Chez le nourrisson de moins de 1 an : 15 compressions (fréquence 100 par minute) / 2 insufflations

- Localiser le sternum du nourrisson et placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant.

- Comprimer régulièrement le sternum avec la pulpe des deux doigts, d'environ un tiers de l'épaisseur du thorax du nourrisson à une fréquence de 100 fois par minute.
- Après 15 compressions, ramener la tête du nourrisson en position neutre, élever le menton et réaliser 2 insufflations.
- Replacer la pulpe des doigts immédiatement à la bonne position et réaliser 15 nouvelles compressions.

Le thorax doit reprendre sa dimension initiale après chaque compression qui doit être impérativement relâchée complètement (la pulpe des doigts qui compriment se décolle légèrement du thorax) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale, afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang.



Compressions thoraciques chez le nourrisson

Chez l'enfant de 1 à 8 ans : 15 compressions (fréquence 100 par minute) / 2 insufflations

- Placer le « talon » d'une main immédiatement en dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant.
- Relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes.
- Se placer bien au-dessus de l'enfant, à la verticale de sa poitrine les bras tendus.
- Réaliser les compressions thoraciques, à une ou deux mains (en fonction de la force physique du sauveteur), pour « enfoncer » le sternum d'environ un tiers de l'épaisseur du thorax de l'enfant.
- Poursuivre les compressions thoraciques à une fréquence d'environ 100 fois par minute.
- Après 15 compressions enchaîner avec 2 insufflations.

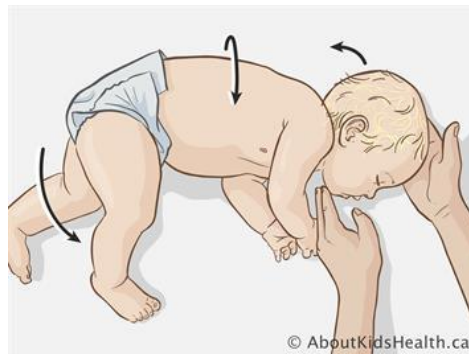
Le thorax doit reprendre sa dimension initiale après chaque compression qui doit impérativement relâchée complètement (le talon de la main qui comprime se décolle légèrement du thorax) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale, afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang.



Compressions thoraciques chez l'enfant

Pas de défibrillateur en dessous de 10 kg : si doute et défibrillateur à disposition, le placer et celui-ci dira si indiqué ou non.

Images de PLS utiles :



GENE RESPIRATOIRE

Observez

- Le début de la gêne est-il brutal ?
- L'enfant a avalé quelque chose de travers, appelez le SAMU (15 ou 113) et CAT d'inhalation d'un corps étranger.
- A-t-il le nez bouché ou qui coule ?
- Tousse-t-il ? La toux est-elle gênante ?
- Quel est son comportement ?
- A-t-il plus de 38°C ?

Agissez

- En cas de rhinite débouchez le nez à l'aide de sérum physiologique autant de fois que nécessaire : CAT lavage de nez.

Surveiller et prévenir les parents

L'enfant se comporte comme d'habitude : Il joue, il bouge, il dort, il mange et boit normalement

- Continuez les soins du nez,
- Fractionner les repas, laver le nez et proposer à boire fréquemment, aérer l'environnement, proposer une position demi assise.

Signes d'alerte et de gravité

- Altération de l'état général (fatigué, sourit moins, pleure beaucoup, est un peu mou, ne joue pas, etc.) voire malaise ou somnolence
- Gêne alimentaire voire refus des biberons
- Gêne pour respirer voire pauses respiratoires, lèvres bleues, Respiration beaucoup plus rapide que d'habitude
- Fièvre très élevée ou mal tolérée
- Enfant de moins de 3 mois, prématurité, Enfant ayant des antécédents médicaux (cardiopathie, maladie respiratoire, déficit immunitaire...

➔ Appeler le 15 ou 112

- Prévenir les parents

Pour éviter la contagion, lavez-vous très souvent les mains.
Si vous êtes enrhumé ou malade, portez un masque.

INGESTION / INHALATION

DEFINITION :

Ingestion : passage d'un corps étranger dans les voies digestives.

Inhalation : passage d'un corps étranger, solide ou liquide, dans les voies respiratoires.

Circonstances : au cours d'un repas ou d'un jeu avec un objet porté à la bouche.

SIGNES D'APPEL :

Pour l'ingestion :

- Souvent aucuns signes associés. Attention, l'objet peut être bloqué au carrefour entre les bronches et l'œsophage et peut se déplacer à tout moment.

Pour l'inhalation :

- Apparition brutale d'une gêne respiratoire avec toux violente et prolongée.
- Difficultés respiratoires avec lutte à l'inspiration
- Brutalement, l'enfant porte les mains à la gorge, bouche ouverte.

CONDUITE À TENIR :

Pour l'ingestion :

Ablation urgente si toxique, pile, objets tranchants, aimants puis appeler le 15 ou le 112

- Surveiller les signes d'aggravation éventuels (inhalation)
- Prévenir les parents pour consultation médicale.

Pour l'inhalation :

La conduite à tenir dépend de l'existence d'une toux efficace ou inefficace et de l'état de conscience de l'enfant.

En cas de doute consulter le 15 ou le 112.

1) **Si la toux est efficace** : l'obstruction est partielle. L'enfant pleure, répond aux questions, respire entre les accès de toux. La toux est grave et sonore.

- Laisser l'enfant assis ou debout car il existe un risque de mobilisation du corps étranger.
- Respecter cette toux.
- Appeler le 15 ou le 112
- Prévenir les parents après prise en charge de l'enfant.
- Surveiller l'enfant car il y a possibilité de passer vers une toux inefficace.

2) **Si la toux est inefficace** : l'obstruction est totale. L'enfant n'émet aucun son, la toux est peu audible ou silencieuse, il ne respire pas, devient cyanosé, l'état de conscience s'altère.

- Pratiquer les manœuvres d'expulsion suivantes :

a) Chez le nourrisson conscient (moins d'un an) :

Faire une manœuvre d'expulsion en créant une toux artificielle en augmentant la pression thoracique :

- Coucher le nourrisson tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras, de façon à ce que sa tête soit plus basse que le thorax et facilite la sortie du corps étranger.
- Maintenez la tête avec les doigts de part et d'autre de la bouche tout en évitant d'appuyer sur la gorge.
- Donner 5 claques dans le dos entre les deux omoplates, avec le plat de la main ouverte.



- Si le corps étranger n'a pas été rejeté après les claques dans le dos, faire 5 compressions thoraciques :
 - Après avoir réalisé les 5 claques dans le dos, placer votre avant-bras contre le dos de l'enfant et votre main sur sa tête. Le nourrisson est alors entre vos deux avant-bras et vos deux mains.
 - Le retourner sur le dos tout en le maintenant fermement.
 - L'allonger tête basse sur votre avant-bras et votre cuisse.
 - Placer la pulpe de 2 doigts d'une main au milieu de sa poitrine, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons du nourrisson.
 - Effectuer 5 compressions thoraciques.
 - Vérifier que le corps étranger n'est pas dans la bouche.
 - Retirer le corps étranger délicatement s'il est visible et accessible.
 - Parler au nourrisson pour le calmer.
 - Appeler le 15 si ces gestes sont inefficaces



Si le corps étranger n'est pas rejeté :

- Répéter le cycle successivement en alternant les claques dans le dos et les compressions thoraciques jusqu'à l'arrivée des secours.



b) Chez le nourrisson inconscient (moins d'un an) :

- Ouvrir la bouche.
- Si le corps étranger est visible, l'enlever par un mouvement de crochetage.
- Puis réaliser une réanimation cardio-pulmonaire en débutant immédiatement par les compressions thoraciques. Les compressions abdominales ne sont pas recommandées car elles peuvent entraîner des lésions des organes de l'abdomen.
- Débuter par 5 insufflations.
- Puis 15 compressions suivies de 2 insufflations à renouveler.
- **Puis appeler le 15 ou le 112 et suivre les instructions du médecin régulateur.**

c) Chez l'enfant conscient de plus de 1 an :

- Faire une manœuvre d'expulsion en créant une toux artificielle en augmentant la pression thoracique :
 - Se placer sur le côté et légèrement en arrière de l'enfant ou s'asseoir et basculer l'enfant au-dessus de son genou.
 - Soutenir son thorax avec une main et le pencher suffisamment en avant pour que le corps étranger dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes.
 - Donner 5 claques dans le dos entre les deux omoplates avec le plat de la main ouverte. Le but des claques dans le dos est de provoquer un mouvement de toux, de débloquent et d'expulser le corps étranger.
- Si le corps étranger n'a pas été expulsé après les claques dans le dos (manœuvre de Heimlich) :
 - Se placer derrière l'enfant, passer les bras sous les siens de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen.
 - S'assurer que l'enfant est penché en avant.
 - Mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen dans le creux de l'estomac au-dessus du nombril. Le poing doit être horizontal, le dos de la main tourné vers le haut.
 - Placer l'autre main sur la première, les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes.
 - Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut. Le corps étranger doit sortir.
 - Appeler le 15 ou le 112 puis les parents.

5 CLAQUES DANS LE DOS**EN CAS D'ÉCHEC,
MANOEUVRE DE HEIMLICH**

- Si le corps étranger n'est pas rejeté :
 - Répéter 5 fois cette manœuvre.
 - Si le corps étranger reste dans la bouche de l'enfant, le retirer prudemment avec les doigts.

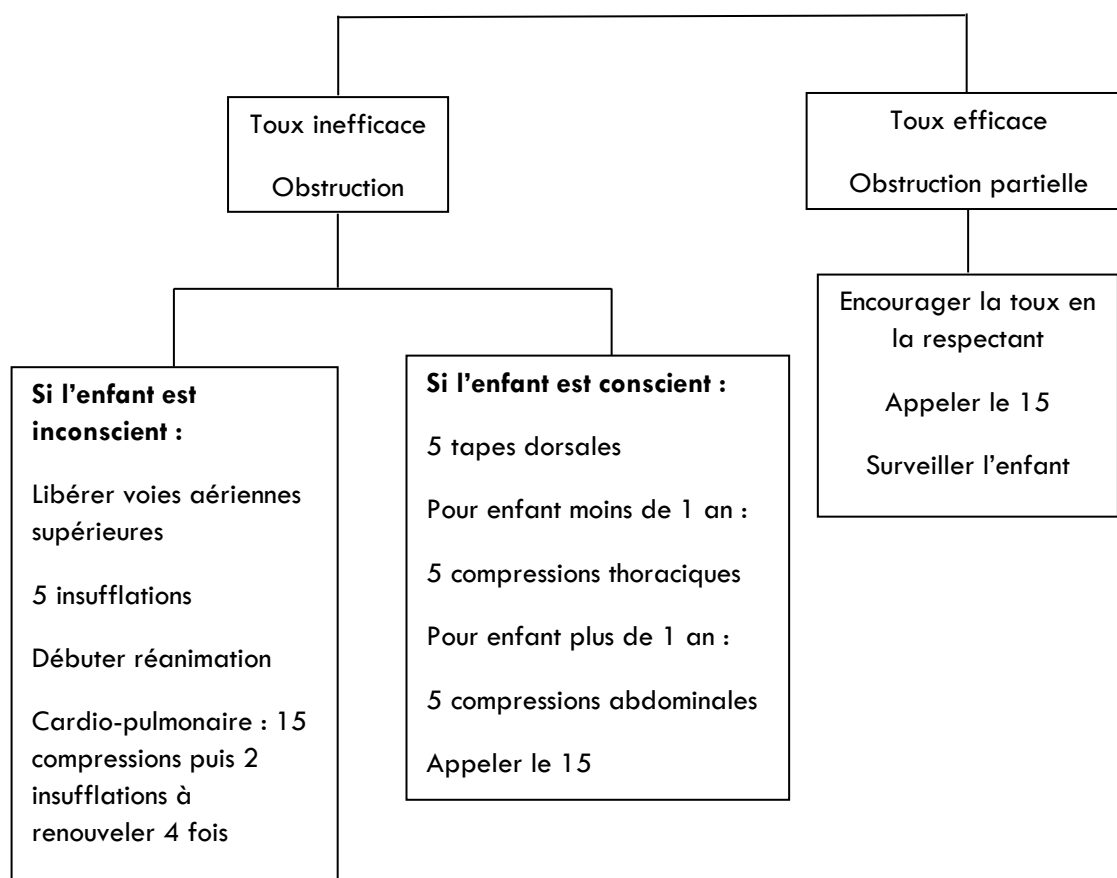
d) Chez l'enfant inconscient de plus de 1 an

Le placer sur un plan dur, lui ouvrir la bouche et réaliser une réanimation cardio-pulmonaire jusqu'à l'arrivée des secours.

- Débuter par 5 insufflations.
- Puis 15 compressions suivies de 2 insufflations à renouveler.
- **Puis appeler le 15 ou le 112 et suivre les instructions du médecin régulateur.**

PRISE EN CHARGE DE L'INHALATION D'UN CORPS ETRANGER

EVALUATION DE LA SEVERITE



Prévenir les parents une fois l'enfant pris en charge par les secours

CONVULSION DE L'ENFANT

Signes d'une convulsion :

- Spasmes (contractions) musculaires symétriques ;
- Agitation involontaire des membres, de manière saccadée et symétrique ;
- Perte de conscience ou présence d'une courte absence ;
- Yeux révulsés ou regard fixe.

Les convulsions fébriles sont des manifestations convulsives observées lors d'un épisode de fièvre, le plus souvent dues à une infection virale bénigne. En langage médical, on parle de crises fébriles. Elles surviennent chez un nourrisson ou un enfant de 6 mois à 5 ans en bonne santé, n'ayant pas de maladie neurologique connue et ne présentant pas d'infection cérébrale grave (méningite, par exemple). La crise dure le plus souvent d'1 à 5 minutes et s'achève par une phase de récupération durant laquelle l'enfant est somnolent, hypotonique et respire souvent bruyamment. Puis l'enfant retrouve un état strictement normal en moins de 15 minutes.

Lors de la crise :

- Enlevez tout objet qui peut blesser l'enfant et mettez-le en **position latérale de sécurité** : tournez-le sur le côté, la tête légèrement plus basse que le corps pour permettre à sa salive de s'écouler et pour empêcher les fausses routes et l'étouffement en cas de vomissements ;
- Restez près de lui et surveillez qu'il ne se fasse pas mal, notamment au niveau de la tête (pour cela, soutenez-la) ;
- Ne cherchez pas à empêcher ses mouvements ;
- N'essayez pas de lui ouvrir la bouche et n'y introduisez rien : ni objet qui peut le blesser, ni médicament, ni vos doigts (sauf s'il faut retirer un corps étranger, comme un jouet ou un aliment) ;
- Desserrez ses vêtements et découvrez-le, en raison de sa fièvre ;
- Enlevez-lui ses lunettes s'il en porte ;
- Ne donnez rien à boire ou à manger à l'enfant tant qu'il est somnolent ;
- Notez l'heure de début de la crise convulsive et sa durée.

Position latérale de sécurité :



Appelez immédiatement le numéro d'urgence médicale : le 15 ou le 112 depuis un téléphone fixe ou mobile

Si PAI : suivre le protocole établi par le médecin

Si pas de PAI : suivre les indications du médecin du SAMU

Les signes de gravité d'une crise convulsive sont :

- L'enfant a moins d'un an ou plus de 5 ans ;
- La crise convulsive dure pendant au moins 15 minutes ;
- L'enfant fait plusieurs épisodes de convulsions en 24 heures ;
- Les convulsions ne sont pas symétriques et ne touchent qu'un seul côté du corps ;
- L'enfant a une maladie neurologique connue ;
- L'enfant n'a pas de fièvre (sa température est inférieure à 38° C) ;
- Les lèvres ou les mains de l'enfant sont bleutées ;
- La respiration de l'enfant est difficile ;
- L'enfant présente une paralysie après la convulsion.

Un des premiers traitements à administrer en cas de convulsions fébriles est un antipyrétique tel que le Paracétamol (après avis 15 ou 112).

POSITION LATÉRALE DE SECURITE (PLS)

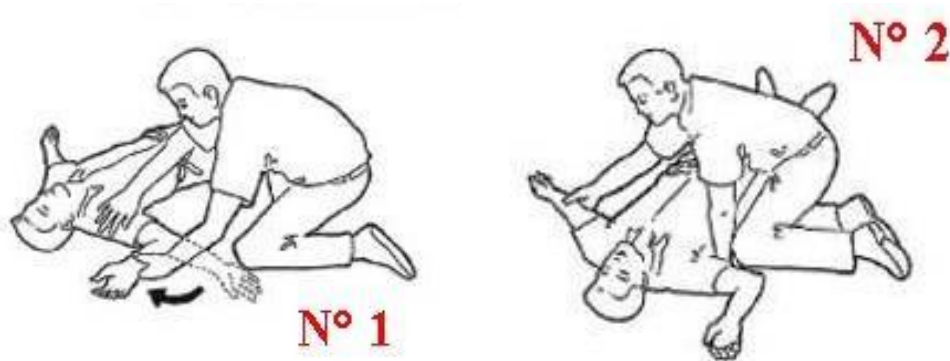
INDICATIONS :

- Enfant inconscient.
- Maintien d'une respiration spontanée et normale.
- Risque de vomissement.

TECHNIQUE :

- Préparer le retournement de l'enfant.
- Retirer les lunettes de l'enfant s'il en porte.
- S'assurer que ses membres inférieurs sont allongés côte à côte. Si ce n'est pas le cas, les rapprocher délicatement l'un de l'autre, dans l'axe du corps de l'enfant.
- Placer le bras de l'enfant le plus proche du côté de l'adulte, à angle droit de son corps et plier ensuite son coude tout en gardant la paume de la main tournée vers le haut.
- L'alignement des jambes et la position du membre supérieur anticipent la position finale.

Mise en place du bras



- Se placer à genoux ou en trépied à côté de l'enfant.
- D'une main, saisir le bras opposé de l'enfant et placer le dos de sa main contre son oreille, côté sauveteur.
- Maintenir la main de l'enfant pressée contre son oreille, paume contre paume.
- Lors du retournement, le maintien de la main de l'enfant contre son oreille permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel.

Mise en place de la main sur l'oreille



- Avec l'autre main, attraper la jambe opposée, juste derrière le genou, la relever tout en gardant le pied au sol. La saisie de la jambe de l'enfant au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement et permet à un sauveteur, de retourner celle-ci, quelle que soit sa force physique.
- Se placer assez loin de l'enfant au niveau du thorax pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer.

Avant le retournement



Retourner l'enfant :

- Tirer sur la jambe afin de faire pivoter l'enfant vers l'adulte jusqu'à ce que le genou touche le sol.
Le mouvement de retournement doit être fait sans brusquerie et en un seul temps. Le maintien de la main sous la joue de l'enfant permet de respecter l'axe de la colonne cervicale.

Si les épaules ne tournent pas complètement, l'adulte peut :

- Coincer le genou de l'enfant avec son propre genou, pour éviter que le corps de l'enfant ne retombe en arrière sur le sol.
- Puis, saisir l'épaule de l'enfant avec la main qui tenait le genou pour achever la rotation.
- Dégager doucement la main de l'adulte qui est sous la tête de l'enfant, en maintenant son coude avec la main qui tenait le genou pour ne pas entraîner la main de l'enfant et éviter toute mobilisation de sa tête.
- Veiller en retirant votre main à préserver la bascule de la tête en arrière.



Victime tournée sur le côté

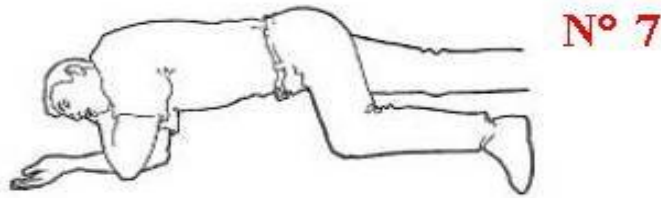


Dégagement de la main de l'adulte

Stabiliser l'enfant :

- Ajuster la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.
La position de la jambe du dessus de l'enfant permet de stabiliser la PLS.
- Ouvrir la bouche avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

En position sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés. La mise en PLS pourrait aggraver une éventuelle lésion nerveuse chez l'enfant ayant subi un traumatisme de la colonne vertébrale, en particulier cervicale. Cependant, le risque d'obstruction des voies aériennes pouvant entraîner un arrêt de la respiration justifie la mise sur le côté.

Position finale**Points clés de la position latérale de sécurité :**

- La mise en PLS d'un enfant sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale.
- Une fois sur le côté, l'enfant se trouve dans une position la plus latérale possible, tête basculée en arrière pour éviter la chute de la langue et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.
- La position est stable.
- Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée.
- La surveillance de la respiration de l'enfant et l'accès aux voies aériennes sont possibles.

TRAUMATISME

Sur la tête :

- Le choc est violent, il est tombé de haut.
- Il a perdu connaissance (il est inerte, pâle, sans réaction).

→ Installer l'enfant en PLS et appelez Le 15 ou 112.

Si pleure tout de suite, il n'a pas perdu connaissance.

Si apparition d'une bosse : ce n'est pas un signe de gravité : une poche de froid peut être appliquée si peau non lésée et selon l'inconfort de l'enfant.

Surveiller et prévenir les parents.

Si apparition de signes de gravité : troubles du comportement, vomissements, convulsions, maux de tête, somnolence ou impossibilité de réveiller l'enfant, démarche instable.

→ Appelez le 15 ou le 112

Surveillez pendant 48 heures et réveillez-le complètement toutes les 4 heures, même la nuit.

Donnez les conseils de surveillance à la personne qui le garde.

Autres traumatismes :

Si choc intense, douleur ou enfant de moins de 1 an : **appeler le 15 ou le 112**

En dehors de critères de gravité :

Douleur : Paracétamol selon le protocole

Hématome : poche de froid

Plaie : cf protocole

ANNEXE 5 : **PROTOCOLES DE SOINS**

LISTE DES MALADIES CONTAGIEUSES ENTRAINANT UNE EVICTION

En cas de maladie contagieuse l'éviction de la collectivité est une obligation réglementaire. Les pathologies concernées sont :

- La coqueluche
- L'angine à streptocoque
- La scarlatine
- L'hépatite A
- L'impétigo
- La rougeole
- Les oreillons
- La tuberculose
- La gastro-entérite à Escherichia Coli entéro-hémorragique
- La gastro-entérite à Shiguelles
- La gale
- Les infections invasives à méningocoques
- La teigne du cuir chevelu
- Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes

Selon l'état de l'enfant, certaines maladies virales peuvent faire l'objet d'éviction à la demande de la structure :

- Angine virale
- Bronchiolite, bronchite
- Conjonctivite
- Gastro-entérite
- Grippe
- Otite
- Roséole
- Varicelle
- Herpès
- Méningite virale
- Syndrome pieds-mains-bouche
- Covid
- ...

Un enfant atteint de pédiculose du cuir chevelu (poux) ne peut revenir en collectivité qu'après avoir été traité.

Pour rappel, pendant la phase aigüe de la maladie,

la fréquentation de la structure est fortement déconseillée.

PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DE SOINS SPÉCIFIQUES

L'administration de médicaments par un professionnel de la crèche **doit rester exceptionnelle**.

Le parent fournit :

- Le médicament (flacon neuf **recommandé** pour les médicaments à reconstituer)
- L'ordonnance clairement lisible
- Les modalités de conservation

Modalités d'administration :

- Tout professionnel de la crèche peut être amené à donner un médicament (Puéricultrice, EJE, Auxiliaire de puériculture, CAP). **Faire valider par une responsable**
- **LES MÉDICAMENTS SONT À GARDER EN PERMANENCE HORS DE PORTÉE DES ENFANTS**
- Lire l'ordonnance en s'assurant qu'elle est clairement lisible, en garder une copie.

Doivent apparaître :

- Le nom du patient (+poids et âge)
- La date
- Le nom du médicament
- La posologie avec la quantité par prise et le nombre de prises quotidiennes
- La durée du traitement
- L'identification claire du prescripteur avec signature
- En cas d'ordonnance illisible ou incomplète, ne pas donner les médicaments
 - Vérification : **règle des 5 B** :
 - Le BON patient (identité de l'enfant)
 - Le BON médicament (clairement identifié sur l'ordonnance / date de péremption)
 - La BONNE dose (posologie à administrer)
 - La BONNE voie (modalité d'administration)
 - Le BON moment (heure de la prise)
 - Le médicament apporté est celui qui est prescrit. **Dans l'éventualité d'un remplacement par un produit générique, le pharmacien a noté la correspondance sur l'ordonnance ou sur la boîte du médicament**
 - Sur la boîte de médicament doit apparaître : Le nom de l'enfant/ Le nombre de prises par jour/ La date du dernier jour de traitement
 - Au moment de la prise :
 - Relire l'ordonnance pour se remémorer la prescription
 - Reconstituer le médicament en suivant les consignes
 - Préparer la dose prescrite et la donner à l'enfant avec le plus grand soin
 - Traçabilité : sur une fiche dédiée, noter : le nom de l'enfant/ la date et l'heure d'administration/ le nom du médicament/ la dose administrée/ le nom du professionnel ayant administré

Précaution

Être attentif à toute modification de l'état de santé pouvant survenir chez l'enfant (boutons, démangeaisons, œdème de Quincke, vomissements, diarrhée...).

En cas de manifestation même bénigne après la prise, il est préférable de prévenir les parents et de ne pas redonner le médicament temps qu'il n'y a pas de nouvelle consigne claire du médecin prescripteur.

Si besoin, appeler le 15 ou le 112

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) peut être établi pour permettre aux enfants concernés d'être accueillis à la crèche tout en bénéficiant de leur traitement et/ou de leur régime alimentaire. Celui-ci est élaboré sur demande de la famille.

À partir de l'ordonnance transmise par le médecin qui suit l'enfant, le PAI est rédigé par le référent santé et accueil inclusif et l'Infirmière-Puéricultrice. Il est ensuite validé et signé par l'Elue, la directrice et les parents.

L'équipe éducative est formée par le référent santé et accueil inclusif ou la puéricultrice sur les gestes et traitements du protocole de soins découlant d'un PAI.

PRISE DE TEMPERATURE

Les thermomètres sont rangés dans la panier de soins de chaque salle de change.

La crèche est équipée de thermomètres électroniques classiques permettant de prendre la température en axillaire ou en rectal.

La voie rectale est à proscrire car trop intrusive pour l'enfant, celle-ci est réservée aux urgences.

A la crèche, nous utilisons **la voie axillaire** :

- Mettre l'enfant au calme et lui expliquer ce qu'il va se passer
- Mettre en marche le thermomètre et bien positionner l'embout sous l'aisselle puis plaquer le bras de l'enfant le temps de la mesure
- Lorsque la mesure s'affiche, ajouter 0.5°C
- Notifier la mesure dans la feuille de traçabilité journalière et le registre infirmier

Selon le résultat, se référer au protocole « FIEVRE ».

FIEVRE SUPERIEURE OU EGALE A 38°C

La fièvre est définie par une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée.

DANS TOUS LES CAS :

- Ne pas trop couvrir l'enfant
- L'installer dans une pièce non surchauffée (moins de 21 °)
- Lui proposer à boire souvent
- Le bain frais est contre-indiqué
- En cas d'une montée forte et rapide en température, il est possible d'appliquer un gant mouillé et frais au niveau des plis de l'aîne
- Prévenir les parents de l'enfant, s'informer si un traitement antipyrétique a été donné (lequel ? à quelle heure ?), et les encourager à consulter leur médecin traitant.

La prise en charge de l'enfant fébrile a beaucoup évolué. Désormais, c'est l'amélioration de son confort qui est recherché plutôt que la baisse systématique de la fièvre. L'administration d'un antipyrétique n'est donc pas systématique.

PUIS DONNER UN ANTIPYRETIQUE A BASE DE PARACETAMOL

Sauf s'il y a une allergie ou intolérance au paracétamol attestée par le médecin traitant (celui-ci produira alors un certificat documenté si ce protocole ne doit pas être appliqué à l'enfant)

➔ Dans tous les cas, sauf si vomissements associés, administrer la forme sirop :

Doliprane en suspension buvable : une dose kg toutes les 6 heures tant que la fièvre persiste (nb : durée de validité 6 mois après ouverture du flacon neuf)

➔ En cas de vomissements, privilégier la forme suppositoire :

- Enfant < 8kg : Doliprane **100 mg** suppositoire : 1 suppositoire toutes les 6 heures tant que la fièvre persiste
- Enfant de 8 à 12 kg : Doliprane **150 mg** suppositoire : 1 suppositoire toutes les 6 heures tant que la fièvre persiste
- Enfant de 12 à 16 kg : Doliprane **200 mg** suppositoire : 1 suppositoire toutes les 6 heures tant que la fièvre persiste
- Enfant > 16 kg : Doliprane **300 mg** suppositoire : 1 suppositoire toutes les 6 heures tant que la fièvre persiste

SURVEILLER L'ENFANT ET REPRENDRE SA TEMPERATURE TOUTES LES HEURES.

SI SIGNES DE MAUVAISE TOLERANCE DE LA FIEVRE ⇒ ALERTER LE 15

- Si l'enfant ne bouge pas, est mou, geint, a du mal à se réveiller ou à respirer.
- Si l'enfant a des tâches rouges ou bleu foncé (purpura) qui apparaissent :
 - (cf. protocole purpura fulminans)
- Si convulsion (cf. protocole convulsions ou PAI existant)

DIARRHEE

Définition :

Selles anormalement molles liquides et/ou anormalement abondantes (plus de 3 selles liquides/24h).

Conduite à tenir :

- **Prendre la température et traiter selon le protocole fièvre**
- **Si une seule selle diarrhéique**, le signaler aux parents le soir
- **Si l'enfant présente plus de 3 diarrhées :**
 - Peser l'enfant pour avoir un poids de référence et le communiquer aux parents
 - Prévenir les parents et leur demander de venir chercher l'enfant
 - Encourager les parents à consulter dans la journée, surtout si l'enfant présente des signes de déshydratation (Cf. protocole signes de déshydratation)
 - Proposer à boire fréquemment du SRO (soluté de réhydratation orale)
 - Ne pas se décourager si l'enfant vomit au début. Le but est d'éviter la déshydratation
 - Pour éviter la contagion, lavez-vous très souvent les mains

Surveiller :

- La fréquence et l'aspect des selles
- L'apparition de signes de déshydratation (Cf. protocole signes de déshydratation)
- Renforcer les mesures d'hygiène habituelles lors des changes (utilisation de gants jetables, lavage des mains + solution hydro-alcoolique, désinfection de la table à langer...)

Si l'enfant :

- Vomit
- A une température supérieure à 38.5°C
- Est très fatigué
- N'est pas comme d'habitude
- A du sang dans les selles
- Si l'enfant a moins de 12 mois

➔ Il faudra prévoir une consultation médicale rapide

Si l'état général est altéré ou signes de déshydratation : Alerter le 15

VOMISSEMENTS

- Peser l'enfant pour avoir un poids de référence et le communiquer aux parents
- Prendre la température et traiter la fièvre selon le protocole fièvre
- Surveiller les signes de déshydratation, la fièvre, les selles, la fréquence des vomissements
- Renforcer les mesures d'hygiène pour limiter la transmission (lavage des mains, désinfection de la table à langer...)
- Proposer à boire fréquemment du SRO (soluté de réhydratation orale)

Si vomissement isolé : Signaler aux parents

Si vomissements répétés avec un bon état général :

- Appeler les parents pour venir chercher l'enfant et les orienter vers une consultation auprès du médecin traitant
- Donner à boire

Si vomissements avec état général altéré :

Surveiller l'apparition de signes de déshydratation : Cf. protocole signes de déshydratation

= Alerter le 15

SIGNES DE DESHYDRATATION

EN CAS DE VOMISSEMENTS, DIARRHEES,

FIEVRE, FORTE CHALEUR

- Yeux foncés et cernés,
- Pâleur,
- Soif intense,
- Fatigue, somnolence ou agitation inhabituelle,
- Hypotonie,
- Fontanelle déprimée,
- Urines moins fréquentes et plus foncées que d'habitude,
- Perte de poids supérieure à 5% du dernier poids connu,
- Temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes,
- Persistance du pli cutané

SI PLUSIEURS DE CES SIGNES SONT PRESENTS :

ALERTER LE 15

FORTE CHALEUR / INSOLATION

Quelle température à l'intérieure de la structure ?

Le référentiel bâtiminaire, arrêté du 31 août 2021, recommande en période de fortes chaleurs ou de canicule une température intérieure ne devant pas être inférieure de 5 à 7°C par rapport à la température extérieure.

La PMI attire notre attention sur l'augmentation du risque de mort subite du nourrisson, surtout chez les 3 à 12 mois, lorsque la température ambiante dépasse 28 °C. Si cela est possible, essayer de maintenir la structure à une température inférieure ou égale à 28°C.

La zone des dortoirs est équipée d'une climatisation, permettant d'apporter de la fraîcheur aux enfants pendant les temps de sieste.

La pièce de vie des grands est équipée depuis juin 2025 d'une climatisation portative permettant de limiter la montée en température de la pièce.

Mesures de luttres contre les fortes chaleurs au sein de la micro-crèche :

- Ouverture de tous les ouvrants le matin à l'ouverture pendant que la température est encore fraîche. Également en toute fin de journée si la température est suffisamment redescendue
- Fermeture de tous les ouvrants dès que la température extérieure s'élève
- Fermeture des stores électriques dès que le soleil arrive directement dans une pièce
- Mettre la climatisation en route en début de journée pour éviter une élévation trop importante de la température
- Ne pas sortir les enfants aux heures les plus chaudes (11h > 18h)
- Proposer de l'eau à boire aux enfants très régulièrement
- Privilégier les jeux d'eau lors de ces périodes
- En intérieur, privilégier les jeux calmes
- Laisser les bébés en body, les plus grands en tenues légères

Quid de l'utilisation des ventilateurs ?

La ventilation naturelle doit être privilégiée mais l'utilisation de ventilateurs n'est pas interdite.

Concernant les pièces d'accueil des enfants :

- Eviter autant que possible la ventilation directe sur les enfants, même à faible vitesse
- Privilégier l'utilisation du ventilateur dans les pièces avant l'accueil des enfants.
- Associer l'usage du ventilateur à une aération croisée (fenêtres ouvertes tôt le matin ou en soirée)
- Les ventilateurs doivent être hors de portée des enfants (mettre des barrières en protection)
- S'assurer que les grilles de protection sont bien fixées.

Concernant la cuisine ou zone de repas :

Cela relève des règles d'hygiène dans les cuisines collectives.

Un ventilateur mobile peut favoriser la dispersion des particules, poussières, micro-organismes ou allergènes dans la zone de préparation des aliments, et donc entraîner une contamination croisée.

Si toutefois, un dispositif de rafraîchissement est absolument nécessaire, voici les consignes à respecter :

- Les systèmes de ventilation doivent **éviter tout flux d'air pouvant perturber l'organisation des zones propres et sales**. L'air doit être dirigé **de la zone propre vers la zone sale**, et non l'inverse.
- Renforcer les mesures de confort thermique **en amont** (aération, hydratation du personnel ++)
- Ne pas utiliser de ventilateur pendant la manipulation des repas.
- Vérifier que la VMC de la structure fonctionne bien.

Que faire en cas d'insolation ?

L'insolation est une élévation anormale de la température du corps due à une exposition prolongée au soleil.

Conduite à tenir :

- Déshabiller l'enfant
- L'installer dans un endroit bien ventilé et à l'ombre
- Le faire boire beaucoup
- **Prendre sa température et traiter l'hyperthermie selon le protocole médical**
- Le rafraîchir avec des linges frais renouvelés régulièrement
- Transmettre l'information aux collègues, aux parents, sur la feuille de transmissions journalières et dans le registre infirmier
- Si présence de fatigue, de vertiges, de maux de tête, de somnolence, de nausées ou de vomissements : appeler les parents pour prévoir une consultation médicale rapide
- Si trouble de la conscience, appeler le 15.

BRÛLURE

Appelez le centre 15, dans les cas suivants :

- Avant l'âge de 1 an
- Si la brûlure est située sur le visage, mains, plis de flexion ou organes génitaux externes
- Si la surface brûlée est supérieure à la moitié de paume de la main de l'enfant
- Si c'est une brûlure électrique ou chimique
- Au moindre doute

La douleur n'est pas un signe de gravité, une brûlure profonde peut ne pas faire mal.

Immédiatement et dans tous les cas :

- **Mettez la zone brûlée sous l'eau froide (15° à 25°)**
- **Douche / douchette, eau du robinet, sans pression**
- **A 15 cm de la zone brûlée**
- **Pendant 15 min**

Le refroidissement immédiat de la zone brûlée par de l'eau froide est primordial pour stopper la progression de la brûlure et la destruction de la peau.

▪ **Vêtements :**

- Si collés à la peau : ne retirez pas les vêtements et si possible découpez autour et faites couler de l'eau par-dessus
- Si pas collés : retirez les vêtements immédiatement avant de faire couler l'eau

▪ **Ne percez pas les bulles**

▪ **N'appliquez rien sur la brûlure** (ni crème, ni alcool, ni colorant, ni substance grasse) ni glace ou eau glacée qui peuvent abîmer encore plus la peau

▪ **Traitez la douleur** : donner du paracétamol si ordonnance et accord écrit des parents selon le protocole douleur

▪ **Enveloppez dans un linge propre non pelucheux, imbibé d'eau froide**

▪ **Surveiller, prévenir les parents**

S'il s'agit simplement d'une rougeur limitée type coup de soleil, sans bulle(s), l'enfant peut rester sous votre surveillance et avec l'accord des parents.

PIQURE D'INSECTES

Abeilles, guêpes, frelons, bourdons

PREVENTION

- S'assurer au moment de l'inscription de l'absence d'allergies avérées
- En cas de pique-nique ou de goûter à l'extérieur :
 - Eviter de laisser du sucre sur les mains, la bouche ou les vêtements des enfants
 - Ne pas laisser les poubelles ou restes d'aliments près des enfants

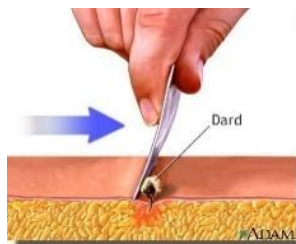
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE PIQÛRE ?

- **Réaction locale directe :**
 - Douleur
 - Erythème (rougeur)
 - Œdème (gonflement)
- **Réaction générale :**
 - Urticaire : éruption généralisée qui démange, mobile dans le temps et dans la localisation (**cf. protocole urticaire**)
 - Angio-œdème : gonflement généralisé
 - Choc allergique = choc anaphylactique (**cf. protocole choc anaphylactique**)
 - Réactions toxiques liées au venin
 - Manifestations tardives graves et rarissimes

CONDUITE A TENIR EN CAS DE PIQÛRE

- Rassurer l'enfant
- Rassurer l'enfant

Identifier si possible l'insecte = s'il s'agit d'une abeille, il faut retirer le dard rapidement (le sac à venin se vide en 1 minute) en grattant avec un objet type carte de crédit. Ne pas utiliser de pince à épiler car elle presserait le sac à venin et augmenterait la quantité de venin libérés dans la plaie



- Nettoyer la zone piquée à l'eau et au savon
- Appliquer immédiatement un gant froid pour limiter la propagation du venin
- **Vérifier rapidement si l'enfant est allergique**
- Dans un second temps, application d'une poche réfrigérée pour lutter contre l'inflammation
- Surveiller le point de piqûre et l'état général de l'enfant
- En cas de douleur importante, donner une dose de paracétamol (Doliprane dose/kg).
- Appliquer crème Apaisyl ou Apaisyl baby (chez les enfants de moins de 30 mois) sur le point de piqûre
- Prévenir les parents

Appel SAMU 15 si :

- Piqûres multiples
- Piqûre bucco-oro pharyngée
- Piqûre oculaire
- Allergie connue aux piqûres d'hyménoptères (**cf. PAI**).
- Œdème de Quincke (gonflement du visage et du cou) (**cf. protocole œdème de Quincke**)
- Pâleur, difficulté respiratoire, à avaler ou à parler, sueurs
- Des signes digestifs : diarrhée, vomissements, mal au ventre
- Eruption cutanée

TRAUMATISME SANS PLAIE

- Rassurer l'enfant
- Appliquer une poche de froid
- Prévenir les parents

TRAUMATISME AVEC PLAIE

Si la plaie est superficielle

- Rassurer l'enfant
- Se laver les mains
- Mettre des gants jetables
- Nettoyer à l'eau claire et au savon et retirer les corps étrangers de petites tailles
- La recouvrir d'un pansement

Si la plaie est profonde :

- Allonger l'enfant et couvrir la plaie avec une compresse stérile
- Si les saignements sont importants, comprimer la plaie
- **Consulter le 15 pour avis**
- Prévenir les parents après prise en charge de l'enfant

TRAUMATISME DENTAIRE

En cas de petite plaie de la bouche :

- Laver à l'eau froide
- Informer les parents

En cas de plaie compliquée de la bouche (par exemple après pénétration d'objet dans la bouche, après un choc sur les dents, après morsure de la langue) :

- Prévenir les parents pour une consultation médicale rapide
- Si chute d'une dent, la conserver dans du sérum physiologique et consultation rapide

TRAUMATISME DE L'OEIL

Tout choc sur l'œil peut comporter des risques graves, même en l'absence de plaie

- Si une plaie existe, recouvrir l'œil d'une compresse stérile et ne rien mettre d'autre
- **Consulter le 15 pour avis**
- Prévenir les parents
- Dans tous les cas, une visite chez l'ophtalmologiste est indispensable.

SAIGNEMENT DE NEZ

- Rassurer l'enfant
- Utiliser des gants à usage unique
- Le faire se moucher doucement
- Pencher la tête de l'enfant en avant, le laisser assis
- Comprimer les deux narines (haut de l'aile du nez) 10 minutes sans relâcher
- **Si le saignement persiste, appeler le SAMU 15**
- **S'il s'agit d'un nourrisson, appeler le SAMU 15**
- Prévenir les parents

DOULEUR

SIGNES D'APPEL :

Chez le nourrisson :

- Gémissements, cris aigus ou plaintifs
- Modification du comportement habituel : trop calme, triste, indifférent
- Visage crispé
- Refus de s'alimenter, malaise, pâleur, vomissements

→ Appeler le 15 ou le 112 en plus de prévenir les parents

Chez l'enfant :

- Se place spontanément en position antidouleur : couché sur le côté, recroquevillé sur lui-même
- Se plaint
- Soutient éventuellement un membre blessé ou ne s'en sert plus
- Changement de comportement

IDENTIFIER LA CAUSE DE LA DOULEUR : après un traumatisme, une piqûre d'insecte, lors d'une poussée dentaire, ou en cas de maladie

CONDUITE A TENIR :

- Prévenir les parents
- Mettre l'enfant au calme, respecter sa position antalgique
- En fonction de la cause, possibilité d'appliquer du froid (poche réfrigérée) ou du chaud (gant chaud). Cf : les différents protocoles existants
- Si la douleur n'est pas soulagée, administrer une dose de PARACETAMOL, selon le protocole fièvre, après avoir vérifié que l'enfant n'a pas déjà eu une dose dans les 6h précédentes et à condition d'avoir une ordonnance et l'autorisation écrite des parents
- Si le traumatisme est important ou la douleur intense **appeler le 15 ou 112**

ERUPTION CUTANEE

Si éruption fébrile avec un état général conservé :

→ Appeler les parents et les orienter vers une consultation auprès du médecin traitant

Si éruption fébrile avec un état général altéré :

→ Enfant geignard, mou, somnolent, difficile à réveiller **ALERTER LE 15**

Si éruption fébrile à type de purpura (cf CAT purpura fulminans) : ALERTER LE 15

Si éruption non fébrile :

→ Surveiller pendant 2 heures

Si éruption évolutive :

→ Appeler les parents et orienter vers une consultation auprès du médecin traitant.

CONJONCTIVITE

DEFINITION

La conjonctivite est une inflammation ou une irritation de la conjonctive de l'œil, qui est la membrane qui recouvre le blanc de l'œil et le dessous des paupières.

La conjonctivite allergique survient plutôt au printemps et en été. Touchant souvent les deux yeux, elle n'est pas contagieuse.

La conjonctivite bactérienne est la cause la plus fréquente des conjonctivites de l'enfant, survenant plutôt en hiver et au printemps, pouvant toucher un œil uniquement, ou les deux. Elle peut être très contagieuse.

LES SIGNES CLINIQUES

- Œil (yeux) collé(s) au réveil,
- Rougeur des conjonctives,
- Œdèmes (les yeux sont gonflés),
- Ecoulement oculaire purulent et abondant,
- Douleur ou démangeaison de l'œil (des yeux).

CONDUITE A TENIR

→ Si les signes sont constatés **lors de l'accueil de l'enfant**, celui-ci n'est pas admis. Une consultation médicale est souhaitée.

→ Si les signes sont constatés **au cours de la journée** :

- Se laver et se désinfecter les mains avant et après tout contact avec les yeux de l'enfant.
- Nettoyer les yeux à l'aide d'une compresse imbibée de sérum physiologique : une compresse par œil, du propre vers le sale, ne pas frotter, et jeter la compresse après chaque passage. Recommencer jusqu'à nettoyage complet des 2 yeux.
- Appeler les parents pour qu'ils viennent chercher l'enfant et les inviter à consulter

REACTION ALLERGIQUE GRAVE

- L'enfant a un Protocole d'Accueil Individualisé : l'appliquer et appeler le SAMU 15
- L'enfant n'a pas de Protocole d'Accueil Individualisé : 3 cas possibles :
 1. URTICAIRE
 2. OEDEME DE QUINCKE
 3. CHOC ANAPHYLACTIQUE

URTICAIRE

SIGNES

Plaques rouges sur le corps avec démangeaisons. Eruption cutanée mobile dans le temps et dans la localisation.

CONDUITE A TENIR

Appeler le SAMU 15 et suivre les instructions du médecin

- Prévenir les parents

OEDEME DE QUINCKE

SIGNES

Œdème du visage et du cou rapidement extensif avec gêne respiratoire.

Le pronostic vital est en jeu, c'est donc une urgence.

CONDUITE A TENIR

- Ne pas allonger l'enfant, le laisser en position demi-assise
- Appeler le SAMU 15 et suivre les instructions du médecin
- Prévenir les parents.

CHOC ANAPHYLACTIQUE

DEFINITION

Réaction allergique généralisée.

Signes annonciateurs : nausées et vomissements.

Le pronostic vital est en jeu, c'est donc une urgence.

LES SIGNES ANNONCIATEURS

- Malaise
- Difficultés respiratoires
- Sensation de chaleur, de picotements
- Prurit (démangeaisons) palmo-plantaires
- Mains et pieds glacés
- Douleurs et crampes abdominales

CONDUITE A TENIR

- Si PAI : l'appliquer et **appeler le SAMU 15**
- **Si pas de PAI : appeler le SAMU 15 et suivre les instructions du médecin**
- Mettre l'enfant en PLS
- Surveiller son pouls et sa respiration jusqu'à l'arrivée des secours
- En cas d'arrêt respiratoire, pratiquer une réanimation cardio-respiratoire jusqu'à l'arrivée des secours
- Prévenir les parents

PURPURA FULMINANS

C'est une URGENCE VITALE

DEFINITION

Association d'une fièvre (température supérieure à 38°C) et d'un purpura (taches bleutées ou rouges, qui ne disparaissent pas à la pression avec fond de verre ou à l'étirement de la peau).

CONDUITE A TENIR

- **Appeler le SAMU 15** et suivre les instructions du médecin
- Isoler l'enfant des autres (pièce différente) et faire porter un masque à l'enfant et aux personnes qui s'en occupent
- Entourer les lésions au stylo bille et noter l'heure à laquelle on entoure les premières lésions
- Surveiller l'enfant en attendant l'arrivée du SAMU : conscience, coloration, respiration
- Prévenir le médecin de la structure pour établir les différentes mesures à mettre en place au sein de la crèche

DOIGT COINCE

- Rassurer l'enfant
- Refroidir : mettre le doigt sous l'eau froide
- Observer la mobilité du doigt
- Prévenir les parents pour consulter
- Si l'ongle est arraché : le mettre dans une compresse stérile imbibée de sérum physiologique, laver le doigt à l'eau et au savon
- En cas de douleur, donner du DOLIPRANE (sauf en cas d'allergie au paracétamol documentée par le médecin traitant), de préférence la forme sirop : DOLIPRANE suspension buvable : une dose kg, toutes les 6 heures. Ne pas dépasser 4 doses / 24h

Si refus du sirop, donner : DOLIPRANE suppositoire :

- < 8kg : 1 suppositoire de 100mg toutes les 6 heures
- De 8 à 12kg : 1 suppositoire de 150mg toutes les 6 heures
- De 12 à 15kg : 1 suppositoire de 200mg toutes les 6 heures
- > 15kg : 1 suppositoire de 300mg toutes les 6 heures

DOIGT SECTIONNE

- Rassurer l'enfant
- Comprimer immédiatement au niveau de la plaie et faire un pansement compressif
- **Appeler le SAMU 15**
- Récupérer le doigt sectionné, le placer dans un sac plastique, et placer le sac plastique dans un autre sac contenant des glaçons
- Prévenir les parents

LAVAGE DE NEZ

(ou DESOBSTRUCTION RHINO-PHARYNGEE ou DRP)

La désobstruction rhino-pharyngée est un geste simple et efficace qui consiste à instiller un liquide physiologique ou une solution adaptée dans chacune des fosses nasales avec une pression douce mais suffisante pour pousser les sécrétions vers l'extérieur.

Quand ?

Lorsque les nourrissons et jeunes enfants sont enrhumés ou lorsqu'ils ont le nez bouché, avant la tétée, le biberon ou la prise de repas, avant de les coucher et aussi souvent que nécessaire.

Le lavage de nez ne doit pas être réalisé après un repas pour éviter les vomissements.

Comment procéder ?

- Se laver les mains avant et après le soin
- Expliquer à l'enfant ce qui se passe au fur et à mesure et rassurez-le
- Utilisez des dosettes de sérum physiologique ou une seringue avec un embout souple adapté
- Allonger l'enfant et tournez-lui la tête sur le côté et maintenez-la fermement avec la paume de votre main. Essayez de maintenir sa bouche fermée en plaçant le pouce de cette même main sous le menton
- Avec l'autre main, placez la dosette à l'entrée de la narine supérieure en l'inclinant légèrement vers le haut et appuyez pour instiller le produit dans la narine (les sécrétions sortent par la narine inférieure avec le sérum ou elles partent dans l'arrière gorge et seront avalées et digérées)
- Puis, tournez la tête du bébé de l'autre côté et répétez la manœuvre dans la narine opposée
- Inclinez ensuite le bébé et essuyez les sécrétions
- Autre technique : bébé sur le côté, on ferme la narine inférieure avec un doigt et on instille le sérum dans la narine supérieure : le sérum entre, lave et ressort par la même narine avec les sécrétions
- Le lavage à la seringue avec un embout nasal adapté permet de pratiquer le lavage de nez en position assise : il est moins invasif et souvent plus efficace. Pratiquer un geste doux pour éviter tout risque d'otite

Les bébés ou jeunes enfants enrhumés sont gênés pour respirer, dorment mal, n'arrivent pas à garder leur tétine, n'arrivent pas à bien s'alimenter, peuvent régurgiter ou vomir des glaires, toussent gras surtout en position allongée.

Ne faites surtout pas l'impasse sur les lavages de nez même si le bébé pleure.

Le lavage de nez sera toujours bénéfique pour lui.



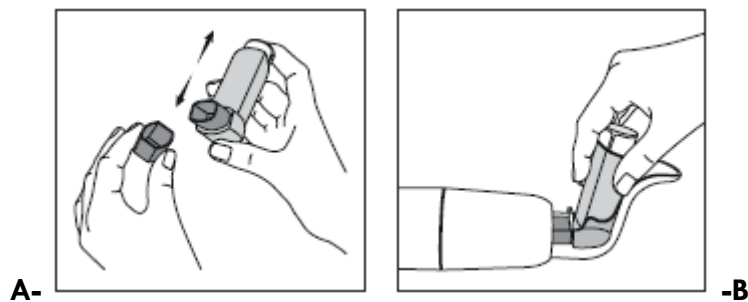
UTILISATION CHAMBRE D'INHALATION

Les chambres d'inhalation sont des dispositifs conçus pour aider les bébés et les nourrissons à **prendre des médicaments en inhalation**. Ils comportent un masque facial souple que vous placez délicatement sur le visage de l'enfant pour couvrir sa bouche et son nez.

Le dispositif vous aidera à **vous assurer que l'enfant reçoit la bonne dose de médicament** à chaque administration.

Préparation de l'aérosol-doseur

- 1) Les chambres d'inhalation sont conçues pour être utilisées avec **un médicament en aérosol pour inhalation** que le médecin a prescrit. **Toujours se reporter à l'ordonnance avant chaque utilisation.**
- 2) Retirez le capuchon de l'embout buccal de l'aérosol-doseur (schéma A). Insérez doucement l'aérosol-doseur dans le support à l'extrémité de la chambre d'inhalation. L'embout buccal de l'aérosol-doseur doit être dirigé vers l'intérieur de la chambre d'inhalation (schéma B).



Administration du médicament à l'enfant

- 3) Le médecin a prescrit un protocole d'administration des médicaments (traitement de fond / traitement épisodique / traitement en cas de crise). Toujours se référer aux recommandations des parents lors de l'accueil de l'enfant et faire valider par une responsable de la structure. Privilégiez une administration avant un repas (surtout si lavage de nez nécessaire en amont).

Vous devez lui administrer une dose à la fois. Prenez l'enfant et assurez-vous qu'il est bien installé.

Si le spray est neuf ou n'a pas été utilisé pendant 3 semaines, il doit être **amorcé** : faire une pulvérisation dans le vide).

- 4) Placez le masque délicatement mais fermement sur le visage de l'enfant pour couvrir son nez et sa bouche (cf schéma et photos) et privilégiez, pour l'enfant, une position assise ou semi-assise. Tenez la chambre d'inhalation à un angle confortable pour vous et l'enfant. Avec le pouce, appuyez une fois sur l'aérosol-doseur pour libérer une dose de médicament dans la chambre d'inhalation aussi rapidement que possible. Maintenez-la en place jusqu'à ce que l'enfant ait pris 10 respirations (inspiration et expiration) : environ 15 secondes. Vous pouvez compter le nombre d'inspirations en regardant les valves bouger à chaque respiration.



- 5) Si le médecin a prescrit plusieurs doses, répétez les étapes 4.
- 6) Rincez la bouche de l'enfant si utilisation d'un corticoïde inhalé
- 7) Enlevez l'aérosol-doseur de la chambre d'inhalation en le retirant de son support.
- 8) Remettre le capuchon de l'aérosol doseur puis le ranger. Replacez la chambre d'inhalation dans son sac de protection.

Nettoyage de la chambre d'inhalation

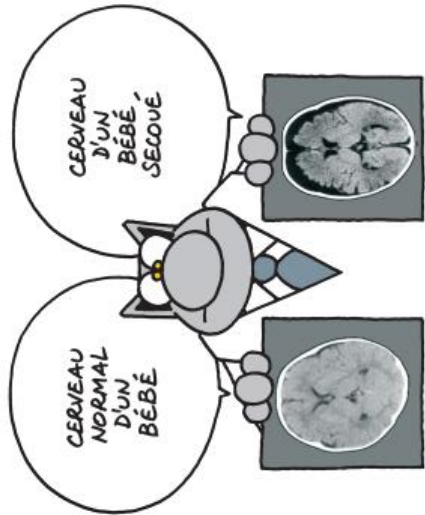
Il est important de nettoyer la chambre d'inhalation régulièrement. Nous conviendrons, au sein de la micro-crèche, que nous la nettoierons **une fois par jour lorsque celle-ci est utilisée ponctuellement OU à la fin d'un cycle de PAI.**

Protocole de nettoyage :

- a- Visualiser le montage de la chambre d'inhalation (il en existe plusieurs modèles) afin d'en faciliter le remontage.
- b- Démonter complètement la chambre d'inhalation, les valves également, mais attention, celles-ci doivent être manipulées avec précaution.
- c- Nettoyer toutes les pièces à l'eau savonneuse (utiliser un savon doux), masque également. Rincer abondamment à l'eau tiède.
- d- Laissez sécher les pièces à la température ambiante sur un essuie-mains à usage unique jusqu'à ce qu'elles soient complètement sèches. Évitez toute chaleur excessive. Ne frottez pas l'intérieur de la chambre d'inhalation avec un chiffon.
- e- Remonter la chambre d'inhalation et la ranger.



NE JAMAIS SECOUER UN BEBE



pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

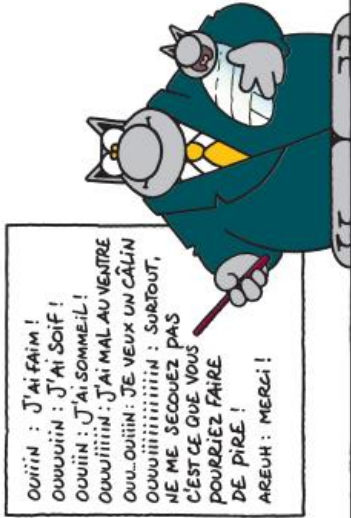
secouer peut tuer

- 10% décèdent
- près de 50% sont handicapés à vie

Son cerveau est fragile. Sa tête est lourde
Son cou n'est pas assez musclé
Le cerveau d'un bébé bouge dans le crâne.
Si le bébé est secoué, sa tête se balance
rapidement d'avant en arrière et le cerveau
frappe contre la boîte crânienne comme un
coup de fouet. Les vaisseaux sanguins
autour du cerveau se déchirent, saignent
et entraînent des lésions cérébrales.

informez toutes les personnes qui s'occupent de votre enfant
quant au danger encouru par un bébé que l'on secoue.



 ouiïin : J'ai faim ! ouuuuïin : J'ai soif ! ouiïin : J'ai sommeil ! ouuuuïin : J'ai mal au ventre oui...ouiïin : Je veux un câlin ouuuuïiiiiiiiiin : surtout, ne me secouez pas c'est ce que vous pourriez faire de pire ! AREUH : MERCI !	bébé pleure, c'est sa seule façon de vous dire que • il a faim • il a sommeil • sa couche est sale • il a chaud ou froid • il y a trop de bruit • il y a trop de monde • il veut un câlin
 ON PEUT SECOUER UN BIBERON PAS UN BÉBÉ !	pour calmer bébé • proposez-lui un peu d'eau ou de lait • vérifiez s'il n'a pas chaud ou froid • emmenez-le dans un endroit calme • promenez-le • changez sa couche • bercez-le doucement • massez-lui le ventre ou le dos
 PLUTÔT QUE DE LE SECOUER OU LE JETER PAR LA FENÊTRE JE FERAIS MIEUX DE SORTIR UN INSTANT POUR ME CALMER	bébé continue de pleurer Si vous ne supportez plus ses pleurs, sortez de la pièce pour retrouver votre calme. • Demandez à quelqu'un de prendre le relais • Couchez-le sur le dos, au calme dans son lit • Faites une pause, Respirez profondément. appelez un(e) ami(e), la famille, un voisin, votre pédiatre consultez votre pédiatre, votre généraliste, la PMI, l'hôpital S'il fait un malaise, appelez le 15 ou le 18 ne le secouez pas. Vos secousses risquent de faire plus de mal que le malaise.

SIESTE ET ACCOMPAGNEMENT AU SOMMEIL

Source de repos psychique et physique, le sommeil est un temps essentiel en crèche pour permettre à l'enfant de se ressourcer et de recharger l'énergie dépensée au cours de sa journée.

Aménagement de l'espace

L'espace est aménagé dans les salles de vie de façon propice à un retour au calme avant la sieste (coin calme, musique douce, lecture de livres...). Cela permet un départ plus serein dans les dortoirs et facilite l'endormissement de chacun.

Chaque enfant peut dormir dans un lit adapté à son âge et à sa maturité : lits à barreaux de différentes tailles, lit bas à barreaux, barquettes.

Le choix de l'attribution des lits chez les bébés se fait en fonction de leur rythme et de la luminosité des dortoirs (certains bébés ont besoin de s'endormir dans le noir tandis que d'autres auront besoin de plus de clarté). Chez les plus grands, la répartition se fait en début d'année. Des réajustements sont toujours possibles tout au long de l'année en fonction des observations de l'équipe.

Afin de se repérer plus facilement et de faciliter les départs à la sieste, un plan des lits est affiché à l'entrée de chaque chambre ainsi que la photo des enfants au-dessus de leur lit.

La mise en place de rituels propres à la collectivité

Que ce soit dans le groupe des plus petits ou celui des plus grands, nous expliquons aux enfants le déroulé de ce qu'il va se passer concernant le temps de « sieste ». Ceci permet petit à petit à l'enfant de se repérer, se projeter et se rassurer.

Les préparations à la sieste sont toujours accompagnées d'un adulte et les différentes étapes expliquées à l'enfant.

Pour les bébés

- Le lit est proposé selon les signes de fatigue de l'enfant et le coucher des bébés s'organise de manière individuelle.
- Pour les petits dormant en lit à barreaux, l'adulte n'est pas présent en permanence mais une surveillance est faite de façon très régulière avec émargement de surveillance toutes les 10-15 minutes environ à chaque passage

Pour les grands

- Le sommeil est proposé de manière collective. Si un enfant présente des signes de fatigue ou demande à se reposer, la demande sera respectée et l'enfant couché à ce moment
- Les rituels de chacun sont respectés au maximum et dans la mesure du possible
- L'adulte reste auprès des enfants durant toute la sieste. Si un enfant n'a pas trouvé le sommeil alors que tous les autres dorment, il lui sera proposé de se relever

- Afin de laisser de l'autonomie à l'enfant et ne pas le mettre dans une situation angoissante, les portes des chambres des plus grands restent ouvertes quand les professionnels quittent la chambre. Cela permet aux enfants de se lever de manière échelonnée et de sortir seuls du dortoir pour rejoindre la salle de vie

Nous invitons les parents à nous informer des changements concernant le sommeil de leur enfant afin d'adapter nos pratiques à la crèche.

Il peut arriver qu'un enfant (quel que soit l'âge) n'accepte pas le fait d'aller dans les dortoirs. Il nous est tout à fait possible de lui proposer un temps de sieste dans une poussette s'allongeant complètement.

Les 2 dortoirs de la micro-crèche sont équipés d'écoute-bébé.

Je fais dodo sur le dos



Des conseils simples

- Toujours sur le dos pour dormir
- Dans un lit à barreaux,
- Sur un matelas bien ferme, dans une turbulette de taille adaptée,
- Sans oreiller, ni couette, ni couverture, ni tour de lit, ni peluches.
- Si possible dans la chambre des parents
- Sans tabac, ni avant ni après la naissance.
- Température ambiante 18-20°C.

Sur le dos : une mode ?

Non, une sécurité ! De très nombreuses études scientifiques depuis 1990 ont prouvé que cela réduit fortement le risque de mort inattendue du nourrisson. Les dangers de la position ventrale sont établis car dans cette position il y a un risque d'enfouissement, de gêne de la régulation thermique et un risque de confinement respiratoire.

Quand il se retourne tout seul ?

C'est qu'il grandit... On peut alors le laisser choisir sa position, en restant très vigilant sur l'environnement de couchage : literie, doudou... jusqu'à 1 an.



Attention au lit parapluie !

Utilisez ce lit, pour un usage occasionnel, avec seulement le matelas fin d'origine. Un matelas surajouté rend ce lit dangereux : l'enfant risque de se coincer entre la paroi souple et le matelas, et de s'y étouffer.



Pourquoi pas sur le côté ?

C'est trop instable : le bébé bascule facilement sur le ventre. Les objets de maintien sont dangereux car ils entravent les mouvements spontanés de l'enfant.



Et s'il a des soucis digestifs ?

Certains bébés ont des « coliques » vers 2-3 mois et sont plus à l'aise sur le ventre ou dans les bras pour s'endormir : pensez à retourner doucement votre bébé sur le dos en l'installant dans son lit. En cas de régurgitations sur le dos, l'inhalation est évitée par un réflexe naturel. Si votre bébé a des rejets douloureux, parlez-en à votre pédiatre.



Et s'il fait plus chaud que 20°C ?

Il faut l'habiller selon la saison et la température de la pièce. Un simple body peut suffire pour dormir en été.

Sur le dos, son crâne ne risque-t-il pas de s'aplatir ?

On peut éviter la plagiocéphalie par des moyens simples :

- Laisser l'enfant bouger librement dans son lit et à l'éveil, ce qui lui permet de varier les points d'appui du crâne ;
- L'inciter à tourner la tête plus souvent du côté opposé à un aplatissement débutant en déplaçant le mobile ou le lit ;
- Installer régulièrement bébé sur le ventre à l'éveil, ce qui développera sa capacité à réagir quand il se retournera tout seul dans son lit.



5 rue La Pérouse,
75116 Paris
01 47 23 05 08
contact@naître-et-vivre.org
www.naître-et-vivre.org

Nour d'après le site Naître et Vivre © 2018

CONSERVER ET STOCKER LE LAIT MATERNEL

Durée de conservation du lait maternel

Recommandations de l'A.F.S.S.A. (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) 2007.

	Congélateur (- 18°C ou moins)	Réfrigérateur (0-4°C)	Température de la pièce (< 26°C)
Lait maternel frais	4 mois	48 heures	4 heures
Lait maternel décongelé	Ne pas recongeler	24 heures	1 heure

Recommandations

- La date et l'heure du recueil du lait, le nom et le prénom de l'enfant doivent être notés sur le biberon.
- Nécessité d'un thermomètre pour le réfrigérateur.
- Nettoyage et désinfection du réfrigérateur une fois / mois.
- Ne jamais conserver de lait dans le compartiment à glaçons, ni dans la porte du réfrigérateur qui n'est pas assez froide.

Transport du lait maternel

- Le respect de la chaîne du froid est essentiel : glacière ou sac isotherme avec un pack de réfrigération.
- Le temps de conservation dans la glacière ne doit pas dépasser une heure.
- Le lait doit être replacé dans le réfrigérateur à 4°C à l'arrivée.

Décongélation du lait maternel

- Soit au bain marie (éviter l'eau bouillante : < 42°C), chauffe biberon ou filet d'eau chaude : consommation dans l'heure qui suit.
- Soit au réfrigérateur : consommation dans les 24h.

Réchauffage du lait maternel

- Faire tiédir le biberon au bain marie ou dans un chauffe biberon (ne jamais réchauffer un biberon au micro-ondes).
- Tout lait réchauffé doit être consommé dans la ½ heure.

ANNEXE 6

MESURES PRÉVENTIVES D'HYGIÈNE GÉNÉRALE ET RENFORCÉE EN CAS DE MALADIE CONTAGIEUSE OU D'ÉPIDÉMIE OU TOUT AUTRE SITUATION DANGEREUSE POUR LA SANTÉ

Mesures d'hygiène générale

- **Lavage des mains** aussi souvent que nécessaire :
 - Des professionnels
 - Des enfants (avant les repas, après avoir été aux toilettes et dès que besoin)
- Eternuer et tousser dans son coude
- **Aération des locaux** au minimum 15 minutes, 2 fois par jour
- Les parents peuvent entrer dans les salles de vie avec des **surchausures** obligatoires (ou en chaussettes)
- **Lavage quotidien à 40°C** des bavoirs, gants de repas et à **60°C** pour les gants de change, serviettes de change en tissu et les serpillères
- Lorsqu'un lit est partagé, les draps doivent être changés (enlever l'angle du drap pour savoir quel drap est à laver)
- **Désinfection quotidienne du petit mobilier, des salles de change, des sols** à l'eau ozonée stabilisée
- **Désinfection du plan de change** dès qu'un enfant a eu des selles
- **Désinfection des jeux et jouets** deux fois par semaine

Mesures d'hygiène renforcée en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie ou tout autre situation dangereuse pour la santé

- **Lavage des mains renforcé des professionnels :**
 - A la prise de poste
 - Après tout contact physique avec un parent
 - Après toute manipulation d'un masque
 - Avant et après chaque repas
 - Avant et après chaque change ou passage d'un enfant aux toilettes
 - Avant et après passage aux toilettes du professionnel
 - Après s'être mouché, toussé, éternué
 - Après avoir mouché un enfant
 - En quittant la micro-crèche
- **Lavage des mains renforcé des enfants et des familles** (à l'arrivée à la micro-crèche)
- Pour les professionnels, prévoir **une tenue par jour** à porter sur le lieu de travail (lavée à 60°C sur place)
- Port du masque de catégorie 1 **en fonction de l'épidémie et des recommandations nationales**. Il est à changer toutes les 4h
- Enlever les bijoux (bagues, bracelets)
- **Désinfection du plan de change** après chaque passage
- Si utilisation des petites toilettes ou pot : désinfection après chaque passage
 - **Aération des locaux** pendant quelques minutes toutes les heures et systématiquement pendant 15 minutes le matin avant l'arrivée des enfants, après le déjeuner, le soir après le départ des enfants, pendant et après le nettoyage des locaux

- **Lavage quotidien à 60°C** des bavoirs, gants de repas, draps, turbulettes
- Augmentation du rythme de lavage des draps et turbulettes
- **Désinfection** quotidienne des **jeux et jouets**, des **tapis de sol et modules de motricité**, des **poubelles et leurs couvercles**
- **Affichage** de l'épidémie en cours aux familles

ANNEXE 7

PROCÉDURE EN CAS DE SUSPICION DE MALTRAITANCE



SOMMAIRE

L'information préoccupante à la C.R.I.P.....	P.72
Le signalement au procureur de la République	P.73
Les facteurs de risque.....	P.73
Quels sont les signes d'alerte pouvant évoquer une suspicion de maltraitance d'un enfant	P.73
Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance d'un enfant	P.75
Carnet de bord d'observations.....	P.76
Fiche de recueil d'une information préoccupante.....	P.78

« **La maltraitance** vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. » (Article L.119-1 du code de l'action sociale et des familles)

Face à une situation d'enfant maltraité, en danger ou en risque de l'être, tout citoyen a l'obligation d'informer les autorités compétentes pour venir en aide à cet enfant. Soit par une **information préoccupante face à un mineur en danger ou en risque de l'être** (à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes – C.R.I.P.), soit par **un signalement face à un mineur maltraité** (au Procureur de la République). Il s'agit d'une obligation qui, si elle n'est pas respectée, donne lieu à des sanctions pénales. Les professionnels soumis au secret sont autorisés par la loi à « lever le secret » lorsqu'il s'agit d'une situation de violences sur mineurs (code pénal, art. 226-14).

L'information préoccupante à la C.R.I.P.

Selon l'article R226-2-2 du code de l'action sociale et des familles, **l'information préoccupante** est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du Conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromise ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

L'article L226-4 du code de l'action sociale et des familles précise que le président du Conseil départemental avise sans délai le procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants lorsqu'un mineur est en danger et :

- Qu'il ait déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions d'aide à domicile et/ou de placement provisoire, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation,
- Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions d'aide à domicile et/ou de placement provisoire, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service,
- Que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.

Le président du Conseil départemental avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation.

Le président du Conseil départemental fait connaître au procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressée.

Le procureur de la République informe dans les meilleurs délais le président du conseil départemental des suites qui ont été données à sa saisine.

Le signalement au procureur de la République

Toute personne travaillant au sein d'établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger et adresse une copie de cette transmission au président du conseil départemental. Lorsque le procureur a été avisé par une autre personne, il transmet au président du conseil départemental les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier et il informe cette personne des suites réservées à son signalement, à savoir : °

- Soit d'engager des poursuites,
- Soit de mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites,
- Soit de classer sans suite la procédure.

Les facteurs de risque

Des situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

- Chez l'enfant :
 - La prématurité,
 - Des troubles du développement et/ou du comportement,
 - Le handicap
- Chez les parents :
 - Tout évènement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression post-partum...),
 - Des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
 - Des violences conjugales,
 - Des addictions,
 - L'isolement social et surtout moral,
 - Des troubles psychopathologiques.

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

Quels sont les signes d'alerte pouvant évoquer une suspicion de maltraitance d'un enfant ?

- **Des signes physiques :**
 - Ecchymoses sur des localisations inhabituelles (au niveau thoracique, abdominal, pelvien, lombaire ou symétriquement sur les bras)
 - Brûlures
 - Morsures
 - Griffures (fréquentes et/ou dans des localisations surprenantes)
 - Fractures

- Lésions viscérales (nausées, vomissements, pâleur... doivent alerter)
 - Somnolence inhabituelle
- **Des signes de négligences lourdes** qui peuvent porter sur l'alimentation, le rythme de sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.
- **Des signes de maltraitance psychologique :**
- Trouble des interactions précoces, discontinuité des interactions
 - Trouble du comportement lié à un défaut de l'attachement
 - Humiliations répétées
 - Insultes
 - Exigences excessives
- **Des signes comportementaux de l'enfant :**
- Toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, à la micro-crèche, avec ses pairs...), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire,
 - Un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard,
 - Des troubles du sommeil, des cauchemars,
 - Des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie),
 - Un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers,
 - Une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel
 - Une mise en danger
 - Des gestes et paroles inappropriés pour l'âge (gestes à connotation sexuelle, mots pas censés être connus par l'enfant à son âge)
 - Ce que l'enfant peut raconter spontanément de ce qu'il vit
- **Des signes comportementaux de l'entourage :**
- Vis-à-vis de l'enfant :
 - Indifférence de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
 - Adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant
 - Vis-à-vis des intervenants :
 - Minimisation, banalisation ou contestation des symptômes de l'enfant,
 - Dénigrement ou accusation de l'enfant,
 - Refus de tout suivi social ou médical sans raison valable,
 - Ou attitude d'hyper recours aux soins,
 - Attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels

Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance d'un enfant

1. En parler à la responsable et entre collègues pour savoir si plusieurs personnes ont observé des similitudes et sont inquiètes
2. Ouvrir un carnet de bord (cf annexe 1) pour consigner par écrit le plus précisément possible **les faits** qui inquiètent. Attention, il est important de différencier les faits, les ressentis et les pensées. Ce carnet de bord permet de clarifier les observations, il est un outil précieux pour agir le plus objectivement possible.
3. La responsable prend contact avec le référent santé et accueil inclusif, et avec l'équipe de PMI (puéricultrice ou médecin), pour échanger, nous conseiller autour de la situation et nous orienter sur la démarche à suivre.
4. La responsable rencontre les parents pour leur faire part de ses inquiétudes et les soutenir dans les difficultés rencontrées avec leur enfant. Elle les informe de sa démarche d'information préoccupante (cf annexe 2) auprès de la C.R.I.P.

Attention, si l'entretien avec les parents pourrait augmenter les risques pour l'enfant ou en cas de suspicion de maltraitance sexuelle, procéder à un signalement (cf annexe 2 à envoyer directement au procureur de la république) rapide, sans en informer les parents.

La maltraitance ne vient pas forcément des parents. Notre rôle est d'alerter d'une possible maltraitance à partir d'un faisceau d'arguments sans préjuger de sa réalité ni de l'auteur.

Si besoin, la C.R.I.P. reste en appui technique.

5. Si nécessaire, la responsable rédige l'information préoccupante et l'envoie à la **C.R.I.P.** :

Adresse : Conseil départemental - Pôle social
 Direction enfance jeunesse famille
 Place François Mitterrand
 CS 71806
 73018 CHAMBERY CEDEX

Mail : CRIP73@savoie.fr

Téléphone : 04 79 60 28 67 ou 04 79 60 29 25

Site web : https://www.savoie.fr/id_aide/347/2758-infospratiques.htm

Coordonnées du tribunal de grande instance de Chambéry (en cas de signalement direct au procureur de la république) :

Adresse : Place du Palais de justice
 73000 Chambéry

Mail : tgi-chambery@justice.fr

Téléphone : 04.79.33.60.09

Nom du procureur actuel : Pierre-Yves Michau

Carnet de bord d'observations

Nom, prénom et date de naissance de l'enfant :			
Date et heure	Description des faits observés et/ou des propos <u>exacts</u>	Ressentis personnels (doivent être clairement différenciés des faits, mais néanmoins reconnus et identifiés)	Pensées et hypothèses (estimation du danger encouru par l'enfant)

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA SAVOIE

PÔLE SOCIAL DU DEPARTEMENT

Fiche de recueil d'une information préoccupante

(Fiche à transmettre à la cellule de recueil-traitement-évaluation des informations préoccupantes)

Information préoccupante reçue le :	Heure :
Par :	
Fonction :	
Lieu/service :	

☐ **Signalant** (personne à l'origine de l'information préoccupante)

Date :	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	
Service / Etablissement / fonction :	
Lien avec le (ou les) mineur (s) :	
Le signalant souhaite rester anonyme : OUI - NON ¹	
(si le signalant souhaite rester anonyme, lui préciser que les éléments communiqués peuvent permettre de l'identifier)	

¹ Rayer les mentions inutiles

☐ **Mineur (s) concerné (s) par l'information préoccupante**

NOM	Prénom	Date de naissance	Fille	Garçon

☐ **Adresse** du lieu de résidence du (ou des) mineur (s)

☐ **Parents**

Père

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

N°téléphone :

Mère

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

N° téléphone :

Ecole (ou crèche/micro-crèche) **fréquentée** :

❑ **Eléments préoccupants**

(Transcription des éléments tels qu'évoqués en reprenant les mots du signalant, sans interprétation)

❑ **Informations complémentaires**

Recherche d'éléments dans les dossiers EJP : (réservé à la cellule)

Situation connue : OUI - NON²

Existence d'un suivi : OUI - NON²

Lequel (lesquels) :.....

Accusé réception de l'information préoccupante au signalant le :

Les parents ont été informés que ces informations ont été transmises à la cellule : OUI – NON²

Copies des informations préoccupantes transmises à :

² Rayer la mention inutile

ANNEXE 8

PROTOCOLE DE MISE EN SURETÉ

SITUATION 1 : Un membre du personnel est témoin d'une intrusion malveillante ou d'une tentative d'intrusion.

- Le témoin active la balise My Keeper la plus proche de lui, la met autour de son cou et avise immédiatement la responsable d'établissement.
- La responsable ordonne immédiatement et en première intention le confinement des enfants et des professionnels afin **d'assurer leur mise en sécurité** :
 - Alerter les collègues en salle de pause
 - Prendre un téléphone portable
 - Prendre le classeur de liaison familles et le classeur de présence des enfants.
 - Descendre tous les volets roulants et verrouiller toutes les portes y compris celle du sas d'entrée
 - Regrouper tous les enfants et le personnel dans la chambre des bébés
 - Occulter les hublots des portes
 - Se barricader en verrouillant les portes et en plaçant des éléments encombrants devant la porte (lits)
 - Faire éloigner les personnes des fenêtres
 - Eteindre les lumières et essayer de maintenir le silence
 - Rassurer les enfants
 - Ne pas utiliser les téléphones portables pour ne pas surcharger les ligne. Seule la responsable s'occupe de la **communication avec les forces de l'ordre**. Ecrire au 114 pour prévenir les secours en évoquant :
 - Son identité
 - La localisation
 - Le nombre d'individus
 - Le type de menace supposée
 - Les objets dont seraient porteurs les assaillants
 - Le lieu de confinement
- **Ne pas sortir tant que l'alerte n'est pas levée.** La balise My Keeper sonnera la fin d'alerte.

A noter : S'enfuir avec le maximum de personnes, sinon se cacher avec le maximum de personne et en dernier recours, trouver des armes de fortune et attaquer à plusieurs.

En ce qui concerne la tuerie de masse, lorsque les forces de l'ordre arrivent :

- Se boucher les oreilles et ouvrir la bouche pour limiter les effets du blast (l'effet de souffle) provoqué par une éventuelle grenade de désencerclement jeté par les forces de l'ordre pour interpeller l'assaillant
- Lever les mains à la vue des forces de l'ordre et si possible rester allonger à plat ventre

- Si par chance nous avons réussi à désarmer l'assaillant, ne pas tenir son arme dans les mains lors de l'intervention des forces de l'ordre

SITUATION 2 : La responsable est informée d'une alerte ou la balise My Keeper sonne pour informer d'une alerte (sonnerie « Attentat/intrusion » ou sonnerie « Risque majeur »)

Suivre les indications données par la balise My Keeper, les autorités ou les forces de l'ordre.

1- En cas de consigne d'évacuation :

Sortir tous les enfants par la sortie de secours la plus proche.

- Prendre la balise My Keeper
- **Alerter** les collègues en salle de pause
- Prendre un téléphone
- Les enfants les plus jeunes sont regroupés dans les lits pour faciliter leur évacuation.
- Prendre la sortie la moins exposée et la plus proche
- Se rassembler dans le jardin
- Signaler l'emplacement du point de rassemblement aux services de secours
- Si possible la responsable fait le tour des locaux, ferme les portes et prend le classeur de présence des enfants.
- **Prendre un badge**
- Au point de ralliement, compter les enfants à l'aide du classeur de présence.

2-En cas de mise à l'abri pour intrusion malveillante (sonnerie « attentat / intrusion »):

- La responsable ordonne immédiatement et en première intention le confinement des enfants et des professionnels afin **d'assurer leur mise en sécurité** :
 - Prendre la balise My Keeper
 - Alerter les collègues en salle de pause
 - Prendre un téléphone portable
 - Prendre le classeur de liaison familles et le classeur de présence des enfants
 - Descendre tous les volets roulants et verrouiller toutes les portes y compris celle du sas d'entrée
 - Regrouper tous les enfants et le personnel dans la chambre des bébés
 - Occulter les hublots des portes
 - Se barricader en verrouillant les portes et en plaçant des éléments encombrants devant la porte (lits)
 - Faire éloigner les personnes des fenêtres
 - Eteindre les lumières et essayer de maintenir le silence
 - Rassurer les enfants
 - Ne pas utiliser les téléphones portables pour ne pas surcharger les lignes. Seule la responsable s'occupe de la **communication avec les forces de l'ordre**. Ecrire au 114 pour prévenir les secours en évoquant :

- Son identité
- La localisation
- Le nombre d'individus
- Le type de menace supposée
- Les objets dont seraient porteurs les assaillants
- Le lieu de confinement
- **Ne pas sortir tant que l'alerte n'est pas levée.** La balise My Keeper sonnera la fin d'alerte.

A noter : S'enfuir avec le maximum de personnes, sinon se cacher avec le maximum de personne et en dernier recours, trouver des armes de fortune et attaquer à plusieurs.

En ce qui concerne la tuerie de masse, lorsque les forces de l'ordre arrivent :

- Se boucher les oreilles et ouvrir la bouche pour limiter les effets du blast (l'effet de souffle) provoqué par une éventuelle grenade de désencerclement jeté par les forces de l'ordre pour interpeller l'assaillant
- Lever les mains à la vue des forces de l'ordre et si possible rester allonger à plat ventre
- Si par chance nous avons réussi à désarmer l'assaillant, ne pas tenir son arme dans les mains lors de l'intervention des forces de l'ordre

3-En cas de mise à l'abri pour risque chimique (sonnerie « risque majeur ») :

- La responsable ordonne immédiatement et en première intention le confinement des enfants et des professionnels afin **d'assurer leur mise en sécurité** :
 - Prendre la balise My Keeper
 - **Alerter** les collègues en salle de pause
 - Prendre un téléphone portable
 - Prendre le classeur de liaison familles et le classeur de présence des enfants.
 - Descendre tous les volets roulants et verrouiller toutes les portes y compris celle du sas d'entrée
 - Ouvrir tous les robinets du bâtiment pour faire couler l'eau
 - Disjoncter la clim et la VMC
 - Regrouper tous les enfants et le personnel dans la chambre des bébés
 - Calfeutrer toutes les portes donnant accès aux chambres en se servant du scotch orange pour scotcher toutes les ouvertures
 - S'enfermer dans une chambre et la calfeutrer en se servant du scotch orange
 - Placer une couverture sous la porte du dortoir
 - Rassurer les enfants
 - Allumer la radio pour écouter France Inter, France Info ou une radio locale pour connaître la nature du danger et les instructions des autorités
 - Ne pas utiliser les téléphones portables pour ne pas surcharger les lignes. Seule la responsable s'occupe de la **communication avec les forces de l'ordre** :
 - Ecrire au 114 pour prévenir les secours en évoquant :
 - Son identité
 - La localisation
 - Le nombre d'individus

- Le type de menace supposée
- Le lieu de confinement
- Être en lien avec la directrice du CCAS et de la petite enfance pour que cette dernière se charge de prévenir les familles
- **Ne pas sortir tant que l'alerte n'est pas levée.** La balise My Keeper sonnera la fin d'alerte.

A noter : Même si l'alerte semble longue ou que nous ne sentons rien, ne pas quitter l'abri sans ordre officiel. L'air peut être contaminé sans odeur ni fumée visible

ANNEXE 9

EVACUATION INCENDIE

1- Garder son calme

2- Alerter les adultes et informer les enfants

3- Évacuer les lieux le plus rapidement possible en sortant tous par la sortie où il n'y a pas de fumée

= ALLER À L'INVERSE DES FUMÉES

La référente* prend la décision de la sortie appropriée

- par la sortie arrière (cuisine)
- par l'entrée principale
- par la porte fenêtre accès jardin

4- La référente* prend le téléphone, le badge ouvrant le portail et le classeur de présence dans lequel se trouve également la feuille de numéros de téléphone des familles.

5- Veiller à la sécurité des enfants et ne prendre aucun risque inutile (ne pas récupérer d'objets personnels)

6- Si nécessaire faire ramper les enfants et couvrir leurs yeux et leur nez d'une serviette humide. Sortir les nourrissons sur un tissu ou matelas et les trainer jusqu'à l'extérieur.

7- Veiller à ce que tous les occupants aient été évacués

La référente* se charge de comptabiliser les enfants

8- Se rendre au lieu de rassemblement prévu, tous ensemble, et s'assurer que les enfants y sont tous en sécurité et en santé.**

9- Appeler les services de secours 18

*référente : responsable, si absente auxiliaire, si absente, cap PE ancienneté

**lieu de rassemblement : portail jardin, portail entrée

Se référer au plan d'évacuation de la micro-crèche (affiché dans le hall vers le bureau)

ANNEXE 10

CHARTRE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Charte nationale d'accueil du jeune enfant

10 grands principes pour grandir en toute confiance

1

Pour grandir sereinement,
**j'ai besoin que l'on m'accueille
quelle que soit ma situation
ou celle de ma famille.**

2

J'avance à mon propre rythme
et je développe toutes mes facultés
en même temps : pour moi, tout
est langage, corps, jeu, expérience.
**J'ai besoin que l'on me parle, de temps
et d'espace** pour jouer librement
et pour exercer mes multiples capacités.

3

Je suis sensible à mon entourage
proche et au monde qui s'offre à moi.
**Je me sens bien accueilli quand
ma famille est bien accueillie,**
car mes parents constituent mon
point d'origine et mon port d'attache.

4

Pour me sentir bien et avoir confiance
en moi, **j'ai besoin de professionnels
qui encouragent avec bienveillance**
mon désir d'apprendre, de me socialiser
et de découvrir.

5

Je développe ma créativité et **j'éveille
mes sens grâce aux expériences
artistiques et culturelles.** Je m'ouvre
au monde par la richesse des échanges
interculturels.

6

Le contact réel avec la nature
est essentiel à mon développement.

7

**Fille ou garçon, j'ai besoin que l'on me
valorise pour mes qualités personnelles,**
en dehors de tout stéréotype. Il en va
de même pour les professionnels
qui m'accompagnent. C'est aussi grâce
à ces femmes et à ces hommes que
je construis mon identité.

8

**J'ai besoin d'évoluer dans un
environnement beau, sain et propice
à mon éveil.**

9

Pour que je sois bien traité, il est
nécessaire que les adultes qui m'entourent
soient bien traités. **Travailler auprès
des tout-petits nécessite des temps pour
réfléchir, se documenter et échanger**
entre collègues comme avec d'autres
intervenants.

10

**J'ai besoin que les personnes qui
prennent soin de moi soient bien
formées** et s'intéressent aux spécificités
de mon très jeune âge et de ma situation
d'enfant qui leur est confié par mon
ou mes parents.



Cette charte établit les principes applicables à l'accueil du jeune enfant, quel que soit le mode d'accueil,
en application de l'article L. 214-1-3 du code de l'action sociale et des familles. Elle doit être mise à disposition des parents et déclinée dans les projets d'accueil.