

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



Les collectivités de jeunes enfants représentent un défi majeur en termes de Santé publique. Le développement harmonieux de l'enfant durant ses trois premières années de vie et son bien-être au sein de la collectivité vont dépendre non seulement de sa santé individuelle mais également de celle des autres enfants accueillis et de l'équipe qui les encadre. Le milieu d'accueil, comme tout milieu de vie pour l'enfant, doit constituer un environnement sain et adapté à son âge, dénué de risques pour la santé, favorisant le bien-être et la santé dans toute sa dimension, sans négliger la santé mentale et le lien avec l'environnement familial.

Un milieu de vie sain passe certainement par l'hygiène, la vaccination et autres moyens de prévention contre la transmission des maladies infectieuses ainsi que le contrôle des épidémies. L'alimentation et le sommeil sont également des éléments très importants incluant le respect du rythme de chaque enfant. Il importe de veiller non seulement à la qualité de l'environnement intérieur, par exemple en matière de lutte contre les polluants et de prévention des allergies - devenues de plus en plus fréquentes au cours des dernières décennies chez des enfants de plus en plus jeunes - mais aussi à favoriser les sorties à l'air libre et l'investissement des espaces extérieurs, qui ont fait l'objet de la campagne de l'ONE de 2023. La prévention des accidents ou encore la maîtrise de la conduite à tenir en situation d'urgence restent également des chapitres d'actualité. Tous ces axes prioritaires de santé sont abordés dans cet ouvrage et représentent autant de défis du secteur pour la prise en charge des enfants, avec une attention particulière portée à l'accueil inclusif des enfants ayant des besoins spécifiques. La présente édition est une actualisation de ces thématiques, liée à l'évolution des connaissances, notamment en matière de biocides.

Cet ouvrage a donc pour objectif d'être un guide de référence pour les responsables des structures d'accueil de la petite enfance et les médecins de crèche afin de les aider à promouvoir la santé des jeunes enfants fréquentant une collectivité et à mettre en œuvre le suivi de leur santé, ainsi qu'à s'auto-évaluer. Ainsi, l'ONE souhaite harmoniser les pratiques des professionnels en mettant à leur portée les recommandations de santé préventive actualisées afin que tous les enfants puissent bénéficier de la meilleure qualité de vie en collectivité.

L'application de ces recommandations nécessite d'une part, un accompagnement de proximité de ces professionnels : les Conseillers médicaux pédiatres et les Référents santé en milieu d'accueil de l'ONE dont les missions sont décrites dans les pages qui suivent, leur apportent un soutien dans les situations particulières de santé et proposent des séances d'informations ainsi que des ateliers dans chaque subrégion. Les Coordinateurs accueil, Agents conseil, Référents santé, Conseillers médicaux et pédagogiques de l'ONE pourront apporter leur aide et leurs conseils judicieux dans l'accompagnement pour l'application de ces recommandations. D'autre part, l'étroite collaboration de l'équipe de professionnels du milieu d'accueil - personnel d'accueil, responsable, personnel psycho-médico-social, médecin, personnel d'entretien, personnel des cuisines - est nécessaire. Toutes et tous ont un rôle important à jouer pour offrir à chaque enfant qui leur est confié les conditions optimales pour son développement et son épanouissement en toute sécurité au sein du milieu d'accueil.

Ensemble, améliorons la qualité de l'accueil pour tous les enfants !

*Le Collège des Conseillers pédiatres de l'ONE
Le Pôle Santé en collectivité 0-3 ans de la Direction santé ONE*

CHAPITRE 1 : SURVEILLANCE DE LA SANTÉ

| | |
|--|----|
| 1 • LE CADRE LÉGISLATIF | 5 |
| 2 • L'IMPACT DE L'ACCUEIL SUR LA SANTÉ DU TOUT JEUNE ENFANT | 5 |
| 3 • ACTEURS INTERVENANT DANS LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES ENFANTS EN MILIEU D'ACCUEIL | 6 |
| 4 • LES EXAMENS DE SANTÉ | 11 |
| 5 • LES VACCINATIONS | 12 |
| 6 • LE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL..... | 13 |
| 7 • L'ALIMENTATION DE L'ENFANT..... | 14 |
| 8 • LE SOMMEIL | 15 |
| 9 • LE SUIVI DE LA CROISSANCE | 15 |
| 10 • LE SUIVI DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET DU LANGAGE | 16 |
| 11 • LE DÉPISTAGE VISUEL | 16 |
| 12 • LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS | 18 |
| 13 • LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA SURVEILLANCE DE LA SANTE..... | 19 |

CHAPITRE 2 : HYGIÈNE GÉNÉRALE

| | |
|----------------------------------|----|
| 1 • HYGIÈNE DES LOCAUX..... | 21 |
| 2 • HYGIÈNE DES ÉQUIPEMENTS..... | 27 |
| 3 • HYGIÈNE INDIVIDUELLE | 30 |
| 4 • HYGIÈNE DE L'ENFANT | 33 |
| 5 • MESURES SPÉCIFIQUES | 36 |

CHAPITRE 3 : ENVIRONNEMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ

ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR :

| | |
|---|----|
| 1 • GARANTIR UN AIR INTÉRIEUR DE QUALITÉ..... | 37 |
| 2 • LUTTER CONTRE LES POLLUANTS..... | 38 |
| 3 • PRÉVENIR LES ACCIDENTS AU QUOTIDIEN | 43 |

ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR :

| | |
|--|----|
| 1 • SI LE MILIEU D'ACCUEIL DISPOSE D'UN ESPACE EXTÉRIEUR | 43 |
| 2 • RESPECTER LES MESURES DE PRÉCAUTION LORS DES SORTIES | 43 |

SITUATIONS SPÉCIFIQUES :

| | |
|--|----|
| 1 • RECOMMANDATIONS EN CAS DE VAGUE DE CHALEUR | 44 |
| 2 • RECOMMANDATIONS EN CAS DE PIC D'OZONE | 45 |

| | |
|---|----|
| PRÉVENIR LES ACCIDENTS AU QUOTIDIEN : | 45 |
|---|----|

CHAPITRE 4 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES DURANT L'ACCUEIL

| | |
|---|----|
| 1 • CADRE LÉGAL..... | 47 |
| 2 • LES BESOINS DE L'ENFANT MALADE | 48 |
| 3 • PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES PAR LES PROFESSIONNELS DU MILIEU D'ACCUEIL..... | 48 |
| 4 • LES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA COLLECTIVITÉ..... | 50 |
| 5 • LA FIÈVRE | 59 |
| 6 • MALADIES ET MESURES PARTICULIÈRES À ADOPTER EN COLLECTIVITÉ..... | 64 |

CHAPITRE 5 : L'ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES : POUR UN ACCUEIL INCLUSIF

| | |
|--|----|
| 1 • PRINCIPES GÉNÉRAUX | 87 |
| 2 • ACCUEIL..... | 89 |
| 3 • TRAJET DE LA DEMANDE ET INFORMATIONS À RECCUEILLIR | 91 |
| 4 • ACCOMPAGNEMENT ET PARTENARIAT | 92 |
| 5 • SUIVI ET ÉVALUATION | 93 |
| 6 • QUELQUES OUTILS ET RESSOURCES POSSIBLES..... | 94 |

CHAPITRE 6 : LES ALLERGIES

| | |
|--|----|
| 1 • LES ACARIENS | 97 |
| 2 • LES MOISSISSURES | 98 |
| 3 • ALLERGIES AUX POLLENS ET AUX GRAMINÉES | 98 |
| 4 • ALLERGIES ALIMENTAIRES | 98 |
| 5 • ALLERGIES AUX ANIMAUX..... | 99 |

CHAPITRE 7 : URGENCES ET ACCIDENTS

| | |
|--|-----|
| 1 • COMMENT ÊTRE EFFICACE EN PRÉSENCE D'UNE URGENCE ? COMMENT S'Y PRÉPARER ? | 101 |
| 2 • LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE DE BASE : DES GESTES À CONNAÎTRE..... | 101 |
| 3 • CONDUITE À TENIR DANS DIVERSES SITUATIONS..... | 106 |

CHAPITRE 8 : PHARMACIE DE BASE

| | |
|---|-----|
| 1 • PRODUITS D'USAGE COURANT | 115 |
| 2 • MÉDICAMENTS D'URGENCE DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL COLLECTIFS | 116 |
| 3 • MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA CONSULTATION | 116 |
| 4 • PETIT MATÉRIEL | 117 |
| 5 • PRODUITS DE SOINS..... | 117 |

ANNEXES

| | |
|---|-----|
| 1 • EXAMENS DE SANTÉ, FICHE SYNTHÉTIQUE..... | 119 |
| 2 • CONTRAT D'ACCUEIL | 122 |
| 3 • CERTIFICAT D'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL..... | 124 |
| 4 • QUESTIONNAIRE PARENT AVANT CONSULTATION | 125 |
| 5 • AUTORISATION DE VACCINATION..... | 126 |
| 6 • COMMANDE ET CONSERVATION DES VACCINS | 128 |
| 7 • CERTIFICAT DE MALADIE | 129 |
| 8 • CERTIFICAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DESTINÉ À L'ACCUEIL D'ENFANTS (DE 0 À 6 ANS)..... | 132 |
| 9 • SIGNALEMENT D'UNE MALADIE INFECTIEUSE EN MILIEU D'ACCUEIL | 134 |
| 10 • SIGNALEMENT D'UN ACCIDENT GRAVE SURVENU À UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL | 136 |
| 11 • SIGNALEMENT D'UN CAS DE DÉCÈS D'UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL..... | 138 |
| 12 • LES SERVICES DSI SOUTIEN À L'ACCUEIL DE L'ENFANCE | 141 |
| 13 • ACCUEIL D'UN ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES..... | 143 |

| | |
|-----------------------|-----|
| CONTACTS | 148 |
|-----------------------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| INDEX | 149 |
|--------------------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| NOTES | 150 |
|--------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| REMERCIEMENTS | 151 |
|----------------------------|-----|

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ

1 CADRE LÉGISLATIF

Conformément au prescrit de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 2 mai 2019 fixant le régime d'autorisation et de subvention des crèches, des services d'accueil d'enfants et des co-accueillant-e-s d'enfants indépendant-e-s : « Le pouvoir organisateur veille à ce qu'une surveillance médicale préventive et de la santé en collectivité soit assurée par le milieu d'accueil ». Ceci implique :

POUR LE PERSONNEL : le personnel d'accueil/l'accueillant-e et toute personne de 15 ans et plus appelée à être en contact régulier avec les enfants accueillis de fournir :

- Un certificat médical (cf. Annexe 3) avant l'entrée en fonction, datant de moins de 3 mois, attestant qu'au moment de l'examen, il n'existe aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de représenter un danger pour les enfants accueillis. Ce certificat est renouvelé chaque année.
- Une preuve de l'état d'immunité contre la rubéole pour toute personne de sexe féminin de 15 à 50 ans, avec mise à jour en cours de fonctionnement, si nécessaire.
- Pour les accueillant-e-s d'enfants, la preuve que les enfants de moins de 4 ans du ménage sont vaccinés dans le respect du schéma élaboré par la Communauté française. La mise à jour est effectuée en cours de fonctionnement.

POUR LES ENFANTS ACCUEILLIS :

- Un certificat médical d'entrée (cf. Annexe 3), fourni par le-s parent-s, spécifiant :
 - Le fait que son état de santé lui permet de fréquenter une collectivité d'enfants ;
 - Les implications éventuelles de son état de santé sur la collectivité ;
 - Les vaccinations déjà réalisées.
- L'accueil d'un enfant malade que selon les modalités déterminées par l'ONE (voir Chapitre 4 point 1) et à la condition qu'un certificat médical atteste qu'au moment de l'examen, l'affection dont souffre l'enfant ne l'empêche pas de fréquenter le milieu d'accueil.
- Pour le suivi médical préventif, une consultation peut être organisée au sein de certains milieux d'accueil. Pour ceux qui n'en bénéficient pas, ils établissent un lien fonctionnel avec les Référents santé ONE (voir point 3).

- La preuve de la réalisation des vaccinations dans le respect du schéma élaboré par la Communauté française (voir point 5).
- La présence du carnet de l'enfant (carnet de santé) qui constitue un document de référence servant de liaison entre les différents intervenants et les parents. À cette fin, le pouvoir organisateur s'assure auprès des parents que ceux-ci le joignent aux effets qui accompagnent l'enfant dans le milieu d'accueil.

Le contrat d'accueil (cf. Annexe 2) établi par le pouvoir organisateur, contrat expliquant les droits et les devoirs de chaque partie, reprend obligatoirement les modalités afférentes au suivi médical préventif des enfants et à la surveillance de la santé communautaire.

L'arrêté du 17 décembre 2003 fixant le code de qualité de l'accueil précise dans son article 8 « Le milieu d'accueil, dans une optique de promotion de la santé et de santé communautaire, veille à assurer une vie saine aux enfants ».

2 L'IMPACT DE L'ACCUEIL SUR LA SANTÉ DU TOUT JEUNE ENFANT

En Belgique, les nourrissons sont souvent accueillis tôt (au terme du congé de maternité, soit vers 2 à 3 mois) en dehors de leur milieu familial. C'est une situation rare en Europe car dans plusieurs pays, l'âge d'entrée de l'enfant est reporté grâce à la présence de congés parentaux mieux adaptés et utilisés par les parents. Quelle que soit la taille de la collectivité, le contact de très jeunes enfants avec d'autres enfants et d'autres adultes a des répercussions non négligeables sur leur santé physique et leur développement psychomoteur et affectif.

Les risques de santé pour les très jeunes enfants accueillis sont en lien avec l'âge, le risque de la mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN), leur faible défense immunitaire et leur immunité vaccinale incomplète. Les infections ont tendance à s'aggraver plus rapidement et les symptômes présentés sont souvent peu évidents. Le tout jeune bébé possède une faible capacité de communication de ses besoins (retrait, pleurs). Son rythme de sommeil et d'alimentation est individualisé et variable. La sur-stimulation environnementale (bruits divers, nombre d'adultes et d'enfants présents) et la perte des repères familiaux sont une source de stress important.

Leur fragilité impose donc que des conditions optimales soient mises en place.

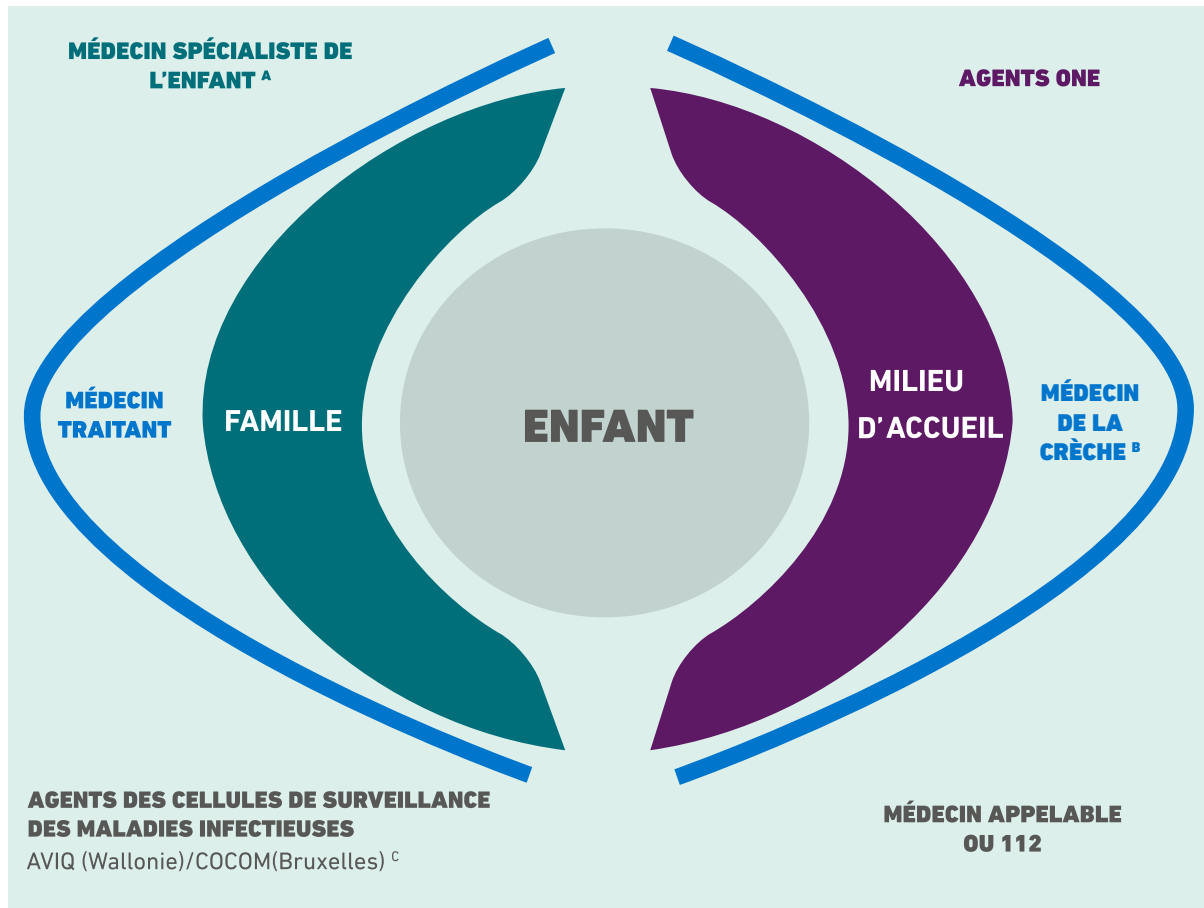
Une attention toute particulière doit être apportée à la **période de familiarisation** pour ces très jeunes enfants

afin que de nouveaux repères se construisent, que l'accueillant.e fasse connaissance avec l'enfant et sa famille et que des liens de confiance se tissent. Le contrat d'accueil reprend les modalités pratiques de cette période de familiarisation.

Le médecin participe à cette familiarisation en prenant un premier contact avec l'enfant et ses parents lors de l'examen médical d'entrée.

3 ACTEURS INTERVENANT DANS LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES ENFANTS EN MILIEU D'ACCUEIL

Plusieurs acteurs interviennent, directement ou indirectement, dans la surveillance de la santé individuelle et/ou collective des enfants accueillis. Il peut s'agir d'intervenants internes au milieu d'accueil, d'agents de l'ONE, ou encore de professionnels de santé indépendants extérieurs au milieu d'accueil. Chacun a une mission bien précise et complémentaire. Ensemble, ils agissent dans le bénéfice direct ou indirect des enfants accueillis. Le carnet de santé constitue le document de référence servant de liaison entre les différents intervenants et les parents.



A. Intervient notamment dans le cadre de l'accueil d'un enfant ayant des besoins spécifiques (voir Chapitre 5)

B. Intervient uniquement dans certains milieux d'accueil où une consultation médicale est prévue

C. Interviennent dans le cas d'une Maladie à Déclaration Obligatoire ou d'une situation d'épidémie déclarée dans le milieu d'accueil

3.1 LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANT DANS LES MILIEUX D'ACCUEIL

3.1.1 LE MÉDECIN DU MILIEU D'ACCUEIL COLLECTIF OU MÉDECIN DE CRÈCHE¹

Dans les milieux d'accueil collectifs (crèche) où une consultation médicale est organisée, le médecin de crèche engagé par le pouvoir organisateur du milieu d'accueil² est responsable d'assurer une surveillance de la santé des enfants et de la collectivité et avec les autres professionnels, de promouvoir la santé des enfants. Le médecin évalue la santé globale et l'évolution de chaque enfant pendant le temps d'accueil mais aussi se préoccupe des conditions collectives d'hygiène, de diététique, et de sommeil, entre autres. En cela, il participe à la promotion de la qualité de l'accueil et à la mise en place de conditions de vie saines dans le milieu d'accueil.

LA MISSION DU MÉDECIN CONSISTE À :

- Assurer le **suivi médical individuel préventif** des enfants accueillis, sur base du « Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant – Prévention et petite enfance » de l'ONE³ :



[Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant - Office de la naissance et de l'enfance](#)

- Réaliser pour tous les enfants accueillis au moins les **4 examens médicaux obligatoires** aux âges recommandés par l'ONE : à l'entrée, à 9 mois, à 18 mois et à la sortie. Le médecin du milieu d'accueil est autorisé à demander des examens supplémentaires, si besoin et en concertation avec les parents.
- Organiser la vaccination des enfants dans la consultation du milieu d'accueil (pour les enfants dont les parents ont choisi de les faire vacciner dans le milieu d'accueil⁴). Assurer le suivi vaccinal des enfants vaccinés selon le schéma élaboré par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B).
- Assurer une communication avec le médecin traitant et/ou les parents concernant la santé de l'enfant en cas de besoin spécifique détecté lors de la consultation.
- Sensibiliser à la nécessité de consulter un médecin traitant pour d'éventuels examens supplémentaires.

- Assurer une **surveillance de la santé en collectivité** et veiller à la mise en place des mesures sanitaires recommandées par les autorités compétentes en la matière :
 - Contacter la cellule de surveillance de l'AVIQ (en Wallonie) ou de la COCOM (à Bruxelles) en cas d'épidémie ou de maladie à déclaration obligatoire survenant dans le milieu d'accueil.
 - Déterminer avec le milieu d'accueil les modalités d'intervention médicale urgente et/ou prendre les décisions urgentes en cas de danger particulier pour la collectivité (accident, épidémie...) dans le respect des recommandations transmises par l'ONE et/ou l'AVIQ/COCOM.
 - Donner un avis et intervenir dans tous les problèmes de santé observés dans la collectivité, spontanément ou à la demande de l'ONE ou du milieu d'accueil.
 - Assurer le contact avec les médecins traitants si besoin.
 - Prendre toute mesure utile pour protéger la collectivité.
- Promouvoir un accueil de qualité et des conditions de vie saine** dans le milieu d'accueil collectif sur base des recommandations du présent guide :
 - Soutenir ensemble, en collaboration avec les agents de l'ONE, la promotion d'un milieu d'accueil sain et adapté pour tous les enfants accueillis, en accompagnant les professionnels des milieux d'accueil dans les questions de santé, de développement des nourrissons et plus particulièrement dans les thématiques suivantes : la promotion de l'hygiène et la prévention des maladies infectieuses, la vaccination et le contrôle vaccinal des enfants accueillis, la gestion des enfants malades, l'accueil des enfants ayant des besoins spécifiques, la promotion d'un environnement sain, la prévention des allergies mais également celle des accidents, le sommeil et la prévention de la mort subite du nourrisson ainsi que dans toutes les thématiques abordées dans le présent guide.
 - Veiller à l'information régulière de l'ensemble du personnel sur les thématiques citées ci-dessus mais également sur les modalités de gestion des situations d'urgence (épidémies, accident...), en participant aux réunions d'équipe du milieu d'accueil qui concernent les points santé.
- Dans le cadre des séances de consultations pour le suivi médical individuel préventif de l'enfant, le médecin est responsable de la mise à jour du dossier médico-social de l'enfant et veille, en collaboration avec le personnel d'encadrement psycho-médico-social, au recueil et rapportage des données médico-sociales

1.« crèche » est la nouvelle dénomination des milieux d'accueil collectifs (cf. Article 3 du décret visant à renforcer la qualité et l'accessibilité de l'accueil de la petite enfance en communauté française du 21 février 2019). Dès lors, le médecin du milieu d'accueil peut également être appelé « médecin de crèche ». Ces deux appellations sont synonymes et peuvent être employées indistinctement.

2. Le modèle de l'ONE de contrat de collaboration entre le Pouvoir Organisateur et le médecin de crèche est disponible sur Excellencis-ONE.

3. Si le milieu d'accueil n'en dispose pas, il est tenu d'en faire la demande au secrétariat de la Direction Santé de l'ONE, par mail : direction.sante@one.be

4. Voir point 5 Les vaccinations.

selon les recommandations de l'ONE (voir point 4). Ceci permet de suivre l'évolution des indicateurs de santé de la population infantile.

- Le médecin de crèche intervient dans le cadre de la prise en charge des enfants malades durant l'accueil (voir Chapitre 4), qu'il s'agisse d'enfants ayant des besoins spécifiques ou d'enfants présentant une pathologie aigüe et/ou infectieuse.

De façon générale, en collaboration étroite avec le personnel psycho-médico-social :

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

De façon ponctuelle :

- En cas de maladie contagieuse, il prend toutes les mesures qui s'imposent pour protéger la collectivité, en ce compris, la prescription et/ou l'instauration d'un traitement chimio-prophylactique ou la réalisation de prélèvements en se référant aux recommandations en la matière des cellules de surveillance régionales des maladies infectieuses (AVIQ/COCOM).
- Il est habilité si nécessaire à demander la réalisation de prélèvements chez les membres du personnel.
- Il répond aux demandes d'informations qui lui sont adressées par le milieu d'accueil.
- Il se met en rapport avec le médecin traitant et rencontre les parents en cas de besoin ou de conflit avec le milieu d'accueil.
- Il décide en finalité des cas d'éviction sur base des recommandations ou en fonction de situations particulières et en tenant compte du risque pour la collectivité ainsi que pour l'enfant concerné.
- Il veille au respect du calendrier vaccinal en coordination avec le personnel psycho-médico-social et/ou la direction du milieu d'accueil.

Médecins de crèche, pour en savoir plus : le module « La santé en collectivité - le rôle du médecin en milieu d'accueil » disponible sur Excellencis-ONE expose des situations pratiques de terrain auxquelles les médecins de crèche peuvent être confrontés dans l'exercice de leur fonction.

3.1.2 LES MÉDECINS EXTÉRIEURS AU MILIEU D'ACCUEIL

A. LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Les parents peuvent choisir de faire vacciner leur enfant soit dans une consultation ONE pour enfants, soit dans le milieu d'accueil par le médecin de crèche, soit dans la consultation du médecin traitant de l'enfant (voir point 5). Dans ce dernier cas, le médecin traitant assure la vaccination de l'enfant accueilli selon le calendrier vaccinal de la FW-B et le documente dans le carnet de santé de l'enfant.

En cas de maladie, les parents consultent le médecin traitant de l'enfant. Les médecins traitants doivent être conscients de l'importance de la santé de la collectivité et doivent collaborer efficacement à la bonne transmission des informations.

Le médecin traitant, informé par les parents que son patient fréquente une collectivité, décide de la nécessité d'une éviction du milieu d'accueil (voir Chapitre 4 point 4.3.2 « Règles d'éviction dans les collectivités » et le tableau des maladies à éviction).

En cas de maladie à déclaration obligatoire, le médecin traitant veille à la signaler le plus rapidement possible à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ (Wallonie) ou de la COCOM (Bruxelles). En cas d'épidémie ou d'une maladie grave survenant dans la collectivité, les parents de chaque enfant sont avertis de la situation par courrier et peuvent être amenés à solliciter le médecin traitant de leur enfant pour l'administration d'une chimioprophylaxie lorsqu'il n'y a pas de médecin dans la collectivité.

Le médecin traitant est en général consulté par les parents à l'extérieur du milieu d'accueil. Il peut toutefois être amené à examiner un enfant dans le milieu d'accueil à la demande des parents ou, exceptionnellement, en cas d'urgence, à la demande d'un milieu d'accueil (voir point B - Le médecin callable).

B. LE MÉDECIN APPELABLE

Le milieu d'accueil doit pouvoir faire appel à tout moment à un médecin en vue d'examiner un enfant malade et lui dispenser les premiers soins. Le médecin callable peut être soit le médecin de référence d'une accueillant-e⁵, soit exceptionnellement le médecin traitant d'un enfant, soit le médecin du 112 en cas d'urgence vitale.

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

5. Dans ce cas, le nom et les coordonnées du médecin de référence doivent figurer dans le contrat d'accueil.

C'est l'importance des symptômes présentés par un enfant et le degré d'urgence qui entraînera :

- soit une simple information des parents qui consulteront le médecin traitant de l'enfant après le départ du milieu d'accueil ;
- soit un appel au médecin appelable par le milieu d'accueil ;
- soit un appel au 112 pour un transfert direct à l'hôpital ;
- soit un appel du 112 pour toute urgence vitale qui nécessite une intervention médicale dans le milieu d'accueil.

3.1.3 AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DU MILIEU D'ACCUEIL

Parmi le personnel psycho-médico-social (PMS) et les responsables de milieux d'accueil, certains ont un profil de professionnel de la santé (ex : infirmier, psychologue). Ils font partie intégrante du personnel interne au milieu d'accueil. Leurs rôles respectifs en lien avec la santé sont décrits ci-dessous au point 3.2.

3.2 LE PERSONNEL DU MILIEU D'ACCUEIL⁶

3.2.1 LE PERSONNEL PSYCHO-MÉDICO-SOCIAL (PMS) D'UNE CRÈCHE OU D'UN SERVICE D'ACCUEIL D'ENFANTS (SAE)

Il travaille en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil et/ou les agents de l'ONE à la mise en place de la surveillance médicale préventive de l'enfant et de la collectivité. Il aide à l'organisation des consultations d'enfants et s'assure que le carnet de santé de l'enfant est bien présent/l'accompagne. Il assure le relais d'informations entre les parents et le médecin. Il est responsable de l'échéancier qui reprend les dates clés de vaccination de l'enfant, communique les rappels aux parents et s'assure que les vaccins ont été administrés en temps voulu. Il participe aux dépistages organisés par l'ONE dans le milieu d'accueil ou informe les parents des dates des séances de dépistage organisées dans les consultations ONE pour enfants. Il gère les situations d'enfants malades et s'assure du respect des règles d'éviction. Il s'assure de la gestion des certificats médicaux à l'entrée et tout au long du séjour. Il assure la communication vis-à-vis des parents en matière de santé générale de leur enfant. Il demande avis au médecin de crèche ou au Référent santé ONE lorsqu'un problème concernant la santé individuelle ou collective se pose. En cas de situation d'urgence de santé, il veille, en concertation avec le médecin de la crèche et/ou les agents de l'ONE à l'application des mesures recommandées et à l'information des parents. Il veille à la qualité des soins, au respect des mesures d'hygiène et à l'élaboration de menus selon les recommandations de

l'ONE. Il informe les équipes régulièrement. Il informe le médecin des problèmes de santé du personnel en rapport avec leur fonction dans le milieu d'accueil. Il participe au recueil des données épidémiologiques et à la transmission des données médico-sociales à la BDMS.

3.2.2 LE PERSONNEL D'ACCUEIL DES ENFANTS DES CRÈCHES

Le personnel d'accueil apporte aux enfants les soins adaptés à leur âge et à leurs besoins quotidiens (dans le respect des limites de sa profession). Il décode les signes de mal être de l'enfant et prend les mesures nécessaires en collaboration avec le personnel d'encadrement PMS et/ou la direction. Il surveille attentivement l'enfant malade et lui administre les traitements prescrits ou les premiers soins d'urgence. Il sait réagir de façon appropriée dans les situations d'urgence (faire appel à un médecin extérieur (« médecin appelable ») ou si besoin, appeler le 112). Il informe la direction et/ou le personnel d'encadrement PMS de tous les signes d'altération de l'état de santé de l'enfant et/ou de tout accident survenu dans le milieu d'accueil. Il respecte les règles d'hygiène, de diététique et de santé. Il prend les mesures nécessaires pour éviter la dissémination des infections.

3.2.3 L'ACCUEILLANT-E OU CO-ACCUEILLANT-E D'ENFANTS (SALARIÉ-E OU INDÉPENDANT-E)

L'accueillant-e réalise les soins adaptés à l'âge et aux besoins quotidiens des enfants dans le respect des limites de sa profession. Il/elle respecte les règles d'hygiène de diététique et de santé. Il/elle veille au respect du calendrier vaccinal concernant les vaccinations obligatoires en milieu d'accueil et s'assure de la gestion des certificats médicaux à l'entrée et tout au long du séjour (dans les SAE, c'est le PMS du service qui contrôle les vaccins et les certificats médicaux). Il/elle respecte les recommandations relatives à l'accueil d'enfants malades et aux règles d'éviction. Il/elle prend les mesures nécessaires pour éviter la dissémination des infections. Si un enfant déclare une maladie en cours d'accueil, il/elle informe les parents des symptômes observés, surveille son état et prévient de toute aggravation de l'état de santé (dans les SAE, c'est le PMS du service qui fait le lien avec les parents). Il/elle lui administre les traitements prescrits ou les premiers soins d'urgence, dans les limites de ses compétences. Il/elle veille à la bonne tenue du carnet de santé et invite les parents à le faire remplir par le médecin traitant à chaque visite. En cas d'urgence, il/elle fait appel elle-même au médecin traitant de l'enfant ou à défaut à un autre médecin ou si nécessaire au service 112. Il/elle informe l'agent de l'ONE de tout accident survenu dans le milieu d'accueil ainsi que les parents (dans les SAE, le PMS se chargera de cette démarche).

6. Pour plus de précisions, se référer aux profils de fonction disponibles sur le site internet de l'ONE.

Afin de ne pas se retrouver seul-e face à la problématique, l'accueillant-e d'un enfant malade doit pouvoir compter sur la collaboration :

- Des parents.
- Du médecin traitant de l'enfant.
- Du service d'accueillant-e-s salarié-e-s si il/elle y est rattaché-e.
- De l'Agent conseil et/ou du Référent santé.

3.2.4 LE DIRECTEUR D'UNE CRÈCHE OU D'UN SAE

Le responsable d'une crèche ou d'un SAE contrôle la vaccination des enfants accueillis et du personnel dans le respect du schéma élaboré par la Communauté française. Il collabore avec le médecin du milieu d'accueil et/ou les agents de l'ONE à la mise en place de la surveillance médicale préventive de l'enfant et de la collectivité.

3.2.5 LE POUVOIR ORGANISATEUR (PO) DE LA CRÈCHE

Le PO veille à ce qu'une surveillance médicale préventive de l'enfant et de la santé de la collectivité soit assurée par le milieu d'accueil. Il veille également à ce que les enfants accueillis soient vaccinés et qu'en cas de maladie, l'enfant soit accueilli selon les modalités de l'ONE. En pratique, c'est le responsable du milieu d'accueil et/ou le personnel PMS qui veille à cette surveillance.

3.3 LES AGENTS DE L'ONE

3.3.1 LES AGENTS CONSEIL ET LES COORDINATEURS ACCUEIL

Dans un souci de qualité du service aux familles, l'ONE accompagne les milieux d'accueil et leur personnel dans leur pratique professionnelle. Les Coordinateurs accueil (dans les milieux d'accueil collectifs) et les Agents conseil (dans les milieux d'accueil familiaux) sont l'interlocuteur de l'ONE de première ligne pour les milieux d'accueil et orientent vers la personne la plus apte à répondre aux questions (médecin du milieu d'accueil, Référent santé ONE, Conseiller pédiatre ONE, Cellule éco-conseil de l'ONE, Conseiller pédagogique ONE...). Agents conseil et Coordinateurs accueil, de par leur implication sur le terrain et lien privilégié avec les milieux d'accueil, jouent un rôle dans certaines problématiques de santé multidisciplinaires, en collaboration avec d'autres agents de l'ONE. Ils ont notamment un rôle direct dans la prévention des accidents puisqu'ils sont entre autres responsables du contrôle des infrastructures et des normes de sécurité.

3.3.2 LES CONSEILLERS PÉDIATRES

Le Conseiller pédiatre de l'ONE collabore avec le médecin du milieu d'accueil, le Référent santé ONE, les Coordinateurs accueil/Agents conseil et autres agents de l'ONE au niveau de chaque subrégion sur un secteur géographique

donné. Il fait partie du Collège des Conseillers médicaux pédiatres de l'ONE qui met son expertise en pédiatrie au service de l'Office. Il intervient dans la formation continue des milieux d'accueil, donne un avis sur la conformité des certificats médicaux si un doute existe et peut demander des investigations complémentaires dans l'intérêt de la santé de la collectivité. Si nécessaire, il prend contact avec les médecins traitants des enfants, autorise ou interdit l'accès d'un enfant en milieu d'accueil (notamment en cas de retard vaccinal). Le Conseiller pédiatre peut se mettre à tout moment en relation avec le médecin traitant dès qu'il juge qu'un problème de santé se pose pour la collectivité et exiger l'éviction d'un enfant. Toute mesure utile pour protéger la collectivité peut être prise par le Conseiller pédiatre.

3.3.3 LES RÉFÉRENTS SANTÉ EN MILIEU D'ACCUEIL

Le Référent santé en milieu d'accueil est une personne ressource de l'ONE pour toutes les questions de santé préventive collective et individuelle des milieux d'accueil de la petite enfance. Pour les questions médicales qui ne sont pas de sa compétence, il fait appel au Conseiller médical pédiatre avec qui il collabore étroitement au niveau de la subrégion. Il a un rôle à la fois « réactif » qui consiste à répondre aux questions des milieux d'accueil de son secteur géographique, à distance ou lorsque la situation le nécessite, en allant à la rencontre des professionnels sur le terrain. Il a également un rôle « proactif » de promotion de la santé en collectivité : il organise des visites et des formations qui regroupent des professionnels des milieux d'accueil de son secteur qui permettent de sensibiliser ces derniers aux différentes thématiques de Santé publique abordées dans le présent guide. Il participe, en collaboration avec la Direction Santé et d'autres services, à l'élaboration d'outils (fiches, brochures...) qu'il met à la disposition des professionnels.

3.3.4 LES DIÉTÉTICIEN-E-S

Le Pôle diététique de la Direction Santé de l'ONE regroupe des experts en alimentation et en prévention des intoxications, des carences et des allergies alimentaires. Il organise des formations à l'attention des agents de l'ONE mais également des professionnels des milieux d'accueil et accompagne ces derniers, directement ou indirectement, dans leurs questionnements concernant l'alimentation des enfants accueillis. En collaboration avec d'autres services, il élabore des outils à la fois pour les professionnels et les parents. Il mène également des campagnes de sensibilisation et promotion de la santé avec d'autres partenaires externes de l'ONE (universités, Hautes Ecoles, régions...).

3.4 LA CELLULE DE SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES DE L'AVIQ (WALLONIE) OU DE LA COCOM (BRUXELLES)

Elle est l'autorité sanitaire compétente régionale pour la surveillance des maladies infectieuses. Les équipes d'inspecteurs d'hygiène de la cellule régionale interviennent

dans les milieux d'accueil dans des situations spécifiques et font autorité pour les mesures à prendre en cas de maladie infectieuse à déclaration obligatoire ou de situation d'épidémie. Leur rôle et le lien avec les agents ONE et le milieu d'accueil sont décrits dans le Chapitre 4 (voir point 4.4 « Surveillance des maladies infectieuses »).

3.5 LE OU LES PARENTS

À l'inscription et lors de la familiarisation, il faut s'assurer que les parents aient bien compris et accepté les dispositions médicales en vigueur. Il est demandé aux parents de désigner par écrit le médecin chargé du suivi préventif individuel et des vaccinations de leur enfant ainsi que le médecin traitant consulté en cas de maladie. Si les vaccins sont réalisés par le médecin du milieu d'accueil, les parents signent une autorisation de vaccination. Une information leur est donnée sur les moments et contenus des examens de santé obligatoires. La présence du/ des parent(s) est obligatoire pour l'examen d'entrée et souhaitée pour les autres examens dans la mesure de leurs possibilités. Les résultats des différents examens de santé sont communiqués aux parents.

L'information sur les règles d'éviction et sur l'usage des certificats médicaux (cf. Annexe 7) en cas de maladie leur est également donnée à l'entrée. L'adhésion des parents aux dispositions médicales du contrat d'accueil et leur bonne compréhension peut avoir un impact sur la santé individuelle de leur enfant et de celle de tous les autres enfants accueillis. Ils doivent connaître les règles et les respecter, et pour ce faire ils doivent être sensibilisés à la protection de la santé de la collectivité mais également au bien-être de l'enfant malade. Le milieu d'accueil est attentif au fait que les parents disposent d'une solution alternative en cas d'éviction de leur enfant et les conseillent à cette fin. Si nécessaire, les parents peuvent faire appel à des services de garde d'enfant malade proposant des puéricultrices spécialisées, parfois par l'intermédiaire des services de mutuelle. Une inscription préalable est souvent nécessaire. Les coordonnées de ces services peuvent être communiquées aux parents lors de l'inscription.

Il faut insister sur le fait qu'aucun médicament (même en vente libre) ne peut être administré dans le milieu d'accueil à l'enfant sans prescription médicale. Cette obligation est intégrée dans la réglementation précisant « qu'à l'exception du paracétamol, aucun médicament ne peut être administré à l'enfant en milieu d'accueil sans une attestation médicale ».

Si l'état de santé de l'enfant implique des soins particuliers prescrits (convulsions, diabète...), il est impératif d'établir avec eux et en collaboration avec le médecin spécialiste de l'enfant, un plan de soins et des mesures à prendre en cas de problème. Il faut rappeler que certains soins dispensés par la famille au domicile ne peuvent l'être par le personnel du milieu d'accueil. L'aménagement des conditions d'accueil et l'intervention d'un professionnel de la santé extérieur au milieu d'accueil est possible ; elle doit cependant s'organiser dans le respect de la col-

lectivité et de l'accueil des autres enfants (voir Chapitre 5).

Les parents sont les premiers responsables de la santé de leur enfant. Ils sont des partenaires au niveau de la promotion de la santé dans le milieu d'accueil. Tout problème ou divergence de vue mérite discussion, informations complémentaires et réflexion. Le médecin du milieu d'accueil participe activement à la recherche de solution. Les milieux d'accueil peuvent également contacter les agents ONE de leur secteur.

4 LES EXAMENS DE SANTÉ

Tous les enfants accueillis dans un milieu d'accueil collectif sont soumis à une surveillance de la santé qui comprend **4 examens médicaux obligatoires : à l'entrée, vers 9 et 18 mois et à la sortie**. Une partie des données recueillies lors de ces examens est utilisée par la BDMS (Banque de données médico-sociales de l'ONE). Le recueil des données est transmis par la personne assurant la direction du milieu d'accueil ou une fonction d'encadrement psycho-médico-social, dans le respect du secret professionnel et du RGPD.

Créée en 1983, la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une base de données de l'ONE contenant des informations relatives au suivi préventif de la (future) mère et du jeune enfant en Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B).

Elle constitue actuellement une base de données importante autour de la petite enfance en FW-B. Outil d'évaluation interne à l'ONE, sa première fonction est d'apprécier l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle ainsi être un maillon indispensable à l'orientation de la politique de l'ONE dans le domaine de la périnatalité. En outre, les données de la BDMS sont régulièrement diffusées auprès des médecins, des chercheurs, des étudiants, des acteurs de la santé ainsi que des responsables politiques.

La BDMS est aussi un outil didactique et pédagogique qui familiarise les travailleurs de première ligne avec de nombreux concepts de santé publique et d'épidémiologie avec pour objectifs l'amélioration de la qualité des données et la valorisation de leur travail.

Actuellement, la BDMS récolte des données à 6 moments clés : lors du suivi prénatal, à la naissance, dès le retour au domicile et durant le suivi préventif de l'enfant à 9, 18 et 30 mois.

Les bilans de santé de 9, 18 et 30 mois sont complétés tant lors des consultations médicales organisées dans les milieux d'accueil que lors des consultations pour enfants de l'ONE. Ils permettent de faire un état des lieux de la situation médico-sociale des enfants, permettant à l'ONE d'ajuster ses actions en vue de réduire les inégalités sociales de santé.

Des examens supplémentaires peuvent être réalisés en cas de vulnérabilité de l'enfant ou de la famille repérés lors de l'entrée en milieu d'accueil ou en cours d'accueil. Il en est de même en cas d'inquiétude du milieu d'accueil par rapport au développement de l'enfant. Cette surveillance ne concerne que la santé globale de l'enfant et les relations entre la santé et la vie dans le milieu d'accueil. En cas de problème rapporté ou observé dans le milieu d'accueil, le médecin peut demander à tout moment un examen supplémentaire.

Le médecin doit disposer d'informations suffisantes et régulières sur la santé globale des enfants au travers du carnet de santé et des observations du personnel d'accueil/l'accueillant.e. Le carnet de santé est un outil de liaison entre les différents professionnels médicaux, paramédicaux et avec les parents ; à ce titre, il doit accompagner chaque enfant dans le milieu d'accueil. Ce carnet reste néanmoins la propriété des parents et ne peut en aucun cas être conservé dans le milieu d'accueil en dehors de la présence de l'enfant.

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

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

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

Une fiche synthétique reprenant le contenu de chaque examen de santé obligatoire est reprise en Annexe 1 de cette brochure. Celle-ci peut être jointe au dossier médical de l'enfant.

L'examen d'entrée est particulièrement important et il est essentiel que les parents soient présents. Cet examen a lieu dans le mois qui précède l'entrée de l'enfant en milieu d'accueil. Il répond à plusieurs objectifs :

- Prendre connaissance de l'état de santé individuel, des rythmes, des besoins spécifiques de l'enfant ;
- Conseiller le milieu d'accueil sur les éventuels besoins spécifiques de l'enfant ;
- Rappeler au milieu d'accueil les besoins de santé et de sécurité des jeunes enfants en général ;
- Informer les parents des situations de santé fréquentes et des modalités liées à l'accueil des enfants malades ;
- Participer à l'établissement de la relation de confiance entre le milieu d'accueil et les parents.

Les thèmes abordés avec les parents vont notamment être :

- Les vaccinations ;
- Les maladies, en ce compris le bon usage des certificats médicaux et des règles d'éviction (voir Chapitre 4) ;
- La poursuite de l'allaitement maternel et l'alimentation spécifique à l'enfant ;
- Le sommeil.

À défaut de bureau ou d'un lieu spécifique pour la consultation, il convient de réfléchir à un endroit calme permettant le dialogue entre le médecin et les parents ou entre le médecin et la puéricultrice de référence de l'enfant.

5 LES VACCINATIONS

La vaccination offre **une protection individuelle mais aussi collective**. Si seule la vaccination contre la poliomyélite est imposée par la loi belge, l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 2 mai 2019 précité stipule que les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil doivent **obligatoirement** être vaccinés contre certaines maladies selon le schéma élaboré par la FW-B. Cette obligation n'existe pas dans les milieux d'accueil agréés par les Communautés Flamande et Germanophone.

L'obligation vaccinale en milieu d'accueil porte sur les maladies suivantes : Poliomyélite*, Coqueluche*, Diphtérie*, Haemophilus influenzae de type b (ActHib)*, Oreillons**, Rougeole** et Rubéole**.

La vaccination séparée contre la diphtérie et le tétanos n'est pas possible et ne dispense pas de l'obligation vaccinale.

Le refus parental de la vaccination contre l'hépatite B ne dispense pas de l'obligation vaccinale même si les solutions alternatives ne sont pas disponibles (vaccin pentavalent : Poliomyélite, Diphtérie-Tétanos, Coqueluche, ActHiB ou vaccin quadrivalent : Poliomyélite, Diphtérie-Tétanos, Coqueluche + ActHiB).

*Vaccin combiné regroupant 6 maladies en une injection : Poliomyélite, Diphtérie-Tétanos, Coqueluche, ActHiB et Hépatite B.

**Vaccin combiné Rougeole Rubéole Oreillons : la vaccination séparée n'est pas possible.

Ces informations figurent dans le contrat d'accueil, signé par les parents lors de l'inscription avant l'entrée de leur enfant au sein de la collectivité.

Si toutefois il existe une contre-indication médicale à la vaccination (voir Chapitre 4 point 4.3.1.B), celle-ci doit être précisée par écrit par un médecin et être **validée** par le médecin du milieu d'accueil ou, le cas échéant, par le Conseiller pédiatre ONE de la subrégion concernée. Il est à noter que les maladies contraindiquant la vaccination sont souvent aussi un obstacle à la fréquentation d'un milieu d'accueil. **Le non-respect du calendrier vaccinal sans motif médical valable entraîne l'exclusion temporaire ou définitive de l'enfant après avis du Conseiller pédiatre de la subrégion. Il est souhaitable que le milieu d'accueil rappelle aux parents les vaccinations à effectuer 15 jours avant la date prévue par le calendrier vaccinal.** Si un mois après la date prévue, les vaccinations n'ont pas été effectuées, un délai sera laissé aux parents pour régulariser la situation au plus vite. Une entrevue avec le médecin du milieu d'accueil est proposée et celui-ci informe le Conseiller pédiatre s'il le juge nécessaire.

Un outil d'aide au contrôle vaccinal de l'ONE, présenté sous forme de fiches, a été créé initialement pour les accueillants d'enfants. Son utilisation peut être élargie aux crèches. Cet outil est disponible sur le site internet de l'ONE. Celui-ci peut également être demandé au Référent santé ONE de la subrégion.

Le contrôle de l'obligation vaccinale est sous la responsabilité administrative du pouvoir organisateur du milieu d'accueil et non du médecin qui assure la consultation préventive. La responsabilité du milieu d'accueil pourrait en effet être engagée si un enfant non vacciné, alors qu'il aurait dû l'être, venait à infecter d'autres enfants.

Les vaccins reçus par l'enfant sont vérifiés :

- Avant l'entrée en milieu d'accueil via **le certificat d'entrée**. Il doit être complété par le médecin de l'enfant.
- **Sur base du carnet de santé** qui doit accompagner l'enfant lorsqu'il est présent dans le milieu d'accueil durant toute la période où l'enfant fréquente la collectivité. **La vérification effective des vaccinations devrait se faire systématiquement selon le calendrier vaccinal et notamment à 6 mois (fin du premier cycle), à 9-10 mois (moment clé pour prévoir les vaccinations de 12 et 15 mois) et entre 15 et 18 mois (fin du second cycle).**

En cas d'épidémie, l'AVIQ/la COCOM et le médecin du milieu d'accueil/Référent santé ONE interrogent le milieu d'accueil sur le statut vaccinal de tous les enfants inscrits. Ces données doivent donc être disponibles même si l'enfant n'est pas présent.

Certains milieux d'accueil organisent des consultations où il est possible de faire vacciner son enfant. Le choix est donc laissé aux parents de faire vacciner l'enfant en milieu d'accueil (cf. Annexe 5), en consultation pour enfants ou auprès du médecin traitant ou du pédiatre de leur choix.

6 LE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie d'un nourrisson et la poursuite de cet allaitement, parallèlement à la diversification, durant les premières années (deux ou plus). Cette recommandation est reprise par les Autorités de Santé de différents pays.

Le lait maternel est en effet supérieur à tout autre lait malgré tous les progrès réalisés par l'industrie alimentaire des laits adaptés aux bébés. Il couvre l'entièreté des besoins nutritionnels du bébé durant les six premiers mois de vie et contribue à couvrir les besoins en lait après l'introduction des aliments solides. De plus, l'allaitement participe au développement de son immunité.

Les bienfaits de l'allaitement maternel

Les objectifs de l'ONE et du Plan national Nutrition Santé sont clairement de soutenir l'allaitement maternel dans la durée, vu l'importance de celui-ci pour la santé, présente et future, des mères et des bébés et donc de la société toute entière.

Citons quelques avantages apportés par l'allaitement :

POUR L'ENFANT : une diminution du risque d'infections digestives mais aussi pulmonaires, urinaires, méningées, ainsi qu'une fréquence moindre des otites. Une diminution du risque d'allergies, particulièrement dans les familles à risques. L'allaitement est un facteur important de diminution du risque d'obésité et de diabète chez l'enfant mais aussi chez l'adulte en devenir. On note également une diminution de la fréquence des problèmes orthodontiques et même, de certains cancers.

POUR LA MÈRE : une diminution du risque d'infections durant la période du postpartum, ainsi que du risque de cancer du sein et de l'ovaire, de diabète, d'ostéoporose et aussi de polyarthrite rhumatoïde. Soulignons encore le lien privilégié mère-bébé engendré par l'allaitement et le sentiment d'estime de soi ressenti par une mère qui peut, lorsqu'elle le désire, nourrir son bébé au sein.

POUR LA SOCIÉTÉ : il est remarqué une belle économie en soins de santé. L'aspect écologique de l'allaitement est par ailleurs de plus en plus mis en évidence. L'économie n'est pas négligeable non plus pour les familles.

POUR LE MILIEU D'ACCUEIL : nous retiendrons la diminution des infections et des absences pour maladie.

Beaucoup d'accueillant-e-s et personnel d'accueil signalent le lien privilégié qui s'instaure souvent avec les mamans qui auront trouvé du soutien dans leur allaitement.

L'entrée en milieu d'accueil

L'entrée en milieu d'accueil pose la question de la poursuite de l'allaitement, soit dans le chef des mères et des familles, soit chez les professionnels de l'accueil. Les opportunités, tout comme les difficultés à surmonter, sont partagées par tous.

Quelques pistes utiles en vue de favoriser la continuité de l'allaitement dans le milieu d'accueil :

- Informer au plus tôt (si possible, dès le premier contact) les parents que la poursuite de l'allaitement est possible et que cela se prépare en amont (en prévoyant par exemple, des réserves de lait).
- Énoncer dans le projet d'accueil le soutien à l'allaitement.
- Informer que le personnel est disponible pour réfléchir avec eux à ce qu'il faudrait mettre en place pour que tout se passe au mieux.
- Aménager un espace « allaitement » et le présenter lors de la première visite aux parents.
- Se former et s'informer.
- Veiller à la cohérence et à la continuité des messages véhiculés.
- Soutenir activement la maman, les parents qui ont fait le choix de poursuivre l'allaitement ou non.
- Aborder en équipe et avec le médecin du milieu d'accueil les appréhensions et les ressentis de l'équipe.

LE RÔLE DU MÉDECIN sera à la fois de soutenir les mères dans la poursuite de leur allaitement, d'aider le personnel d'accueil à trouver des solutions aux petits problèmes transitoires qui peuvent parfois se poser durant les premiers jours d'accueil de l'enfant ainsi que de favoriser la formation du personnel.



« *Allaitement maternel. Guide à l'usage des professionnels de la santé* - édité par l'ONE, 4^{ème} édition, 2020 ».

Flash Accueil 48 « L'allaitement maternel en milieu d'accueil, l'affaire de tous »

7 L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

Le médecin du milieu d'accueil est attentif à l'alimentation fournie au sein de la collectivité.

POUR LES NOURRISSONS

A défaut de lait maternel, un lait infantile adapté à l'âge est fourni par le milieu d'accueil (si subventionné par l'ONE). Un lait spécifique à l'enfant peut être apporté par les parents.

Dans tous les cas, le lait reste l'aliment de base du nourrisson pendant toute la première année de vie, même après la diversification alimentaire. Une attention particulière doit être apportée aux bébés qui passent de très longues journées en milieux d'accueil. Ces derniers doivent recevoir des biberons de lait maternel ou infantile dans la matinée et/ou en fin de journée. Durant la première année, il convient de s'adapter à la demande du bébé et de continuer à individualiser les repas. L'introduction des aliments solides (diversification alimentaire) est progressive.



Les points prioritaires du Guide de médecine préventive ainsi que les brochures de l'ONE servent de référence en la matière, notamment la brochure « *De nouveaux aliments en douceur* ».

POUR LES PLUS GRANDS

Les menus variés et sains doivent être affichés à l'attention des parents. Les demandes spécifiques des parents sont évaluées en fonction des recommandations de santé et des possibilités du milieu d'accueil d'y répondre.



Les brochures « *Chouette on passe à table* » (guide qui reprend des indications relatives à la promotion d'une alimentation durable et à la réalisation pratique de menus équilibrés, tout en gardant à l'esprit ces maîtres mots : plaisir, découverte et convivialité) et « *Des petits plats pour les grands* » servent de référence.

8 LE SOMMEIL

Un sommeil de qualité favorise le développement de l'enfant et l'aide dans ses apprentissages. Les besoins et les rythmes de sommeil évoluent selon l'âge de l'enfant.



Vous retrouverez toutes les recommandations dans la brochure « [Le sommeil de l'enfant en milieu d'accueil](#) » et dans l'« [Article Flash Accueil numéro 33 La sécurité du sommeil du bébé en milieu d'accueil](#) ».

Les conseils pour un sommeil « sécuritaire » vis-à-vis de tous les bébés :

- Position dorsale sur un matelas ferme, sans oreiller.
- Éviction du tabac dans l'environnement (tant post-natal que prénatal).
- Éviter de chauffer les pièces où le bébé dort à plus de 18°, l'usage d'un ventilateur peut être utile.
- Aérer quotidiennement.
- Utiliser un sac de couchage à bretelles (turbulette) avec des vêtements adaptés à la température ambiante.
- Avoir une literie adaptée (voir les normes) et en bon état (idéalement un nouveau matelas par nouvel enfant), pas de couettes ou couvertures ni de tour de lit.
- Utiliser le cas échéant une sucette à l'endormissement.
- Dégager si nécessaire le nez à l'endormissement.
- Favoriser l'allaitement maternel, respecter le calendrier vaccinal, protéger des infections.
- Éviter tout ce qui pourrait asphyxier ou étrangler l'enfant (chaînes, cordons, parures, peluches, animaux...).

L'emballage et l'inclinaison du lit ne répondent pas à ces recommandations. Il s'agit éventuellement d'indications particulières à discuter au cas par cas.

Plusieurs recherches dans le monde ont montré que le risque de mort subite inopinée du nourrisson augmente très nettement quand l'enfant fréquente un milieu d'accueil (**particulièrement au début**).

Il est dès lors conseillé de :

- Pratiquer des durées d'accueil très progressives et avant l'accueil de familiariser pendant un temps suffisant le bébé au nouvel environnement et aux nouvelles personnes.

- Bien connaître les enfants et respecter leur rythme veille-sommeil ;
- Limiter le nombre d'adultes différents s'occupant des bébés et confier chaque bébé à la vigilance d'un adulte référent ;
- Bénéficier d'espace, de lumière pour exercer une surveillance accrue pendant la sieste (visuelle et tactile), surtout dans les cas où un état inhabituel est signalé le matin par les parents.

Le risque de mort subite du nourrisson (MSN) au cours du sommeil (mort au berceau) est de 0,5 cas pour mille naissances. La MSN touche les enfants de moins d'un an, le risque maximal se situant entre 2 et 6 mois. Dans l'état actuel des connaissances, il convient d'en référer à un médecin compétent qui décidera d'éventuels examens complémentaires lorsque l'un de ces symptômes est présent :

- Fatigue anormale ou malaise lors de l'alimentation ;
- Spasme de sanglot ;
- Bruit respiratoire, ronflement pendant le sommeil ;
- Episodes de transpiration profuse pendant le sommeil ;
- Pâleur ou cyanose pendant le sommeil.

Ces signes ne sont pas spécifiques, mais constituent des facteurs de risque de malaise grave ou de mort subite pendant le sommeil.

Certains facteurs de risque particuliers (prématurité ou dysmaturité importantes, antécédents de malaise grave, pathologies neuro-musculaires, anomalies ORL...) justifient une surveillance par moniteur cardio-respiratoire.

Vis-à-vis des bébés monitorisés :

Il convient de familiariser le personnel d'accueil/l'accueillant.e du fonctionnement de l'appareil et de lui apprendre à avoir les réactions adéquates en cas d'alarmes.

9 LE SUIVI DE LA CROISSANCE

L'enfant est pesé et mesuré à chaque examen de santé.

L'indice de masse corporelle (BMI/IMC) est également calculé et reporté sur la courbe lors des examens de santé de 18 et 30 mois. La surcharge pondérale de l'enfant est en effet un problème de santé majeur en raison de l'augmentation de la prévalence de l'affection et de ses répercussions sur la santé à court et long terme.

Il est important de repérer un rebond d'adiposité précoce qui peut entraîner une surcharge pondérale future. Dans ce cas, une information est faite aux parents et des conseils sont donnés en matière d'alimentation, de rythme de vie, de sommeil, d'activité. Un suivi attentif est conseillé auprès du médecin traitant ou pédiatre de l'enfant.

10 LE SUIVI DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET DU LANGAGE

Il est important de repérer les retards de développement psychomoteur afin de favoriser une prise en charge précoce.

Les étapes du développement normal de l'enfant sont détaillées dans [le Chapitre 13 du Guide de médecine préventive](#).

Le développement du langage et les résultats de la recherche-action sont disponibles dans [le Chapitre 14 du Guide de médecine préventive](#).



Le langage est un outil de communication essentiel. Il permet à l'humain d'entrer en relation, de développer sa pensée, de se différencier, de parler de soi et des autres.

Il nous permet d'exprimer nos besoins, nos envies, nos émotions, notre ressenti, de créer du lien, de se positionner, d'être à l'écoute des autres, de s'informer, se cultiver, d'apprendre... bref, d'exister.

Le langage est fondamental pour vivre dans notre société.

Afin de soutenir le développement du langage, il est essentiel d'être réceptif et réactif aux initiatives de communication de l'enfant, de donner des modèles de langage de qualité, d'enrichir les échanges avec l'enfant et de fournir un bain langagier adéquat.

Pour en savoir plus :

« [Accompagner le développement du langage du jeune enfant en milieu d'accueil](#) »



Trouble du langage

La prise en charge précoce d'un retard de langage améliore l'acquisition ultérieure du langage, les possibilités de communication et favorise globalement tous les apprentissages.

- Le développement du langage :
 - Critères d'alerte :
 - ⊙ Absence de babil à 12 mois.
 - ⊙ < 8 mots exprimés à 18 mois.
 - ⊙ < 50 mots et absence de combinaisons de mots à 2 ans.
 - Critères de retard langagier sévère :
 - ⊙ 18 mois : pas de mot.
 - ⊙ 24 mois : < 30 mots de vocabulaire.
 - ⊙ 36 mois : pas de combinaison de 2 mots.

11 LE DÉPISTAGE VISUEL

Le dépistage précoce des troubles visuels est organisé dans les consultations pour enfants de l'ONE et dans les milieux d'accueil collectifs.



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

Les enfants présentant une anomalie lors du dépistage sont envoyés chez l'ophtalmologue. Dans 86% des cas, l'anomalie est confirmée par l'ophtalmologue.

L'amblyopie fonctionnelle

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

Quels sont les objectifs du dépistage ?

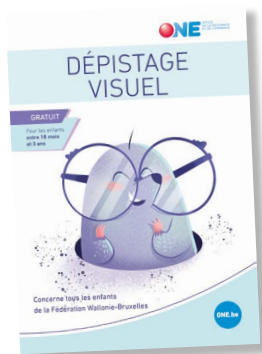
Les objectifs du dépistage se situent à deux niveaux :

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

En quoi consiste ce dépistage ?



Pendant l'examen qui dure de 10 à 15 min, l'enfant est assis sur les genoux, dans les bras d'un adulte (le parent ou le personnel d'accueil/l'accueillant-e). Ce dépistage est absolument non intrusif et indolore. Il demande très peu de collaboration de l'enfant mais ne peut pas être fait sur un enfant qui pleure, se débat ou se cache les yeux. Il faut simplement que l'enfant accepte de regarder, pendant de courtes périodes, les objets que lui présente l'examinateur.



A qui s'adresse ce dépistage ?

Il s'adresse à tous les enfants de 18 à 36 mois qui fréquentent le milieu d'accueil. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser ce dépistage chez les enfants déjà suivis par un ophtalmologue ou qui ont déjà bénéficié d'un dépistage à la consultation pour enfants.

Par qui est-il réalisé ?

Cet examen est réalisé par un orthoptiste, un assistant technique en ophtalmologie (ATO) ou un médecin spécialement formé à cet effet, avec l'aide du personnel d'accueil.

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

Il suffit d'en faire la demande par téléphone auprès de l'administration subrégionale de votre région. Un rendez-vous vous sera alors fixé en fonction des disponibilités de l'orthoptiste ou du médecin spécialisé. Des documents d'information à l'attention des parents vous seront ensuite transmis.

Matériel à prévoir sur place :

Prévoir une pièce au calme pour permettre à l'examinateur de capter l'attention de l'enfant.

La pièce ne doit pas être occultée mais il ne faut pas que les rayons du soleil éblouissent l'examinateur et l'enfant. Une petite pièce est suffisante.

Il faut prévoir :

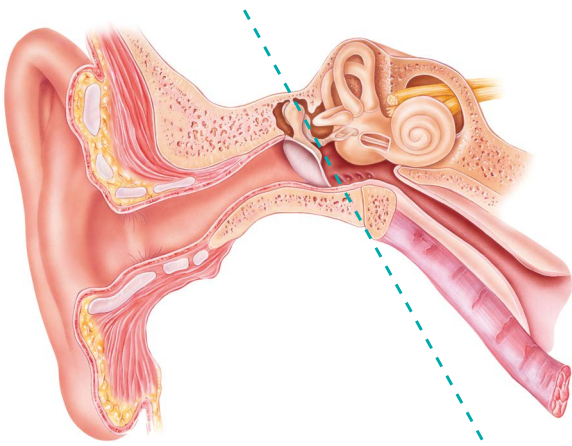
- une chaise pour la personne qui tient l'enfant sur ses genoux ;
- un siège à roulettes et si possible réglable en hauteur pour l'examinateur (type siège de bureau) ;
- une petite table sur laquelle l'examinateur peut poser son matériel ;
- une prise de courant accessible pour permettre la recharge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

Que faire pour bénéficier d'un dépistage visuel pour les enfants accueillis chez un-e accueillant-e ?

Il est recommandé de prendre contact avec la consultation pour enfants la plus proche qui pourra vous renseigner à ce sujet. Les parents peuvent être invités à se rendre avec leur enfant à un dépistage visuel organisé dans la consultation ONE. Le rendez-vous est donné par le PEP's (Partenaire Enfant Parents) de la consultation.



12 LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS



12.1 QU'EST-CE QUE LA SURDITÉ ?

Il faut distinguer les atteintes auditives :

- « **de perception** » (touchant l'oreille interne ou les voies sensorielles centrales).
Atteintes irréversibles, mais pouvant bénéficier de techniques de rééducation adaptées, appareillages, voire implants. Les atteintes auditives de perception congénitales peuvent être identifiées par un dépistage néonatal ;
- « **de transmission** » (touchant l'oreille moyenne ou l'oreille externe).
Atteintes de la sphère ORL susceptibles d'amélioration (spontanée ou par traitement). Le dépistage des atteintes auditives de transmission concerne les nourrissons et jeunes enfants.

12.2 LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE NÉONATAL SYSTÉMATIQUE DE LA SURDITÉ EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

La surdité congénitale dans la population générale touche 1 à 4% des nouveau-nés.

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

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

Ce dépistage systématique est réalisé en maternité.

Les nouveau-nés ne présentant pas de facteur de risque entrent dans un programme de dépistage par otoémissions acoustiques automatisées. Les enfants dont le résultat est insatisfaisant sont orientés vers la consultation d'ORL pour le contrôle et le suivi (évaluation audiolinguistique). Les enfants dont le résultat est « pass » sont considérés comme normo-entendants.

Les nouveau-nés présentant un ou plusieurs facteurs de risque reçoivent d'emblée une évaluation audiolinguistique chez un ORL. En cas de confirmation de la déficience auditive, l'enfant est référé rapidement vers un centre de prise en charge spécifique.

L'évaluation régulière de ce programme montre un taux de couverture du premier test stable (autour de 95%).

Les informations recueillies en maternité sont notées à la page « naissances » du carnet de santé de l'enfant.

En cas de test non réalisé en maternité ou de réponse anormale au test réalisé en maternité, les parents reçoivent un rendez-vous en ORL. Le cas échéant, l'équipe médico-sociale de l'ONE sensibilisera les parents à l'importance de faire le test et les incitera à recontacter la maternité ou à se rendre chez le spécialiste ORL.

Pour en savoir plus :

Site sur le dépistage néonatal :
www.depistageneonatal.be



12.3 LE SUIVI DE L'AUDITION

Même lorsque le dépistage réalisé en maternité est normal, il est impératif de continuer à suivre l'évolution de l'audition et du langage de l'enfant, et d'assurer ce suivi de manière renforcée chez l'enfant avec facteur(s) de risque.

Pourquoi ?

- Il existe des surdités congénitales d'apparition progressive (génétiques, liées à une infection congénitale à cytomégalovirus...).
- Les otites séromuqueuses sont fréquentes chez le nourrisson et le jeune enfant qui fréquentent un milieu d'accueil.
- Un retard de langage dépisté précocement peut orienter non seulement vers une atteinte auditive mais aussi vers d'autres problèmes (causes) possibles.

Comment réaliser ce suivi en milieu d'accueil ?

- L'anamnèse est fondamentale au moment de l'examen de santé : évaluer le nombre et la nature des infections ORL, la qualité de la respiration (ronflements) et de la déglutition, l'appétit, le développement somatique et psychomoteur, le comportement dans le milieu d'accueil.
- La réaction au bruit.
- L'examen clinique ORL : au moindre doute à l'anamnèse ou à l'examen clinique, il faut référer l'enfant à son médecin traitant ou son pédiatre.

Des questions simples portant sur l'expression et la compréhension des mots peuvent servir de repères au médecin pour évaluer les retards de langage à 12, 18 et 24 mois.

Un problème d'audition non dépisté peut entraîner un trouble du langage.

13 LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ

INFRASTRUCTURES ET ASPECTS ADMINISTRATIFS

1. Les infrastructures et les équipements sont adaptés aux jeunes enfants et répondent aux normes de sécurité.
2. Le milieu d'accueil accueille les enfants dans un environnement intérieur et extérieur sain. Le milieu d'accueil suit les recommandations de l'ONE pour l'hygiène et l'entretien des locaux.
3. Les brochures d'éducation à la santé de l'ONE à l'attention des parents sont mises à leur disposition.
4. Le milieu d'accueil informe le Conseiller pédiatre de l'ONE de l'accueil d'un enfant à besoins spécifiques et des mesures prises pour assurer un accueil de qualité. Les soins spécifiques sont assurés dans les limites imposées par la loi et les compétences professionnelles au sein du milieu d'accueil (cf. Chapitre 5 et Annexes 12 et 13).
5. Le milieu d'accueil dispose d'une pharmacie de base (voir Chapitre 8).
6. Le milieu d'accueil et/ou le pouvoir organisateur dispose des certificats d'aptitude physique et psychique pour tout le personnel appelé à être en contact avec les enfants (cf. Annexe 9) mais aussi pour toute personne de plus de 15 ans en contact régulier avec les enfants et les cohabitants de l'accueillant ou accueillante.
7. Le milieu d'accueil informe l'ONE de tout problème grave en matière de santé survenu au sein de la collectivité (cf. Annexes 10, 11 et 12).
8. Le milieu d'accueil tient à la disposition de l'AVIQ/COCOM et de l'ONE, une liste des vaccinations reçues par les enfants fréquentant la collectivité.
9. Le milieu d'accueil veille à la présence du carnet de santé pendant les heures d'accueil et lors de la consultation médicale.

GESTION DES PROBLÈMES MÉDICAUX

URGENCES MÉDICALES ET ACCIDENTS

1. L'accueillant-e indépendant-e a un médecin de référence proche du milieu d'accueil pour les cas d'urgence.
2. Le milieu d'accueil met en place des procédures pour les problèmes médicaux (fièvre, diarrhée, convulsion).
3. Le milieu d'accueil dispose d'une séquence d'appel en cas d'urgence/incident.

ACCUEIL DE L'ENFANT MALADE

1. Le milieu d'accueil informe à l'inscription des limites à l'accueil d'un enfant malade et à l'administration des médicaments par le personnel d'accueil/l'accueillant-e.
2. Le tableau des maladies à éviction est porté à la connaissance des parents et le milieu d'accueil veille à le faire respecter.
3. Le milieu d'accueil exige les certificats médicaux lors de l'accueil d'un enfant malade selon les recommandations prévues (voir Chapitre 4 point 1.2 et Annexe 7).
4. Le milieu d'accueil dispense aux enfants les soins dont ils ont besoin et les médicaments qui leur sont prescrits par un médecin (voir Chapitre 4 point 3.3).

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ

1. Le milieu d'accueil vérifie le certificat d'entrée (besoins spécifiques, schéma de vaccination...) dans le mois précédent le début de l'accueil et lors de la familiarisation.
2. Le milieu d'accueil contrôle l'état vaccinal et met en place une politique préventive contre le retard vaccinal (calendrier individuel, rappel aux parents...).
3. Le milieu d'accueil entretient un contact avec la consultation pour enfants la plus proche et encourage les parents à y présenter leur enfant pour le suivi préventif (si celui-ci n'est pas organisé dans le milieu d'accueil).
4. La crèche a un contrat de collaboration avec un médecin pour la surveillance de la santé, selon le modèle fourni par l'ONE.
5. La crèche organise les 4 examens obligatoires de santé des enfants et complète les fiches correspondantes qu'elle renvoie à la BDMS.
6. À la demande des parents, la crèche organise le suivi individuel et la vaccination des enfants.
7. L'examen d'entrée est réalisé en présence des parents dans le mois qui précède l'entrée de l'enfant en crèche.
8. Des réunions d'équipe autour de thèmes liés à la santé et à la sécurité sont organisées avec le médecin du milieu d'accueil/Référent santé ONE.
9. Le milieu d'accueil favorise une communication régulière entre le médecin et le personnel d'accueil et entre le médecin et les parents au sujet de la santé de chaque enfant (via l'Annexe 4 et le carnet de santé).
10. Le carnet de santé est disponible lors des consultations médicales et pendant les heures d'accueil.
11. Le milieu d'accueil dispose d'un référent interne en matière médicale (voir point 3).

HYGIÈNE GÉNÉRALE

L'hygiène est un ensemble de principes et de pratiques ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé. L'application des règles d'hygiène a une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles en collectivité pour lutter contre les sources de contamination et réduire certains modes de transmission comme celui par contact. Une formation adéquate du personnel et un rappel régulier de la bonne pratique des règles d'hygiène sont nécessaires.

Les mesures d'hygiène portent sur l'hygiène des locaux, des équipements (dont les jouets et le linge), l'hygiène individuelle et l'hygiène alimentaire.

Une application rigoureuse de ces mesures permet de freiner la propagation des agents infectieux. Les recommandations de ce chapitre en matière d'hygiène visent à réduire autant que possible l'usage de certains produits désinfectants qui pourraient avoir un impact sur la santé des jeunes enfants. Limiter la transmission des maladies en collectivité est possible non seulement en appliquant des mesures d'hygiène éco-responsables se basant sur le choix d'un produit adapté selon la situation, mais surtout en appliquant en parallèle d'autres mesures essentielles comme la promotion de la vaccination et le respect des évictions (voir Chapitre 4 point 4.3.2).

Ces mesures doivent s'appliquer au quotidien et être intensifiées en cas d'infection suspectée ou déclarée. La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité est par ailleurs, l'occasion de vérifier que l'application de ces mesures est bien respectée.

Une bonne compréhension du mode de transmission d'une maladie infectieuse permet d'avoir une action plus efficace sur la mise en place des mesures d'hygiène.

Chaque milieu d'accueil doit disposer d'une procédure d'hygiène en matière de nettoyage et de désinfection et connaître le mode d'emploi des produits utilisés. Ces derniers doivent toujours se trouver hors de portée des enfants.

1 HYGIÈNE DES LOCAUX

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

1.1 NETTOYAGE

DÉFINITIONS :

- Nettoyer (ou déterger) : rendre net, propre (débarrasser de tout ce qui ternit ou salit).
- Savon (ou détergent) : mélange d'une matière grasse et d'un alcalin. Sert à nettoyer et à dégraisser.

QUAND ?

Il faut un nettoyage **quotidien** des sols et de toutes les surfaces lavables, sans omettre les tapis de jeux et coussins de psychomotricité plastifiés, les robinets, poignées de porte, chasses d'eau, à l'aide de produits détergents.

Un bon nettoyage quotidien permettrait de réduire de 80% la charge environnementale en micro-organismes.

Pour les grilles de ventilation, il est recommandé un entretien tous les mois voire tous les 3 mois, en les démontant, les lavant à l'eau et au savon/détergent, les rinçant et les séchant ensuite.

SOLS ET SURFACES

| | | |
|---|--|--|
| <p>ENTREtenir AU QUOTIDIEN (après l'accueil des enfants)</p> | <p>1. Nettoyage 2. Rinçage</p> | <p>REMARQUES : Coussins à langer, tables alimentaires des enfants, salle de bain :</p> <p>1. Nettoyage et rinçage 2. Désinfection (+ rincer les surfaces alimentaires après désinfection)</p> |
| <p>SELON LES SITUATIONS (pendant l'accueil des enfants)</p> | <p>EN CAS DE SOUILLURE PAR DES LIQUIDES BIOLOGIQUES :</p> <p>1. Enfiler les gants jetables 2. Enlever le plus gros des souillures avec de l'essuie-tout 3. Mettre les déchets dans un sac en plastique, le fermer puis le déposer dans les poubelles habituelles 4. Nettoyer et rincer 5. Désinfecter</p> <p>REMARQUES : Autres souillures : nettoyer et rincer uniquement</p> | |



COMMENT ?

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

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

Il faut changer de serpillière entre chaque local et chaque section de vie (espace repos, espace d'activités...). Les serpillières doivent être lavées à 60°C une fois par jour. Les seaux doivent être rincés après chaque utilisation et lavés une fois par jour (au moyen de détergent).

Il est également possible d'éliminer efficacement poussières et acariens en nettoyant à l'eau les sols (y compris les plinthes) et les surfaces et en utilisant des lavettes en microfibres.

Il est important d'aérer les pièces durant le nettoyage et une heure après.

AVEC QUEL PRODUIT ?

Un nettoyant tout usage, non toxique, biodégradable, sans limonène ou autre parfum synthétique est idéal.

Exemples : savon noir ou mou (à l'huile de lin), savon de Marseille, etc.

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

Il faut absolument éviter les produits de nettoyage qui contiennent à la fois un détergent et un désinfectant (appelés produits mixtes). Non seulement, cela est inutile (car le mélange n'est pas plus efficace) mais également la substance désinfectante peut être irritante.

1.2 DÉSINFECTION

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

DÉFINITION

Désinfecter : détruire les agents infectieux.

Un biocide : une substance active qui, par une action chimique ou biologique, détruit ou inactive les micro-organismes pathogènes pour l'homme (comme les virus et les bactéries) et de manière générale détruit, dissuade ou rend inoffensif tout organisme nuisible.

QUAND ?

La désinfection doit se faire quotidiennement dans la salle de bain, sur les tables alimentaires des enfants, sur le coussin à langer et les poubelles.

En cuisine, la désinfection des surfaces alimentaires est limitée aux situations à risque : ex.: manipulation des aliments à risques (volaille crue, œufs, légumes terreux...).

La désinfection est nécessaire dans certaines situations d'épidémie et en cas de souillures des sols et surfaces par des liquides biologiques (sang, selles, urines, vomissements...).

COMMENT ?

La désinfection s'effectue toujours après un nettoyage et un rinçage adéquats.

En effet, la présence de salissures peut interférer sur l'efficacité du pouvoir du désinfectant.

Il est indispensable de respecter les consignes mentionnées sur l'étiquette en ce qui concerne l'usage prévu du produit, les mesures de protection, le dosage, la dilution et le temps requis avant de réoccuper les locaux ou de réutiliser les surfaces.

En ce qui concerne les produits en spray, prêts à l'emploi, il est conseillé de vaporiser le produit sur une lavette microfibre et de frotter ensuite la surface à désinfecter, cela permet de diminuer les particules du produit en suspension dans l'air.

Il est important de ventiler adéquatement les locaux, pendant et après la désinfection.

EN CAS DE SOUILLURE DES SOLS ET SURFACES PAR DES LIQUIDES BIOLOGIQUES :

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

POINTS D'ATTENTION :

- Nettoyer et rincer avant de désinfecter.
- Lire le mode d'emploi du produit et le rendre accessible aux personnes qui l'utilisent.
- Tenir compte des mesures de sécurité à l'utilisation.
- Utiliser le bon produit au bon endroit au bon moment.
- Respecter le temps de pose et la dilution indiquée.
- Aérer la pièce.
- Avoir une procédure adaptée au milieu d'accueil et la mettre à jour régulièrement.
- Ne jamais mélanger les produits.

QUEL PRODUIT CHOISIR ?

Aucun biocide ne peut être mis sur le marché en Belgique sans une autorisation préalable du SPF Santé publique¹. Il existe 22 types de biocides qui sont répartis en 4 groupes selon leur type d'action et leur(s) cible(s). Seuls les biocides de type 2 (pour le sol et les surfaces) et type 4 (pour les surfaces en contact avec les aliments) appartenant au groupe 1 (désinfectants et produits biocides généraux) peuvent être utilisés en milieu d'accueil.

Les caractéristiques d'un produit peuvent être vérifiées sur le site internet du SPF Santé publique qui a mis à disposition une application web interactive accessible via le lien suivant : <https://apps.health.belgium.be/gestator-public-search/>

Celle-ci offre deux modalités de recherche, recherche simple et recherche avancée.


Dans le mode « recherche simple », il est possible d'effectuer une recherche à partir du nom commercial du produit.


• Appuyer sur recherche.

• Compléter l'un ou l'autre champ (nom du produit, numéro d'autorisation, type de produit).

1. Service public fédéral.

POUR SAVOIR QUEL PRODUIT CHOISIR, IL FAUT VÉRIFIER LES CRITÈRES SUIVANTS :

- **Autorisation** : si le produit est autorisé par le SPF Santé publique. Il sera dans la liste des résultats trouvés par le moteur de recherche.
- **Type de produit** : seuls les biocides de type 2 (pour le sol et les surfaces) et type 4 (pour les surfaces en contact avec les aliments) appartenant au groupe 1 (désinfectants et produits biocides généraux) peuvent être utilisés en milieu d'accueil.
- **Catégorie d'utilisateur** : de préférence «Public» (ou «Professionnel»), il est conseillé d'être attentif aux mesures de précaution lors de l'utilisation de ces produits.
- **Circuit** : il existe deux types de circuits : circuit restreint ou circuit libre. Les utilisateurs de produits en circuit restreint (ex : société de nettoyage) doivent s'enregistrer, ceux en circuit libre non. Les biocides qui présentent un risque plus important pour la santé font partie des biocides du circuit restreint. Ils peuvent être toxiques, cancérigènes ou nocifs pour la reproduction. Pour cette raison, ces biocides ne peuvent pas être utilisés en milieu d'accueil pour le personnel ainsi que pour les enfants. Il faut donc utiliser des produits en circuit libre.
- **La substance active précise** : la famille de désinfectant. À noter qu'un produit commercial peut contenir plusieurs substances actives de familles différentes afin d'avoir un meilleur spectre d'activité.
- Il est possible de consulter l'acte **d'autorisation du produit** en cliquant sur l'icône . Il est recommandé que le produit désinfectant ait un large spectre d'action (bactéricide, virucide, fongicide, levuricide), une action rapide, une toxicité minimale, qu'il soit biodégradable, non agressif pour le matériel.
- **Date de fin d'autorisation** : choisir une date assez éloignée afin de faciliter la gestion des stocks.

Il suffit de compléter l'un ou plusieurs champs et d'appuyer sur «recherche», la liste des produits actifs est alors affichée. Il est également possible de l'obtenir en format Excel en cliquant sur l'icône  sur la page de recherche.

En plus des critères recommandés dans le choix du biocide, il est important de tenir compte des mentions de danger concernant l'utilisation du produit mais également son effet sur l'environnement.

En cas de doute, le médecin du milieu d'accueil ou le Référent santé ONE peut accompagner la réflexion sur la procédure d'hygiène et le choix du biocide.

POUR EN SAVOIR PLUS :

www.biocide.be : liste des biocides autorisés, actes d'autorisation, rapport annuel, FAQ, procédures, etc.

www.health.belgium.be : règlement complet sur la classification, l'étiquetage et l'emballage des produits dangereux

Contact Center du SPF Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Tél. : 02/524 97 97

Brochure : Produits chimiques : lisez l'étiquette, elle vous protège ! [Home - Lire avant utilisation](#)



De manière générale, il faut savoir que :

- Il n'est pas recommandé d'avoir de grandes réserves de biocides, ceux-ci perdant progressivement de leur activité, ce qui peut favoriser les résistances. Ils pourraient aussi entretemps ne plus figurer sur la liste des produits autorisés.
- Les produits biocides doivent être conservés dans un endroit sec, à l'abri de la chaleur et de la lumière, à l'écart des aliments.
- Ils doivent rester dans leur emballage d'origine, bien fermé, hors de portée des enfants (dans une armoire fermée à clé). Si une dilution est nécessaire, il est conseillé de préparer de petites quantités de produit afin d'éviter le gaspillage et l'altération de l'efficacité du produit.
- Il faut ensuite noter la date de dilution, la concentration et le nom du produit sur le flacon.
- Les biocides ne peuvent jamais être utilisés au-delà de leur date de péremption.
- **Certains produits ne peuvent pas être utilisés en présence des enfants, il faut le vérifier dans le mode d'emploi.**

QUELLES SUBSTANCES ACTIVES CHOISIR ?

Un produit biocide doit :

- figurer dans la liste des biocides autorisés par le SPF santé publique de type 2 pour l'utilisation sur le sol, de type 4 pour les surfaces en contact avec les aliments ou les objets mis en bouche.
- avoir un spectre d'activité large : bactéricide et virucide (la recherche peut être faite en précisant « actif sur le Norovirus ») ;

- être efficace en un temps de pose réduit (quelques minutes maximum) ;
- être le moins toxique possible pour l'être humain ;
- être le moins néfaste possible pour l'environnement (biodégradable rapidement) ;
- avoir un effet de rémanence² peut être utile ;
- se présenter en petits conditionnements ;
- s'appliquer sur différentes surfaces (poreuses et non poreuses) et matières.

Il existe plusieurs familles de substances actives. Certaines (comme les biguanides, aldéhydes...) sont à éviter.

Le spectre d'activité varie selon le produit, le temps de pose, la concentration... il faut absolument se référer à la fiche technique du produit et à son mode d'emploi.

À noter qu'un produit commercial peut contenir plusieurs substances actives de familles différentes afin d'avoir un meilleur spectre d'activité.

LES DÉRIVÉS D'AMMONIUM QUATERNAIRE

Les ammoniums quaternaires sont des produits dont les molécules sont constituées d'un atome d'azote (N) auquel sont accrochés quatre groupes comportant entre 8 et 35 atomes de carbone. Le nom quaternaire provient du nombre de groupes (R) attachés à l'atome d'azote, soit quatre.

Il existe plusieurs générations d'ammonium. Il faut une combinaison minimale de trois ammoniums quaternaires de classes différentes pour obtenir un désinfectant capable d'avoir un large spectre.

Dans certains cas, les ammoniums peuvent avoir des capacités sporicides lorsqu'ils sont en présence d'alcool. D'autres types de combinaisons ont un effet résiduel qui ne tue pas les spores, mais les empêche de reprendre leur forme infectieuse.

AVANTAGES :

- Ils sont souvent peu toxiques notamment au point de vue respiratoire.
- Ils s'attaquent peu aux surfaces car ce ne sont pas des agents oxydants.
- Ils peuvent avoir un effet bactériostatique par rémanence² selon leur concentration.

INCONVÉNIENTS :

- Ils sont moins efficaces dans l'eau froide et en présence de matières organiques, d'où la nécessité d'un nettoyage minutieux préalable.
- Le coût de ces produits peut être élevé.
- Ils réagissent avec l'hypochlorite de sodium (eau de javel). Cette réaction entraîne la formation de chloramines qui sont irritantes pour les voies respiratoires.

- Ils peuvent être irritants (contact avec les yeux, la peau, les voies respiratoires), allergisants et sont toxiques pour l'environnement.
- Des risques de résistances ont été rapportés suite à leur usage.

LES OXYDANTS : LES PEROXYDES D'HYDROGÈNE (EAU OXYGÉNÉE)

Les produits oxydants à base d'oxygène possèdent des atomes qui travaillent généralement par paires. On parle alors de peroxyde, d'acide peracétique, peroxyphthalate ou perglutarique et de peroxymonosulfate.

La formulation du peroxyde d'hydrogène est la suivante : H₂O₂ (composé d'hydrogène et d'oxygène).

AVANTAGES :

- Ils produisent peu de résidus ou de gaz toxiques, sauf s'ils sont mélangés avec d'autres produits comme l'acide acétique (vinaigre) lorsque celui-ci est utilisé pour le nettoyage préalablement à la désinfection et que la surface n'a pas été suffisamment rincée.
- Combinés avec des agents tensio-actifs, les peroxydes d'hydrogène peuvent avoir un large spectre d'action.
- Ils ont un faible impact environnemental.

INCONVÉNIENTS :

- Ils n'ont aucun effet résiduel. Ce produit n'ayant pas d'effet de rémanence, la surface désinfectée peut être contaminée quelques secondes plus tard.
- Cette molécule est reconnue comme étant un oxydant puissant, ils peuvent donc réagir avec certaines surfaces.
- Ils sont efficaces contre les agents infectieux mais peuvent nécessiter un temps de contact prolongé (15 minutes minimum pour les bactéries, jusqu'à parfois 60 minutes pour l'action virucide).
- Ils sont relativement coûteux.
- À une concentration supérieure ou égale à 5%, le produit devient irritant et corrosif pour la peau, les voies respiratoires et les yeux.

LES ACIDES LACTIQUES

L'acide lactique est un acide α -hydroxylé, sa formule brute est C₃H₆O₃ (composé d'atomes de carbone, hydrogène et oxygène).

AVANTAGES :

- Ils ont un faible impact environnemental.
- Cette substance active n'est pas dangereuse pour l'environnement.
- Ils sont biodégradables et ne s'accumuleront probablement pas dans les organismes.

2. Rémanence : durée pendant laquelle un produit continue à agir une fois l'application terminée.

INCONVÉNIENT :

- Ils peuvent provoquer de l'irritation cutanée (le port de gants est important) et des lésions oculaires graves si projection dans les yeux.
- Ils sont efficaces contre des agents infectieux mais peuvent nécessiter un temps de contact prolongé.

LES ALCOOLS (À 70%)

- Parmi les types d'alcools les plus utilisés, on trouve les molécules d'éthanol (alcool éthylique) et d'isopropanol (alcool isopropylique appelé alcool à friction).

La formule de l'éthanol est la suivante : $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$.
La formule brute de l'isopropanol est la suivante : $\text{C}_3\text{H}_8\text{O}$ (composé de carbone, d'hydrogène et d'oxygène).

AVANTAGES :

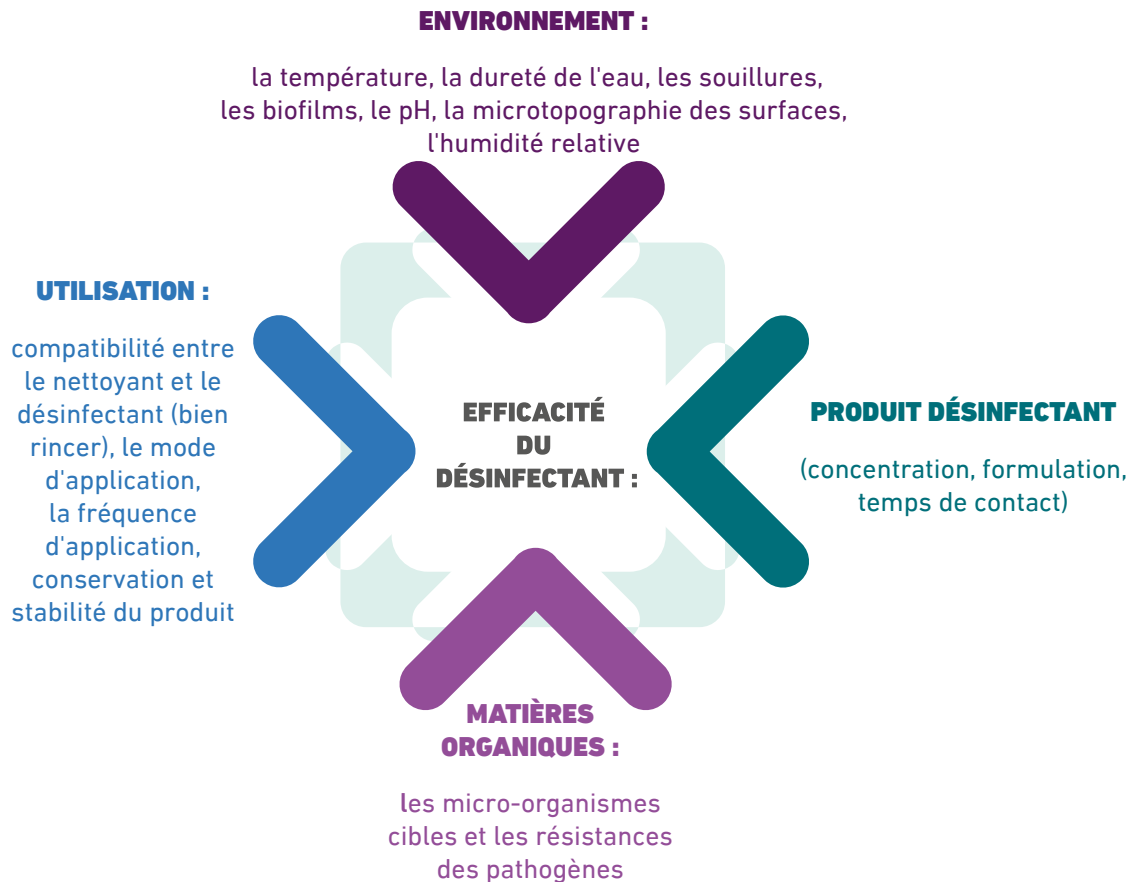
- Ils agissent rapidement (environ 30 secondes).
- L'alcool est surtout utilisé en association avec d'autres substances biocides comme les dérivés d'ammonium quaternaire, d'acide lactique, alcools....
- Ils ont une action rapide.

- Ils peuvent être employés comme vecteur ou solvant de principes actifs insolubles.
- Ils sont incolores.
- Ils ne laissent pas de résidus sur les surfaces du fait de leur volatilité.

INCONVÉNIENTS :

- Ce sont des produits coûteux.
- Ils sont non sporicides.
- L'alcool s'évapore rapidement.
- L'alcool est inactivé par les matières organiques et a tendance à faire coller les souillures organiques (salive, sang, bactéries) sur les surfaces.
- Les alcools ne possèdent pas d'effet de rémanence.
- Ils possèdent un haut indice d'inflammabilité.
- Le contact répété ou prolongé avec l'alcool assèche et dégraisse la peau, ce qui peut être la cause de gerçures.

L'EFFICACITÉ DE LA DÉSINFECTION DÉPEND DE PLUSIEURS FACTEURS. L'UTILISATEUR PEUT AVOIR UN EFFET SUR CERTAINS D'ENTRE EUX.



LES DÉRIVÉS CHLORÉS (EAU DE JAVEL)

Les dérivés chlorés sont des solutions aqueuses d'hypochlorite de sodium, NaClO.

AVANTAGES :

- Large spectre d'activité : l'eau de javel a des propriétés bactéricides, virucides, fongicides et sporicides.
- Action rapide.
- Produit peu coûteux.

INCONVÉNIENTS :

- À utiliser uniquement en l'absence des enfants et avec les fenêtres ouvertes.
- Son impact significatif sur l'environnement nécessite une utilisation réfléchie.
- L'eau de javel est corrosive et toxique.

EN CAS D'INGESTION ACCIDENTELLE

Ne pas faire vomir, contacter le centre antipoison (070/245.245). L'eau de javel peut provoquer des brûlures sur la peau et les yeux, surtout sous forme concentrée. En cas de brûlure sur la peau, laver à l'eau. En cas de projection dans les yeux, rincer abondamment à l'eau et consulter un ophtalmologue.

- Les vapeurs sont irritantes et même toxiques pour le système respiratoire. Ouvrir les fenêtres et aérer la pièce pendant et après la désinfection.

CONDITIONNEMENT :

- En grande surface, préférer les présentations d'eau de javel non parfumée, en bidons de 1 ou plusieurs litres à 12°. Elle peut se conserver jusqu'à un an.
- La dilution recommandée est de 30 ml d'eau de javel à 12° dans 1 litre d'eau froide ou 20 ml d'eau de javel à 18° dans 1 litre ou 40 ml d'eau de javel à 8° dans 1 litre.
- Utiliser la solution le jour de la dilution.
- Pour les petites surfaces (poignées, robinets...), l'usage de lingettes javellisées peut-être recommandé tant que ces dernières sont autorisées par le SPF Santé publique.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

La prudence s'impose en toutes circonstances.

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

- Diluer en versant la javel dans l'eau froide et non l'inverse !
- L'eau de javel doit être stockée hors de portée des enfants, dans son flacon d'origine.
- C'est un produit « fragile » qui doit être stocké à l'abri de la lumière et de la chaleur.

1.3 CAS PARTICULIER DES MOISSURES

Le nettoyage et l'élimination des moisissures est abordé dans le Chapitre 3 au point 2.1.

2 HYGIÈNE DES ÉQUIPEMENTS

2.1 HYGIÈNE DES VÊTEMENTS ET DU LINGE

QUEL PRODUIT CHOISIR ?

Certaines lessives peuvent être responsables d'allergie(s), de démangeaisons et d'irritations de la peau par contact direct avec le produit ou en portant les vêtements lavés avec celui-ci. Il est donc préférable d'utiliser une lessive respectueuse de la santé et de l'environnement, sans colorant, parfum, ni enzyme. Il faut également éviter l'usage d'adoucissants, même « hypoallergéniques », car ils sont riches en produits irritants. Le vinaigre blanc peut être une alternative pour adoucir le linge.

CIRCUIT ET LAVAGE DU LINGE :

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

Les sacs de couchage doivent être individuels et les draps de lit changés entre chaque enfant si plusieurs enfants partagent le même lit. Les draps et sacs de couchage doivent être lavés régulièrement à 60° pendant 20 minutes (à 60°C minimum pendant le lavage, le séchage et/ou le repassage).

Les essuies doivent être individuels, propres à chaque enfant, et remplacés quotidiennement. Les bavoirs et les gants de toilette doivent être lavés après chaque usage. **En cas de linge souillé par des selles ou autre liquide biologique, ce dernier devra être mis dans un sac qui sera fermé ou noué en attendant d'être remis au(x) parent(s) ou lavé dans le milieu d'accueil.**

Dans les milieux d'accueil collectifs, le personnel doit disposer de blouses de travail ou de vêtements qui doivent être lavés régulièrement et de chaussures réservés au milieu d'accueil. Des tabliers renouvelés quotidiennement seront exclusivement réservés à la préparation des repas et des biberons.

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

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

Les surchaussures sont à usage unique. Une alternative serait d'utiliser des surchaussures en tissu lavées à 60°C minimum après chaque usage.

2.2 HYGIÈNE DES OBJETS, DES JOUETS



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

- Une attention particulière doit être portée aux bacs à sable extérieurs. Pour les enfants, le bac à sable est potentiellement dangereux, une source de maladies infectieuses, et surtout parasitaires (larves présentes notamment dans les excréments de chiens ou de chats) mais aussi allergiques avec la présence de certaines variétés de champignons et d'acariens (voir chapitre 6 point 1). Par ailleurs, les particules fines peuvent être des irritants oculaires, et si elles sont inhalées, des irritants respiratoires. **Ils sont par conséquent déconseillés dans les milieux d'accueil de 0 à 3 ans.**

De plus, l'utilisation de bacs à sable nécessite de nombreuses précautions d'emploi :

- Les bacs non utilisés doivent être recouverts en permettant à l'air de circuler (filet de nylon) pour éviter la souillure par des animaux et les moisissures ;
- Chaque jour, il faut aérer le sable avec un râteau et enlever les éventuels corps étrangers ;
- Il faut faire le retournement du sable au moins une fois par trimestre, remplacer ou régénérer au moins une fois par an la totalité du sable, nettoyer les parois et le fond du bac lors de l'enlèvement du sable ;
- Il faut laver les mains des enfants qui ont joué dans le sable ;
- S'il y a eu contamination par de l'urine, des selles, des vomissements ou des excréments d'animaux, enlever immédiatement les souillures et désinfecter le sable avec de l'eau de javel 12° diluée (30 ml d'eau de javel pour 1L d'eau froide) répandue sur le sable, puis arroser avec de l'eau pour imbiber, retourner le sable et attendre 24h ;
- Des examens parasitologiques et bactériologiques peuvent être réalisés à partir d'un prélèvement de sable (en cas de problème infectieux chez un ou des enfants, lié à la fréquentation du bac à sable).

OBJETS ET JOUETS

ENTRETIEN AU QUOTIDIEN (après l'accueil des enfants)

OBJETS ET JOUETS DE PETITE TAILLE :

Lavage avec désinfection thermique (si la taille le permet)
1^{er} choix : lave-vaisselle à 60°C minimum
2^{ème} choix : lave-linge, dans une taie d'oreiller, à 60°C minimum

OBJETS ET JOUETS DE PLUS GRANDE TAILLE : CF. TABLEAU SOLS ET SURFACES

JOUETS EN TISSU : lavage régulier à 60°C en machine

SELON LES SITUATIONS (pendant l'accueil des enfants)

EN CAS DE SOUILLURE PAR DES LIQUIDES BIOLOGIQUES :

Soit : écartement du jouet-objet en attendant la désinfection thermique quotidienne

Soit : nettoyage puis désinfection immédiate (et rinçage, après temps d'action du désinfectant, si jouet pouvant être porté à la bouche)

2.3 HYGIÈNE DES PETITS POTS, DES PETITES TOILETTES ET DES COUSSINS À LANGER

Les petites toilettes et les petits pots doivent être nettoyés après chaque usage. En cas de selles, désinfecter la planche de la petite toilette ou le rebord du petit pot. Pas besoin de rincer, le séchage est très rapide (quelques secondes). Ne pas jeter de l'eau de javel dans les toilettes.

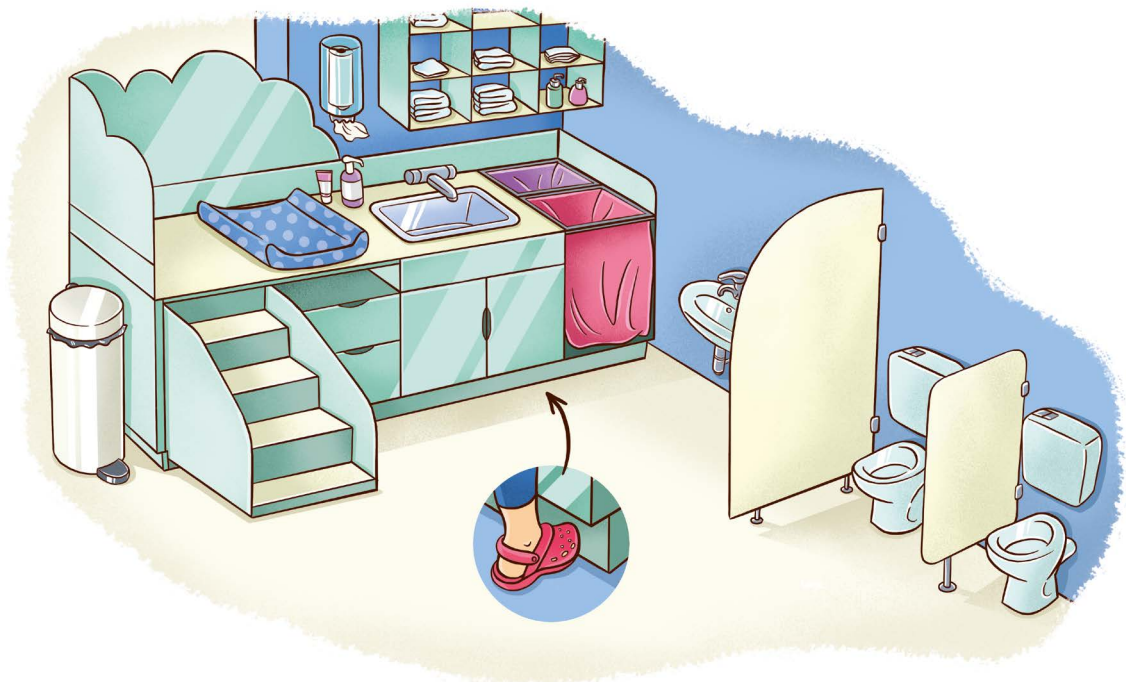
Pour le nettoyage quotidien, un détartrant à base d'acide acétique (vinaigre) est suffisant pour l'entretien de la cuvette du WC.

En plus de leur nettoyage, les coussins à langer doivent être désinfectés au minimum une fois par jour et à chaque fois qu'ils sont souillés par des liquides biologiques à l'aide d'un désinfectant adéquat.

Un essuie personnel à l'enfant ou un papier protecteur est posé sur le coussin à chaque change.

PETITS POTS ET PETITES TOILETTES

| | PETITS POTS | PETITES TOILETTES |
|-------------------------------|--|---|
| ENTRETIEN AU QUOTIDIEN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage 2. Rinçage 3. Désinfection | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage 2. Rinçage 3. Désinfection de la planche ou du rebord <p>REMARQUES : cuvette WC : détartrant à base d'acide acétique (en dehors de la présence des enfants)</p> |
| APRÈS SELLES | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyage 2. Rinçage 3. Désinfection par un produit biocide adéquat | <p>DÉSINFECTION DE LA PLANCHE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passer une lingette javellisée ou - Produit biocide adéquat |



2.4 LES THERMOMÈTRES

- Avant l'âge d'un an, un thermomètre individuel sera apporté par les parents.
- Passer tout le thermomètre dans de l'alcool isopropylique à 70°C en frottant avec un linge propre puis laisser sécher.
- Il est recommandé d'utiliser, autour du thermomètre, une enveloppe à usage unique, mais la désinfection du thermomètre reste nécessaire.
- **La prise de température n'est pas requise quotidiennement et systématiquement chez tous les enfants mais seulement en cas de signes évocateurs de fièvre (voir Chapitre 4 point 5).**
- Après l'âge d'un an, les thermomètres auriculaires avec embout jetable peuvent être utilisés mais ils sont moins fiables (il peut exister une différence de 0,5 à 1°C entre deux types de thermomètres).

2.5 ÉVACUATION DES DÉCHETS

- Les déchets sont entreposés dans un espace spécifiquement dédié à cet effet, de préférence, à l'extérieur et sont évacués quotidiennement.
- Les langes souillés, les pansements et le matériel jetable sont évacués dans les poubelles à parois rigides, garnies de sacs-poubelles résistants.
- Les poubelles sont munies de couvercles hermétiques et d'une ouverture à pédale. Les poubelles seront désinfectées quotidiennement.
- Les langes en tissu doivent être stockés dans des poubelles individuelles spéciales et remis aux parents en fin de journée.
- Les aiguilles et seringues utilisées pour les vaccinations doivent être jetées sans être recapuchonnées dans des containers spéciaux ;

3 HYGIÈNE INDIVIDUELLE

Les bonnes pratiques d'hygiène doivent être étendues à l'ensemble du personnel du milieu d'accueil, qu'il soit ou non en contact direct avec les enfants. Elles doivent être régulièrement rappelées et expliquées.

3.1 LAVAGE DES MAINS

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

Le port des bijoux (y compris les montres) et des faux ongles est proscrit. En effet, ils hébergent des micro-organismes qui ne sont pas nécessairement éliminés par le lavage des mains. De plus, les bijoux (bagues, bracelets, colliers...) peuvent occasionner des lésions aux enfants (éraflures, égratignures) ou être ingérés accidentellement.

Les ongles doivent être propres, courts, sans vernis. Il faut les nettoyer régulièrement, car des micro-organismes se logent souvent sous les ongles.

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

Le lavage des mains à l'eau courante et au savon est une mesure essentielle et efficace pour prévenir la transmission de la plupart des virus et des bactéries.

C'est la raison pour laquelle il faut tout particulièrement insister sur le lavage des mains dans les collectivités d'enfants. Le renforcement de ce message pourra s'effectuer au moyen d'affichettes, logo, etc.

QUEL PRODUIT CHOISIR ?

Avec du savon liquide (PH neutre, si possible) de préférence placé dans un distributeur muni d'une recharge jetable.

Le bec verseur doit être nettoyé à chaque changement de recharge.

QUAND ?

1. **Dans toutes les indications de l'hygiène des mains** décrites ci-dessous :

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

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

2. **En cas de souillure visible des mains** : le lavage des mains est impératif. En cas de souillure visible par un liquide biologique, il doit être complété par une désinfection avec une solution hydroalcoolique (SHA).

COMMENT ?

- Rappel : le port de bijoux, de faux ongles et de vernis est proscrit car ils empêchent une bonne hygiène des mains.
- La technique comporte les étapes suivantes :

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



QUELLE EST LA DURÉE DU LAVAGE DES MAINS ?

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

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

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

3.2 DÉSINFECTION DES MAINS

QUEL PRODUIT CHOISIR ?

Les solutions hydroalcooliques (SHA) réalisent une asepsie de qualité de la peau saine. L'usage de ces produits est

aisé et n'irrite pas la peau. Il ne faut pas rincer. Le temps de contact est variable selon le produit, il faut toujours se référer à l'étiquette de celui-ci. **Il est conseillé d'utiliser une SHA sans parfum et ayant une concentration minimum en alcool de 70%.**

Chaque personne du milieu d'accueil en contact avec les enfants pourrait avoir sur elle un flacon individuel de gel hydroalcoolique.

QUAND ?

- Les solutions hydroalcooliques étant très efficaces rapidement et d'usage aisé, leur utilisation peut être recommandée comme seul geste d'hygiène en remplacement du lavage des mains dans toutes les indications de l'hygiène des mains sur mains propres (sans souillures).

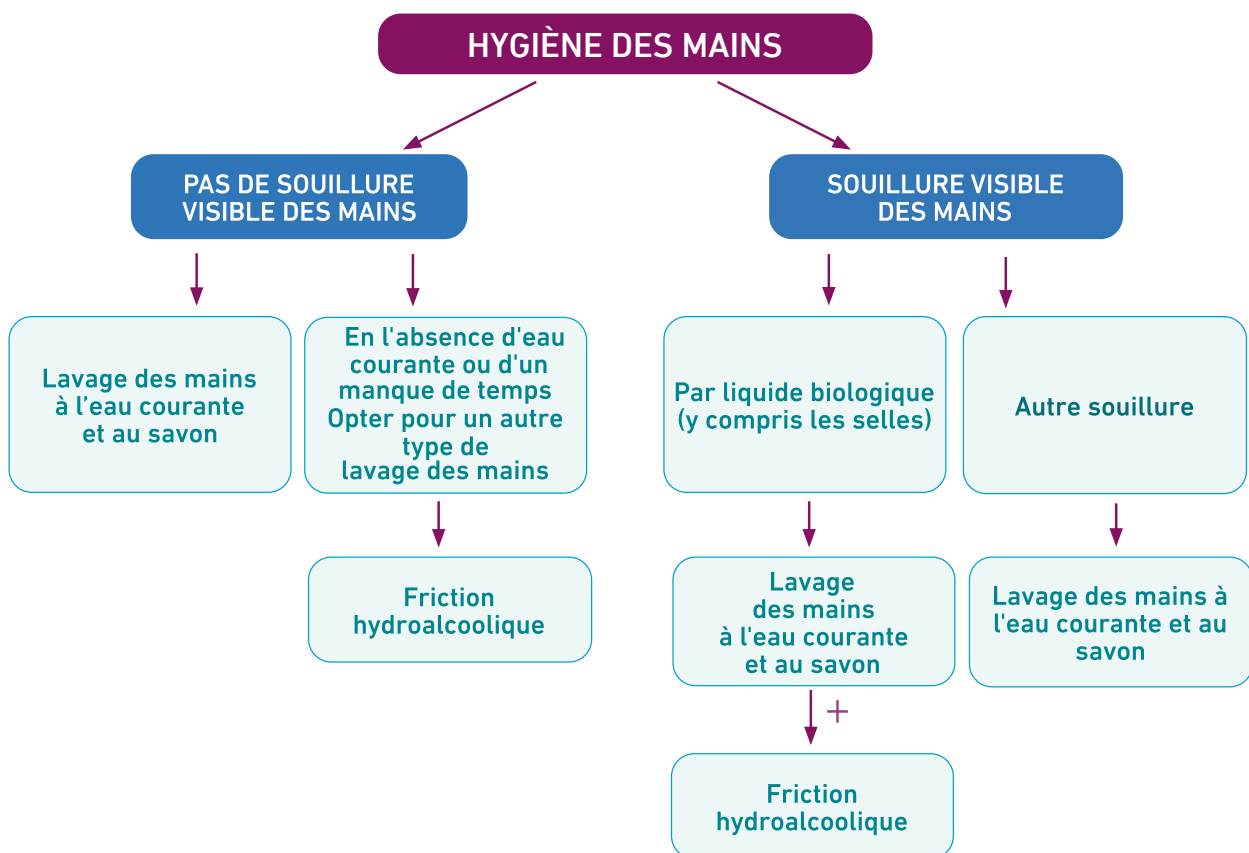
- En cas de souillure visible des mains, un lavage préalable des mains est impératif et doit, en cas de souillure par des liquides biologiques, être complété par une friction hydroalcoolique.
- Il faut cependant insister sur l'efficacité du lavage des mains à l'eau et au savon et réserver l'usage des produits hydroalcooliques aux situations où le personnel n'a soit **pas le temps**, soit **pas la possibilité** de se laver les mains. Pendant la consultation médicale, le gel hydroalcoolique est utilisé par le médecin entre chaque enfant si les conditions rendent difficile un lavage des mains.

COMMENT ?

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

3.3. PORT DE GANTS

- Il faut envisager le port de gants à chaque contact probable avec des fluides corporels. Exemples : en cas de soins au contact du sang, pour le change des selles liquides... C'est également une bonne mesure de renforcement des règles d'hygiène en cas d'épidémie de gastroentérite ou de germe particulier présent dans le milieu d'accueil.
- Les gants sont également recommandés, en cuisine, entre autres lors de la manipulation de légumes terreux.
- Les gants sont à usage unique.
- Après l'élimination des gants, l'hygiène des mains, que ce soit par lavage ou par friction avec une solution hydroalcoolique, est indispensable.



4 HYGIÈNE DE L'ENFANT

4.1. LAVAGE DES MAINS

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

QUAND L'ENFANT DOIT-IL SE LAVER LES MAINS ?

- Avant et après chaque repas.
- Après usage du petit pot.
- Après avoir joué à l'extérieur.
- En cas de souillure par de la terre ou du sable.
- En cas de souillure par des sécrétions (liquides biologiques).

4.2. BROSSAGE DES DENTS

Le brossage des dents est une activité importante et encouragée après le repas en MA (cf. [Flash Accueil n°28 - Pourquoi prendre soin des dents dès leur apparition?](#))

- Il est recommandé d'utiliser un dentifrice dosé à 1000 ppm de fluor. Le volume d'un grain de riz par dosage suffit.
- Les brosses à dents seront strictement individuelles et ne pourront être rangées en contact les unes avec les autres.

4.3. LAVAGE DES CAVITÉS NASALES



Le lavage ou rinçage des fosses nasales, communément appelé « soin de nez », est une technique qui consiste à instiller du liquide physiologique dans l'une des fosses nasales afin qu'il entraîne les sécrétions qui s'y trouvent dans son trajet jusqu'à sa sortie par l'autre fosse nasale.

INDICATION

Le rinçage nasal ne doit pas être effectué de manière systématique mais uniquement lorsque l'enfant présente un écoulement ou un encombrement nasal. Dans ce cas, il est recommandé d'effectuer ce soin avant les repas et avant la sieste afin de bien dégager les voies respiratoires pour favoriser une bonne alimentation et une bonne qualité du sommeil. Il peut s'avérer également nécessaire de répéter le soin à d'autres moments durant la journée si l'écoulement ou l'encombrement est important.

Afin que le rinçage soit efficace et non nuisible, un comité d'expert a dégagé récemment un consensus issu d'une vaste recherche de littérature scientifique concernant la technique optimale à employer³.

POSITION

L'enfant doit être positionné en décubitus latéral, c'est-à-dire couché sur le côté, avec la tête orientée vers le même côté, en alignement avec le corps (cf. image).

A noter que si le-s parent-s ont l'habitude d'effectuer ce soin au domicile avec l'enfant couché sur le dos et que cette position ne pose pas de problème à l'enfant et au professionnel, elle reste possible tant que la tête est bien orientée sur le côté.

MATÉRIEL

En milieu d'accueil, il convient d'utiliser des flapules de sérum physiologique isotonique (solution 0,9% NaCl) à usage unique, pour des raisons d'hygiène.

L'usage de stocks de grands volumes de sérum physiologique (500 ml-1L) à partir duquel puiser le liquide via un dispositif d'irrigation nasale est déconseillé en raison des difficultés de conservation, de manipulation et de nettoyage adéquat pouvant entraîner des problèmes d'hygiène. Pour les mêmes raisons, l'utilisation d'une poire est déconseillée.

Les flapules de sérum physiologique ne doivent pas être conservées au réfrigérateur mais à température ambiante.

GESTE

Pour rappel, comme pour tout soin prodigué à l'enfant, il est important de se laver les mains avant de réaliser le soin de nez.

Une fois l'enfant correctement positionné avec la tête sur le côté, il faut instiller le sérum physiologique dans la narine supérieure en exerçant une pression douce sur la flapule.

Une irrigation douce d'un grand volume de liquide à basse pression est plus efficace qu'un petit volume à pression élevée qui risque d'être plus agressif.

3. Audag N, Cnockaert P, Reyckler G, Poncin W. Consensus on Nasal Irrigation in Infants: A Delphi Study. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2022

Le liquide physiologique est envoyé, à basse pression, dans la narine supérieure et ressort par la narine inférieure.

Le même geste doit être systématiquement répété en tournant la tête de l'autre côté.

VOLUME

Selon le récent consensus cité plus haut, le volume à instiller recommandé pour des nourrissons de 0 à 6 mois est de 5 à 20 ml par narine et pour ceux âgés de 6 à 24 mois de 10 à 20 ml par narine voire plus si le liquide n'est pas clair après le premier nettoyage. En milieu d'accueil, le Collège des conseillers pédiatres de l'ONE recommande en pratique un maximum de 10 ml par instillation par narine, l'instillation de volumes plus importants de liquide physiologique dans les fosses nasales étant réservée aux cas d'obstruction nasale plus sévère chez des enfants malades qui ne fréquentent pas forcément le milieu d'accueil.

LE MOUCHAGE

- Le mouchage est l'expulsion, vers l'orifice narinaire, des sécrétions présentes dans le nez, au moyen d'une expiration forcée bouche fermée.
- Entre 2 et 3 ans, l'enfant est capable d'apprendre à se moucher. Lui expliquer comment souffler par le nez, une narine à la fois, en bouchant l'autre.
- Pour ce faire, commencer par le conscientiser à la respiration buccale puis nasale. Il s'agit de le faire d'abord souffler par la bouche, puis de lui apprendre à souffler par le nez en fermant la bouche.
- Des jeux de souffle, de prise de conscience de l'odorat, des mouchoirs ludiques, placés à des endroits clés, peuvent être d'une aide précieuse.
- Pour les plus grands, le nettoyage régulier et soigneux des sécrétions nasales par mouchage à l'aide de mouchoirs en papier à usage unique, est indispensable.
- Les mains doivent, dans tous les cas être lavées, et pour les professionnels des milieux d'accueil, désinfectées, après chaque mouchage d'un enfant.

4.4. NETTOYAGE DU SIÈGE⁴

Il faut un an environ pour que la peau du bébé développe complètement ses propriétés de barrière et puisse le protéger efficacement contre les influences extérieures.

Avant l'âge d'un an, les cellules épidermiques n'étant pas encore suffisamment soudées les unes aux autres, la peau est très perméable. Les glandes sébacées qui sécrètent un film lipidique protecteur ne fonctionnent pas encore de façon optimale. Enfin, la peau du nouveau-né a un pH neutre et il va falloir environ six semaines pour que celui-ci devienne acide et lui assure une meilleure protection contre les bactéries et les mycoses.

Chaque produit utilisé chez le bébé va interférer avec le métabolisme cutané et risque d'en perturber le développement naturel.

De manière générale, une hygiène exagérée peut conduire au dessèchement, voire même provoquer des irritations. Un simple nettoyage à l'eau et au savon doux suffit. En l'absence exceptionnelle de point d'eau **à proximité du plan de change**, des solutions peuvent être trouvées pour utiliser l'eau dans les soins aux enfants (**utilisation de bassines d'eau, de fontaines à eau de 5L, etc.**)

Il n'est pas nécessaire ni recommandé de mettre ensuite systématiquement de la crème pour le change. **Cette dernière n'est recommandée qu'en cas d'apparition de rougeurs/d'irritations de la peau.**

QUEL SAVON CHOISIR ?

Le savon doit être un savon doux (ou un produit nettoyant sans savon) au pH neutre, liquide en distributeur, sans parabène, sans parfum ni huiles essentielles, sans colorant.

L'emploi de lingettes est déconseillé en raison notamment du risque allergique et du caractère potentiellement irritant ainsi que des conséquences sur l'environnement.

En effet, tout milieu humide favorise le développement de bactéries, levures et moisissures, d'autant plus si ce milieu est régulièrement en contact avec des doigts éventuellement souillés par des sécrétions (urines, selles) : il est donc indispensable d'inclure des conservateurs dans la composition des lingettes pour empêcher la prolifération des micro-organismes.

Certains conservateurs sont particulièrement mis sur la sellette : les parabènes qui perturbent le système hormonal, le phénoxyéthanol qui serait toxique pour le foie, le méthyl(chloro) isothiazolinone qui est fort allergisant... (cf. l'outil « **L'Air de rien, Changeons d'air !** » de la cellule Eco-conseil).

ET LES LINGETTES « BIO » ?

Les lingettes « bio », qui portent un des labels reconnus officiellement, sont garanties non blanchies au chlore, sans parabènes, sans alcool, sans parfum et parfois même sans conservateurs chimiques. Elles peuvent contenir par contre des huiles essentielles qui peuvent avoir des propriétés irritantes ou allergisantes chez les enfants de moins de 3 ans.

À SAVOIR :

La dénomination « bio » sans label n'offre aucune garantie sur la composition, cette appellation n'étant pas réglementée.

Plusieurs produits contiennent des perturbateurs endocriniens, ils sont à éviter .

4. *Flash Accueil 36 « L'eau et le savon, c'est possible pour tous ! »*

5 MESURES SPÉCIFIQUES

En dehors des mesures générales d'hygiène qui viennent d'être décrites, il existe des mesures spécifiques à appliquer dans des situations particulières.

5.1 MESURES SPÉCIFIQUES À CERTAINS TYPES D'INFECTION

En cas de maladie infectieuse suspectée ou avérée dans la collectivité et pouvant provoquer une épidémie, il est nécessaire d'intensifier les mesures qui précèdent en fonction du mode de transmission (ex : voie aérienne, féco-orale, par contact, etc.) de l'agent infectieux en cause (RSV, rotavirus, salmonelles...).

Exemples : en période d'épidémie de bronchiolite, être encore plus vigilant quant à l'hygiène des mains, aux mouchages, aux échanges de jouets portés en bouche (ex : friction des mains avec une solution hydro alcoolique après s'être occupé d'un enfant). En cas d'épidémie de gastroentérite, il faut renforcer les mesures d'hygiène lors des changes et la désinfection des mains.

De manière générale, lorsqu'un enfant débute avec des symptômes évocateurs d'une maladie infectieuse, cet enfant devient une source de transmission et tant les puéricultrices, à travers leurs mains, que les jouets touchés et/ou mis en bouche par l'enfant, deviennent des vecteurs de propagation. Par exemple, un enfant débutant avec une selle liquide peut potentiellement avoir une gastroentérite, un enfant fébrile avec un écoulement nasal et une toux un virus à transmission aérienne, etc.

Même en l'absence de diagnostic, l'apparition de symptômes de maladie doit amener les équipes à appliquer le principe de précaution et à mettre en oeuvre de manière rigoureuse les mesures d'hygiène décrites ci-dessus. Il est également important de renforcer les mesures d'hygiène lorsqu'un enfant débute avec de la fièvre en milieu d'accueil. En effet, la fièvre peut être le premier signe d'appel de l'invasion du corps par un agent infectieux, avant même que des symptômes de maladie plus spécifiques ne se soient déclarés. Lorsqu'un enfant débutera avec de la fièvre en milieu d'accueil, il faudra donc être particulièrement vigilant et séparer, dans la mesure du possible, cet enfant des autres enfants, à appliquer les mesures d'hygiène de lavage de mains de manière stricte, à aérer régulièrement la pièce, à attribuer un lot de jouet individuel à cet enfant et à bien nettoyer les objets et surfaces touchées après son départ (voir Chapitre 4 - point 5.3).

5.2 MESURES SPÉCIFIQUES AUX ENFANTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

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

Exemple : en ce qui concerne les enfants nés prématurément ou des bébés de moins de 6 mois, un lot de jeux doit être réservé à leur usage propre.

D'une manière générale, il est important d'éviter l'échange de jouets dans les groupes d'enfants ne se déplaçant pas ou peu (< 8-9 mois). A noter que dans les crèches verticales et semi-verticales mélangeant des enfants de moins de 1 an avec des enfants plus âgés qui se déplacent, il est important de délimiter un espace pour les nourrissons n'ayant pas encore acquis la marche, non seulement pour leur sécurité mais aussi car ils sont plus vulnérables face aux maladies infectieuses qui peuvent être véhiculées de manière indirecte par les échanges de jouets.

Dans le cas d'un enfant allergique à certains animaux : si un-e accueillant-e a eu un contact avec un animal avant d'accueillir l'enfant, elle doit veiller à bien se laver les mains et porter un vêtement propre n'ayant pas été en contact ou dans l'environnement de l'animal lorsqu'elle va accueillir l'enfant. Si le milieu d'accueil dispose d'un espace avec des animaux, les accueillant(e)s se rendant dans cet espace doivent se laver les mains et changer de blouse avant de revenir dans l'espace d'accueil/de vie.

Pour tous les enfants et particulièrement pour ceux présentant un risque augmenté de complications face aux infections respiratoires : outre les mesures d'hygiène individuelle, des équipements et des locaux décrites plus haut, l'aération est la mesure « d'hygiène de l'air » qui permet de limiter la propagation des maladies à transmission aérienne (ouvrir les fenêtres minimum 2 fois par jour pendant 15 min, pour plus de détails voir Chapitre 3 point 1.2).

6 HYGIÈNE ALIMENTAIRE

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

Les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance sont soumis à plusieurs législations⁵.

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

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

A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'autocontrôle, à la notification obligatoire et à la traçabilité dans la chaîne alimentaire. Arrêté ministériel du 24 octobre 2005 relatif aux assouplissements des modalités d'application de l'autocontrôle et de la traçabilité dans certaines entreprises du secteur des denrées alimentaires.

Arrêté royal du 17 juillet 2014 fixant les dispositions en matière de déclaration de certaines substances ou certains produits provoquant des allergies ou intolérances pour les denrées alimentaires non préemballées.

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

Dans le secteur de la petite enfance, un guide validé par l'AFSCA rassemble toutes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire reprises dans la législation.

Ce document est appelé « Guide d'autocontrôle pour la sécurité alimentaire dans les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance ». L'application de ce guide, par les milieux d'accueil collectifs de la petite enfance, est obligatoire. Ce guide sert également de référence aux contrôleurs de l'AFSCA.

Pour être en règle avec la législation alimentaire en matière d'hygiène, il est obligatoire de mettre en place un système d'autocontrôle, une traçabilité des aliments, un plan de nettoyage/désinfection, un plan de lutte contre les nuisibles. Le guide d'autocontrôle vous y aidera. Le milieu d'accueil doit aussi appliquer la notification obligatoire et former tout le personnel en contact avec les denrées alimentaires (cf. guide de l'AFSCA pour plus de détails).

Le produit désinfectant utilisé doit être un biocide autorisé par le SPF santé publique de type 4 (pour les surfaces en contact avec les denrées alimentaires). Ex : plan de travail de cuisine, tablette de chaise haute, petite table à manger, etc.).

Pour la gestion des allergènes (prévention des contaminations croisées, communication...), le responsable du milieu d'accueil doit élaborer une procédure interne qui permet de gérer les risques liés aux allergies et intolérances alimentaires. Le personnel sera formé à cette procédure (cf. le guide de l'AFSCA pour plus de détails).

Pour les enfants à risque d'allergie, veuillez-vous référer à l'Annexe 13 de cette brochure.

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

LES GRANDS PRINCIPES DE L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE SONT :

- Le principe de la marche en avant (Les aliments « propres » ne doivent pas croiser les aliments « sales »);
- La conservation des aliments à température adéquate ;
- La distribution des aliments à température adaptée ;
- L'hygiène générale et individuelle ;
- Les précautions particulières pour certains aliments ;
- La gestion des allergènes présentes dans les denrées alimentaires.



ENVIRONNEMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ

ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR

Garantir un environnement sain est essentiel à court et à long terme pour la santé et le bien-être des enfants. Au sein des milieux de vie, les polluants peuvent se concentrer et être responsables de l'apparition de divers symptômes tels que maux de tête, difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité, troubles digestifs (nausées, vomissements...), difficultés respiratoires, fatigue... Les relations entre l'environnement et la santé interpellent de plus en plus en raison de l'augmentation importante de certaines maladies telles que les manifestations allergiques comme l'asthme, dont la fréquence a doublé en 10 ans (cf. Chapitre 6 « Les allergies »).

D'une part, l'attention doit être portée principalement sur la qualité de l'air et de l'environnement intérieur des lieux de vie afin de limiter autant que faire se peut les contacts avec les allergènes, les irritants et les polluants. D'autre part, un environnement inadapté peut être la cause d'accidents et de traumatismes. Les traumatismes de la vie courante constituent la 1^{ère} cause de mortalité chez l'enfant entre 1 et 4 ans.

1 GARANTIR UN AIR INTÉRIEUR DE QUALITÉ



L'ONE a créé un outil de référence : « *L'air de rien, Changeons d'air!* ». Il s'adresse à toutes les structures d'accueil d'enfants, soucieuses d'améliorer la qualité de l'air intérieur des infrastructures.

L'outil se décline en un coffret de fiches thématiques par polluant ou par comportement, une brochure et une affiche (qui développe 5 thématiques prioritaires en termes de pollutions intérieures), le tout téléchargeable sur le [site de l'ONE](#) et disponible sur commande auprès des Coordinateurs accueil.

À noter :

Sur le [site internet de l'ONE](#), vous trouverez de nombreux autres outils réalisés pour les parents et les professionnels dans le but de leur donner des pistes d'actions pour améliorer la qualité de l'air intérieur, notamment :

- [Changeons d'air ! De l'air nouveau à la maison!](#) ;
- [Quizz : L'air intérieur en 10 questions](#) ;
- [Renouvelons l'air : mode d'emploi](#)

Dès 2023, l'ONE proposera aux milieux d'accueil désireux de mettre en valeur leurs pratiques éco-responsables et/ou de travailler ces aspects dans leur projet d'accueil, d'intégrer la dynamique Eco-Accueil. Les thématiques abordées rejoignent celles des recommandations du coffret « L'air de rien, Changeons d'air ! », dont certaines sont reprises dans ce chapitre. Pour en savoir plus, n'hésitez pas à contacter l'équipe projet Eco-Accueil@one.be.

1.1 MAINTENIR UN NIVEAU DE TEMPÉRATURE ET D'HUMIDITÉ ADÉQUAT

D'une manière générale, la température idéale de l'air intérieur se situe entre 20 et 22°C dans les pièces de vie et 18°C dans l'espace repos. Les écarts de température sont à éviter d'une pièce à l'autre (maximum 5°C entre les pièces).

En dehors des heures d'ouverture, il vaut mieux mettre le chauffage en veille sur 15°C. L'humidité relative (HR) doit se situer idéalement entre 40 et 60%. Une HR trop basse peut provoquer un dessèchement et une irritation de la peau et des muqueuses respiratoires. Au-delà de 70%, le risque de développement de moisissures et d'acariens augmente (voir [fiche Acariens](#) et [fiche Humidité et Moisissures](#) du coffret « *L'air de rien, Changeons d'air!* »). Une HR élevée favorise la transmission de différents virus respiratoires et bactéries dans l'air. De plus, la moiteur de l'air ambiant entraîne une sensation de froid obligeant à surchauffer le milieu d'accueil.

Pour agir de manière efficace et objectiver température et taux d'humidité, il est conseillé d'utiliser un thermo-hygromètre¹.

Si le taux d'humidité n'est pas adéquat, le premier geste consistera à ouvrir les fenêtres. Par l'aération des pièces, le taux d'humidité s'équilibrera.

1. Le mode d'emploi du thermo-hygromètre mécanique se trouve dans le glossaire du coffret « *L'air de rien, Changeons d'air!* ».

1.2 RENOUELER L'AIR QUOTIDIENNEMENT



Renouveler l'air est une pratique indispensable pour assurer un environnement intérieur sain :

- Pour amener à l'intérieur l'oxygène nécessaire à la respiration des êtres humains et renouveler l'air chargé en CO₂ ;
- Pour évacuer les mauvaises odeurs ;
- Pour évacuer la plupart des polluants intérieurs, en réduire les effets néfastes (composés organiques volatils, formaldéhyde, CO...)
- Pour évacuer les virus et bactéries à transmission aérienne qui peuvent se maintenir en suspension dans l'air et favoriser la survenue d'épidémies (voir Chapitre 2 point 5) ;
- Pour maintenir une humidité relative adéquate et éviter les phénomènes de condensation qui peuvent favoriser le développement de moisissures.

Renouveler l'air (fiche « [Pourquoi et comment renouveler l'air d'un milieu d'accueil ?](#) » du coffret « L'air de rien, Changeons d'air! » (ventilation, aération) est une pratique obligatoire pour assurer un environnement intérieur sain. Chaque local doit disposer d'une fenêtre ouvrante. Idéalement, les locaux sont équipés de manière à assurer une circulation d'air continue. Dans le cas contraire, en hiver, le renouvellement de l'air s'effectue en ouvrant une ou plusieurs fenêtres, en fonction du volume de la pièce, durant 15 minutes (selon les besoins et au minimum 2 fois par jour). 3 minutes suffisent si l'on peut créer un courant d'air efficace. Dans les dortoirs, la fenêtre sera ouverte 15 minutes avant chaque sieste et éventuellement après celle-ci.

Dans la cuisine, une hotte à évacuation vers l'extérieur doit fonctionner lors de la préparation des repas de façon à évacuer l'humidité et les gaz de cuisson. Durant

la préparation des repas et les vaisselles, la porte de la cuisine sera fermée pour éviter de répandre la vapeur d'eau dans le milieu d'accueil. La porte des salles de bains sera toujours gardée fermée et l'humidité sera évacuée à l'extérieur en ouvrant la fenêtre durant 15 minutes après les bains.

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

Retrouvez plus d'informations sur les différents systèmes de ventilation dans notre fiche « [Renouveler l'air](#) ».

Ceux-ci doivent être régulièrement entretenus pour être opérationnels.

2 LUTTER CONTRE LES POLLUANTS

2.1. LES POLLUANTS BIOLOGIQUES

Les acariens (voir Chapitre 6 « Les allergies »)

Les moisissures

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

Ce sont des champignons filamenteux qui se développent sur les matières organiques (livres, tapis, vêtements, bois, papiers-peints...) et dont les spores peuvent se retrouver dans l'air, permettant ainsi la propagation des moisissures. Le développement des moisissures est favorisé par la CHALEUR (une température ambiante située entre 5 et 25°C) et l'HUMIDITÉ. Dans un milieu d'accueil, les pièces les plus à risque de développement de moisissures sont donc la salle de bains, la cuisine ou toute autre pièce où l'on produit de l'humidité.

Ces pièces doivent être séparées des pièces plus froides et sèches (dortoir, salle de jeux...). En effet, si l'air humide et chaud se répand dans une pièce plus froide, de la condensation peut apparaître sur les murs et favoriser le développement des moisissures.

Pour prévenir l'apparition des moisissures, il faut diminuer l'humidité :

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

Pour éliminer les moisissures :

- Si leur développement n'est pas trop étendu (inférieur à 1m²), nettoyer les surfaces contaminées d'abord de façon approfondie à l'aide d'une éponge humide avec un détergent multi-usage ou du vinaigre pur. Le net-

toyage doit être effectué avec une éponge synthétique jusqu'à disparition complète des moisissures. Il doit être suivi d'un rinçage. Penser à porter un masque pour prévenir l'inhalation des spores et gants. Recommencer l'opération si les moisissures réapparaissent et vérifier l'efficacité des travaux effectués ;

- Ensuite, il est préférable de procéder à une opération appelée l'encapsulation. Il s'agit de repeindre la surface séchée afin de couvrir les traces éventuellement restantes de moisissures ;
- Si la surface colonisée se révèle supérieure à 1m² ou si le problème persiste, il est peut-être nécessaire de faire venir une entreprise spécialisée dans ce domaine. Consultez à cet effet le site spécialisé de l'Institut de Santé Publique (Sciensano), section moisissures. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/moisissure#les-moisissures-dans-d-autres-environnements>

Adresses utiles :

Les Services d'Analyses des Milieux Intérieurs (SAMI, LPI et CRIPI) effectuent sur demande d'un médecin des analyses dans l'habitation de personnes (dont accueillant-e-s) ayant des problèmes de santé en rapport avec l'environnement. Certains SAMI ont un mandat élargi et peuvent se rendre dans des espaces collectifs ([voir coffret « L'air de rien, Changeons d'air » trucs et astuces & services relais](#)).

Informations générales et demande de prélèvements en cas de suspicion de pollutions intérieures (moisissures, COV...) :

- LPI Hainaut :
ha.sami-mons@hainaut.be
Tél : 065/40. 36.10
- SAMI LUX (Province de Luxembourg) :
samilux@province.luxembourg.be
Tél : 081/77.52.94
- SAMI Namur (Province de Namur) :
sami@province.namur.be
Tél : 04/279 77 36
- SAMI du Brabant wallon :
sami.bw@brabantwallon.be
Tél : 010/23.62.02
- CRIPI (Région bruxelloise) :
cripi@environnement.brussels
Tél : 02/563.17.17
- ISP (Sciensano): service mycologie et aérobiologie :
Tél : 02/642.55.31

2.2. LES POLLUANTS CHIMIQUES

LUTTER CONTRE LE TABAGISME PASSIF : RESPECTER L'INTERDICTION DE FUMER

En raison de l'effet nocif du tabagisme passif sur les enfants, il est interdit de fumer dans tous les milieux d'accueil. Les Accueillant-e-s d'Enfants Indépendant-e-s (AEI), conventionné-e-s ou salarié-e-s veillent à ce que les membres de leur famille et elles-mêmes ne fument ni en présence des enfants qui leur sont confiés, ni dans les locaux appelés à être occupés par les enfants. De plus, l'accueillant-e ne peut fumer, même à l'extérieur, pendant le temps de présence des enfants, car ses vêtements et l'air qu'il ou elle expire propageront pendant un certain temps les composants toxiques de la fumée de cigarette.

EVITER L'EMPLOI DE PESTICIDES

Les pesticides sont des produits chimiques vendus sous différents conditionnements (solution, poudre, diffuseurs, shampoing anti-poux, colliers pour animaux domestiques...) destinés à lutter contre les organismes vivants indésirables (insecticides, antiacariens, biocides, herbicides...). Ils nous contaminent par voie cutanée, respiratoire mais aussi alimentaire. Ils peuvent être présents dans les locaux de manière plus insidieuse comme les produits antiacariens qui imprègnent matelas et housses, les produits d'entretien du bois qui contiennent des fongicides... Il est tout à fait déconseillé d'employer des pesticides en présence d'enfants ou de femmes enceintes ou allaitantes, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure. Leur emploi dans les lieux où les enfants vivent, doit également être banni car ces produits volatils se répandent facilement et persistent au sein de la collectivité. Les enfants et les adolescents sont plus sensibles aux effets secondaires de ces substances.

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

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

Il faut privilégier ces méthodes alternatives : moustiquaires et peigne électrique contre les moustiques et autres insectes volatils nuisibles, vinaigre contre les poux, bois de cèdre ou orange piquée de clous de girofle contre les mites, ventilation régulière, systèmes hermétiques pour les déchets ménagers et les langes...

Pour en savoir plus :

- Consulter le site du SPF Santé publique : www.health.belgium.be
- « *Biocides et pesticides : pas sans risques !* », SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles 2007. Téléchargeable sur le portail : [belgium.be>home>publications>environnement](http://belgium.be/home/publications/environnement).

Les documents ONE

- Actualité « *Mon milieu d'accueil en zéro pesticides c'est possible* » disponible sur le site ONE.be
- Pour tout savoir sur la législation en matière de pesticides, consultez le *Flash Accueil n°33 « News concernant le changement de législation en matière de pesticides »*.

NE PAS UTILISER DE DÉSODORISANTS ET DIFFUSEURS DE PARFUM

Les parfums d'intérieur et désodorisants (sprays, blocs pour WC, bâtons d'encens...) sont également très irritants et peuvent provoquer des maux de tête voire des migraines ainsi que des allergies (ORL, respiratoires et cutanées). Leur emploi est proscrit dans les lieux de vie des enfants. N'oublions pas que le renouvellement d'air est le meilleur remède contre les odeurs désagréables. L'utilisation des diffuseurs d'huiles essentielles n'est pas autorisée dans les milieux d'accueil (voir encadré plus bas « Et les huiles essentielles? »).

RESPECTER LE BON USAGE DES PRODUITS DÉSINFECTANTS

Vous pouvez retrouver toutes les recommandations dans le Chapitre 2 : « Hygiène générale ».

ÉVITER LES PRODUITS À BASE DE COMPOSÉS ORGANIQUES VOLATILS (COV)

Il s'agit essentiellement des produits d'entretien (dégraissants, dégraissants, cires...), de bricolage (colles, peintures...) et de désinfectants qui émettent des composés organiques volatils² (voir la fiche « [Les composés organiques volatils](#) » dans le coffret « L'air de rien, Changeons d'air ! »). Ceux-ci peuvent provoquer des irritations de la peau et des muqueuses, des maux de tête et accentuer des manifestations allergiques. Certains sont considérés comme potentiellement cancérigènes ou peuvent affecter les capacités reproductrices (reprotoxiques) comme par exemple le formaldéhyde.

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

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

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

Le bisphénol A est ubiquitaire (plastiques alimentaires : polycarbonates reconnaissables au code de recyclage 7 PC, résines époxy servant de couche protectrice dans les boîtes de conserve métalliques pour aliments et boissons, cosmétiques...) et agit comme perturbateur endocrinien, affectant plusieurs organes et systèmes.

Diverses études ont montré une corrélation entre des taux urinaires élevés de bisphénol A et la présence de diabète de type II, de maladies cardiovasculaires, d'atteintes hépatiques, pancréatiques et thyroïdiennes, de problèmes d'attention chez l'enfant et d'atteinte de la spermatogenèse (réduction du taux et de la qualité des spermatozoïdes).

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

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

Selon le principe de précaution, l'Union Européenne a décidé d'interdire la fabrication de biberons contenant du bisphénol A, leur importation et leur commercialisation depuis 2011. L'utilisation de biberons en verre incassable devrait être privilégiée jusque 6 mois (de préférence aux biberons en plastique dépourvus de bisphénol mais dont les composants n'ont pas tous été testés du point de vue santé). Il est également conseillé d'utiliser une vaisselle en verre plutôt qu'en plastique (surtout en cas d'emploi d'un four à micro-ondes). Voir la brochure ONE : « [Des équipements au service du projet d'accueil](#) ».

Le choix du matériel pour les activités manuelles (marqueurs, gouaches, colles) peut également avoir un impact sur l'environnement et la santé des enfants et des encadrants.

Quelques conseils généraux pour proposer des jouets variés ayant un impact minimal sur la santé :

- Privilégier la qualité ;
- Éviter les jouets parfumés ;
- Débarrasser les jouets neufs de leur emballage et les

2. Les Composés Organiques Volatils (COV) sont une famille de substances chimiques d'origine naturelle ou de synthèse. Il existe plus de 300 COV. Certains sont plus irritants, agressifs ou nocifs que d'autres. Ils sont toujours composés de carbone et d'autres éléments tels que l'hydrogène, l'oxygène, le soufre. Ils peuvent aisément se retrouver sous forme gazeuse dans l'atmosphère et ont comme caractéristique de s'évaporer à la température ambiante, ce qui leur donne la possibilité de se propager dans toutes les pièces du bâtiment.

laisser aérer à l'air libre pour évacuer les composés organiques volatils avant de les donner aux enfants ;

- Acheter des jouets d'occasion. La majeure partie des substances nocives volatiles aura eu le temps de se dégager.

Attention cependant pour cette solution : le jouet doit être en parfait état, étiqueté CE et adapté à l'âge de l'enfant.

Pour en savoir plus :

- [Brochure de l'ONE « Des équipements au service du projet d'accueil » : zoom sur les objets/jeux mis à disposition des enfants](#)
- [Flash Accueil 44 : « Sécurité et responsabilités en matière de matériel de puériculture et des jeux/jouets »](#)
- [Flash Accueil 37 : « Quel matériel choisir pour les activités des enfants de 0 à 3 ans ? »](#)

LIMITER L'UTILISATION DE PRODUITS COSMÉTIQUES³

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

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

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

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

Pour les enfants de moins de 3 ans, la directive européenne « Cosmétiques » exige « une évaluation spécifique des produits cosmétiques destinés aux enfants de moins de 3 ans ». D'autre part, l'utilisation de certains ingrédients

est interdite ou restreinte dans les produits pour enfants de moins de trois ans. C'est ainsi que suite à des effets secondaires neurologiques graves (convulsions, absences...), l'Agence française de sécurité sanitaire a demandé de ne plus incorporer, dans les cosmétiques pour enfants de moins de 3 ans, 3 produits naturels : le camphre, l'eucalyptol et le menthol.

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

Quelques conseils :

- Évitez l'utilisation de produits cosmétiques chez les nourrissons et jeunes enfants lorsqu'elle n'est pas nécessaire (crème hydratante, lingettes, crème de change, huile...). (Voir chapitre 2 point 4.4 «Nettoyage du siège» et [Flash Accueil 36 : « L'eau et le savon, c'est possible pour tous ! »](#));
- Lavez le siège de l'enfant avec un gant de toilette individuel et du savon doux (ou un produit nettoyant sans savon). Ensuite, rincez soigneusement et séchez par tamponnements avec une serviette éponge individuelle. Cette méthode est la meilleure pour éliminer les urines et/ou les selles de façon respectueuse de la santé de l'enfant car elle préserve le film protecteur naturel de la peau. Elle prévient de ce fait les érythèmes fessiers ;
- Le liniment oléo-calcaire sera utilisé uniquement sur demande du parent. Il contient à la base uniquement de l'huile d'olive et de l'eau de chaux. La composition mentionne souvent aussi des conservateurs, des stabilisateurs ou d'autres huiles allergisantes (noisettes...), voire même, des huiles essentielles (déconseillées chez les nourrissons car irritantes). Le principe est que l'eau de chaux va compenser l'acidité des urines qui peut être irritante. L'huile d'olive est utilisée pour ses vertus nourrissantes pour la peau. Cela dit, si le liniment est utilisé là où la peau n'a pas été en contact avec l'urine, il peut déstabiliser le film protecteur naturel de la peau et provoquer des irritations, voire parfois, le développement d'une dermatite de contact. A la demande expresse d'un parent pour son enfant, le milieu d'accueil peut utiliser le liniment fourni par les parents uniquement pour le soin du siège de l'enfant en question et ce, de manière ponctuelle. Les produits pharmaceutiques sont autorisés mais pas les préparations « maison » (des erreurs de dosage sont possibles, certaines huiles essentielles sont parfois ajoutées et la durée optimale de conservation du liniment « fait maison » n'est pas connue) ;
- Privilégiez des produits simples, sans colorants, conservateurs ou parfum de synthèse ;
- Apprenez à sélectionner les produits en fonction de leur composition ; pour vous y retrouver ;
- Renseignez-vous auprès du Centre antipoison (toutes les formules leur sont communiquées avant la mise sur le marché des produits) ;

3. [Flash Accueil N°36 : « L'eau et le savon, c'est possible pour tous »](#)

- En cas d'effets indésirables, contactez « cosmétovigilance » : cosmetovig@health.fgov.be ;
- Plus d'informations dans la fiche « [Quels cosmétiques choisir?](#) » du coffret « [L'air de rien, Changeons d'air !](#) ».

Et les huiles essentielles ?

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

Chez les enfants de moins de 7 ans, leur emploi par inhalation et aérosol en général ainsi que l'utilisation de certaines huiles essentielles (eucalyptus, menthe poivrée, gingembre, agrumes, benjoin, arbre à thé...) sont fortement déconseillés de même que l'administration d'huile essentielle par voie interne avant l'âge de 30 mois.

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

PROTÉGER DE L'EXPOSITION AU PLOMB

Actuellement, dans notre pays, l'intoxication au plomb chez l'enfant (< 6 ans) est le plus souvent consécutive à l'inhalation et l'ingestion de poussières chargées de plomb (écaillés de vieilles peintures, poussières libérées lors de travaux de rénovation ou par l'humidité, proximité de certaines industries) ou l'absorption d'eau chargée en plomb (anciennes tuyauteries).

Les sources de plomb doivent être recherchées surtout dans les bâtiments construits avant les années 50 et non encore rénovés.

Des travaux de rénovation doivent être réalisés lorsque les peintures sont écaillées et/ou s'il y a des tuyauteries en plomb.

Il est également recommandé d'employer pour les repas de la vaisselle prévue pour un usage alimentaire (pas de vaisselle à usage décoratif).

AMÉNAGER OU RÉNOVER LES LOCAUX SANS DANGER

Concernant l'aménagement et la rénovation des locaux, il faut être attentif à certaines précautions à prendre et opter pour des solutions favorables à un environnement de qualité et donc à la santé des enfants et des accueillants.

L'aménagement ou la rénovation des locaux doit se faire en tenant compte du risque d'introduire, au cours des travaux, des polluants. Les composés organiques volatils (COV) émis par les matériaux de construction peuvent persister durant des mois, voire des années. C'est au début que les nouveaux objets dégagent le plus de COV. Il faut aussi être attentif au bruit auquel les enfants sont exposés.

Principes généraux :

- veiller à ce que les enfants ne soient pas présents lors des travaux ou à tout le moins isoler soigneusement les locaux en travaux ;
- vider au maximum la pièce durant les travaux de rénovation : certains polluants peuvent s'accumuler (dans les textiles par exemple) ;
- prendre connaissance des précautions d'usage (notées sur l'emballage ou la fiche technique du produit) : notamment le temps de séchage, l'aération nécessaire, les dosages, le temps conseillé avant la réoccupation des lieux ;
- toujours ranger les produits dans leur emballage d'origine hors de portée des enfants.

2.3 LES POLLUANTS PHYSIQUES

LES CHAMPS ELECTROMAGNETIQUES⁴

Des questions se posent aujourd'hui sur les effets des ondes électromagnétiques de radiofréquence (GSM, Wi-Fi...) sur la santé des enfants. Les études réalisées sur les effets de l'exposition aux ondes de la téléphonie mobile sur la santé chez les adultes ne permettent pas d'apporter une réponse univoque (il existe de nombreux résultats contradictoires et des biais dans les études) mais ont abouti au classement des ondes électromagnétiques en catégorie 2B, c'est à dire « peut-être cancérigènes » et à recommander de limiter l'exposition des jeunes enfants.

Des études sont en cours mais il faut prendre en compte les spécificités des enfants : l'absorption des ondes est plus élevée que chez l'adulte en raison de caractéristiques anatomiques, leur tissu cérébral est en développement, et l'exposition des enfants d'aujourd'hui sera plus longue que celle des adultes nés avant l'ère du sans-fil. Finalement, il s'agit donc d'une question de gestion de l'incertitude scientifique, et à ce titre, il y a une certaine logique à ne pas utiliser un outil quand ce n'est pas indispensable.

Il est important de noter aussi le fait que l'intensité des champs électromagnétiques produits par l'usage de la téléphonie mobile est nettement supérieure à l'intensité des champs électromagnétiques générés par les bornes Wi-Fi. Il est donc recommandé de ne pas porter de GSM aux oreilles des enfants et de les utiliser le moins possible en leur présence (ne pas les laisser en veille) ainsi que de connecter les PC portables par câble en cas d'usage fréquent ou prolongé.

La montre connectée, aussi appelée « montre intelligente » ou encore « smartwatch » en anglais, est une montre électronique permettant la réception et l'émission d'appels téléphoniques et de messages, la réception de notifications provenant d'un téléphone portable et la reconnaissance vocale. Dotée d'un écran tactile, elle est généralement associée à un smartphone via une liaison Bluetooth. Même si dans notre société actuelle, l'utilisation d'objets technologiques fait souvent partie du quotidien :

4. [Flash Accueil n°47: « Ondes en milieu d'accueil : à quoi faut-il penser ? »](#)

- Nous vous rappelons qu'en milieu d'accueil **le port de bijoux est interdit** pour des raisons d'hygiène mais également pour éviter de blesser l'enfant en le manipulant (voir Chapitre 2 point 3.1). Par bijou, il est entendu toute bague, bracelet, montre, collier....
- L'usage d'une montre connectée est assimilé à l'usage d'un GSM et/ou d'un smartphone. Tout comme les smartphones, les montres connectées émettent des ondes électromagnétiques (EM). Le principe de précaution décrit plus haut recommande de minimiser autant que possible l'exposition des jeunes enfants à ces dispositifs.
- Enfin, dans le cadre de son travail, l'attention de la puéricultrice/l'accueillant(e) est entièrement requise pour les interactions avec les enfants. Nous expérimentons tous que la présence d'un dispositif de type smartphone ou montre connectée nous incite à y recourir et nous distrait de notre tâche.

Toutes ces raisons justifient l'interdiction de port d'une montre connectée pendant les heures de prestations en crèche⁵.

LE BRUIT



Voir brochure : « [Vision de la Qualité sonore dans nos milieux d'accueil](#) »

3 PRÉVENIR LES ACCIDENTS AU QUOTIDIEN

Ce point est traité en détail en fin de chapitre.

ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

Il est important que l'enfant bénéficie d'un temps d'activité à l'extérieur.

En effet, l'accès à la nature et de manière générale, à un nouvel environnement riche et varié, permet à l'enfant d'éveiller sa curiosité et d'étendre son champ d'exploration, contribuant ainsi au développement de ses capacités motrices et cognitives ainsi qu'à son épanouissement. Les activités en extérieur apportent de nombreux bienfaits qui favorisent une meilleure santé physique et mentale :

- Évoluer dans un espace dégagé permet au jeune enfant d'être physiquement plus actif : l'enfant va pouvoir ainsi développer sa motricité, tester son équilibre, mieux exercer sa coordination générale et de manière plus sécurisée que dans un espace restreint et encombré.
- Être dans un environnement calme et au contact des sons de la nature lui permet d'évacuer les tensions et émotions liées à la vie en collectivité qui peut parfois représenter un environnement bruyant (hormis si l'espace extérieur se situe dans une zone d'intense trafic).
- L'exposition régulière à différentes températures ambiantes lui permet de s'adapter plus facilement à ces changements et le rend plus résistant.
- Effectuer une sortie à l'extérieur lui permet de respirer à priori un air de meilleure qualité.
- Le contact régulier avec des allergènes variés (pollens d'arbres et de plantes) peut réduire le risque d'asthme et de rhinite allergique.
- L'exposition à la luminosité naturelle du soleil lui permet de synthétiser de la vitamine D, même en étant à l'ombre.
- Plusieurs études ont démontré que le risque de développer une myopie est plus faible chez les enfants passant plus de temps à l'extérieur.

1 SI LE MILIEU D'ACCUEIL DISPOSE D'UN ESPACE EXTÉRIEUR

Cet espace doit être clos, son accès sécurisé et disposer d'une partie couverte. Les éventuels plans d'eau font l'objet de moyens de protection adéquats qui les rendent inaccessibles aux enfants. Il est important d'investir et de garantir un espace sans danger. Vous trouverez toute l'information à ce sujet dans la brochure « Des équipements au service du projet d'accueil » page 16.

A l'extérieur comme à l'intérieur du milieu d'accueil, la/le responsable et l'équipe qui encadre les enfants doivent connaître les mesures de prévention de la survenue de chutes et autres accidents (voir plus bas le point « prévenir les accidents au quotidien »).

2 RESPECTER LES MESURES DE PRÉCAUTIONS LORS DES SORTIES

Si la sortie s'effectue à l'extérieur du milieu d'accueil, une bonne préparation et quelques mesures de précaution permettront aux équipes et aux enfants de profiter sereinement des activités extérieures.

Les équipes doivent veiller à :

- Bien choisir le lieu : si possible, privilégier des espaces verts, le plus possible à l'écart des zones de trafic routier et d'industries (ceux les plus distants et/ou à l'abri de vents dominants qui porteraient ces polluants) ; organiser les sorties aux périodes de

5. Voir InfONE médecins spécial environnement mai 2013 n°2 et les *Flash Accueil* 24 : « Le WiFi dans les milieux d'accueil ? », *Flash accueil* 47 « Ondes en milieu d'accueil : à quoi faut-il penser ? »

moins de trafic ; évaluer les risques liés aux équipements de jeux : modules et toboggans adaptés, solidement fixés (voir plus bas le point «Prévenir les accidents au quotidien»).

- Bien choisir le moment : adapter l'horaire de sortie aux conditions météorologiques, tenir compte du rythme de sommeil des enfants ainsi que de l'organisation des équipes, et éviter les périodes de grande circulation si près de routes.
- Prévoir un personnel encadrant suffisant pour assurer la surveillance optimale des enfants et prévenir tout accident de circulation de la voie publique.
- Prévoir pour les enfants une tenue adaptée au temps et au type d'activité.
- Vérifier s'il existe des conditions médicales préexistantes (allergies...) parmi les enfants qui nécessiteraient des mesures de précaution spécifiques.
- Connaître les risques potentiels lors d'une sortie dans un espace vert (parc, forêt, nature) :
 - Piqûres d'insectes (tiques, araignées...) : demander au-x parent-s de prévoir des tenues adaptées permettant de couvrir les bras et les jambes (manches longues, pantalon long, chaussures fermées). Si une balade est prévue dans les bois : vérifier l'absence de tiques au retour dans le milieu d'accueil.
 - Réactions allergiques aux poils de chenilles processionnaires : de mai à septembre, être attentifs aux panneaux signalant leur présence et si tel est le cas, éviter de se mettre sous un chêne directement sur l'herbe. Savoir réagir en cas d'urticaire. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet ici : [Amateurs de balades en nature avec les enfants : attention aux chenilles processionnaires](#) sur le site internet de l'ONE.
 - Insolations et coups de soleil : prévoir une hydratation régulière des enfants, une tenue adaptée, (manches longues, vêtement de préférence en coton ou autres fibres naturelles, idéalement de couleur claire), un chapeau et de la crème solaire.
 - Prévenir l'ingestion accidentelle de baies et plantes toxiques (if, cytise, arum, belladone...) mais aussi le contact avec certains végétaux (lierre grimpant, troène, thuya, Berce du Caucase, certains champignons...)⁶. La liste des plantes toxiques et une explication sur leur dangerosité sont consultables auprès du Centre Antipoisons au **070/245 245** ou sur www.centreatipoisons.be. Certains fruits comestibles (framboises, mûres...) ramassés au sol ou à faible hauteur peuvent être contaminés par les urines et par les matières fécales d'animaux infectés (renards, chiens...).

- Emmener une trousse de premiers soins et de l'eau (pour hydrater les enfants mais aussi pour nettoyer les plaies éventuelles).

SITUATIONS SPÉCIFIQUES

1 RECOMMANDATIONS EN CAS DE VAGUE DE CHALEUR

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

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

Y A-T-IL UNE TEMPÉRATURE TROP ÉLEVÉE QUI IMPOSE LA FERMETURE DU MILIEU D'ACCUEIL ?

Il n'y a pas de température maximale qui impose une fermeture mais si les conditions d'accueil deviennent trop difficiles (selon des caractéristiques propres à chaque milieu d'accueil, type de bâtiment, isolation insuffisante, orientation plein sud et grandes baies vitrées, par exemple), le milieu d'accueil devra en informer les parents afin qu'ils aient la possibilité d'offrir de meilleures conditions à domicile ou à l'extérieur du milieu d'accueil. Pour les températures extrêmes, nous encourageons les accueillant(e)s à solliciter leurs responsables afin de voir quels choix sont possibles. S'il faut en arriver à fermer le milieu d'accueil, il s'agira de s'assurer que les enfants ne seront pas soumis à des conditions encore plus défavorables à la maison. Cette décision doit donc être prise dans l'intérêt des enfants et des personnes travaillant dans les milieux d'accueil.

Recommandations et mesures préventives en cas de vague de chaleur :

- Garder les rideaux tirés et les fenêtres fermées pendant les heures chaudes, aérer le matin, en fin de journée et de nuit ;
- Installer des pare-soleils extérieurs ;
- Donner régulièrement à boire de l'eau (toutes les demi-heures par exemple ou laisser de l'eau à disposition des plus grands), même si l'enfant n'en demande pas ;
- Donner à boire davantage en cas de vomissements, diarrhées ou fièvre et contacter les parents ;
- Éventuellement rafraîchir l'enfant : jeux d'eau, serviettes humides ;

⁶. Flash Accueil n°34 : Le choix des plantes pour explorer en toute liberté et sécurité !

- Rester le plus possible à l'intérieur aux moments les plus chauds de la journée (entre 12 et 16 heures), limiter la durée des sorties ;
- Interdire aux enfants de jouer au soleil : chercher (ou aménager) un endroit ombragé et bien ventilé ;
- Pour protéger la peau : choisir des vêtements légers, plus amples, manches longues, couleurs claires ;
- Les équiper d'un chapeau et de lunettes de soleil en cas de sortie à l'extérieur ;
- Protéger leur peau contre les coups de soleil : préférer les écrans minéraux plutôt que les filtres chimiques, utiliser des produits prévus pour les enfants : émulsion E/H c'est à dire avec phase grasse majoritaire, plus résistante à la transpiration, à l'eau et au sable. Choisir un indice de protection élevé : FPS 50. Attention l'« écran total » n'existe pas : ne pas prolonger l'exposition même avec un indice de protection élevé ! Vérifier la date de péremption après ouverture (maximum un an) ;
- Suivre scrupuleusement les mesures d'hygiène alimentaire puisque le développement des bactéries dans les aliments est beaucoup plus rapide ;
- Les ventilateurs (surtout les ventilateurs de plafond) offrent une protection relative contre les problèmes dus à la vague de chaleur, attention à les garder hors de portée des enfants et que ceux-ci ne soient pas directement dans le courant d'air brassé. Ils sont particulièrement utiles dans les dortoirs ;
- Les systèmes de climatisation : si, malgré les mesures ci-dessus, un système d'air conditionné ou un climatiseur s'avère nécessaire dans le milieu d'accueil pour atteindre les températures recommandées, des points d'attention sont à observer. Toutes les informations se trouvent dans la brochure « [Une infrastructure au service du projet d'accueil](#) ».

Pour en savoir plus :

[Flash Accueil n°39 : « Canicule »](#)

2 RECOMMANDATIONS EN CAS DE PIC D'OZONE

L'ozone est un gaz naturellement présent dans l'atmosphère. Cependant, en cas d'épisode de chaleur, sa concentration peut être plus importante et créer des irritations respiratoires.

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

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

- www.health.fgov.be
- www.irceline.be

PREVENIR LES ACCIDENTS AU QUOTIDIEN

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

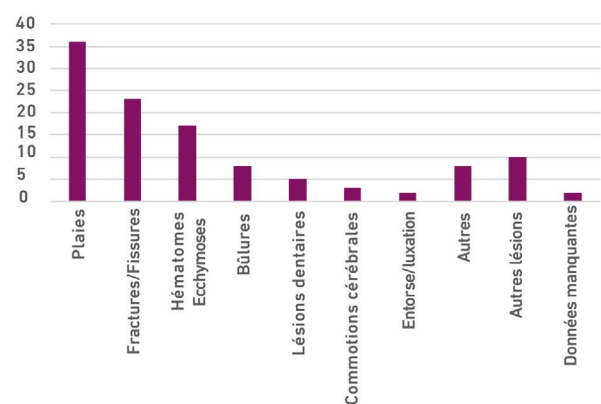
Les chutes sans fracture associée sont probablement beaucoup plus fréquentes mais non renseignées. Les brûlures par liquides chauds et les pincements de doigts dans les portes ou les meubles doivent également retenir l'attention.

Parmi les accidents les plus souvent rapportés à l'ONE par les milieux d'accueil de 2017 à 2021, figurent en première position les chutes (le plus souvent au sol) avec ou sans collision, suivies par les collisions (contre un meuble, un objet ou un enfant). Durant cette période, des chutes sans traumatismes ont également été signalées mais dans une moindre mesure. Enfin, il y a eu quelques cas de brûlures rapportés ainsi que de coincements de doigts associés à des lésions.

Les accidents les plus graves sont les noyades (piscine, étang) et les suffocations (cordelette, sac en plastique, tête entre des barreaux) mais sont néanmoins rares.

Le risque de survenue d'accidents dans les milieux d'accueil peut être diminué notamment grâce à des infrastructures et du mobilier adaptés, un aménagement de l'espace approprié, le respect des normes administratives et des mesures organisationnelles, et enfin la vigilance du personnel encadrant les enfants. Cependant, même avec une surveillance constante des enfants et un espace et du mobilier adaptés à leur âge, le risque de traumatisme n'est pas nul.

Conséquences des accidents survenus en milieu d'accueil signalés à l'ONE de 2017 à 2021 (N = 114)



Les milieux d'accueil en complétant et en renvoyant les fiches de signalement des accidents et événements médicaux graves (Voir Annexe 10) permettent l'identification de risques liés à du matériel nouveau ou inadapté ou à certains comportements et contribuent à l'optimisation des mesures de prévention.

3 CHAPITRE

ENVIRONNEMENT : SANTÉ ET SÉCURITÉ

Les mesures qui doivent être privilégiées sont :

- les mesures générales :
 - placer hors de portée tous les objets à risque
 - ne jamais laisser un enfant sans surveillance
- les mesures de protection (bloque tiroirs, bloque porte, barrières, etc.)

Conseils pratiques :

- Les lits : l'espace entre les lattes du sommier doit être au maximum de 6 cm, l'espace entre les barreaux entre 4,5 et 6,5 cm, la hauteur de 60 cm (pas de dénivellation de plus d'un cm au niveau des coins) et le matelas, bien ferme, doit occuper toute la surface du lit. Les lits doivent répondre aux exigences de sécurité de la norme NBN EN 716 (Voir brochures « [Des équipements au service du projet d'accueil](#) » p.26-27 , et « [Une infrastructure et des équipements au service du projet d'accueil spécial accueillant\(e\)s](#) » p.44-45) ;
- Les barrières de séparation des pièces et/ou faisant partie de modules, ainsi que les parcs, répondent aux mêmes règles de sécurité que les lits : aucun dépassement de la barrière horizontale, barre transversale suffisamment proche du sol, pas de barres intermédiaires horizontales, espacement entre les barreaux verticaux ou entre le mur et la barrière inférieur à 6,5 cm, hauteur minimale 65 cm (cf. point « Normes sécurité pour les barrières EN-1930 » de la brochure « [Des équipements au service du projet d'accueil](#) » p.37 et « [Une infrastructure et des équipements au service du projet d'accueil spécial accueillant\(e\)s](#) » p.19) ;
- Les toboggans et modules sont d'une hauteur limitée et placés sur un sol non dur (lino, tapis, parquet et non carrelage ou ciment) ;
- La porte générale d'entrée doit être sécurisée (Voir brochure « [Une infrastructure au service du projet d'accueil](#) » p.13) ;
- Tous les médicaments et produits d'entretien et de désinfection sont gardés dans leur emballage d'origine, hors de portée des enfants (si possible hors de leur espace de vie pour les produits libérant des composés organiques volatils) et sous clé (Voir brochure « [Des équipements au service du projet d'accueil](#) » p.38) ;
- Les mobiles suspendus sont à éviter ou placés hors de portée des enfants et avec un système de fixation solide ;
- Les trotteurs sont interdits ;
- Les liquides chauds ainsi que les robinets d'eau chaude doivent être hors de portée des enfants ;
- Des protections sont placées devant les radiateurs, aux coins des meubles ainsi qu'aux charnières des portes (Voir brochure « [Une infrastructure au service du projet d'accueil](#) » p.19) ;

- Le milieu d'accueil installe des crochets bloque-placards, tiroirs, fenêtres et portes ;
- Les poignées de porte peuvent être placées en hauteur.

En fonction du projet pédagogique du milieu d'accueil et des caractéristiques organisationnelles de ce dernier (taille du milieu d'accueil, nombre d'enfants et de personnel encadrant), le milieu d'accueil peut être organisé par groupe d'enfant d'âge homogène (organisation de type « horizontale ») ou par groupe d'âges mélangés (organisation de type « verticale » ou « semi-verticale »). En termes de prévention de la survenue d'accidents, les milieux d'accueil à organisation de type « verticale » et « semi-verticale » où sont mélangés des nourrissons âgés de quelques mois ne se déplaçant pas ou peu avec des enfants plus âgés ayant acquis la marche, représentent un défi, tant au niveau de l'aménagement de l'espace qu'au niveau de la surveillance des enfants. En effet, les enfants s'exerçant à la marche peuvent perdre l'équilibre, trébucher et tomber près d'un nourrisson qui serait sur leur passage, ou encore jeter des jouets avec force, etc. Ces accidents peuvent survenir très vite malgré la surveillance visuelle constante du personnel encadrant qui ne se trouve pas toujours à proximité immédiate de l'enfant pour éviter un incident. Dès lors, il est recommandé d'aménager dans la zone d'activité un espace de sécurité pour les nourrissons les plus jeunes (ex : barrières délimitant un parc).

Rerouvez toutes les normes et recommandations dans les brochures :



- « [Une infrastructure au service du projet d'accueil](#) » ONE 2018,
- « [Des équipements au service du projet d'accueil](#) » ONE 2019,
- « [Une infrastructure et des équipements au service du projet d'accueil – spécial accueillant\(e\)s](#) » ONE 2022

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES DURANT L'ACCUEIL

1 CADRE LÉGAL

Les conditions d'accueil d'un enfant malade se basent sur l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté Française du 2 mai 2019, publié le 9 octobre 2019.

1.1 LES CONDITIONS D'ACCUEIL D'UN ENFANT MALADE

Le milieu d'accueil peut être amené à prendre en charge un enfant malade durant les heures d'accueil dans les conditions suivantes :

- dans le cas d'une maladie chronique : lorsque l'enfant présente une pathologie chronique connue et dont les besoins spécifiques peuvent être couverts par le milieu d'accueil moyennant un plan de soins spécifique accordé avec le milieu d'accueil préalablement à l'accueil¹.
- dans le cas d'une maladie aiguë : lorsque l'enfant déclare les premiers symptômes durant sa journée d'accueil. Le milieu d'accueil n'est pas un service de garde d'enfants malades à domicile mais peut assurer la prise en charge initiale de l'enfant en attendant que le(s) parent(s) prennent le relais.
- suite à une maladie aiguë : si l'état de santé de l'enfant lui permet de fréquenter le milieu d'accueil mais nécessite la poursuite d'un traitement prescrit par son médecin et que celui-ci peut être administré par le personnel du milieu d'accueil (voir 3.3).

L'enfant ne peut pas fréquenter le milieu d'accueil s'il présente des symptômes d'éviction (voir 4.3.2-C) ou une maladie répertoriée dans le tableau d'éviction (voir 4.3.2-B).

Le milieu d'accueil peut être amené à refuser l'accueil d'un enfant malade si les conditions susmentionnées ne sont pas remplies ou dans des circonstances exceptionnelles liées à une incapacité organisationnelle ou technique du milieu d'accueil à garantir le bien-être et la sécurité – et de l'enfant malade – et des autres enfants.

CONTRAT D'ACCUEIL ET POLITIQUE DE GESTION DES ENFANTS MALADES

Tout comme le personnel, les parents des enfants, en tant que partenaires du milieu d'accueil, doivent connaître, comprendre et accepter la politique d'éviction des enfants malades dès la signature du contrat d'accueil. Pendant la période de familiarisation, il est important d'expliquer

aux parents les mesures prises par le milieu d'accueil si des symptômes de maladies apparaissent chez l'enfant durant les heures d'accueil. C'est également l'occasion d'identifier les personnes qui pourront être appelées en cours de journée si l'état général de l'enfant se détériore afin qu'elles puissent venir rechercher l'enfant dans les meilleurs délais. Les informations relatives à la prise en charge des enfants malades durant l'accueil, les conditions de retour anticipé à la maison, ainsi que les coordonnées des personnes de confiance doivent être clairement stipulées dans le contrat d'accueil auquel les parents doivent adhérer.

1.2 LES CERTIFICATS MEDICAUX

Les certificats médicaux ne doivent pas être exigés systématiquement pour toute absence pour raison de santé de l'enfant mais uniquement dans des situations particulières très précises et ponctuelles décrites ci-dessous.

1.2.1 À L'ENTRÉE DANS LE MILIEU D'ACCUEIL

Un certificat médical est requis et vise à :

- Attester que l'état de santé de l'enfant lui permet de fréquenter une collectivité d'enfants : la consultation médicale réalisée avant l'entrée dans le milieu d'accueil est l'occasion de dépister d'éventuels besoins spécifiques médicaux qui nécessiteraient une adaptation des conditions d'accueil de l'enfant préalablement à son entrée, voire de définir un plan de soins individualisé pour l'enfant (voir Chapitre 5 et Annexe 13).
- Attester, au vu de l'obligation vaccinale en milieu d'accueil (voir chapitre 1 point 5), que l'état vaccinal de l'enfant lui permet de fréquenter la collectivité et spécifier les vaccinations déjà réalisées : ceci peut être annoté sur le même certificat d'entrée ou bien le carnet de santé peut également être présenté pour attester des vaccinations réalisées.

1.2.2 EN CAS DE MALADIE

- Un certificat médical est exigé uniquement dans le cadre de toute maladie à éviction (voir point 4.3.2). Pour certaines d'entre elles, le certificat doit attester de la prise d'un traitement qui conditionne le retour en milieu d'accueil (cf. tableau des maladies à éviction).

1. Voir Chapitre 5 « L'enfant ayant des besoins spécifiques »

- Dans les autres cas, **un certificat médical n'est pas nécessaire au retour d'une absence pour maladie**. Cependant dans les cas où un enfant doit poursuivre un traitement qui doit être administré dans le milieu d'accueil, les informations relatives au traitement (médicament, dose, fréquence journalière et durée du traitement/date de fin) doivent être communiquées au milieu d'accueil via une prescription du médecin ou une note dans le carnet de santé de l'enfant, datée et signée par le médecin.

Aucun traitement ne sera administré sans prescription écrite du médecin, à l'exception du paracétamol.

Le personnel du milieu d'accueil doit questionner les parents et éventuellement le médecin prescripteur si le traitement est non autorisé ou non réalisable en milieu d'accueil (cf. point 3.3).

Pour rappel, dans les milieux d'accueil bénéficiant a minima du subsidé d'accessibilité, les parents ont droit chaque trimestre à un quota de maximum 3 jours non consécutifs d'absence maladie de leur enfant ; ces jours ne sont pas facturés et ne nécessitent pas de certificat médical justificatif (une déclaration sur l'honneur suffit). Si la durée de l'absence pour raison de santé est de plus de un jour (2 jours consécutifs ou plus), les parents qui le souhaitent peuvent bénéficier d'une exonération de la Participation Financière Parentale (PFP) pour ces jours d'absence sur présentation d'un certificat médical justificatif.

2 LES BESOINS DE L'ENFANT MALADE

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

Douleurs diverses, fièvre, vomissements, toux fréquente entraînent un réel malaise chez l'enfant auquel il convient d'être attentif. Lorsque l'enfant présente des signes de maladie, il faut privilégier, dans la mesure du possible, un séjour de 24 heures ou plus (en fonction de l'état clinique) à son domicile ou dans un endroit qui lui est familier. Il est important que l'enfant malade puisse bénéficier d'un environnement calme et sécurisant, où ses besoins seront respectés quant à son rythme de sommeil et d'alimentation, son hydratation mais également son besoin de sécurité affective auprès d'un adulte qu'il connaît bien (figure d'attachement), qui veille à son bien-être tout en portant une attention particulière à l'évolution de son état de santé. Sauf exception (situation sociale particulière par exemple), l'enfant malade sera idéalement mieux à son domicile, auprès de son/ses parent(s) (ou autre figure d'attachement), que dans un milieu d'accueil qui peut représenter un environnement bruyant/fatiguant pour l'enfant et qui n'est pas toujours en mesure d'apporter une réponse immédiate à ses besoins, ni d'assurer sa surveillance de façon adéquate.

Ces « retrouvailles » à la maison, ce moment d'intimité, de repos, sont profitables à un rétablissement rapide, ainsi qu'à un renforcement de la relation parents – enfants. Malheureusement, les parents qui travaillent ont souvent beaucoup de difficultés pour trouver cette disponibilité, même brève.

Si nécessaire, les parents peuvent faire appel à des services de garde d'enfants malades à domicile proposant des puéricultrices spécialisées, parfois par l'intermédiaire des services de mutuelle. Une inscription préalable est souvent nécessaire. Les coordonnées de ces services doivent être communiquées aux parents lors de l'inscription.

Parents et professionnels doivent être sensibilisés et maintenir le bien-être de l'enfant au centre de l'équation.

3 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES PAR LES PROFESSIONNELS DU MILIEU D'ACCUEIL

Les professionnels du milieu d'accueil peuvent être amenés à prendre en charge un enfant malade et administrer des soins dans les situations suivantes :

- L'enfant déclare des symptômes de maladie durant les heures d'accueil et nécessite une prise en charge appropriée en attendant l'arrivée des parents.
- L'enfant nécessite de poursuivre un traitement médicamenteux, prescrit par son médecin traitant, dans les suites d'une affection aiguë.
- L'enfant présente des symptômes résiduels d'une affection aiguë et qui nécessitent des soins de puériculture (soins de nez par ex).
- L'enfant présente une pathologie chronique connue et bénéficie d'un plan de soins adapté prévu préalablement à l'accueil (voir Chapitre 5).

3.1 RÔLE DES PROFESSIONNELS DU MILIEU D'ACCUEIL DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT MALADE

Lors de la présence d'un enfant malade durant l'accueil, les professionnels des milieux d'accueil doivent pouvoir :

- Assurer une surveillance appropriée de son état de santé (observer attentivement l'enfant, surveiller son comportement et l'apparition et/ou l'évolution des symptômes)
- Répondre aux besoins de l'enfant malade pour garantir son bien-être :
 - ➔ Repérer et prendre en charge la douleur et/ou l'inconfort de l'enfant notamment lorsqu'il n'est pas en âge de s'exprimer afin d'y répondre adéquatement.

- Permettre un temps de repos plus important à l'enfant sans oublier sa nécessaire surveillance (respecter ses rythmes de sommeil et être attentif aux signes de fatigue pour ne pas retarder le moment de la sieste)
- Assurer une relation affective de qualité (présence continue, portage, chansons ou autre en fonction des habitudes et repères de l'enfant) sans négliger le reste du groupe
- Assurer l'administration des soins et les traitements prescrits par le médecin (aucun traitement ne pouvant être administré sans prescription écrite du médecin, excepté le paracétamol).
- Informer correctement le(s) parent(s).
Si un enfant devient malade durant l'accueil, le milieu d'accueil doit informer les parents dès l'apparition de symptômes. Les parents pourront ainsi s'organiser pour venir rechercher leur enfant au plus tôt si besoin ou consulter le médecin traitant après le départ du milieu d'accueil.
- Prendre les mesures pour éviter la dissémination des infections entre les enfants.
Les mesures d'hygiène individuelle et d'hygiène de l'environnement jouent un grand rôle pour limiter la propagation des maladies. Le lavage des mains constitue un geste primordial. Connaître les équipements et objets à risque de contamination est également important.

Dans la mesure du possible, la puéricultrice habituelle de l'enfant doit pouvoir être déchargée d'une partie de ses tâches pour s'occuper plus intensément de l'enfant malade. Cette mobilisation doit se faire sans compromettre la santé et la sécurité des autres enfants.

3.2 LA NOTION DE RESPONSABILITÉ

« Celui qui par sa faute occasionne un dommage à autrui doit le réparer et cette réparation consiste généralement en paiement d'une somme d'argent ² »

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

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

A cet égard, il y a lieu de rappeler que tout traitement ne peut être administré que sur prescription écrite du médecin traitant de l'enfant excepté le paracétamol.

Tout pouvoir organisateur d'un milieu d'accueil de la petite enfance (accueillant.e, crèche...) doit contracter une police

d'assurance pour couvrir la responsabilité civile professionnelle des personnes qui travaillent dans le milieu d'accueil. Tout milieu d'accueil doit également contracter une assurance en dommages corporels.

Dans le cas d'une urgence médicale (cf. Chapitre 7 « Urgences et accidents »): « Porter assistance à une personne en danger ne relève pas de l'exercice illégal d'une profession de soins de santé. Il s'agit en effet d'une situation exceptionnelle qui ne relève pas de l'accomplissement habituel d'actes posés dans le cadre de l'exercice de la profession. Toute dégradation de l'état de santé d'une personne qui semble nécessiter une intervention urgente doit mener à contacter le système d'appels unifié (numéro 112) qui évaluera la situation qui lui est présentée et enverra les moyens adéquats. Ce système permet à tout citoyen en danger, de bénéficier, généralement en 15 minutes, de la présence d'un professionnel de soins de santé dûment formé aux situations urgentes³ ».

3.3 CADRE LÉGISLATIF DES SOINS DE SANTÉ DELIVRÉS EN MILIEU D'ACCUEIL

Le protocole d'accord sur les soins de santé en milieu d'accueil actuellement en vigueur mentionne qu'il est de la responsabilité des professionnels des milieux d'accueil de surveiller attentivement l'apparition de symptômes de maladies ou d'affections chez les enfants, de tout signe d'une altération ou aggravation de l'état général, ou d'effets secondaires liés à la prise de médicaments et de contacter les parents ou toute personne désignée comme référente pour signaler les symptômes observés.

Le protocole stipule également les activités (« orientées soins de santé ») que les professionnels des milieux d'accueil (puéricultrices ou accueillant(e)s) peuvent délivrer à un enfant malade ou ayant des besoins spécifiques mais dans le **cadre d'un accord écrit** avec un professionnel de santé.

Outre surveiller et signaler les symptômes observables de dysfonctionnements et effets secondaires liés aux traitements tels que précisés par le médecin ou l'infirmier, les professionnels des milieux d'accueils sont autorisés à réaliser les activités suivantes **sur base d'une prescription écrite du médecin** :

- Administrer des médicaments oraux, de l'oxygène, des suppositoires, des aérosols, des gouttes auriculaires ou nasales ainsi qu'appliquer de la pommade
- Encourager le respect du traitement et en favoriser la régularité,
- Installer un enfant dans un appareillage adapté à ses besoins
- Prendre en charge un enfant sous monitoring cardio-respiratoire

Seul le paracétamol peut être administré sans prescription médicale.

2. Article 1382 du Code civil.

3. Article 11 du protocole d'accord sur les soins de santé en milieu d'accueil du 08 mai 2014 (à la date de rédaction du guide : révision du protocole en cours).

Un projet d'arrêté concernant la possibilité de déléguer certains actes infirmiers à un non professionnel de santé (dont un personnel d'accueil) est actuellement en attente de publication au Moniteur Belge.

4 LES MALADIES INFECTIEUSES DANS LA COLLECTIVITÉ

4.1 INTRODUCTION

Les enfants accueillis en milieu d'accueil ont un risque accru de présenter des infections, notamment des infections à répétition, comparés aux enfants qui restent à domicile. Les maladies infectieuses les plus fréquentes chez les jeunes enfants sont celles transmises par voie féco-orale (gastro-entérites) et par voie respiratoire (rhinites, otites, pharyngites, bronchiolites, etc.). La plupart d'entre-elles sont d'origine virale et présentent une évolution spontanément résolutive, mais elles sont néanmoins à l'origine de prescriptions répétées d'antibiotiques. Les nourrissons de moins de 6 mois qui arrivent dans les milieux d'accueil peuvent être confrontés à des pathogènes auxquels ils n'ont pas encore été exposés et contre lesquels ils ne sont pas encore vaccinés ou pas encore entièrement protégés par les vaccinations. En outre, ces derniers dont le système immunitaire est relativement immature, ainsi que les enfants ayant un système immunitaire moins efficace (lié à une pathologie pré existante ou à un traitement particulier) sont susceptibles de développer des maladies plus sévères ou des complications. Ce risque infectieux est surtout important dans les premiers mois de fréquentation du milieu d'accueil ainsi que pendant les mois hivernaux. L'âge de la première infection est associé au risque de présenter des infections à répétition.

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

La dissémination des maladies contagieuses dans les collectivités d'enfants dépend de 3 types de facteurs.

4.2.1 FACTEURS LIÉS À L'AGENT INFECTIEUX

- **Le mode de transmission de la maladie et la contagiosité :**

Ce sont surtout des maladies à transmission féco-orale et respiratoire que l'on rencontre dans les collectivités d'enfants. Certaines maladies pouvant avoir un impact important sur la santé sont très contagieuses et donc représentent une menace pour la collectivité (Rougeole, Coqueluche, Rotavirus...).

- **La survie de l'agent infectieux dans l'environnement :**

Certains germes, comme le méningocoque, ne survivent pas longtemps dans l'environnement. C'est pourquoi leur transmission ne pourra pas se faire par l'intermédiaire

d'objets mais uniquement par contact direct avec une personne infectée.

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

- **La fréquence des porteurs sains et des formes asymptomatiques :**

L'hépatite A est asymptomatique chez la plupart des enfants de moins de 2 ans. Dès lors, non reconnue, la maladie se répand très facilement dans les collectivités d'enfants. Dans le cas du méningocoque, il existe des enfants porteurs de méningocoques qui sont totalement asymptomatiques.

4.2.2 FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT DU MILIEU D'ACCUEIL

- **L'hygiène des locaux et des personnes**

Puisque beaucoup d'agents infectieux se transmettent de façon indirecte (par l'intermédiaire d'objets, de surfaces et d'aliments contaminés), le manque de vigilance dans l'application des mesures d'hygiène est un des facteurs les plus importants qui favorisent la dissémination des maladies contagieuses dans les milieux d'accueil. Le lavage des mains est également un élément très important pour éviter la dissémination d'agents infectieux au sein d'une collectivité.

- **L'organisation même du milieu d'accueil**

Certains facteurs organisationnels du milieu d'accueil peuvent favoriser la transmission d'un agent infectieux :

- La mobilité des puéricultrices d'une section à une autre (puéricultrices « volantes ») ou d'un milieu d'accueil à un autre
- Les regroupements de sections d'âges différents en début ou fin de journée
- Le modèle organisationnel choisi dans le projet pédagogique du milieu d'accueil : organisation horizontale (séparation en sections regroupant des enfants d'âge homogène en fonction du développement psychomoteur et de l'acquisition de la marche, classiquement section des nourrissons jusqu'à 1 an, section des moyens à partir de 1 an jusqu'à 18-20 mois, section des grands de 20 à 30 mois), organisation semi-verticale (par exemple une section de nourrissons jusqu'à l'âge de 18-20 mois et une section au-delà), organisation verticale (regroupement de toutes les catégories d'âge dans une seule section). L'organisation semi-verticale ou verticale expose davantage les nourrissons les plus jeunes (et donc les plus vulnérables) aux agents infectieux.

- Le nombre de personnes composant le groupe d'une section : plus celui-ci est important, plus le risque de transmission est important et pourra s'étaler dans le temps contrairement à la transmission dans un petit groupe, qui sera plus vite interrompue.

4.2.3 FACTEURS LIÉS A L'HÔTE

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

- ils sont plus susceptibles d'être infectés car naïfs pour beaucoup d'infections ;
- ils ont des contacts proches et fréquents avec les adultes et les autres enfants ;
- ils n'ont pas acquis le contrôle sphinctérien des urines et des selles ;
- ils explorent l'environnement avec la bouche.

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

4.3 MESURES PRÉVENTIVES ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

La prévention de la transmission des maladies infectieuses en milieu d'accueil repose sur :

- Une infrastructure appropriée
- Le respect des mesures générales d'hygiène recommandées : hygiène individuelle des enfants et du personnel (hygiène des mains, respiratoire), hygiène des jouets, équipements et des locaux, incluant la qualité de l'air intérieur et de l'eau (voir point 4.3.3)
- La vaccination obligatoire des enfants contre certaines maladies (voir point 4.3.1)
- Le respect des règles d'éviction (voir point 4.3.2)
- Des mesures organisationnelles concernant les groupes d'enfants : éviter, dans la mesure du possible, le mélange des sections (notamment les nourrissons de moins de 12 mois avec les enfants plus âgés), éviter les regroupements d'enfants d'âges différents en début ou fin de journée, renouveler et laver les jouets mis à leur disposition, utiliser des lots de jouets individuels pour les nourrissons les plus jeunes.
- Des mesures préventives et de contrôle appliquées aux adultes qui fréquentent la collectivité (vaccination, éviction, hygiène...) (voir point 4.3.4)

En cas de survenue de certaines maladies (maladies à déclaration obligatoire, maladies listées dans le tableau d'éviction) ou d'une épidémie, des mesures de contrôle devront être appliquées, il s'agit :

- Du renforcement des mesures de prévention et d'hygiène
- De mesures additionnelles spécifiques, en fonction de la maladie. Ces dernières seront dictées par les inspecteurs d'hygiène des autorités compétentes en la matière, à savoir, l'AVIQ en Wallonie et la COCOM à Bruxelles.

4.3.1 LA VACCINATION

A. VACCINATION DE BASE

Le calendrier de vaccinations de base recommandé par l'ONE est celui de la Fédération Wallonie-Bruxelles (cf. Chapitre 1 point 5). Plusieurs vaccinations sont obligatoires en milieu d'accueil (arrêté du 2 mai 2019). Cette prescription est justifiée par l'intérêt pour la collectivité via l'immunité de groupe. Les vaccinations obligatoires en milieu d'accueil sont les suivantes : Polio, Diphtérie, Coqueluche, Haemophilus influenza type B (Hib), Rougeole, Rubéole, Oreillons (RRO). L'obligation vaccinale porte autant sur les maladies à prévenir que sur l'âge auquel doit être administré le vaccin (respect du calendrier vaccinal de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

Pour permettre l'application de cette règle, il a été demandé aux responsables des milieux d'accueil d'inscrire cette obligation dans le contrat d'accueil et dans les conventions afin d'en informer les parents et de leur demander leur adhésion par signature lors de l'inscription de leur enfant car l'enfant pourrait être exclu du milieu d'accueil en cas de non respect du calendrier vaccinal. Cette obligation de vaccination concerne aussi les propres enfants de l'accueillante.

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

Les vaccinations peuvent être réalisées par le médecin du milieu d'accueil et les dates de vaccination doivent alors être inscrites dans le carnet de santé délivré par l'ONE.

Tous renseignements concernant ces vaccinations ainsi que les schémas de rattrapage figurent dans le



[Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant.](#)

ainsi que le [Guide de vaccination de rattrapage du Conseil Supérieur de la Santé de Belgique](#)

B. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS AUX VACCINS

Chaque vaccination constitue un acte médical préventif au cours duquel une dose standard d'un produit est administrée à un individu de manière préétablie et à un moment défini. Il est impossible de préciser le degré de bonne santé que doit avoir un enfant candidat à une vaccination.

Dès lors il est plutôt proposé de définir l'état de mauvaise santé dans lequel une personne doit se trouver pour que la vaccination soit évitée ou reportée.

D'une manière générale, pour chaque vaccin, une hypersensibilité sévère connue à l'un de ses composants (ex: néomycine) ainsi qu'une réaction anaphylactique observée précédemment avec le même vaccin, constituent une indication d'administration du vaccin dans un cadre hospitalier.

Des informations spécifiques sur les différents vaccins et leurs composants sont disponibles sur le site du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP): <https://www.cbip.be/fr/start>

B.1. CONTRE-INDICATIONS SPÉCIFIQUES

Il n'existe pas de contre-indication à la vaccination aux vaccins inactivés (Hib, pneumocoque, méningite ACWY).

D'une façon générale, il ne sera pas administré de vaccins vivants atténués (RRO, Rotavirus) à des sujets atteints⁴

- d'immunodépression primaire tel que le déficit immunitaire combiné et l'agammaglobulinémie ;
- d'immunodépression acquise due à une affection maligne telle que lymphome, leucémie, ou autres tumeurs du système réticulo-endothélial ;
- d'immunodépression due à certains traitements comme l'administration de cortico-stéroïdes par voie générale à haute dose ou chimiothérapie anticancéreuse. Lorsque le déficit immunitaire est la conséquence d'une thérapie immunosuppressive, l'immunité se restaure quelque temps (environ trois mois) après l'arrêt du traitement. Passé ce délai, la vaccination par vaccins vivants atténués peut être entreprise (en accord avec le médecin traitant de l'enfant).
- d'infection par le VIH (le choix de donner ou non le vaccin et/ou de pratiquer des rappels supplémentaires dépend du taux de CD4 et appartient au médecin traitant de l'enfant).

La vaccination par un vaccin vivant atténué sera aussi évitée si il existe une personne fortement immunodéprimée dans l'entourage direct de l'enfant.

B.2. CONTRE-INDICATIONS TEMPORAIRES

- Une maladie infectieuse modérée ou sévère ou une fièvre supérieure à 38°C.
- Période d'incubation ou suspicion d'incubation d'une maladie infectieuse **sévère**. Cette directive est relative: si le contact avec une personne enrhumée ne

constitue pas une contre-indication à la vaccination, on peut par contre considérer une méningococcémie dans l'entourage immédiat comme une raison valable pour reporter la vaccination.

- L'administration de sang, de plasma ou d'immunoglobulines peu avant la vaccination⁵. Cela n'est valable que pour les vaccins à base de virus vivants, et particulièrement le RRO⁶. Chez les enfants malades qui reçoivent des gammaglobulines⁷, il faudra veiller à donner ces vaccins au moment le plus éloigné des deux injections successives et à respecter un intervalle de 6 semaines entre gammaglobulines et vaccin, ainsi que de minimum 15 jours entre vaccin et gammaglobulines (idéalement 4 semaines). Si l'injection de gammaglobulines suit celle du vaccin RRO dans un délai inférieur à 15 jours, il faut revacciner au bout de 3 mois.

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

B.3. FAUSSES CONTRE-INDICATIONS

- Une infection peu importante des voies aériennes supérieures ou une légère diarrhée.
- L'allergie, l'asthme, l'eczéma ou une autre maladie atopique.
- Les affections chroniques stabilisées du cœur, des poumons, du foie et des reins, le diabète etc., à l'exception toutefois des maladies ou des traitements s'accompagnant d'une immunodéficience.
- Des antécédents familiaux de convulsions, une histoire familiale d'épilepsie.
- Les convulsions hyperthermiques (demandent uniquement une vigilance particulière dans la surveillance de la température).
- Une affection neurologique stabilisée.
- L'allergie aux œufs ne constitue pas une contre-indication à l'administration du vaccin RRO : les vaccins RRO ne sont plus préparés à partir de virus cultivés sur des œufs, leur processus de production se fait à partir d'embryons de poussin. Dès lors, la quantité de protéines d'œufs contenue dans le vaccin est négligeable. Il est prouvé que ce vaccin peut être administré sans problème à des enfants ayant eu des réactions anaphylactiques aux œufs⁸.
- Une antibiothérapie (la raison pour laquelle une antibiothérapie est nécessaire peut toutefois justifier le report de la vaccination).

4. Voir publication du [Conseil Supérieur de la Santé N°9158](#)

5. Les anticorps monoclonaux utilisés pour la prophylaxie du Virus Respiratoire Syncytial (palivizumab) n'ont pas d'interférence avec les vaccins vivants ; il ne faut pas respecter d'intervalle entre les administrations de l'une et de l'autre.

6. Pour le Rotavirus aucun intervalle n'est à respecter.

7. Référence : [Guide canadien d'immunisation](#).

8. Pour en savoir plus : [Fiche allergie aux œufs et vaccination](#).

- L'usage local de corticostéroïdes inhalés.
- L'ictère néonatal, la trisomie 21, la dénutrition, l'allaitement.
- Un antécédent de réaction locale à l'injection du vaccin.
- Une grossesse chez la mère de l'enfant à vacciner.
- Les nouveau-nés prématurés seront vaccinés en âge réel et non en âge corrigé.

C. PRÉVENTION DU RETARD À LA VACCINATION

Pour être efficaces, les vaccinations doivent se dérouler selon un calendrier précis. A cette fin, le milieu d'accueil tient un échéancier dès l'admission de l'enfant qui permet de rappeler aux parents :

- deux semaines avant la date prévue qu'une vaccination est à réaliser ou sera proposée à la visite du médecin dans le milieu d'accueil ;
- de vérifier peu après cette date que la vaccination a été réalisée ;
- si cela n'est pas le cas de fixer un nouveau délai de 15 jours pour réaliser la vaccination au terme duquel l'enfant ne pourra poursuivre l'accueil sans être vacciné. L'Agent conseil ou la Coordinatrice accueil, le Référent santé et le Conseiller pédiatre de l'ONE sont avertis de la situation.



- Le schéma de rattrapage vaccinal figure dans le guide de médecine préventive et sur le site du CSS <https://www.health.belgium.be>

4.3.2 RÈGLES D'ÉVICTION DANS LES COLLECTIVITÉS

A. ÉVICTION – GÉNÉRALITÉS

La décision d'éviction du milieu d'accueil se base sur l'état clinique de l'enfant et le risque infectieux pour la collectivité (enfants et professionnels du milieu d'accueil).

Si l'état général de l'enfant malade est nettement altéré, même s'il n'est pas atteint d'une affection qui justifie une éviction, sa surveillance ne peut pas être assurée par le milieu d'accueil. D'autre part certains symptômes sont des critères d'éviction car ils témoignent d'un risque pour l'enfant malade et/ou pour la collectivité (cf. symptômes d'éviction - 4.3.2-C). L'enfant sera réadmis dès que son état général le permettra.

Certaines maladies infectieuses justifient que l'enfant reste **obligatoirement** à la maison et ne fréquente pas le milieu d'accueil parce qu'elles sont très contagieuses, (potentiellement) graves et peuvent mettre la vie des autres enfants et/ou adultes en danger (voir [tableau des maladies à évictions](#)).

B. MALADIES INFECTIEUSES REQUÉRANT UNE ÉVICTION OBLIGATOIRE

La liste des maladies à éviction est reprise dans le tableau ci-dessous (voir fig. Tableau des maladies à éviction). Il s'agit des infections suivantes⁹: coqueluche, rougeole, oreillons, varicelle et zona, hépatite A, gastroentérite¹⁰, gale, teigne, stomatite herpétique, infection à streptocoque du groupe A (non invasive et invasive), méningites bactériennes (*Haemophilus influenzae* de type b et à méningocoques A, B, C, W, Y), impétigo et la tuberculose.

Outre l'éviction de l'enfant du milieu d'accueil, des mesures pour l'entourage et la collectivité (milieu d'accueil), doivent parfois être mises en place (vaccination post exposition, prophylaxie antibiotique...), afin de limiter la transmission de la maladie dans la collectivité. Ces mesures préventives et de contrôle dépendent de la maladie déclarée et se basent sur les recommandations émises par la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ ou de la COCOM¹¹.

9. La rougeole et les méningites à méningocoque sont des maladies à déclarer obligatoirement auprès des cellules de surveillance régionales des maladies infectieuses (voir 4.4) dès suspicion clinique. L'hépatite A, les infections invasives à SGA, la Coqueluche, sont des maladies à déclarer obligatoirement dès confirmation du diagnostic. La varicelle, la gale (si un seul cas), la teigne, les infections à SGA non invasives (pharyngite, scarlatine), l'impétigo sont des maladies qui ne sont pas à déclaration obligatoire.

10. Les toxiinfections alimentaires collectives (TIAC) doivent être déclarées dès suspicion clinique ainsi que certaines infections à *E.coli* pathogènes (voir 6.2.1).

11. Voir recto point D : Mesures d'évictions exceptionnelles.



TABLEAU D'ÉVICTION

| MALADIES | TRANSMISSION | INCUBATION ¹² (JOURS -J) | CONTAGIOSITÉ ¹³ (JOURS -J) | MESURES « CAS INDEX » (ÉVICTION) | MESURES POUR LES CONTACTS ET LE MA |
|--|--|--|--|---|---|
| Coqueluche* | Respiratoire, contact direct | 6j à 21j | Début avant la phase catarrhale et jusqu'à 21j après le début des symp- tômes | Eviction de 5j à dater du début du traitement par antibiotiques. Si refus de traitement : éviction de 21j après le début des symptômes | Antibioprophylaxie et vaccination si incomplète ou inexistante |
| Gale (Sarcoptes scabiei)* | Contact direct, objets | 14j à 42j 3j si réinfes- tation | Prolongée sauf traitement | Eviction jusqu'à 24h après le début du traitement et déclara- tion sur l'honneur des parents de la prise du traitement qui sera à répéter 7 jours après. Traitement de l'environnement. | Lavage literie et vête- ments à 60°C, traitement post exposition des contacts proches. |
| Gastro- entérites | Selon les germes (étiologie) | / | / | Eviction à partir de la 3ème selle diarrhéique. Retour dès que les selles sont molles ou normales sauf <i>E. coli</i> entérohémorragique (<i>E. coli</i> producteur de shigatoxine - EHEC ou STEC), Salmonella typhi et paratyphi (adultes et enfants) et Salmonella non typhi et non paratyphi (adultes uniquement): retour sur base des résultats de la coproculture. | Mesures d'hygiène ren- forcées. Pas de certificat médical exigé en cas de Gas- troentérite aiguë sauf si un germe spécifique a été identifié (EHEC, STEC, Salmonelle, autre...) |
| Hépatite A* | Féco-orale, contact direct, objets, nour- riture | 15j à 50j | 14j avant les symptômes et 7j après | Eviction 7j minimum à partir du début des symptômes | Mesures d'hygiène ren- forcées, vaccination post exposition éventuelle |
| Impétigo (staphylo- coque doré, strepto- coque) | Contact direct, objets | 1j à 3j | Portage ¹⁴ asymptoma- tique possible | Pas d'éviction si correctement traité et si les lésions sont sèches ou couvertes | / |
| Infection invasive à Haemophilus influenzae type b* | Respiratoire, contact direct | 2j à 4j | Prolongée | Eviction jusqu'à guérison | Antibioprophylaxie, vac- cination si incomplète ou inexistante, surveillance clinique des contacts. Mesures d'hygiène ren- forcées. |
| Infection invasive à Neisseria meningitidis (méningo- coques A, B, C, W, Y)* | Respiratoire, contact direct | 2j à 10j | Prolongée, 2j après trai- tement par antibiotiques | Eviction jusqu'à guérison | Antibioprophylaxie pour les personnes ayant eu des contacts à haut risque durant les 7j pré- cédant la maladie, quel que soit leur statut vac- cinal, éviction 7j si refus. Mise à jour vaccinale. Mesures d'hygiène renforcées. |
| Oreillons | Respiratoire, contact direct, objets | 15j à 25j | 7j avant tuméfaction et 9j après | Eviction jusqu'à guérison | Vaccination si incomplète ou inexistante |

*MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MDO)

12.Période s'écoulant entre la pénétration d'un agent pathogène infectieux dans l'organisme et l'apparition des premiers signes de la maladie.

13.Premier cas identifié de la maladie dans une population ou un groupe.

14.Le portage : le porteur de germes est un sujet cliniquement sain dont les excréments contiennent des germes pathogènes (il peut dès lors propager des maladies contagieuses).

| MALADIES | TRANSMISSION | INCUBATION (JOURS -J) | CONTAGIOSITÉ (JOURS -J) | MESURES « CAS INDEX » (ÉVICTION) | MESURES POUR LES CONTACTS ET LE MA |
|--|--|-----------------------|--|--|---|
| Rougeole* | Respiratoire, contact direct, objets | 6j à 21j | 5j avant éruption et 5j après | Éviction jusqu'à guérison et au moins jusqu'à 4 jours après le début de l'éruption cutanée | Vaccination si incomplète ou inexistante, éviction en cas de non vaccination |
| Stomatite herpétique (Herpes simplex) | Contact direct | 2j à 12j | Prolongée et possibilité de récurrence | Éviction jusqu'à guérison | / |
| Infection non invasive à Streptocoque Groupe A (pharyngite, scarlatine...) | Par gouttelettes ou indirecte par les mains ou objets contaminés | 1j à 3j | 10j à 21j (1 mois), 24h après traitement par antibiotiques | Éviction de 24h à compter du début du traitement par antibiotiques | / |
| Infection invasive à Streptocoque Groupe A (STSS, fasciite nécrosante...) | Par gouttelettes ou indirecte par les mains ou objets contaminés | 1 à 3j | | Éviction jusqu'à au moins 24h après début du traitement antibiotique. | Vigilance accrue pendant la 1ère semaine et jusqu'à 30 j à partir du dernier contact avec le patient. Antibio prophylaxie des contacts à haut risque, à discuter au cas par cas avec AVIQ/ COCOM. |
| Teigne (mycose) | Contact direct | / | Portage asymptomatique possible (incluant les animaux) | Pas d'éviction si correctement traité | Dépistage, mesures d'hygiène renforcées |
| Tuberculose* | Respiratoire | 15j à 70j | Prolongée si pas de traitement | Jusqu'à réception du certificat de non-contagion | Dépistage ciblé et surveillance spécifique |
| Varicelle et zona (Herpes zoster) | Respiratoire, contact direct, objets | 10j à 21j | 5j avant éruption jusqu'à ce que toutes les lésions soient au stade de croûtes | Jusqu'à ce que toutes les lésions soient au stade de croûtes | / |

*MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MDO)



C. SYMPTÔMES D'ÉVICTION

Un enfant peut développer des symptômes de maladie aigüe durant les heures d'accueil.

Certains symptômes justifient que l'enfant quitte le milieu d'accueil dans les meilleurs délais et reste à la maison au moins durant la phase aigüe de la maladie ou selon la durée nécessaire évaluée par le médecin ; ce afin de garantir la santé et le bien-être de cet enfant et de la collectivité. Il s'agit des symptômes suivants (cette liste est non exhaustive) :

- Symptômes d'altération de l'état général¹⁵: l'enfant présente une modification du comportement (il ne joue plus ou moins que d'habitude ou ne répond plus aux sollicitations, il est grognon, irritable), une asthénie (l'enfant semble fatigué voire abattu), une diminution de l'appétit (l'enfant mange moins ou refuse de s'alimenter).
- Fièvre dans les conditions suivantes (cf. point 5) :
 - ⊙ Fièvre chez un enfant de moins de 3 mois (quel que soit son état général, cet enfant doit être rapidement orienté vers un pédiatre ou un service hospitalier).
 - ⊙ Fièvre (avec ou sans altération de l'état général) qui persiste malgré administration de paracétamol.
 - ⊙ Fièvre avec symptômes associés tels que vomissement(s), selle(s) liquide(s), éruption cutanée sans cause apparente, difficulté respiratoire.
- Diarrhée (dès la 3^{ème} selle liquide sur la même journée d'accueil).
- Vomissements répétés ou un vomissement associé à d'autres symptômes (selle(s) liquide(s), maux de tête...).
- Difficulté respiratoire.

Pour tout autre symptôme mal toléré par l'enfant et inquiétant, le milieu d'accueil évaluera la situation avec le(s) parents.

Si des signes de gravité apparaissent chez l'enfant (cf. point 5 et Chapitre 7 « Urgences et accidents »), le milieu d'accueil devra contacter de toute urgence le 112 et informer immédiatement le(s) parent(s).

En dehors des symptômes d'éviction cités plus haut, le milieu d'accueil peut demander au(x) parent(s) de venir rechercher leur enfant dans les meilleurs délais si l'équipe n'est pas en capacité d'assurer une surveillance appropriée de son état de santé sans compromettre la sécurité et le bien-être de l'enfant (calme et sécurité affective) et des autres enfants accueillis, en cas de circonstances exceptionnelles telles qu'une équipe en sous-effectif, de nombreux enfants symptomatiques de manière simultanée et pour lesquels une surveillance rapprochée de leur état est requise.

Le milieu d'accueil peut préparer une note écrite à remettre au(x) parent(s), ou à la personne de confiance venant chercher l'enfant, qui récapitule les symptômes survenus durant l'accueil et qui pourrait être insérée dans le carnet de santé de l'enfant. Cette note peut être utile au médecin traitant de l'enfant si une consultation médicale s'avère nécessaire.

CONDITIONS DE RETOUR EN MILIEU D'ACCUEIL :

L'enfant pourra réintégrer le milieu d'accueil s'il ne présente plus de fièvre (en l'absence d'un traitement antipyrétique) ni autres symptômes de phase aigüe de maladie (cf. symptômes d'éviction) et que son état général le permet. Uniquement dans certains cas particuliers (maladie à éviction), un certificat médical peut être exigé par le milieu d'accueil pour le retour (voir point 1.2 Certificats médicaux).

Dans le cas où l'enfant présente encore des symptômes d'éviction durant l'accueil dès le 2^{ème} jour consécutif ou au retour d'une absence pour maladie aigüe, le milieu d'accueil est en droit de suspendre l'accueil de cet enfant jusqu'à ce que son état de santé lui permette de revenir en collectivité.

Certains symptômes résiduels faisant suite à une infection aigüe n'empêchent pas le retour en collectivité comme par exemple : écoulement/encombrement nasal, toux post-infectieuse, altération du transit suite à une gastro-entérite aigüe, éruption cutanée (pour laquelle un diagnostic a été posé par un médecin qui a autorisé le retour en collectivité). Ces derniers peuvent durer de quelques jours à parfois quelques semaines et il faudra rester attentif à leur évolution.

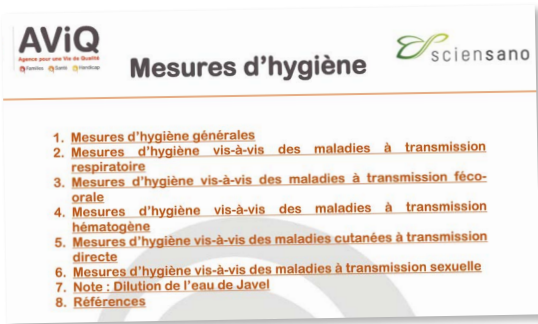
D. MESURES D'ÉVICTION EXCEPTIONNELLES

Dans des circonstances épidémiologiques ou de gravité particulière, le médecin du milieu d'accueil est habilité à prendre toute mesure d'exception qu'il juge nécessaire en ce compris la suspension éventuelle de nouvelles admissions, ou la fermeture de sections. Il veillera en outre, à l'information correcte des parents sur la situation concernée. Dans le cadre d'une épidémie, les autorités sanitaires peuvent être amenées à demander l'éviction d'enfants ou d'encadrants du milieu d'accueil pour limiter la transmission de la maladie et éviter l'apparition de nouveaux cas, en particulier si les autorités suspectent les personnes de contribuer à la transmission de la maladie, si les personnes ne sont pas protégées (par exemple, insuffisamment vaccinées) ou si la maladie est potentiellement dangereuse pour ces personnes.

15. Dans le cas spécifique d'une altération de l'état général associée à une fièvre : se référer au point 5 - La fièvre - du chapitre.

4.3.3 MESURES D'HYGIÈNE

Voir chapitre 2 et fiches MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Hygiène.pdf>



4.3.4 SANTÉ DES ADULTES EN CONTACTS AVEC LES JEUNES ENFANTS

CERTIFICAT D'APTITUDE AU TRAVAIL

Toute personne en contact avec les enfants dans les milieux d'accueil fournit un certificat d'aptitude physique et psychique à exercer sa profession (modèle en Annexe 8) avant son entrée en fonction et puis annuellement. En cas de problème observé dans le milieu d'accueil, le médecin du milieu d'accueil ou le Conseiller pédiatre peut se mettre en rapport avec le médecin traitant de la personne concernée et demander tout examen qu'il estime nécessaire pour protéger la santé de la collectivité.

ÉVICTION

La plupart des règles d'éviction pour les enfants accueillis dans les milieux d'accueil sont valables également pour les adultes travaillant en milieu d'accueil.

Tout comme les enfants, les accueillant·e·s présentant des symptômes d'infection (fièvre, diarrhée, etc.) ne doivent pas être présent·e·s dans le milieu d'accueil durant la phase aiguë de la maladie. Si les symptômes débutent en cours d'accueil, la personne doit limiter le contact proche avec les nourrissons les plus jeunes, voire porter un masque le temps de quitter le milieu d'accueil et bien se laver les mains aux moments clé recommandés.

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

VACCINATION

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

VACCINATION RRO

Pour éviter une épidémie de rougeole et pour protéger les petits de moins d'un an, non encore vaccinés, toute personne née après 1970 et travaillant dans le cadre de l'ONE (secteur accompagnement ou accueil) devrait avoir reçu deux doses de vaccins contre la rougeole. Les sujets nés avant 1970 peuvent être considérés comme protégés.

Pour toutes les personnes de sexe féminin, une preuve de sérologie anti-rubéole ou de vaccination est exigée pour travailler en milieu d'accueil.

VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE

La coqueluche est une maladie qui peut être asymptomatique chez l'adulte mais est potentiellement mortelle pour le nourrisson.

Celui-ci est particulièrement fragile tant qu'il n'a pas pu bénéficier des 3 premières doses de vaccins. La transmission se fait essentiellement par les adultes dont l'immunité vaccinale ou naturelle décline avec le temps. Il est donc fortement recommandé aux personnes en contact avec les nourrissons de procéder à des rappels réguliers de vaccination (en combinaison avec la diphtérie et le tétanos).

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Les enfants de moins de deux ans constituent un groupe à risque de complications lors des épidémies de grippe. Vu le mode de transmission du virus, la vaccination annuelle des adultes en contact avec des jeunes enfants est conseillée pour limiter la contagion dans les collectivités.

4.4 SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

4.4.1 LA CELLULE DE SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES DE L'AVIQ ET DE LA COCOM

- La cellule de surveillance est la référence en termes de maladies infectieuses à déclaration obligatoire et fait autorité pour les mesures à prendre dans ces cas d'infections ainsi qu'en cas d'épidémie dans les collectivités.
- De manière générale, tout médecin qui diagnostique un cas suspect ou confirmé d'une **maladie à déclaration obligatoire (MDO)** est tenu de signaler ce cas le plus rapidement possible aux inspecteurs d'hygiène de la cellule de surveillance des maladies infectieuses sur **MATRA**, le site de déclaration obligatoire des maladies infectieuses <https://matra.sciensano.be>
- La déclaration en temps réel est très importante car elle permet de
 - ➔ Mettre en place rapidement les mesures de prévention de survenue de cas secondaires
 - ➔ Mettre en place les mesures de contrôle épidémique permettant de limiter la propagation des maladies infectieuses
 - ➔ Permettre un suivi épidémiologique par les autorités sanitaires compétentes en la matière

- Participer à l'analyse de l'évolution de ces maladies d'un point de vue microbiologique et épidémiologique en collaboration avec Sciensano

Adresses utiles

SERVICES D'INSPECTION D'HYGIÈNE AVIQ / COCOM :

Région wallonne (AVIQ)
Cellule de surveillance des maladies infectieuses
21, Rue de la Rivelaïne
B-6061 Charleroi

Pour les professionnels de la santé uniquement

TEL : 071/ 33 77 77
(en semaine, jours ouvrables de 09h à 16h30) et par mail : surveillance.sante@aviq.be
Garde : jusque 20h en semaine et de 08h à 20h le weekend et jour férié (contacter par mail et préciser en objet le nom de la maladie, le type de collectivité et le code postal/nom de la commune du milieu d'accueil)

Pour toute déclaration de MDO

<https://matra.sciensano.be/>

Pour tout contact avec la Cellule de surveillance

surveillance.sante@AVIQ.be

Région bruxelloise (COCOM)
Service de médecine préventive de la COCOM
Rue Belliard, 71 – 1
1040 Bruxelles

Pour les professionnels de la santé uniquement

TEL : 02/ 552 01 40
(en semaine, jours ouvrables de 9h à 17h) et par mail : notif-hyg@ccc.brussels
Garde : 24/7 par mail
TEL : 0490/ 52 28 23 (pour urgences de santé publique uniquement)

Pour toute déclaration de MDO

<https://matra.sciensano.be/Bru>

Pour tout contact avec la cellule de surveillance

notif-hyg@ccc.brussels

Liste des maladies à déclaration obligatoire en Région Wallonne : https://matra.sciensano.be/liste_matra.aspx

Liste des maladies à déclaration obligatoire en Région Bruxelloise : https://matra.sciensano.be/bru/bru_liste_matra.aspx et <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/espace-professionnel/declaration-des-maladies-transmissibles>

Fiches informatives par maladies sur MATRA

<https://matra.sciensano.be>

4.4.2 RÔLES DES INTERVENANTS FACE A UNE MDO ET/OU UNE SITUATION ÉPIDÉMIQUE DANS UNE COLLECTIVITÉ D'ENFANTS

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter selon la source du signalement : soit l'information provient de la cellule de surveillance des maladies infectieuses qui informe le milieu d'accueil via son médecin du milieu d'accueil ou son Référént santé ONE, soit l'information provient du milieu d'accueil qui devra en informer la cellule de surveillance au plus vite via son médecin ou son Référént santé ONE et le Conseiller pédiatre ONE.

Lorsque la cellule de surveillance des maladies infectieuses reçoit une déclaration de MDO ou le signalement d'une situation épidémique concernant un milieu d'accueil, elle prend contact avec le médecin du milieu d'accueil, ou en l'absence de médecin avec le Référént santé de l'ONE, afin d'évaluer la situation et de communiquer les mesures à mettre en place dans la collectivité. Ces derniers informeront le responsable du milieu d'accueil des mesures à appliquer et l'accompagneront dans leur mise en œuvre. Si le médecin et/ou le Référént santé/Conseiller pédiatre ONE ne sont pas joignables, la cellule peut prendre contact directement avec le responsable du milieu d'accueil si la situation nécessite une intervention urgente. La cellule de surveillance veillera à informer par la suite le médecin/Référént santé/Conseiller pédiatre ONE du milieu d'accueil du suivi de la situation.

Si le responsable du milieu d'accueil est informé par le-s parent-s que leur enfant présente une MDO et/ou si une épidémie est en cours dans le milieu d'accueil, il doit prévenir au plus tôt le médecin du milieu d'accueil ou le Référént santé ONE (le cas échéant le Conseiller pédiatre ONE). Ceux-ci se mettront en contact avec la cellule de surveillance des maladies infectieuses, afin d'avoir confirmation de leur part du cas de MDO et/ou de discuter de la situation épidémique en question et de recevoir les recommandations de l'autorité compétente sur les mesures de prévention à mettre en place pour protéger la collectivité (ex : mise en place d'une prophylaxie des cas contacts).

Le médecin du milieu d'accueil prendra alors toutes les mesures qui s'imposent pour protéger la collectivité telles que l'instauration d'une prophylaxie médicamenteuse, d'une vaccination post exposition ou encore la réalisation de prélèvements, en se référant aux recommandations émises par la cellule de surveillance. En l'absence de médecin dans le milieu d'accueil, le Référént santé ONE aidera le responsable de la structure à mettre en place ces mesures, avec la collaboration des médecins traitants des enfants. En effet, les médecins traitants de chaque enfant seront avertis, par un courrier transmis aux parents, de la situation et de l'éventuelle prophylaxie à administrer à l'enfant.

Si le responsable du milieu d'accueil ne parvient pas à joindre le médecin du milieu d'accueil, le Référént santé ou le Conseiller pédiatre ONE, le responsable du milieu d'accueil peut contacter directement la cellule de sur-

veillance des maladies infectieuses de l'AVIQ ou de la COCOM car plus tôt une situation est prise en charge, mieux elle est gérée.

5 LA FIÈVRE

5.1 GÉNÉRALITÉS

Définition : La température corporelle normale se situe entre 35,8° et 37,5°C. **La fièvre est définie comme une température corporelle interne (rectale) supérieure ou égale à 38°C.** Elle correspond à une réaction naturelle de défense de l'organisme contre une agression le plus souvent d'origine infectieuse (virale, bactérienne, ou encore parasitaire, fongique) mais parfois inflammatoire (maladie auto-immune, ingestion de toxiques, médicaments anticholinergiques, coups de chaleur...). Celle-ci entraîne la libération de cytokines, en particulier d'interleukine 1 (IL-1), qui vont stimuler la production de prostaglandines par l'hypothalamus, ce qui aura pour effet d'élever le point de consigne de la température interne.

Causes fréquentes de fièvre chez des enfants en collectivité : Chez les enfants en bas âge fréquentant une collectivité, la fièvre représente dans la plupart des cas le premier signe d'appel d'une maladie infectieuse. Le plus souvent, les infections présentées par les enfants en collectivité sont d'origine virale et s'avèrent bénignes. Néanmoins, la fièvre peut être le premier signe d'une pathologie plus grave nécessitant une prise en charge précoce adéquate (ex : méningite, pyélonéphrite, bactériémie...). Chez la plupart des enfants en bonne santé, c'est l'évolution clinique de l'enfant qui déterminera s'il s'agit d'une maladie bénigne ou non. Chez les nourrissons de moins de 3 mois, qui ont un système immunitaire immature, toute fièvre peut être le signe d'une infection grave et doit mener à une consultation médicale en urgence pour bilan et observation.

La signification de la fièvre repose sur le contexte clinique plutôt que sur le nombre de degrés mesurés, certaines maladies mineures pouvant provoquer une fièvre plus élevée alors que certains états graves liés à des infections sévères peuvent ne provoquer qu'une plus légère élévation de la température voire même une température rectale inférieure à 36°C. Néanmoins, de manière générale, bien qu'une maladie grave ne provoque pas toujours une forte fièvre et que de nombreuses fièvres élevées résultent d'infections virales, une température $\geq 39^\circ\text{C}$ chez l'enfant de moins de 2 ans indique un risque plus élevé de bactériémie occulte. C'est lors du pic fébrile que la charge virale ou bactérienne est généralement la plus élevée dans le sang.

Présentation : La fièvre peut être aiguë, récurrente ou périodique (épisodes de fièvre séparés par des périodes afébriles), ou chronique (> 14 jours). Dans ce chapitre nous aborderons la problématique de la fièvre aiguë survenant chez un enfant en milieu d'accueil.

La fièvre survient généralement durant les 24 premières heures d'évolution de la maladie, avant même qu'apparaissent d'autres symptômes (respiratoires, digestifs ou généraux non spécifiques). Elle peut également être isolée, sans symptômes associés. L'évolution peut s'arrêter à un pic fébrile sans autres symptômes associés et un bon état général, mais la fièvre peut aussi persister et s'associer à d'autres symptômes voire à une altération de l'état général.

L'expression de la fièvre chez l'enfant

L'enfant fébrile présente le plus souvent un faciès rouge, des yeux brillants, une peau chaude au toucher voire des tremblements. L'enfant peut être grognon, irritable, délirant, fatigué voire abattu et refuser de s'alimenter lorsque la fièvre s'accompagne d'une altération de l'état général (cf. point 2.1.2).

Bien que les antipyrétiques puissent diminuer la température corporelle et améliorer le confort, ils ne modifient pas l'évolution d'une infection.

Complications : La fièvre n'est généralement pas dangereuse à condition de bien hydrater l'enfant. En effet l'augmentation de la température corporelle induit de la transpiration qui peut amener à une déshydratation, surtout à craindre pendant les 6 premiers mois de vie. C'est la cause de la fièvre qui peut être dangereuse. Une attention particulière doit être apportée chez des enfants souffrant d'une maladie sous-jacente (pulmonaire, cardiaque, métabolique ou neurologique) car la fièvre augmente les besoins métaboliques. Une fièvre importante et surtout une élévation très rapide de la température peuvent déclencher des crises convulsives fébriles chez certains enfants classiquement entre l'âge de 6 mois et 5 ans. Il s'agit de « convulsions hyperthermiques ». La conduite à tenir en cas de convulsions est détaillée dans le Chapitre 7 « Urgences et accidents » (voir point 3.4).

La mesure de la température : Elle s'effectue si l'enfant présente des signes évocateurs de fièvre et non de manière systématique.

La température rectale est la plus fiable car elle indique la température interne. Ce sera la voie à privilégier en milieu d'accueil. Si la température est mesurée par contact cutané au niveau du creux axillaire, il faut rajouter en moyenne 0,5°C pour obtenir la température interne. Cela peut varier en fonction du modèle du thermomètre (de 0,4 à 0,8°C), il convient de lire la fiche technique. Les thermomètres auriculaires permettent une mesure précise mais ils sont plus difficiles à utiliser chez l'enfant pour des raisons à la fois anatomiques (conduit auriculaire étroit) et pratiques (résultat pouvant être perturbé par les mouvements de l'enfant ou encore la présence d'un bouchon de cérumen).

Comment mesurer la température rectale ?

La température doit être prise chez un enfant normalement couvert, non exposé à une atmosphère très chaude et n'ayant pas fait une activité physique intense au préalable.

- Coucher l'enfant sur le dos ou le ventre
- Écarter doucement le sillon fessier en respectant la pudeur de l'enfant et en lui expliquant la manœuvre
- Recouvrir le thermomètre d'une enveloppe plastifiée jetable¹⁶.
- Enfoncer délicatement le thermomètre dans l'ampoule rectale. Conseils : si l'anus se contracte, le détendre en appuyant dessus avec une compresse bien à plat et appliquer un peu de crème ou de vaseline.
- Noter le résultat et laver le thermomètre à l'eau et au savon, le désinfecter même si l'on fait usage d'enveloppe individualisée.

5.2 CONDUITE À TENIR LORSQU'UN ENFANT PRÉSENTE DE LA FIÈVRE DURANT L'ACCUEIL : MESURES GÉNÉRALES

Pour rappel : « Il relève de la responsabilité des personnes encadrant les enfants de surveiller attentivement l'apparition et l'évolution d'éventuels troubles ou symptômes notamment la fièvre ainsi que tout signe d'altération de l'état général et de les signaler aux parents et/ou au médecin ».

5.2.1 INFORMER LES PARENTS

A. CONTACTER LES PARENTS DÈS LE CONSTAT DE FIÈVRE

Dès qu'il objective de la fièvre chez un enfant, même en l'absence de signes associés ou d'une altération de l'état général, le professionnel du milieu d'accueil doit en informer les parents. Cela permettra au(x) parent(s) de décider, de manière éclairée, sur base des informations échangées avec le milieu d'accueil, s'ils doivent venir chercher leur enfant.

Durant ce premier contact, le professionnel du milieu d'accueil doit veiller à :

- Informer les parents sur l'état de santé de leur enfant (heure d'apparition de la fièvre et température mesurée, état général de l'enfant, éventuels symptômes ou signes associés)
- Informer les parents sur la capacité de surveillance clinique que le milieu d'accueil est en mesure d'assurer ce jour-là

- Rappeler au-x parent-s que le milieu d'accueil peut assurer la prise en charge initiale de la fièvre et administrer du paracétamol si la fièvre atteint 38,5°C et/ou s'associe à une altération de l'état général, mais que le relais devra être pris par le-s parent-s. Le délai pour venir chercher l'enfant dépendra de son état clinique et de son évolution
- S'assurer que l'enfant n'a pas reçu de paracétamol à domicile dans les 6 heures qui précèdent et si tel est le cas, noter l'heure de la dernière prise.
- Confirmer le parent/la personne à contacter pour le suivi

Ce dialogue avec les parents est important afin de trouver le meilleur compromis pour le bien-être et la santé de l'enfant mais également la sécurité des autres enfants accueillis dans la collectivité. Une flexibilité est de mise des deux côtés pour atteindre ce but, dans les limites fixées par le contrat d'accueil. En effet, la réalité actuelle du monde du travail et de certaines situations sociales ne permet pas toujours aux parents de trouver une disponibilité immédiate pour venir chercher leur enfant malade, d'autant plus lorsque la maladie survient de manière imprévue en cours d'accueil alors que le parent est déjà sur son lieu de travail. C'est pourquoi il est important pour le milieu d'accueil de connaître les coordonnées des personnes de référence désignées par les parents qui pourront être appelées en cours de journée si l'état général de l'enfant se détériore afin qu'elles puissent venir rechercher l'enfant dans les meilleurs délais.

B. TENIR LES PARENTS INFORMÉS SELON L'ÉVOLUTION CLINIQUE DE L'ENFANT :

L'état de l'enfant pouvant rapidement évoluer, le milieu d'accueil devra informer les parents de tout changement qui nécessiterait que le parent vienne chercher l'enfant rapidement : altération de l'état général, persistance de fièvre malgré l'administration de paracétamol, apparition de symptômes associés à la fièvre tels que selles liquides, vomissements, difficultés respiratoires, éruption cutanée sans cause apparente (voir point 4.3.2.c - symptômes d'éviction). Enfin, si des signes de gravité nécessitent un appel du 112, ils devront en informer immédiatement les parents. Ces situations sont expliquées dans le point 2.

Les informations relatives à la prise en charge des enfants malades durant l'accueil, les conditions de retour anticipé à la maison, ainsi que les coordonnées des personnes de confiance doivent être clairement stipulées dans le **contrat d'accueil**. La phase de familiarisation est une opportunité pour s'assurer de la compréhension et de l'adhésion des parents à celles-ci. Il convient de rappeler que le milieu d'accueil n'est pas un service de garde d'enfants malades à domicile mais assure uniquement la prise en charge initiale de l'enfant en attendant que le parent puisse prendre le relais.

16. Toujours utiliser un thermomètre propre et désinfecté : voir chapitre 2 « Hygiène » point 2.4

5.2.2 SURVEILLER L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT ET Y RÉPONDRE

Le professionnel en charge de l'enfant fébrile devra surveiller l'état de santé de l'enfant et veiller à noter par écrit toutes les observations ainsi que les traitements et soins administrés et les contacts téléphoniques avec les parents (heure de l'appel et informations échangées).

A. SURVEILLER L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET RECONNAÎTRE LES SIGNES DE GRAVITÉ

L'équipe doit surveiller :

- L'évolution de la température
- L'évolution de l'état général
- L'apparition de symptômes associés
- L'apparition de signes de gravité

A.1 L'ÉVOLUTION DE LA TEMPÉRATURE

En cas de fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ il faudra administrer du paracétamol (voir point 2.2). Si la fièvre persiste une heure après l'administration du paracétamol, les parents devront venir chercher l'enfant dans les meilleurs délais.

A.2 L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

L'équipe doit connaître les manifestations d'une altération de l'état général chez l'enfant. Elle se traduit généralement par une modification du comportement (l'enfant ne joue plus/moins que d'habitude ou ne répond plus aux sollicitations, il est grognon, irritable), une asthénie (l'enfant semble fatigué voire abattu), une diminution de l'appétit (l'enfant mange moins ou refuse de s'alimenter).

Si l'état général ne s'améliore pas suite à l'administration du paracétamol, il faudra contacter de nouveau les parents pour qu'ils viennent chercher l'enfant dans les plus brefs délais, sa surveillance ne pouvant être assurée par le milieu d'accueil.

A.3 L'APPARITION DE SYMPTÔMES ASSOCIÉS

La fièvre peut être isolée au début de la maladie et il faut souvent attendre minimum 24 heures avant de voir apparaître des symptômes et signes plus spécifiques de la maladie. Cependant la fièvre peut être d'emblée associée à d'autres symptômes spécifiques par exemple digestifs, respiratoires.

L'équipe doit surveiller l'apparition de symptômes associés à la fièvre tels que vomissements, selles liquides, éruption cutanée, difficultés respiratoires. En présence de ces symptômes, le milieu d'accueil doit inviter le-s parent-s à venir chercher son/leur enfant dans les meilleurs délais (voir Chapitre 4 point 4.3.2.c).

A.4 LES SIGNES DE GRAVITÉ

Si l'enfant présente des signes de gravité, le milieu d'accueil devra contacter de toute urgence le 112 et informer immédiatement les parents. Il est donc très important de connaître ces signes.



SIGNES DE GRAVITÉ CHEZ UN ENFANT FÉBRILE :

- ⊙ Teint pâle, gris ou cyanosé (bleu)
- ⊙ Difficultés respiratoires importantes, associées ou non à des difficultés de s'alimenter
- ⊙ Apparition de taches brunes-rouges-violacées sur la peau (purpura)
- ⊙ Mal de tête, associé à un/des vomissement(s) et/ou raideur de nuque
- ⊙ Convulsions
- ⊙ Altération de l'état de conscience (l'enfant est somnolent et ne réagit pas aux stimulations)
- ⊙ Signes de déshydratation : lèvres sèches, yeux et fontanelle enfoncés, langes secs.

B. TRAITER LA FIÈVRE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DE L'ENFANT MALADE

De manière générale, le traitement symptomatique de la fièvre consiste à :

- Découvrir l'enfant, sans le déshabiller complètement (le laisser en body ou pyjama ou t-shirt et pantalon léger).
- Lui permettre un temps de repos plus important et des conditions favorables : le mettre au lit ou au calme, dans une pièce fraîche ($19-20^{\circ}\text{C}$) et bien ventilée (dans l'espace sommeil ou dans la partie la plus fraîche de la section) et **sous surveillance constante**. De manière générale, respecter son rythme de sommeil en veillant à être attentif aux signes de fatigue de l'enfant pour ne pas retarder le moment de la sieste. Favoriser un environnement calme et limiter les stimulations auditives et visuelles.
- Lui proposer régulièrement à boire, sans le forcer, pour prévenir la déshydratation.
- Lui rafraîchir le visage avec un linge humide
- Administrer du paracétamol si la température atteint $38,5^{\circ}\text{C}$.

En cas de refus par le-s parent-s d'administration de paracétamol au sein du milieu d'accueil, il(s) devront venir chercher l'enfant dans les plus brefs délais.

Administration de paracétamol chez l'enfant :

Posologie : 15 mg/kg par prise à répéter toutes les 6 heures si nécessaire, maximum 60 mg/kg/24 heures.

Voie d'administration : privilégier la voie orale (sirop) à la voie rectale (suppositoires). Les suppositoires ont une absorption incomplète, plus lente, et plus aléatoire, surtout en cas de diarrhées ou d'administration répétée. Ils doivent être réservés aux cas où l'enfant présente des vomissements.

Quel que soit le degré de la fièvre, la puéricultrice en charge de l'enfant doit veiller à garantir son bien-être et répondre à son besoin de sécurité affective qui peut être augmenté en situation de stress (présence continue du professionnel de référence de l'enfant, portage, chansons ou autre en fonction de l'âge et des repères de l'enfant).

5.2.3 LIMITER LE RISQUE INFECTIEUX DANS LA COLLECTIVITÉ

Ces mesures visent à limiter la transmission d'une maladie infectieuse aux autres enfants et professionnels du milieu d'accueil, en attendant que les parents viennent chercher l'enfant.

Quel que soit l'état général de l'enfant et/ou son niveau de fièvre, il est recommandé de :

- Maintenir l'enfant malade séparé des autres enfants. Il ne s'agit pas d'isoler l'enfant mais d'éviter, dans la mesure du possible et selon l'âge, que l'enfant ait des contacts physiques directs avec les autres enfants.
- Mettre à disposition de l'enfant un lot de jouets individuel à ne pas partager avec les autres enfants.
- Dans la mesure du possible, mobiliser une seule et même personne pour prendre soin de l'enfant.
- Appliquer de manière stricte les mesures d'hygiène notamment d'hygiène individuelle (lavage des mains en particulier après avoir manipulé l'enfant), d'hygiène des surfaces et des équipements (nettoyage rigoureux des objets et surfaces touchées par l'enfant, désinfection en cas de souillures par des liquides biologiques, voir Chapitre 2 point 4.1)
- Aérer régulièrement les locaux fréquentés par l'enfant malade

5.3 MESURES SPÉCIFIQUES POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 3 MOIS

Chez un enfant de moins de 3 mois qui présente de la fièvre: quel que soit son état général, et même s'il ne

paraît pas malade, l'enfant devra rapidement être orienté vers son pédiatre ou un service hospitalier. En pratique, si la fièvre survient dans le milieu d'accueil, l'équipe devra :

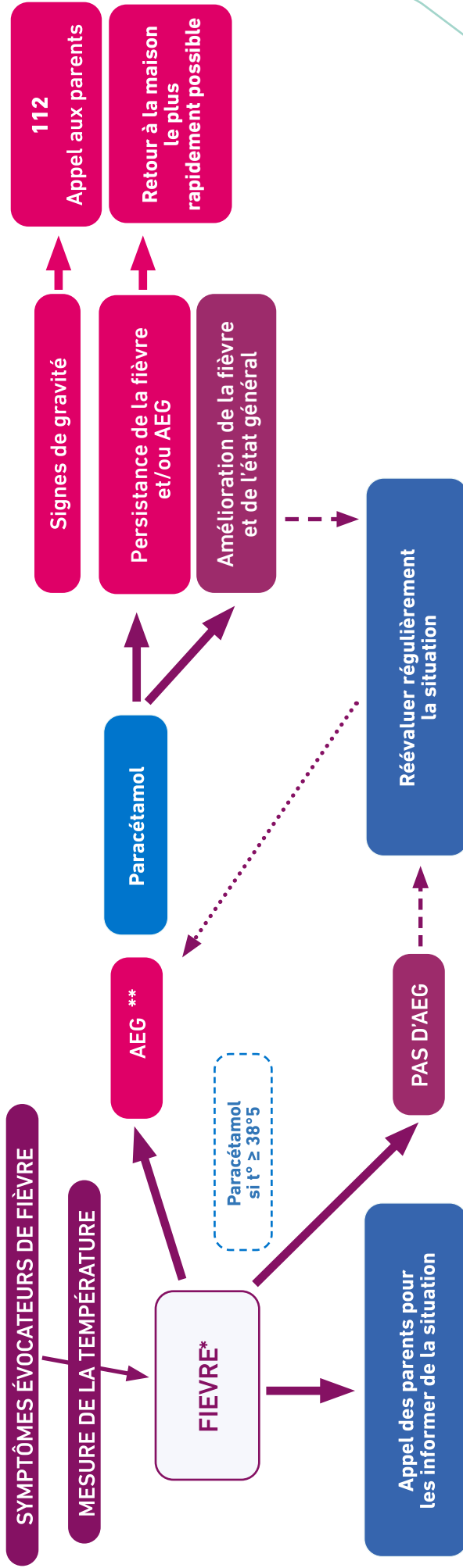
- Prévenir immédiatement le-s parent-s et lui/leur demander de venir chercher l'enfant
- Si le parent ou la personne désignée par les parents ne peuvent pas venir chercher l'enfant, appeler le 112 si l'enfant présente des signes de gravité (voir point 2.1.4).



CONCLUSIONS/À RETENIR :

1. La fièvre en collectivité est un signe d'appel d'une maladie infectieuse généralement bénigne mais qui peut dans certains cas être grave.
2. La fièvre est un symptôme qui peut s'accompagner d'un inconfort de l'enfant. Il convient d'y être attentif chez les enfants en bas âge ne pouvant pas encore s'exprimer par la parole.
3. Pour le bien-être de l'enfant et des autres enfants accueillis et afin de limiter le risque de transmission de maladies en collectivité, les parents ne devraient pas déposer dans le milieu d'accueil un enfant qui a de la fièvre (ou un enfant qui est sous traitement antipyrétique pour une fièvre en cours).
4. Si l'enfant déclare de la fièvre en cours d'accueil, les professionnels du milieu d'accueil sont autorisés à administrer un paracétamol dès que celle-ci atteint 38,5°C et d'assurer ainsi la prise en charge initiale en attendant que le relais soit pris par les parents. Les parents devront venir dans les meilleurs délais en cas d'altération général et/ou de fièvre élevée persistant malgré l'administration de paracétamol et/ou de symptômes d'éviction associés. Dans ces situations, il est de la responsabilité des parents d'assurer la surveillance de leur enfant, cette dernière ne pouvant être assurée par le milieu d'accueil.
5. Lorsque l'état général de l'enfant est jugé préoccupant et/ou que l'enfant présente des signes de gravité, une consultation médicale d'urgence est requise.
6. Un nourrisson de moins de 3 mois qui présente de la fièvre à la maison ou durant l'accueil, quel que soit son état général, devra rapidement être orienté vers le pédiatre ou le service hospitalier.
7. Un enfant qui a présenté de la fièvre isolée (sans symptômes associés) dans le milieu d'accueil devrait pouvoir retourner dans le milieu d'accueil dès qu'il n'a plus de fièvre (en absence de traitement antipyrétique) et que son état général le permet ; en cas de symptômes associés à la fièvre, se référer au point C du 4.3.2.

CONDUITE À TENIR CHEZ UN ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 3 MOIS QUI PRÉSENTE DE LA FIÈVRE DANS LE MILIEU D'ACCUEIL



CHAPITRE 4

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES DURANT L'ACCUEIL

CONDUITE À TENIR CHEZ UN ENFANT > 3 MOIS

| Surveiller la t° | Surveiller l'évolution clinique |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Si t° ≥ 38,5 administration de paracétamol • 15 mg/kg toutes les 4 à 6 h • Maximum 60 mg/kg/jour | <ul style="list-style-type: none"> • Signes de gravité : teint pâle, gris ou cyanosé (bleu), difficultés respiratoires, apparition de taches brunes-rouges-violacées sur la peau (purpura), mal de tête associé à un/des vomissement(s), convulsions, altération de l'état de conscience (l'enfant est somnolent et ne réagit pas aux stimulations), signes de déshydratation (lèvres sèches, yeux et fontanelles enfoncés, langes secs) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Limiter le risque infectieux • Intensifier les mesures d'hygiène individuelle (lavage mains +++) et environnementale • Aérer régulièrement la pièce • Séparer l'enfant (lot de jouets individuel, ...) | <ul style="list-style-type: none"> • Signes de l' AEG : modification du comportement, l'enfant ne joue plus/moins que d'habitude ou ne répond plus aux sollicitations, diminution de l'appétit. |

* TEMPÉRATURE ≥ 38°C

**AEG = ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

6 MALADIES ET MESURES PARTICULIÈRES À ADOPTER EN COLLECTIVITÉ

Ce paragraphe reprend des maladies pouvant avoir un impact sur la collectivité et rappelle certains facteurs clé (mode de transmission, périodes d'incubation, de contagiosité...) et les mesures à prendre dans le milieu d'accueil. Ces dernières pouvant évoluer dans le temps, nous vous invitons à vous référer à la source d'information actualisée des fiches MATRA disponible sur le lien suivant : <https://matra.sciensano.be>

6.1 MALADIES À PRÉVENIR PAR LA VACCINATION

6.1.1 ROUGEOLE

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) **dès suspicion clinique.**

Voire fiche MATRA actualisée ici : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Rougeole.pdf>

AGENT RESPONSABLE

Virus de la rougeole (Morbillivirus, virus à ARN)

TRANSMISSION DE PERSONNE À PERSONNE

- Par voie aérienne : par aérosolisation des sécrétions nasales ou oro-pharyngées émises par une personne contaminée.
- Par contact direct avec les sécrétions nasales et oro-pharyngées, surtout chez les petits enfants.
- Par contact indirect avec des objets souillés par des sécrétions (jouets, surfaces...).

Il s'agit d'une maladie très contagieuse.

INCUBATION

7 à 18 jours (10 jours en moyenne)

DIAGNOSTIC

Par RT-PCR à partir d'un échantillon de sang, salive ou frottis rhinopharyngé. Par sérologie, dans la salive ou le sang : détection d'Ig M spécifiques ou augmentation de 4 fois le titre antérieur des Ig G.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

De 4 jours avant à 4 jours après le début de l'éruption cutanée. Maximale durant la phase catarrhale.

PRÉVENTION

Vaccination. Le vaccin contre la rougeole est associé au vaccin anti-rubéoleux et anti-ourlien (RRO). La 1^{ère} dose s'administre à partir de l'âge de 12 mois.

MESURES À PRENDRE

- Eviction de l'enfant atteint jusqu'à guérison clinique (au moins jusqu'au 4^{ème} jour après le début de l'éruption).

La **vaccination post-exposition** est efficace dès l'âge de 6 mois si effectuée endéans les 72 heures qui ont suivi le contact en post-exposition (source OMS « [Measles vaccines: WHO position paper](#) » – April 2017). En cas de contact des autres enfants de la collectivité avec un cas de rougeole confirmé, la première vaccination est recommandée dès l'âge de 6 mois pour autant qu'elle soit faite dans les 72 heures qui suivent le contact. Si la vaccination est faite avant l'âge de 11 mois, une deuxième dose de RRO doit être administrée pendant la deuxième année de vie de l'enfant. La notion d'écartement des enfants non atteints et non vaccinables est à discuter avec les parents.

- En cas de contact familial, les mêmes mesures de protection seront prises à l'égard de l'enfant concerné.
- Informer les parents et le personnel de l'existence d'un cas dans la collectivité.
- Mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission par voie aérienne.

CONDUITE À TENIR EN CAS DE SUSPICION DE ROUGEOLE

| CHR NON-VACCINÉS | ENFANTS < 6 MOIS | ENFANTS 6-12 MOIS | ENFANTS > 12 MOIS | PERSONNEL NON VACCINÉ |
|-------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| SURVEILLANCE SYMPTÔMES | 21 jours | 21 jours | 21 jours | 21 jours |
| VACCINATION | / | D0 si cas index = confirmé | D1 immédiat D2 si cluster | D1 + D2 ou D2 |
| ECARTER | À considérer dès confirmation cas index | / | / | Contact avec <12 mois interdit |
| AUTRES MESURES | Contactier pédiatre si confirmé : immunoglobuline ? | | | Masque/ hygiène des mains |

CHR = Contacts à Haut Risque

Enfants < 12 mois = non vaccinés

Cluster : ≥ 2 cas

D = dose de vaccin

D0 = Dose administrée qui ne compte pas dans le calendrier vaccinal, c'est-à-dire que la 1^{ère} dose D1 de RRO devra être refaite à 12 mois (avec minimum 4 semaines d'intervalle avec la D0)

D1 = 1^{ère} dose de RRO

D2 = 2^{ème} dose (délai de minimum 4 semaines entre 2 doses). Si refus de D2 : éviction de 21 jours

6.1.2 RUBÉOLE

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Rubeole.pdf>

Tout cas confirmé de syndrome de rubéole congénitale doit être déclaré à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ /COCOM dans les 24 heures.

AGENT RESPONSABLE

Virus de la rubéole (à ARN enveloppé) : Rubivirus

TRANSMISSION

- Par voie aérienne (aérosols de sécrétions respiratoires)
- Par contact direct (sécrétions oropharyngées infectées et gouttelettes de Pflügge)

INCUBATION

Habituellement de 14 à 18 jours, maximum 23 jours.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

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

PRÉVENTION

Vaccination à partir de l'âge de 12 mois en association avec le vaccin ourlien et rougeoleux (vaccin RRO). La vaccination (ou la preuve d'immunité) est obligatoire pour le personnel de l'accueil de sexe féminin (voir vaccination des adultes en contact avec les enfants - voir 4.3.4).

MESURES À PRENDRE

- Pas d'éviction du milieu d'accueil.
- Mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission par voie aérienne.
- Informer les parents et le personnel de l'existence d'un cas dans la collectivité.

6.1.3 OREILLONS

Les cas d'oreillons ne sont à pas à déclaration obligatoire. Néanmoins il convient de contacter le médecin inspecteur de la région lorsque le cas survient dans une collectivité.

Voir fiche MATRA actualisée ici : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Oreillons.pdf>

AGENT RESPONSABLE

Myxovirus parotidite

TRANSMISSION

- Par voie aérienne (aérosols de sécrétions respiratoires)
- Par contact direct (sécrétions oropharyngées infectées et gouttelettes de Pflügge)

Hautement contagieux mais moins que la Rougeole et la Varicelle.

INCUBATION

12 à 25 jours

DURÉE CONTAGIOSITÉ

Contagiosité maximale 2 jours avant le début de la tuméfaction parotidienne (mais peut déjà être contagieux 5-6 jours avant les symptômes) et maximum 9 jours après la parotidite.

PRÉVENTION

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

MESURES À PRENDRE

- Eviction de l'enfant malade jusqu'à 9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.
- Enfants du même groupe/section : vaccination de rattrapage des enfants de plus de 12 mois non immunisés, par le vaccin RRO, endéans les 72 heures du contage.
- Informer les parents et le personnel de l'existence d'un cas dans la collectivité.
- Mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission par voie aérienne.

6.1.4 COQUELUCHE

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) au stade de cas confirmé.

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/fiches/coqueluche.pdf>

AGENT RESPONSABLE

Bactérie : *Bordetella pertussis*

TRANSMISSION

- Par voie aérienne (microgouttelettes émises lorsque le patient tousse, éternue ou parle).
- Par contact direct avec des sécrétions respiratoires.

La coqueluche est une maladie très contagieuse. La maladie peut être transmise par des adultes infectés qui peuvent être totalement asymptomatiques.

INCUBATION

7 à 10 jours, maximum 21 jours.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de certitude se fait par PCR sur un prélèvement à l'aide d'un écouvillon d'un échantillon naso-pharyngé les 3 premières semaines des symptômes et par sérologie après 3 semaines.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

- Début avant la phase catarrhale, est maximale durant celle-ci et jusqu'à 3 semaines après le début des symptômes.
- Les nourrissons sans traitement peuvent rester contagieux plus longtemps.
- Il n'y a plus de contagiosité après 5 jours d'antibiothérapie appropriée.

PRÉVENTION

- Vaccination :
 - ⊙ Vaccination par vaccin acellulaire (DTPa) en 4 doses (2, 3, 4 et 15 mois).
 - ⊙ Encourager la revaccination des adultes en contact avec les enfants (personnel, parents).

MESURES À PRENDRE

- Eviction de l'enfant malade jusqu'à 5 jours après le début d'une antibiothérapie attestée par certificat médical. Si refus/pas d'antibiothérapie, éviction de 21 jours.
- Vacciner ou compléter la vaccination des enfants de la même section incomplètement immunisés. Si possible, les enfants qui ont reçu leur 3^{ème} dose depuis 6 mois ou plus, doivent recevoir une dose de rappel.
- Informer les parents et le personnel de l'existence d'un cas dans la collectivité.
- En cas de coqueluche confirmée par PCR et évoluant depuis moins de 3 semaines, assurer une chimioprophylaxie par un macrolide pendant 3 jours de tous les adultes en contact avec le cas index, ainsi que les nourrissons non immunisés, c'est-à-dire les nourrissons de moins de 16 mois n'ayant pas reçu 3 doses de vaccin et les nourrissons âgés de 16 mois ou plus n'ayant pas reçu 4 doses de vaccin.
- En cas de coqueluche ayant été diagnostiquée cliniquement par un médecin et présentant une toux de moins de 3 semaines, une antibioprofylaxie doit être proposée aux personnes de l'entourage du cas qui seraient à risque de développer une forme grave : nourrissons non-immunisés avec une attention particulière aux enfants de moins de 6 mois, aux sujets atteints de pathologies cardiaques ou pulmonaires chroniques et aux sujets immunodéprimés.
- En cas de coqueluche diagnostiquée tardivement (symptômes depuis plus de trois semaines), il n'y a pas lieu de recommander systématiquement une antibioprofylaxie : le délai maximum de prescription de l'antibioprofylaxie est de 3 semaines à compter du dernier contact avec le malade contagieux (jusqu'à 3 semaines après

le début des symptômes). Une surveillance active est nécessaire et un traitement précoce doit être mis en place dès l'apparition de symptômes suspects.

PROPHYLAXIE :

- En première intention :
 - ⊙ Azithromycine
 - Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 3j ;
 - Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3j.
 - ⊙ Clarithromycine
 - Enfant : 20 mg/kg par jour en 2 prises pendant 7j ;
 - Adulte : 500-1000 mg par jour en 2 prises pendant 7j.

En cas de refus de la chimioprophylaxie, écartement de 21 jours des enfants et adultes en contact avec l'enfant malade

En cas de manifestations respiratoires suggestives chez un autre enfant endéans les 14 jours qui suivent le premier cas, adresser l'enfant à son médecin pour exclure la coqueluche. L'enfant ne pourra regagner la collectivité que s'il est muni d'un certificat médical.

En cas de manifestations respiratoires chez les adultes en contact, penser à rechercher une coqueluche.

- Mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission par voie aérienne.

6.1.5 AUTRES MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE

- Infections invasives à :
 - ⊙ Pneumocoque : voir point 6.3.6.
 - ⊙ Méningocoque (*Neisseria Meningitidis*) : voir point 6.3.5.
 - ⊙ *Haemophilus influenzae de type B* : voir point 6.3.4.

Le terme d'infection invasive s'emploie lorsqu'un agent bactérien se multiplie et est identifié (isolement par culture ou PCR) dans un site habituellement stérile (ex : le sang, le liquide céphalo-rachidien, le liquide synovial des articulations...) en tant qu'agent causal d'une infection sévère ; contrairement à une infection localisée où l'agent responsable est isolé dans un site colonisé habituellement par différentes bactéries (ex : oropharynx, vagin, peau...).

- Infections à Rotavirus : voir point 6.2.1.3.

6.2 MALADIES TRANSMISES PAR VOIE DIGESTIVE

AGENTS RESPONSABLES

- Bactéries (pour certaines ce sont les toxines qu'elles produisent qui sont responsables de la maladie)
- Virus (rotavirus, norovirus, adénovirus, entérovirus...)
- Parasites

Les infections digestives virales sont les plus fréquentes. Moins de 10% des diarrhées de l'enfant sont d'origine bactérienne.

TRANSMISSION FÉCO-ORALE

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

PRÉVENTION

Mesures d'hygiène renforcées spécifiques aux maladies à transmission féco-orale.

Lavage des mains du personnel et des enfants, notamment lors de certains moments clé (voir chapitre 2 « Hygiène générale »). Cette mesure est primordiale.

Hygiène des cuisines : locaux, personnel, aliments, respect des temps de cuissons et de températures (œufs)

Entretien des locaux (voir Chapitre 2) :

- ⊙ nettoyer fréquemment les surfaces (sols, meubles...) et les jouets ;
- ⊙ laver et désinfecter les coussins à langer après chaque selle ;
- ⊙ jeter les langes souillés et les essuies en papier utilisés, dans une poubelle fermée hors de portée des enfants, loin de la nourriture et du matériel utilisé pour la toilette des enfants ;
- ⊙ désinfecter les petits pots.

6.2.1 GASTROENTÉRITE

MESURES À PRENDRE :

- S'assurer que les mesures générales d'hygiène et spécifiques aux maladies à transmission féco-orale sont respectées et renforcer ces mesures : port d'une blouse si possibilité de souillures, gants pour manipuler le matériel infecté et

désinfection systématique du coussin à langer. Le linge souillé à laver doit être placé immédiatement dans un sac individuel fermé.

- Évincer les enfants dès la troisième selle diarrhéique sur la même journée étant donné le risque de déshydratation pour l'enfant et le risque de contagion pour la collectivité.
- En général, l'alimentation lactée peut être reprise après quelques heures. Le lait maternel ne doit pas être interrompu.
- Proposer une coproculture chez les enfants et adultes atteints de diarrhée glairo-sanglante ou persistante.
- Évincer le personnel de cuisine atteint de diarrhée.
- S'assurer que les recommandations en matière d'hygiène et de préparation des aliments soient respectées.

Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est définie comme l'apparition, chez au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, le plus souvent de type gastro-intestinale et dont on peut relier la cause à une même origine alimentaire.

De multiples micro-organismes telles que bactéries (*Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*...) et/ou leurs toxines (*E.coli* producteurs de shigatoxines, *S.aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*...), virus (Norovirus, Virus de l'Hépatite A), parasites (*Giardia*, *Cryptosporidium*...) sont susceptibles de contaminer les denrées alimentaires et d'engendrer diverses pathologies (cf. Cas particuliers ci-dessous).

Toute suspicion clinique de TIAC sera déclarée à la cellule de surveillance des maladies infectieuses dans les 24 heures via le médecin de la collectivité ou le Référent santé ONE. De plus, le milieu d'accueil a l'obligation de signaler auprès de l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire (AFSCA) toute TIAC ou suspicion clinique de TIAC rapidement.

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/TIAC.pdf>

Le retour à la crèche est permis **dès que le nombre de selles est inférieur à trois par jour et que l'enfant présente un bon état général (Cf. 4.3.2-C). Les selles peuvent être molles mais pas liquides.** Le risque de dissémination est faible à condition de respecter les mesures d'hygiène.

En cas d'infections à *Escherichia coli* entérohémorragique (*E. coli* producteur de Shigatoxines-EHEC ou STEC) et à *Salmonella typhi* et *paratyphi* : voir la partie « cas particuliers » ci-dessous.

CAS PARTICULIERS :

6.2.1.1 SHIGELLA

Une antibiothérapie est nécessaire (ampicilline ou triméthoprim, à adapter ensuite en fonction de l'antibiogramme) durant minimum 5 jours. Elle raccourcit la durée de l'infection et de la contagiosité.

Le retour des enfants et des adultes travaillant dans la collectivité est autorisé dès guérison clinique.

6.2.1.2 SALMONELLA

- *Salmonella typhi* et *paratyphi* (fièvre typhoïde et paratyphoïde) : éviction des enfants/adultes atteints et retour des enfants et adultes en milieu d'accueil après obtention de 3 coprocultures négatives, prélevées avec un intervalle d'au moins 24 heures, au moins 48 heures après la fin du traitement par antibiotiques.

Voir fiche MATRA : https://matra.sciensano.be/Fiches/Fi%C3%A8vre_Typhoide.pdf

- *Salmonella non typhi* et *non paratyphi* : éviction des enfants/adultes atteints et retour des adultes dans le milieu d'accueil après obtention de 2 coprocultures négatives sur des selles prélevées à intervalle de 24 heures, après la fin des symptômes ou au moins 48 heures après la fin du traitement antibiotique. Le traitement antibiotique est à éviter dans la mesure du possible car il peut exacerber les symptômes et prolonger le portage. Il ne doit être administré qu'en cas de bactériémie ou d'infection invasive. Pas d'exigence spécifique pour le retour en collectivité chez les enfants touchés sauf guérison clinique.

6.2.1.3 ROTAVIRUS

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

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

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

TRANSMISSION

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

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

PRÉVENTION

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

LA VACCINATION

Depuis juin 2006, un vaccin est disponible.

Il se donne par voie orale en 2 ou 3 doses à minimum 4 semaines d'intervalle, dès l'âge de 6 semaines et avant l'âge de 6 mois, durant la même séance que les vaccinations du calendrier de base.

6.2.1.4 GIARDIASE

AGENT RESPONSABLE

- *Giardia intestinalis* : parasite intestinal TRES CONTAGIEUX (le kyste peut survivre des mois dans l'environnement).
- Atteint l'enfant à tout âge.

INCUBATION

3-25 jours

MESURES À PRENDRE

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

EN CAS D'ÉPIDÉMIE

- Recherche de parasites dans les selles chez tous les membres de la collectivité (enfants et adultes et si possible, dans les familles des sujets contaminés) ; il est préférable de réaliser plusieurs analyses afin d'augmenter les chances de détection.
- Traitement de tous les sujets contaminés par métronidazole (15 mg/kg/j en 3x pendant 5 j) ou ornidazole 40 à 50 mg/kg en une seule dose. Dans les cas d'échec du traitement, faire une nouvelle cure à dose plus élevée.

6.2.1.5 ESCHERICHIA COLI

E. coli est une bactérie qui réside dans le tube digestif de l'homme. La majorité des souches de *E. coli* sont inoffensives, cependant certaines souches sont pathogènes comme les *E. coli* entéropathogènes qui sont responsables de diarrhées et les *E. coli* entérohémorragiques (EHEC) et/ou producteurs de shigatoxine (STEC) responsables

de diarrhées le plus souvent sanglantes qui peuvent se compliquer du syndrome hémolyse-urémie (SHU).

Maladies à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) :

- Tout cas suspect de syndrome d'hémolyse – urémie à *E. Coli* entérohémorragique (EHEC) ou producteur de shigatoxine (STEC)
- Tout cas confirmé d'infection non compliquée à *E. Coli* producteur de shigatoxine (STEC)

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/EHEC.pdf>

TRANSMISSION

L'EHEC ou STEC se transmet par la consommation ou manipulation d'aliments contaminés mais également de personne à personne par voie féco-orale qui représente un mode important de transmission.

INCUBATION

De 2 à 10 jours avec une durée moyenne de 3 à 4 jours.

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

L'excrétion dans les selles dure une semaine au moins chez l'adulte mais peut être supérieure chez l'enfant (3 semaines ou plus chez un tiers des enfants).

DIAGNOSTIC

En cas de SHU ou d'épidémie à STEC, le prélèvement de selles doit être impérativement envoyé au laboratoire du Centre National de Référence (CNR) : concernant l'évaluation des mesures d'éviction, il est indispensable de pouvoir se baser sur les facteurs de virulence du germe ainsi que les facteurs de risque de transmission, raison pour laquelle il est primordial d'envoyer les prélèvements ou souches positives au CNR.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

L'utilisation des antibiotiques est contre-indiquée car la lyse des bactéries peut libérer plus de toxines et certaines études ont montré l'existence d'un risque accru de développer un SHU post antibiotiques chez des enfants.

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

MESURES À PRENDRE

Pour les *E.coli* entéropathogènes (EPEC), aucune mesure supplémentaire n'est demandée en dehors de la guérison clinique.

Dans le cas particulier, du *E. coli* entérohémorragique (*E. coli* producteur de shigatoxine-EHEC ou STEC), l'éviction est nécessaire et le retour en collectivité se fait après obtention de 2 coprocultures négatives, prélevées avec un intervalle d'au moins 24h, la 1^{ère} selle étant prélevée après la fin des symptômes.

6.2.1.6 CAMPYLOBACTER

Le Campylobacter peut causer des diarrhées sanglantes accompagnées de fièvre chez les jeunes enfants. Le traitement antibiotique semble diminuer la durée du portage : fin de contagiosité 48 heures après le début du traitement par macrolide.

6.2.1.7 CRYPTOSPORIDIUM

AGENT RESPONSABLE

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

INCUBATION

2-14 jours (7jours le plus souvent)

TRANSMISSION

- De personne à personne à travers les oocystes éliminés dans les selles des personnes infectées.
- Par contact avec des animaux de compagnie ou des animaux de ferme infectés.
- A travers l'eau contaminée (notamment l'eau des piscines car les oocystes sont résistants à l'action du chlore).

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ

Les oocystes continuent à être éliminés dans les selles en moyenne pendant les 7 jours qui suivent la disparition des symptômes. La période totale d'élimination du *Cryptosporidium parvum* est généralement de 2 semaines.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

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

DIAGNOSTIC

Recherche de *Cryptosporidium* dans les selles.

MESURES À PRENDRE

- Eviction des enfants symptomatiques jusqu'à disparition de la diarrhée.
- En cas d'épidémie : recherche de *Cryptosporidium* dans les selles de tous les enfants de la section et des adultes en contact, éviction des enfants et adultes contaminés, traitement des sujets infectés (Paromomycine), retour possible 2 semaines après le début du traitement ou dès que la recherche de *Cryptosporidium* sur au moins un prélèvement de selles s'est avérée négative.

→ RENFORCEMENT DES MESURES D'HYGIÈNE

Le *Cryptosporidium* est résistant à la plupart des biocides habituellement utilisés ; il faut utiliser du peroxyde d'hydrogène pour la désinfection des surfaces contaminées.

6.2.1.8 OXYURE

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

- Féco-orale

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

MANIFESTATIONS CLINIQUES

- Souvent asymptomatique.
- Prurit anal souvent nocturne (lorsque la femelle vient pondre ses œufs au niveau de la marge anale).

TRAITEMENT ANTIHELMINTHIQUE

Une dose unique de mébendazole (5 ml de solution buvable ou 1 comprimé) à répéter 2 semaines plus tard. Tous les membres de la famille doivent être traités en même temps. La dose est la même pour les enfants et les adultes

MESURES DE PRÉVENTION

Hygiène des mains, du linge, des jouets... Pas d'éviction mais traitement nécessaire.

6.2.2 HÉPATITE A

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) dans les 24 heures après confirmation diagnostique.

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/HepatitisA.pdf>

Infection aigue d'origine virale autolimitée, l'hépatite A est dans la plupart des cas asymptomatique chez l'enfant en bas âge.

AGENT RESPONSABLE

Virus de l'hépatite A.

TRANSMISSION

- Directe de personne à personne (transmission féco-orale).
- Indirecte par les objets, l'eau et les aliments contaminés (crustacés, sandwiches, crudités...).
- Très résistant dans le milieu extérieur. Survie du virus deux semaines dans l'environnement à température ambiante.

INCUBATION

15-50 jours avec une durée moyenne de 4 semaines.

MANIFESTATIONS CLINIQUES :

Fièvre, asthénie, anorexie, nausées, vomissements. L'ictère n'est présent que chez 10% des enfants de moins de 6 ans.

DIAGNOSTIC

Recherche d'anticorps (IgM) dans le sang (sérologie).

DURÉE CONTAGIOSITÉ

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

PRÉVENTION

- Un vaccin existe.

La vaccination systématique des enfants n'est actuellement pas encore généralisée mais elle est recommandée pour les membres du personnel (puéricultrices et personnel de cuisine) non immunisés et pour les enfants voyageant en zone endémique, notamment pour les enfants de famille immigrée qui voyagent dans leur pays d'origine.

Le vaccin peut être administré à partir de l'âge de 1 an. Le schéma de vaccination comprend l'administration de 2 doses à 6 mois d'intervalle.

MESURES À PRENDRE

- Mesures d'hygiène générales et spécifiques aux maladies à transmission féco-orale.
- Eviction du (ou des) malades(s) jusqu'à guérison clinique, minimum 7 jours après le début des symptômes.
- En cas d'ictère, attendre sa disparition.
- Vaccination en post-exposition à partir de l'âge de 1 an pour les enfants et pour tous les membres du personnel non immunisés le plus rapidement possible et dans un délai maximum de 14 jours après la première exposition avec le cas index.
- Informer les parents et le personnel de l'existence d'un cas dans la collectivité.
- Surveillance active et dépistage de nouveaux cas dans l'entourage du patient durant 2 mois

6.3 MALADIES TRANSMISES PAR VOIE RESPIRATOIRE

Elles peuvent être la source d'épidémies annuelles, principalement en période hivernale. Ce sont des maladies telles que rhumes, rhinopharyngites, grippe, COVID, et autres infections des voies respiratoires supérieures et ORL (otites, laryngites) mais également dans une moindre mesure des voies respiratoires inférieures (bronchites, bronchiolites, pneumonies).

AGENTS RESPONSABLES

- Virus (le plus fréquemment en cause) : Virus Respiratoire Syncytial (VRS), Influenza, Parainfluenza, Adénovirus, Rhinovirus, COVID-19.
- Bactéries : surtout pneumocoques et *Haemophilus influenzae*, mais également *Mycoplasma pneumoniae*

TRANSMISSION

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

Le Rhinovirus survit pendant plusieurs jours dans l'environnement.

Le VRS survit pendant plusieurs heures.

PRÉVENTION

Mesures générales d'hygiène.

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

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

Pour en savoir plus :

voir chapitre 2 et fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Hygiène.pdf> et [Flash Accueil 39](#) : « L'hygiène en milieu d'accueil »

6.3.1 INFECTIONS À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS)

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

TRANSMISSION

- Par contact direct avec les sécrétions nasales, la salive et les gouttelettes émises lors de la toux, l'éternuement.
- Par contact indirect avec les surfaces ou objets contaminés notamment les jouets.

INCUBATION

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

DURÉE CONTAGIOSITÉ

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

MESURES À PRENDRE

- Renforcement des mesures générales d'hygiène individuelle, des locaux et du matériel. (cf. ci-dessus). Aération régulière des locaux 2-3 fois par jour 15min.
- Ne pas fréquenter le milieu d'accueil durant la phase aiguë de la maladie notamment en cas de difficulté respiratoire car nécessité d'une surveillance continue de la dyspnée et d'une consultation médicale en fonction de son évolution. Si l'enfant/adulte débute avec des symptômes en cours d'accueil, le tenir autant que possible à l'écart des nourrissons les plus jeunes et ceux présentant des risques particuliers sur le plan cardiorespiratoire (allergie, cardiopathie, déficits immunitaires, prématurité, antécédents de ventilation artificielle...).

Pour en savoir plus :

VRS et bronchiolite : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/virus-respiratoire-syncytial-vrs> Virus respiratoire syncytial (VRS) | sciensano.be

6.3.2 MALADIES VIRALES ÉRUPTIVES BÉNIGNES ET AUTRES MALADIES BÉNIGNES

A. ÉRUPTIONS VIRALES AVEC OU SANS FIÈVRE

Ces infections sont très fréquentes en milieux d'accueil.

Pas d'éviction si l'enfant présente un bon état général et pas de symptômes d'éviction. Mesures générales d'hygiène.

B. MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE OU 5^{ÈME} MALADIE

Agent pathogène : parvovirus B19. Pas d'éviction si l'enfant a un bon état général et ne présente pas de symptômes d'éviction.

Mise à distance des femmes enceintes non immunisées.

C. L'EXANTHÈME SUBIT (ROSÉOLE = 6^{ÈME} MALADIE)

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

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

D. MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Agent pathogène : virus Epstein-Barr.

Beaucoup de cas sont asymptomatiques chez l'enfant ou

se manifestent par une simple pharyngite. Pas d'éviction si l'état général est conservé.

Cette maladie étant plus invalidante chez les adultes, des mesures d'hygiène strictes doivent être respectées.

E. MALADIE PIEDS-MAINS-BOUCHE

Agent pathogène : virus Coxsackie. Incubation de 3 à 5 jours. Très contagieux. Se manifeste par de la fièvre, des lésions de la bouche, des extrémités des membres et souvent du siège qui évoluent vers la desquamation.

Pas d'éviction si état général conservé (et absence de symptômes d'éviction).

F- AUTRES MALADIES BÉNIGNES NON ÉRUPTIVES : LA CONJONCTIVITE

La conjonctivite peut être infectieuse, irritative ou allergique. Le plus souvent virale (écoulement oculaire clair avec possibles sécrétions jaunâtres au coin de l'œil), elle s'associe souvent à un rhume et ne nécessite pas d'éviction du milieu d'accueil à condition que l'enfant ne présente pas un mauvais état général et/ou une conjonctivite purulente sévère. Elle se transmet par contact direct avec les sécrétions oculaires ou nasales/pharyngées (toux, éternuement) mais aussi par contact indirect via les surfaces en contact avec les sécrétions. Le nettoyage de l'œil, du coin de l'œil vers l'extérieur, avec une compresse stérile imbibée de sérum physiologique qui doit être jetée à chaque soin, suffit. Les gouttes antibiotiques peuvent être prescrites par le médecin si les sécrétions deviennent très purulentes. Il est important de se laver les mains et celles de l'enfant avant et après chaque soin des yeux et régulièrement après tout contact direct avec l'enfant pour éviter la transmission aux autres enfants de la collectivité.

Pour en savoir plus : voir [Flash Accueil 37 « Maladies infectieuses en milieu d'accueil »](#)

6.3.3 INFECTIONS DE LA SPHÈRE ORL

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

A. LARYNGITES

Si la détresse respiratoire est importante, une surveillance continue est nécessaire. Retour anticipé au domicile voire appel du 112.

Éviction jusqu'à disparition de la dyspnée.

B. INFECTIONS À STREPTOCOQUES BÉTA-HÉMOLYTIQUES DU GROUPE A (SGA)

Les infections à SGA sont généralement responsables d'infections bénignes (dites « non-invasives ») dont des pharyngites et des infections cutanées superficielles

(dont l'impétigo). Elle sont très fréquentes, particulièrement chez les enfants. Le SGA est également l'agent étiologique de la Scarlatine. Plus rarement, les infections à SGA peuvent être à l'origine d'infections invasives et potentiellement mortelles.

6.3.3.1 INFECTIONS NON INVASIVES À SGA : PHARYNGITE ET SCARLATINE

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Scarlatine.pdf>

AGENT RESPONSABLE

Streptococcus pyogenes

TRANSMISSION

- Directe par les sécrétions oro-pharyngées infectées.
- Indirecte par les mains ou objets contaminés par les gouttelettes de salive et sécrétions oro-pharyngées infectées.

INCUBATION

De 2 à 7 jours.

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ

De quelques jours avant les symptômes à 21 jours après (en l'absence d'antibiothérapie) ou jusqu'à 24-48h en cas de traitement antibiotique approprié.

Les sujets asymptomatiques sont peu contagieux.

Maladie hautement contagieuse. Le degré de proximité et la durée du contact avec un malade sont des facteurs qui influencent la contagion.

MESURES À PRENDRE

- Frottis de gorge sur base de signes cliniques de l'affection. Pas de contrôle du frottis de gorge si guérison clinique après antibiothérapie.
- Scarlatine :
 - ⊙ Le traitement antibiotique sera indiqué par le médecin traitant.
 - ⊙ Éviction de 24 heures après le début du traitement antibiotique. Retour en crèche avec certificat médical après antibiothérapie débutée depuis au moins 24 heures.
 - ⊙ Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi chez le médecin traitant si apparition de signes cliniques évocateurs de l'affection (fièvre avec rash et langue framboisée). L'antibioprophylaxie des contacts proches est réservée aux enfants présentant des facteurs de risque d'infection invasive : varicelle active, lésion cutanée, immunosuppression.

6.3.3.2 INFECTIONS INVASIVES À SGA

Fasciite et myosite nécrosantes, Syndrome de Choc Toxique Streptococcique (SCTS), méningite, septicémie, pneumonie.

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) **immédiatement dès confirmation diagnostique.**

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/sga.pdf>

DÉFINITION D'UNE INFECTION INVASIVE À SGA :

- Isolement bactériologique de SGA dans un site habituellement stérile (sang, liquide céphalorachidien...).
- Isolement bactériologique de SGA dans un site habituellement non-stérile (ex. peau, voies respiratoires hautes, vagin), associé à une des formes cliniques suivantes :
 - Syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS)
 - Nécrose des tissus mous, y compris la fasciite nécrosante, la myosite ou la gangrène
 - Fièvre puerpérale
 - Isolement bactériologique de SGA et admission aux soins intensifs ou décès par cette infection streptococcique

L'incidence estimée des infections invasives SGA varie entre 2 à 4 cas par 100 000 habitants dans des pays développés.

AGENT RESPONSABLE

Streptococcus pyogenes

TRANSMISSION

- Par l'inhalation de gouttelettes émises par la toux et les éternuements de la personne source.
- Par le contact direct avec des lésions muqueuses ou cutanées.
- Transmission indirecte possible par des objets et surfaces contaminés.

INCUBATION

La période d'incubation varie selon la forme clinique de la maladie, mais est généralement de 1 à 3 jours pour les formes invasives mais elle peut s'étendre jusqu'à 10 jours

TABLEAU CLINIQUE

Les symptômes accompagnant une infection invasive par SGA sont très hétérogènes et dépendront de la forme clinique engendrée. Méningite à SGA : elle est cliniquement indissociable des autres méningites bactériennes pyogènes (céphalée, fièvre, photophobie, etc).

Fasciite et myosite nécrosantes :

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

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

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

De 7 jours avant les symptômes jusqu'à 24 à 48h après le début d'une antibiothérapie efficace.

MESURES À PRENDRE

- Exclure le sujet atteint jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer la collectivité, au plus tôt 24h après le début du traitement antibiotique.
- Renforcer les mesures d'hygiène.
- Information des parents. Attention à l'apparition de nouveaux cas éventuels. Vigilance accrue pendant 30 jours à partir du dernier contact avec le patient, surtout pendant la première semaine après le contact. Antibio prophylaxie des contacts à haut risque vivant sous le même toit. En milieu d'accueil, à discuter au cas par cas avec la cellule de surveillance des maladies infectieuses et en fonction des facteurs de risque des enfants. L'antibio prophylaxie doit être administrée le plus rapidement possible après diagnostic du cas index.

6.3.4 INFECTIONS INVASIVES À HAEMOPHILUS INFLUENZAE DU GROUPE B

Méningite, arthrite, épiglottite, cellulite de la face

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) **dès confirmation diagnostique.**

Voir fiche MATRA : https://matra.sciensano.be/Fiches/H_influenzae.pdf

TRANSMISSION

- Par voie aérienne via les gouttelettes émises lors de la parole, toux, éternuements d'un sujet infecté ou d'un porteur sain.
- Par contact direct (via la salive, baisers, partage de boissons)
- Par contact indirect via les mains ou des objets contaminés avec des sécrétions respiratoires (ex: partage de jouets) .

AGE

Surtout 2 mois à 3 ans.

INCUBATION

2 à 4 jours.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

Tant que le microbe est présent dans les sécrétions nasales et pharyngées. Une personne asymptomatique (porteur sain) peut porter le germe de façon transitoire ou pendant plusieurs mois et transmettre l'infection tant que la bactérie est présente dans son organisme. Il n'y a plus de transmission 24h après l'instauration d'une antibiothérapie efficace.

PRÉVENTION

- Vaccination efficace à partir de l'âge de 2 mois (compris dans le vaccin Hexavalent donné à 2, 3, 4 et 15 mois).

Depuis l'introduction du vaccin en 1993 en Belgique, l'incidence des infections invasives a fortement diminué.

MESURES À PRENDRE

- Eviction du malade jusqu'à guérison clinique

Avant son retour en milieu d'accueil, chimioprophylaxie par Rifampicine nécessaire avant la sortie de l'hôpital pour éliminer le portage du germe sauf si l'enfant a été traité par par céphalosporines de 3^{ème} génération en IV (ceftriaxone ou cefotaxime) ce qui est le plus fréquent actuellement.

- Chimioprophylaxie des contacts **à administrer le plus tôt possible et maximum 7 jours après le dernier contact avec le cas index** :
 - ⊙ 1 seul cas d'infection invasive : uniquement s'il y a des enfants de < 2 ans non ou incomplètement vaccinés, considérer la prophylaxie pour tous les enfants et le staff. Information des parents et du personnel pour assurer une observation attentive des enfants non ou incomplètement vaccinés.
 - ⊙ A partir de 2 cas d'infections invasives dans les deux mois : la prophylaxie est recommandée à tous les enfants et tout le staff du milieu d'accueil.

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

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

- Compléter la vaccination si incomplète.

La vaccination n'est considérée comme complète qu'après la dose de rappel entre 14 et 15 mois, sauf pour les enfants de moins d'1 an où elle est considérée comme complète après les 3 doses de base.

- Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi rapide chez le médecin traitant en cas de signes cliniques suggestifs.
- Information des parents du risque de contagion pour détecter précocement les cas secondaires éventuels ou autres infections sévères par *Haemophilus influenzae type B* (arthrite, épiglottite, cellulite de la face) : **risque élevé dans les milieux d'accueil d'autant plus que le nombre d'enfants par groupe est élevé.**

6.3.5 INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE (MÉNINGITE ET MÉNINGOCOCCÉMIE)

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ-COCOM) et **immédiate dès suspicion clinique.**

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Meningo.pdf>

AGENT RESPONSABLE

Neisseria meningitidis est une bactérie commensale du rhinopharynx (10% de porteurs sains). Il existe 13 sérogroupes, parmi lesquels B, C, W135 et Y sont plus fréquents en Belgique.

TRANSMISSION

- Par voie aérienne.
- Par contact direct (le méningocoque ne survit pas dans l'environnement) : de personne à personne, par contact proche (contact de < 1 mètre en face à face pendant au moins 1h), principalement par gouttelettes d'origine nasale ou oro-pharyngée émises par une personne contaminée (malade ou porteur sain). Les personnes vivant sous le même toit sont celles qui sont le plus à risque d'être contaminées.

ÂGE

Enfants et jeunes adultes

INCUBATION

- 2 à 7 jours (généralement 3 à 4 jours)

50% des cas secondaires surviennent dans les 24 à 48h après le début de la maladie chez le cas index.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

- Tant que le microbe est présent dans les sécrétions nasales et pharyngées. En principe, la contagiosité débute 7 jours avant les premiers signes cliniques et dure jusqu'à 24 heures après le début d'une antibiothérapie ou prophylaxie effective contre le portage.
- Contagiosité maximale durant les 7 premiers jours à partir du début des symptômes (si pas de traitement antibiotique efficace contre le portage i.e. céphalosporines).
- Cesse 24 heures après l'instauration d'une antibiothérapie ou d'une chimioprophylaxie effective contre le portage.

PRÉVENTION

- Vaccination contre le méningocoque ACWY. Schéma recommandé : une dose à 15 mois. **Ce vaccin est inclus dans le programme de vaccination de la FW-B depuis septembre 2023.**
- Il existe un vaccin contre le méningocoque B. Il peut être proposé aux parents mais ce vaccin ne fait pas actuellement l'objet d'un remboursement

(vaccination sur base individuelle), et n'est pas inclus dans le calendrier vaccinal de base. Le CSS ne recommande pas la vaccination contre le méningocoque B de façon généralisée mais considère que le vaccin peut être administré aux enfants à partir de 2 mois pour conférer une protection individuelle contre les infections invasives à méningocoque de type B. La vaccination est par contre recommandée par le CSS pour les enfants à risque (présentant une asplénie anatomique ou fonctionnelle - y compris la drépanocytose - un déficit du complément congénital ou acquis ainsi que les patients avec déficit de l'immunité humorale). Le nombre de doses dépend de l'âge auquel la vaccination débute. Etant donné que l'incidence des maladies invasives à méningocoque B atteint un pic dans la première année de vie, il est recommandé de vacciner tôt. Le vaccin contre le méningocoque B peut être co-administré avec les vaccins du calendrier. L'administration prophylactique de paracétamol (une dose de 15mg/kg lors de l'administration du vaccin puis 2 doses ultérieures espacées de 4 à 6h) est conseillée en cas de co-administration avec d'autres vaccins, en raison du risque élevé de fièvre.

MESURES À PRENDRE APRÈS LA SURVENUE D'UN CAS EN MILIEU D'ACCUEIL DÈS LA SUSPICION CLINIQUE D'UN CAS

- Eviction du malade jusqu'à guérison clinique (prophylaxie par ciprofloxacine avant retour pour éliminer le portage sauf si traitement IV par céphalosporines de 3^{ème} génération).
- Chimio prophylaxie des contacts (adultes et enfants) à instaurer le plus rapidement possible après le contact (dans les 24 à 48h si possible) jusqu'à 7 jours après la date du dernier contact avec le cas index, **quel que soit le statut vaccinal de la personne**. Le sujet vacciné contre le méningocoque (B, C ou ACWY) ne sera pas exclu de la chimio prophylaxie, le sérotype n'étant pas connu lors de la mise en œuvre de celle-ci.

En milieu collectif, l'antibioprophyllaxie indiquée chez les personnes ayant présenté des contacts à haut risque sera également appliquée à toute personne absente depuis 7 jours ou moins, au moment de la survenue du cas index.

Lorsque survient un deuxième cas d'infection invasive au sein de la même communauté (famille, milieu scolaire, milieu d'accueil), il convient de prescrire une nouvelle cure d'antibioprophyllaxie aux sujets contacts si la précédente cure date de plus de 7 jours.

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

En cas de refus de la chimio prophylaxie, l'enfant en contact sera évincé pendant 7 jours à dater de l'apparition de la maladie dans la collectivité.

- Surveillance clinique des contacts en milieu d'accueil et envoi rapide chez le médecin en cas de signes cliniques suggestifs.
- Information des parents du risque de contagion pour détecter précocement un cas secondaire éventuel (appel du médecin traitant si température, raideur de nuque, pétéchie...). Voir le point 3.4. Signes évocateurs d'une méningite au chapitre 7 : Urgences et accidents.
- Renforcement des mesures d'hygiène

Si survenue de > 1 cas dans le milieu d'accueil, envisager une vaccination systématique (contre le méningo B, contre l'ACWY avant 15 mois...) en concertation avec l'AVIQ/ COCOM.

**6.3.6 MÉNINGITE ET AUTRES INFECTIONS
INVASIVES À PNEUMOCOQUE****AGENT RESPONSABLE**

Streptocoque pneumoniae est une bactérie commensale du rhinopharynx. Il existe plus de 90 sérogroupes différents. Il existe de nombreux porteurs sains.

TRANSMISSION

- Par voie aérienne.

ÂGE

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

INCUBATION

1 à 3 jours (mais variable).

PRÉVENTION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS

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

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

| ÂGE | 1ÈRE VACCINATION | RAPPEL (À MINIMUM 6 MOIS D'INTERVALLE) |
|------------------|--|--|
| AVANT 10 MOIS. | 2 injections à minimum 2 mois d'intervalle | 1 injection |
| Entre 10-12 MOIS | 1 injection | 1 injection |
| Entre 12-24 MOIS | 1 injection | |

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

6.3.7 MÉNINGITES VIRALES**AGENT RESPONSABLE**

Méningites causées par une grande variété de virus (entérovirus, échovirus, rougeole, varicelle, oreillons...).

TRANSMISSION

Le plus souvent féco-orale et respiratoire.

INCUBATION

3 à 6 jours

DURÉE CONTAGIOSITÉ

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

MESURES À PRENDRE

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

6.3.8 TUBERCULOSE

La tuberculose reste une maladie grave et à déclaration obligatoire (AVIQ - COCOM -FARES).

La Belgique est un pays à faible incidence de la tuberculose (<10/100.000 habitants par an). Elle était de 7,6/100.000 en 2021. Le nombre de cas de tuberculose parmi les enfants de 0-3 ans a diminué au cours des années et n'était plus que de 10 cas en 2021.

Les enfants sont rarement contagieux et s'infectent au contact des adultes malades. Une attention particulière doit être accordée aux familles et membres du personnel se rendant de façon prolongée dans un pays à haut risque (Asie, Afrique, Russie) ET qui ont un contact étroit avec la population locale (logement dans la famille par exemple).



Le dépistage de la Tuberculose en consultation est détaillé dans le chapitre 16 du [Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant](#).

AGENT RESPONSABLE

Mycobacterium Tuberculosis

TRANSMISSION

Par voie aérienne. Seules les tuberculoses pulmonaires (ou laryngées) sont contagieuses.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

Jusqu'à 15 jours après l'initiation d'un traitement approprié en cas de tuberculose pulmonaire.

MESURES À PRENDRE

Prendre contact avec le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) :

- Lorsqu'un cas est suspecté chez un enfant ou un adulte, le milieu d'accueil (via le médecin ou le

Référent santé/Conseiller pédiatre ONE) prend contact avec le Fonds des affections respiratoires (FARES), la cellule de surveillance des maladies infectieuses de sa région (AVIQ ou COCOM) et le Conseiller pédiatre (ou le Référent santé) de l'ONE. La poursuite de l'accueil de l'enfant (ou du maintien à son poste du travailleur du milieu d'accueil) n'est possible qu'avec l'accord de la cellule de surveillance des maladies infectieuses de la région du milieu d'accueil et du Conseiller pédiatre de l'ONE.

- Identifier le cas index dans l'entourage de l'enfant (famille ou MA)
- Assurer le suivi de l'enfant tout au long du traitement

Point d'attention : la tuberculose est rare en Belgique et le corps soignant n'y pense pas toujours.

Y penser, surtout pour les membres du personnel se rendant de façon prolongée dans un pays à haut risque et qui ont un contact étroit avec la population locale (logement dans la famille par exemple).

6.3.9 GRIPPE ET MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

Ces deux maladies sont causées par des virus à ARN instables sujets à des mutations. Ces dernières sont à l'origine de l'émergence de nouvelles souches responsables d'épidémies, en raison de la diminution de la protection assurée par les anticorps générés contre la souche précédente. Leur mode de transmission par voie aérienne est similaire, avec un temps d'incubation généralement plus court pour la Grippe, un taux de reproduction et une période de contagiosité plus élevés pour le COVID-19. Les deux virus se manifestent généralement par une fièvre associée à des symptômes d'infection respiratoire (écoulement nasal, toux...) mais avec une variabilité de formes cliniques (formes pauci/asymptomatiques, symptômes digestifs...). Ils peuvent tous deux provoquer des pneumonies virales pouvant se surinfecter avec risque de complications sévères chez les personnes à risque. Pour la grippe, les enfants de moins de 5 ans sont à risque, ce qui n'est pas le cas pour le COVID-19 pour lequel les cas sévères chez les enfants en bas âge sont plus rares/moins fréquents.

A. LA GRIPPE

Personnes à risque de complications : les adultes de plus de 65 ans, les personnes atteintes de pathologies chroniques (cardiovasculaires, pulmonaires, diabète, insuffisance rénale, déficit immunitaire, traitement de longue durée à l'aspirine), les femmes enceintes au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse, les enfants de moins de 2 ans et plus particulièrement ceux atteints d'une maladie chronique (drépanocytose, bronchodysplasie...).

AGENT RESPONSABLE

Virus influenza. On distingue trois principaux types A, B ou C en fonction de leurs propriétés biologiques et de différences antigéniques, le type A comportant des sous-types classés selon les glycoprotéines de surface de l'hémagglutinine (de H1 à H18) et de la neuraminidase (de N1 à N11). Le type A (réservoir humain et animal) est susceptible de provoquer des pandémies. Le type B ne se rencontre que chez l'être humain. Le type C émerge sporadiquement et ne provoque le plus souvent que des symptômes légers. Le vaccin contre la grippe saisonnière est uniquement dirigé contre les virus de type A et B.

TRANSMISSION

- Par contact direct et par voie aérienne essentiellement via les microgouttelettes.
- Par contact indirect par les mains et objets souillés par des sécrétions naso-pharyngées/respiratoires.

INCUBATION

En moyenne 2 jours (de 1 à 4 jours).

DURÉE CONTAGIOSITÉ

En principe : de 1 jour avant jusque 5-7 jours après le début des symptômes (mais généralement plus prolongé chez les personnes âgées, les jeunes enfants, et les immunodéprimés).

PRÉVENTION

En Belgique, le CSS a défini des groupes de population prioritaires qui devraient être vaccinés contre la Grippe :

- Les personnes à risque de développer une forme grave : les femmes enceintes, toute personne âgée de plus de 6 mois présentant une affection chronique, toute personne âgée de plus de 65 ans, les personnes séjournant en institution, les enfants âgés de plus de 6 mois sous thérapie à l'aspirine au long cours ;
- Les personnes vivant sous le même toit que des enfants de moins de 6 mois ou que les personnes à risque de développer une forme grave ;
- Le personnel du secteur médical ou social ;

La vaccination contre la grippe doit être renouvelée tous les ans car le virus évolue chaque année et être effectuée, idéalement, entre mi-octobre et fin novembre. L'efficacité du vaccin peut varier d'une saison à l'autre et dépend notamment de l'adéquation entre le vaccin et les virus en circulation, lesquels mutent constamment, et du système immunitaire de la personne.

Il existe trois vaccins inactivés sans adjuvants dont deux qui peuvent être administrés dès l'âge de 6 mois. Les enfants âgés de moins de 9 ans qui sont vaccinés pour la première fois nécessitent une seconde dose du vaccin avec un intervalle minimum de 4 semaines.

Les nourrissons de moins de 6 mois ne peuvent pas être vaccinés contre la grippe mais sont indirectement protégés si leur mère a été vaccinée pendant la grossesse et aussi par la vaccination des personnes de leur entourage.

MESURES À PRENDRE

Mesures d'hygiène pour les maladies à transmission aérienne :

- Hygiène individuelle : lavage des mains, gestes barrière
- Hygiène des locaux et du matériel
- Aération des locaux

B. COVID-19

Les coronavirus (CoV) sont une grande famille de virus responsables de maladies allant du simple rhume à des maladies plus graves telles que le MERS-CoV (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) et le SARS-CoV (syndrome respiratoire aigu sévère). Une nouvelle souche de coronavirus a été signalée pour la première fois à Wuhan, en Chine, le 31 décembre 2019, provoquant la maladie COVID-19 et à l'origine d'une pandémie. Contrairement aux adultes, les enfants sont beaucoup moins affectés et présentent la plupart du temps des formes bénignes.

AGENT RESPONSABLE

SARS-CoV-2

TRANSMISSION

- Par contact direct par voie aérienne (par micro-gouttelettes et aérosols).
- Par contact indirect par les mains et objets souillés par des sécrétions naso-pharyngées.

INCUBATION

Dépend du variant (de 1 à 14 jours). En moyenne 5 à 6 jours

DURÉE CONTAGIOSITÉ

En principe : de 2 jours avant jusque 7-10 jours après le début des symptômes. Dans certains cas, jusqu'à 28 jours en fonction de la gravité de la maladie et des comorbidités (par ex si immunodéprimé)

PRÉVENTION

Un vaccin existe. En Belgique, actuellement la vaccination COVID-19 de base des enfants de 6 mois à 4 ans inclus est :

- recommandée pour les enfants immunodéprimés ou souffrant de maladies chroniques sévères
- non recommandée mais possible pour les enfants en bonne santé, sur base individuelle, après analyse de la balance bénéfices-risques par un médecin, et sous réserve du consentement éclairé des parents.

MESURES À PRENDRE

Mesures d'hygiène pour les maladies à transmission aérienne :

- Hygiène individuelle : lavage des mains, hygiène respiratoire
- Hygiène des locaux et du matériel (jouets...)
- Bonne ventilation des locaux
- Isolement recommandé en cas de maladie confirmée (suivre les recommandations fédérales qui peuvent varier selon la situation épidémiologique du moment).

6.4 MALADIES TRANSMISES PAR VOIE CUTANÉE

6.4.1 VARICELLE ET ZONA



Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Varicelle.pdf>

Infection virale le plus souvent bénigne sauf chez les immunodéprimés.

Les jeunes enfants sont plus à risque de complications telles que :

- surinfections cutanées bactériennes par *S.aureus* ou Streptocoque de groupe A notamment en cas d'eczéma et/ou de corticothérapie avec une augmentation du risque d'infection invasive à Streptocoque de groupe A (iSGA)
- bronchopneumopathies
- encéphalites, méningites

Une étude pédiatrique belge a mis en évidence une incidence des hospitalisations due à la varicelle de 29,5/100 000 années-personnes chez les enfants de <15ans. L'incidence la plus élevée concernait des enfants de 0 à 4 ans (79/100 000 années- personnes), de même que le risque d'hospitalisation (1,6/100 cas de varicelle)¹⁸.

17. Blumental S, Sabbe M, Lepage P. Varicella pediatric hospitalizations in Belgium: A one-year national survey. Arch Dis Child. 2016 Jan;101(1):16-22.

AGENT RESPONSABLE

Virus Varicelle-Zona ou Varicella Zoster Virus (VZV), de la famille des Herpès-virus (HHV3).

TRANSMISSION

- Par voie respiratoire : à partir d'un enfant atteint de varicelle clinique, par inhalation d'aérosols
- Par contact direct d'enfant à enfant : transmission par contact cutané-muqueux avec les lésions cutanées actives (vésicules qui ne sont pas encore au stade de croûte).
- Par contact indirect par mains et objets souillés

INCUBATION

10-21 jours.

DURÉE CONTAGIOSITÉ

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

PRÉVENTION

En terme de protection individuelle, un vaccin efficace existe : 2 doses administrées à minimum 8 semaines d'intervalle à partir de l'âge de 1 an.

Le vaccin monovalent contre la varicelle peut être co-administré avec les vaccins du calendrier, y compris celui contre le RRO. Un vaccin quadrivalent RROV est disponible mais présente, lors de la première dose, un risque accru de convulsions fébriles par rapport à une administration simultanée, à des sites d'injection distincts, du vaccin RRO et du vaccin contre la varicelle.

MESURES À PRENDRE

- Eviction des enfants (ou adultes) atteints jusqu'à une semaine après le début de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions aient atteint le stade de croûte.
- Les enfants doivent avoir les ongles courts pour éviter le grattage et la surinfection des lésions.
- Vaccination en post-exposition des adultes immunocompétents non immunisés dans les 72 heures après le contact.

6.4.2 STOMATITE HERPÉTIQUE

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

AGENT RESPONSABLE

Virus de l'Herpès simplex de type 1 (HSV1). Certaines stomatites aphteuses sont dues à d'autres virus que le virus de l'herpès.

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

TRANSMISSION

Par contact direct : surtout par la salive, en phase aiguë de l'infection.

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

MESURES À PRENDRE

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

6.4.3 IMPÉTIGO

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Impetigo.pdf>

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

- Par contact direct cutané : avec une personne infectée, surtout via une lésion préexistante (piqûre d'insecte, traumatisme) ou, avec un porteur sain (30-40% de la population générale portent des staphylocoques dans le nez). La plupart des cas ne sont plus contagieux après 24h d'antibiothérapie appropriée.

MESURES À PRENDRE

- Traitement des malades (antibiothérapie locale ou générale selon le cas).
- Couper les ongles des enfants pour éviter le grattage des lésions.
- La maladie ne requiert pas d'éviction à condition que la maladie soit correctement traitée et si les lésions sont sèches ou couvertes.
- Pour les impétigos en cours de traitement, il faut veiller à ce que les lésions soient couvertes d'un pansement.

6.4.4 MALADIE DE LYME

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Lyme.pdf>

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

La transmission à l'homme se fait par piqûre de tique. 14% des tiques sont infectées en Belgique. Les piqûres surviennent le plus souvent en période estivale et dans les régions boisées.

La maladie se manifeste d'abord par « un érythème migrant », éruption rouge annulaire survenant entre 2 et 30 jours après la piqûre autour du point de ponction et qui s'étend progressivement.

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

TRAITEMENT

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

PRÉVENTION

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

6.4.5 GALE

Maladie à déclaration obligatoire (AVIQ – COCOM) à partir de 2 cas dans la collectivité (hors fratrie)

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Gale.pdf>

Les cas de gale en collectivité font désormais partie des maladies à déclaration obligatoire. Chaque collectivité est responsable de déclarer au service d'inspection d'hygiène (AVIQ/COCOM) la présence d'un cluster (dès 2 cas de gale hors fratrie) dans le milieu d'accueil survenant dans une période de 6 semaines.

La Gale est une maladie très contagieuse, en recrudescence et souvent sous-diagnostiquée.

AGENT RESPONSABLE

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

TABLEAU CLINIQUE

Démangeaisons et éruptions cutanées à présentation particulière présentes sur tout le corps mais qui prédominent aux poignets, mains et plis. Le prurit est à recrudescence nocturne. La gale débutante est souvent paucisymptomatique.

TRANSMISSION

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

INCUBATION

2 à 6 semaines
(De 1 à 3 jours lors des réinfestations).

TRAITEMENT

Le traitement est la seule option pour éliminer la gale. Il existe actuellement un traitement oral et des traitements topiques.

Les cas confirmés doivent répéter le traitement topique à partir de 7 jours et maximum 14 après la première application. La prise du traitement doit obligatoirement s'accompagner de mesures environnementales.

Les cas contact qui doivent prendre un traitement post-exposition ne doivent faire qu'une seule application du traitement topique et ne doivent pas appliquer de mesures environnementales particulières.

MESURES À PRENDRE

Dès l'apparition d'un cas de gale dans la collectivité, des mesures sont à prendre immédiatement. Il faut informer tout le personnel et les parents des enfants ayant été en contact avec le cas index des mesures de prophylaxie (traitement) et de vigilance sur l'apparition de symptômes à prendre durant toute la durée d'incubation de la gale (6 semaines).

- Gestion des cas confirmés (enfants ou adultes) :
 - ⊙ Le traitement doit être pris avant de pouvoir réintégrer la collectivité ce qui implique une éviction de 24h après le début du traitement.
 - ⊙ Un traitement de l'environnement à domicile doit être effectué simultanément au traitement médicamenteux.
 - ⊙ Les personnes habitant sous le même toit sont considérées comme cas contact et doivent prendre un traitement prophylactique.

- Gestion des cas contact :
 - ⊙ Un traitement post-exposition est indispensable pour les cas contact (même en l'absence de symptômes cliniques).
 - ⊙ Une surveillance concernant l'apparition de symptômes doit être effectuée.
- Pour les cas confirmés et contact, le milieu d'accueil demandera aux parents de fournir une déclaration sur l'honneur reprenant le jour et l'heure de la prise du traitement.
- Mesures à mettre en place dans la collectivité immédiatement et durant 6 semaines après l'apparition du dernier cas :

Traitement de l'environnement de la section fréquentée par le cas infesté de gale.

- ⊙ Lavage de tout le linge présent dans la section : soit lavage en machine et/ou séchage au sèche-linge à 60°C (pendant >10 minutes) soit isoler le linge dans un sac fermé hermétiquement durant minimum 3 jours, soit mettre le linge dans un sac au congélateur à -18°C pendant 24h.
- ⊙ Renforcer les mesures d'hygiène : hygiène des mains, des locaux (jeter le sac de l'aspirateur après chaque utilisation) et du linge en portant gants et surblouse
- ⊙ Pour le personnel, changer de tenue tous les jours et nettoyer les tenues portées à 60° (utiliser gants et surblouse lors de la manipulation du linge). Avoir des ongles coupés à ras.
- ⊙ Bien nettoyer le coussin à langer entre chaque enfant
- ⊙ Vigilance concernant l'apparition de symptômes chez les enfants (éruptions cutanées, prurit)
- ⊙ Demander aux parents de couper les ongles de leurs enfants à ras.
- ⊙ Éviter dans la mesure du possible les contacts cutanés directs prolongés entre enfants.
- ⊙ Dans la mesure du possible, limiter les mouvements des enfants et du personnel entre sections et/ou les rassemblements de sections
- ⊙ Veiller à ce que chaque enfant ait sa propre literie.

Un protocole plus détaillé concernant la conduite à tenir dans les situations de Gale en collectivité est à disposition des médecins de crèche et des Référents santé/Conseillers pédiatres ONE afin d'aider à la gestion des cas survenant dans les milieux d'accueil.

6.4.6 PÉDICULOSE



Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Pediculose.pdf>

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

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

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

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Jusqu'à disparition des poux et des lentes. Le temps de reproduction des poux est d'une semaine, les démangeaisons surviennent 3 semaines après le début de l'infestation.

MESURES À PRENDRE

- Eviction de 24 heures de l'enfant ou de l'adulte si pédiculose massive. Retour après traitement.
- Dépistage soigneux et réguliers (loupe, peigne fin).
- Nettoyage des peignes, brosses (dans le pédiculicide utilisé ou dans du vinaigre blanc, ou dans de l'eau chaude avec du savon pendant 10 minutes ou les isoler sans être utilisés pendant 3 jours) – Lavage du linge + bonnet, vestes – (oreillers) à 60°. En cas d'impossibilité de lavage, emballer les textiles dans des sacs en plastique pendant dix jours pour que les poux meurent de faim ou placer le sac en plastique pendant 24h au congélateur.

Les messages-clés sont les suivants :

- La pédiculose est surtout gênante en raison des démangeaisons qu'elle provoque et de la contagiosité importante, mais elle n'est pas dangereuse en soi.

- Le dépistage et l'application correcte du traitement sont très importants pour augmenter les chances d'éradication.
- Le diagnostic de la pédiculose repose sur la présence de poux vivants. Les lentes viables (à moins d'1 cm du cuir chevelu) sont difficiles à reconnaître et ne constituent pas un bon critère diagnostique.
- **Seules les personnes chez lesquelles des poux ont effectivement été trouvés doivent être traitées.**

Les options thérapeutiques sont les suivantes :

- ⊙ Peigner les cheveux mouillés avec un peigne « à poux », éventuellement trempé dans du vinaigre, à répéter tous les 3-4 jours pendant une période de 14 jours.
- ⊙ Traitement local par la diméticone, un pédiculicide qui forme un film asphyxiant autour des poux.

Ce traitement doit être répété après 7 jours.

- ⊙ Traitement local avec un pédiculicide agissant par effet neurotoxique :
 - perméthrine 1% lotion ;
 - depalléthrine 0,66% + butoxide de pipéronyle 2,64% (spray ou shampoing) : le butoxide de pipéronyle n'est pas un pédiculicide mais il renforce l'action de la depalléthrine sur les poux (en inhibant le métabolisme de la depalléthrine).

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

Une résistance à ces pédiculicides n'est pas à exclure, et lorsque des poux sont encore trouvés après 2 applications à 7 jours d'intervalle, il y a lieu de passer à un autre pédiculicide ou à une autre option thérapeutique.

Les préparations contenant plusieurs pédiculicides ne sont pas recommandées.



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

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

6.4.7 MYCOSES ET VIROSES CUTANÉES

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

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

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

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

6.4.8 TEIGNE

Voir fiche MATRA : <https://matra.sciensano.be/Fiches/Teigne.pdf>

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

- De personne à personne par contact direct avec cheveux, débris cutanés et par contact indirect avec des objets contaminés (vêtements, draps, couvertures), portage asymptomatique possible (et donc rôle de réservoir).
- Par contact direct de l'animal à l'homme (animaux domestiques pour le *Microsporum canis*).

ÂGE

Surtout entre 3 et 9 ans.

TRAITEMENT

- Le traitement purement local est insuffisant et le traitement systémique par un antifongique oral est souvent nécessaire et sera prescrit par le médecin traitant/ dermatologue.

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Jusqu'à 10 jours après le début du traitement.

MESURES À PRENDRE

- Eviction jusqu'à mise en route du traitement.
- Surveillance active de l'apparition de nouveaux cas dans la collectivité : après mise en évidence d'un cas, faire un examen clinique régulièrement (1 à 2 fois par semaine) du cuir chevelu des enfants de la même section que l'enfant atteint, jusqu'à 10 jours après le début du traitement du dernier cas ayant fréquenté la collectivité.

- Information des parents : nettoyage de l'environnement à domicile et enfants atteints adressés à leur médecin traitant pour traitement. Dépistage de cas dans l'entourage familial par le médecin traitant.
- Hygiène soutenue de l'environnement : en particulier lavage des taies d'oreillers et ustensiles utilisés pour coiffer l'enfant, nettoyage et désinfection des surfaces, matériel et équipements, durant au moins 15 jours après le début du traitement du dernier cas ayant fréquenté la collectivité.

6.5 MALADIES TRANSMISES PAR VOIE SANGUINE

6.5.1 MESURES GÉNÉRALES ET UNIVERSELLES D'HYGIÈNE

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

- Avant de donner des soins à un enfant qui saigne, tarir rapidement la source de saignement avec un linge replié pour constituer une barrière efficace et, si possible, mettre des gants en plastique à usage unique.
- La blessure est ensuite nettoyée et désinfectée au moyen de serviettes jetables et d'un désinfectant habituel comme la chlorhexidine à 1,5%. Les taches de sang sur la peau sont également enlevées. La blessure est ensuite recouverte d'un pansement.
- Après les soins, l'intervenant élimine les déchets (pansements, tampons, gants) dans un sac plastique qui est ensuite mis dans une poubelle. Ensuite il se lave soigneusement les mains.
- Les taches sur le sol sont frottées à l'eau de Javel. Le port de gants est recommandé pour leur nettoyage.
- Lors d'injections faites aux enfants, les aiguilles et seringues seront immédiatement jetées dans un container spécial. Il est important de ne pas recouvrir les aiguilles de leur gaine de protection.

6.5.2 IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE : VIH

AGENT RESPONSABLE

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

TRANSMISSION

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

On parle d'infection quand le virus a été mis en évidence dans le sang et de séropositivité en présence d'anticorps contre le VIH. Comme les anticorps maternels contre le VIH traversent le placenta et se retrouvent dans le sang de l'enfant jusque vers 18 mois, la séropositivité d'un enfant de moins de 18 mois ne signifie donc pas nécessairement qu'il est infecté.

TRANSMISSION DANS LA COMMUNAUTÉ

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

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

ADMISSION DE L'ENFANT EN COLLECTIVITÉ

Les enfants exposés ou infectés par le VIH peuvent fréquenter les collectivités. Cependant, grâce aux mesures de prévention mises en place pendant la grossesse, le nombre d'enfants infectés par le VIH en début de vie est extrêmement faible en Belgique.

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

6.5.3 HÉPATITE B

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

TRANSMISSION

- Par contact direct des muqueuses ou de plaies avec le sang, l'urine, les selles ou la salive de sujets infectés (infection aiguë ou porteurs chroniques de virus). Par exposition percutanée avec les fluides corporels d'une personne porteuse.
- Ce virus est résistant: il peut résister dans le milieu extérieur jusqu'à une semaine ou plus.
- La transmission dans les collectivités de petits enfants est rare. Elle peut toutefois survenir dans

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

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

Pour cette raison chez les enfants nés de mère porteuse chronique (HBs+), une injection de gammaglobulines spécifiques est administrée à la maternité en même temps qu'une première dose de vaccination anti-hépatite B. La poursuite de la vaccination se fait à 2, 3, 4 et 15 mois par le vaccin hexavalent comme pour les autres enfants.

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ

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

PRÉVENTION

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

La vaccination systématique des enfants est actuellement réalisée par l'administration du vaccin hexavalent à 2, 3, 4 et 14-15 mois.

MESURES À PRENDRE

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

6.5.4 HÉPATITE C

Ce virus a été mis en évidence pour la première fois en 1990. En absence de traitement ou de non réponse au traitement, ce virus est responsable d'une hépatite chronique.

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

TRANSMISSION

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

MESURES À PRENDRE

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

6.6 AUTRES MALADIES

6.6.1 TOXOPLASMOSE

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

AGENT RESPONSABLE

Parasite : Protozoaire *Toxoplasma gondii*.

TRANSMISSION

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

PRÉVENTION

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

6.6.2 INFECTION A CYTOMÉGALOVIRUS

AGENT RESPONSABLE :

Cytomégalovirus (CMV), qui appartient à la famille des herpesvirus, d'où sa capacité à produire des infections latentes et persistantes.

L'infection à CMV est très fréquente dans la population et passe le plus souvent inaperçue mais peut être sévère chez les personnes présentant un déficit immunitaire lié à une maladie chronique ou un traitement médicamenteux. Lors d'infection à CMV durant la grossesse il y a un risque d'infection congénitale associée à des malformations neurologiques.

TRANSMISSION

- Par voie transplacentaire, infection congénitale.
- Par les sécrétions génitales et/ou le sang lors de l'accouchement ou le lait maternel, pouvant mener à une infection périnatale chez le nouveau-né, même si la plupart sont non infectés ou asymptomatiques (rôle protecteur probable des anticorps maternels). Un grand nombre d'enfants sont excréteurs déjà en sortant de la maternité (excrétion de virus dans les urines). Ce taux peut atteindre 60% dans les milieux d'accueil. La primo-infection chez l'enfant sain est bénigne et asymptomatique le plus souvent. Il est inutile d'exclure ces enfants du milieu d'accueil.
- Par les liquides corporels : le sang, l'urine, la salive, les larmes, les sécrétions nasales...

Le CMV est très contagieux mais très peu résistant dans le milieu extérieur. Il est aisément détruit par le nettoyage au savon, par l'eau bouillante et par les désinfectants classiques.

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ

Plusieurs jours à plusieurs semaines.

PRÉVENTION

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

Autres ressource utiles :

- [Flash Accueil 37 : « Maladies infectieuses en milieu d'accueil »](#) : ressource complémentaire où sont abordées d'autres maladies bénignes fréquentes (ex : conjonctivite)
- [Flash Accueil 39 : « L'hygiène en milieu d'accueil »](#)

L'ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES : POUR UN ACCUEIL INCLUSIF

1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'ACCUEIL INCLUSIF : CHACUN EST LE BIENVENU

L'ONE vise à un accueil inclusif qui prend chacun en compte avec ses besoins spécifiques.

Quels que soient ses besoins, tout enfant est le bienvenu dans un milieu d'accueil. Lui et ses parents peuvent avoir accès à une place d'accueil de qualité comme toute autre famille, à la condition que le milieu d'accueil puisse s'organiser pour que cet enfant bénéficie des avantages d'une collectivité sans compromettre sa santé, sa sécurité et celle des autres enfants accueillis. L'accueil inclusif vise à envisager l'ensemble des moyens nécessaires pour que cette condition soit remplie, grâce à une analyse multidisciplinaire de la situation particulière et une organisation préalable à l'accueil de l'enfant qui est décrite dans ce chapitre.

L'accueil inclusif implique une vision basée sur la prise en compte de la diversité et des compétences de tous les enfants sans focaliser sur le déficit, le manque ou la difficulté de l'un d'entre eux. Il s'agit d'une vision commune de l'équipe / d'une approche de l'accueillant(e) qui considère le milieu d'accueil comme un lieu pour tous les enfants et leur famille. L'équipe / l'accueillant(e) prend alors en considération les différences (richesses, besoins spécifiques...) dont chacun est porteur. Cette vision est développée au sein de l'accueil, tout en établissant un partenariat étroit avec les parents reconnus comme « experts » de leur enfant. Leur collaboration et la connaissance qu'ils ont de leur enfant, de la manière dont il se comporte selon la situation (pleurs, manifestation de mal-être, mimiques, postures...) est indispensable pour prendre soin de lui de la manière la plus ajustée à ce qu'il manifeste.

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

- Chacun se sent accueilli, est le bienvenu tel qu'il est et fait partie du groupe ;
- Chacun est reconnu dans les différentes composantes de son identité ;
- Chacun peut apprendre de l'autre, l'un et l'autre pouvant s'enrichir mutuellement ;
- Chacun peut participer activement, à sa manière, à la vie du milieu d'accueil ;

- Chacun peut lutter contre les préjugés par la communication et une attitude d'ouverture ;
- Chacun, avec l'ensemble des autres acteurs, peut agir contre toute forme institutionnelle de discrimination.

ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP ET ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES : QUELQUES DÉFINITIONS

L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

« Suivant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et sa version pour enfants et adolescents, « handicap » est employé ici comme terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation qui représentent les aspects négatifs de l'interaction entre une personne (atteinte d'une affection) et les facteurs contextuels (personnels et environnementaux). Le handicap n'est un phénomène ni purement biologique ni purement social² ».

Le terme de « personnes handicapées » qui englobe les enfants et les jeunes, définit celles-ci comme des personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres³.

À SAVOIR :

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

Lorsque l'enfant en situation de handicap est accueilli, des collaborations particulières peuvent se mettre en place avec les services agréés par les institutions spécialisées (Voir l'Annexe 14 pour plus de détails).

L'ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES :

Il arrive que des enfants aient des besoins spécifiques qui ne sont pas liés à la présence d'un handicap au sens de déficience, mais qui nécessitent cependant des soins ou une attention particulière en raison d'une affection ou une pathologie particulière (diabète, mucoviscidose, membre plâtré, allergie alimentaire...).

1. Le réseau DECET-Diversity in Early Childhood Education and Training-est un réseau de professionnels de terrain et de chercheurs. Ne bénéficiant plus de subsides pour assurer la coordination, il s'est progressivement éteint. Cependant, les travaux jusqu'il y a peu menés au sujet de l'accueil de toutes les formes de diversité dans l'éducation des jeunes enfants sont encore accessibles. Les 6 principes relevés ci-dessus peuvent servir de repères aux milieux d'accueil en matière d'inclusion. Il en va de même de la convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) affirmant le droit de chaque enfant de pouvoir bénéficier, quelles que soient ses particularités, de lieux éducatifs complémentaires au lieu éducatif familial.

2. Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées.

3. Article premier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

OBJECTIFS DU CHAPITRE

Ce chapitre n'est pas exclusivement consacré à la question des « enfants en situation de handicap » au sens de porteurs d'une ou plusieurs déficiences, mais à tous les enfants qui ont des spécificités relatives à leur santé au sens large (enfants ayant des besoins spécifiques). Il a pour objectifs prioritaires d'aborder :

- L'évaluation préalable des conditions nécessaires permettant d'accueillir au mieux un enfant ayant des besoins spécifiques. Cette évaluation gagne à s'effectuer, soit dès la demande d'accueil lorsque la déficience est connue avant l'entrée dans le milieu d'accueil soit lorsque les besoins spécifiques⁴ apparaissent chez un enfant déjà accueilli dans une structure. Lors de cette évaluation à laquelle participent différents professionnels (médecin, Agent conseil/Coordinateur accueil, Référent santé, professionnel du milieu d'accueil), les conditions sont identifiées afin de garantir que les conditions de l'accueil sont profitables pour tous, l'enfant concerné, les autres enfants de la collectivité.
- L'accompagnement offert par l'ONE et celui offert par les services extérieurs selon la situation, si cela s'avère nécessaire.
- Les questions utiles à envisager en équipe.
- Le cadre qui permet de rendre l'accueil profitable pour tous.

Plusieurs pistes amenées dans ce chapitre sont de nature à soutenir un travail réflexif plus large sur base du travail réalisé au quotidien par l'équipe (cf. repères pour des pratiques d'accueil de qualité). L'objectif en filigrane est d'accompagner l'équipe / l'accueillant dans la réflexion pour rendre leur milieu d'accueil **accessible à toutes les familles** quelles que soient leurs caractéristiques.

L'équipe l'accueillant est amené, dans toute situation, à prendre en compte ses émotions propres en adoptant une attitude professionnelle, à accueillir les émotions des parents, à s'ouvrir au changement, à gérer l'imprévu, à prévoir des moments de réflexion sur les pratiques. Accueillir un enfant ayant des besoins spécifiques peut les amener à le faire encore davantage. En effet, la présence de besoins spécifiques chez un enfant peut agir *comme une caisse de résonance* (E. Zucman) : elle amplifie à la fois les points forts dans les pratiques des professionnels, mais également les manquements ou les dysfonctionnements dans le milieu d'accueil.

DES PROFESSIONNELS EXPERTS DE L'ACCUEIL DES ENFANTS

Même si la mission des professionnels de l'accueil (personnel d'accueil des enfants) est essentiellement éducative, il importe que ces derniers veillent, avec toutes les personnes utiles, professionnels et parents, à se préparer

pour veiller à assurer des conditions d'un accueil de qualité pour tous les enfants. Les professionnels des milieux d'accueil sont amenés à donner des soins de puériculture habituels et nécessaires à tout jeune enfant et ce, quelles que soient leurs particularités (déficience, maladie, affection particulière...). En effet, la prise en charge des enfants vise à répondre de façon adéquate aux besoins quotidiens et d'éducation de chaque enfant, à contribuer conjointement avec ses parents à son développement global.

S'ouvrir à l'accueil de tous nécessite aussi de la part de l'équipe /de l'accueillant-e de pouvoir mobiliser, entre autres, des compétences professionnelles comme celles de travailler en réseau. Il s'agit également de penser adéquatement les aménagements de l'espace pour les soins de l'enfant et de collaborer avec la famille en tant que partenaire privilégié qui doit rester au centre du réseau.

UN ACCOMPAGNEMENT OFFERT PAR L'ONE

Les milieux d'accueil peuvent compter sur l'accompagnement des agents ONE pour réfléchir ensemble et mettre en place les conditions d'un accueil de qualité pour tous les enfants dans le respect des cadres en vigueur. Depuis quelques années, l'Office mène une réflexion sur les conditions d'un accueil inclusif ouvert à tous les enfants et leur famille (cadre, collaborations possibles avec des services extérieurs spécialisés...).

LE CADRE DE L'ACCUEIL INCLUSIF EST PRÉVU

Les recommandations du Collège des Conseillers pédiatres de l'ONE reprises dans ce chapitre **concernent les enfants porteurs d'une déficience, d'une maladie ou d'une affection particulière**. En d'autres termes, elles s'appliquent non seulement aux « enfants en situation de handicap » selon la définition de l'ONE reprise ci-dessus mais également plus largement aux enfants atteints d'une affection particulière et qui ont des besoins spécifiques.

Elles font partie intégrante des conditions fixées par l'Office.

À SAVOIR :

L'article 73 de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant le régime d'autorisation et de subvention des crèches, des services d'accueil d'enfants et des co-accueillant-e-s d'enfants indépendant-e-s (2 mai 2019) spécifie que « l'accueil des enfants porteurs d'un handicap est assuré dans le respect des modalités fixées par l'ONE visant à une inclusion au sein du milieu d'accueil conforme au code de qualité ».

Pour le milieu d'accueil, la question centrale est :

« Comment allons-nous nous organiser et de quoi avons-nous besoin pour accueillir un enfant ayant des besoins spécifiques **de façon à ce qu'il puisse développer ses potentialités et voir ses particularités prises en compte ?** »

4. Il est utile de préciser qu'un besoin spécifique chez l'enfant peut ou non être la conséquence d'une déficience, d'une maladie ou d'une affection particulière.

- Il importe que l'accueil de l'enfant ayant des besoins spécifiques soit préparé et anticipé par le milieu d'accueil.
- Cet accueil implique une collaboration entre les parents et le milieu d'accueil, avec, le cas échéant, l'aide de professionnels de la santé.
- La manière dont le milieu d'accueil s'organise pour un accueil pour tous, **est annoncé et présenté dans le projet d'accueil**. Cet accueil de tous est prévu dans la législation, ce n'est donc pas une option à prendre ou à laisser. Ainsi, l'équipe/l'accueillant décrit les mesures qu'elle/il prend, les collaborations qu'elle/il envisagerait avec des partenaires extérieurs, l'organisation interne, les aménagements prévus... Le projet d'accueil fait l'objet d'un échange avec chaque nouveau parent. Des espaces ainsi que des moments précis sont prévus pour que chacun puisse avoir l'occasion de partager ses questions éventuelles, ses remarques, d'exprimer une demande de clarification ou de faire part d'un malaise éventuel.

2 ACCUEIL



LORSQUE LES BESOINS SPÉCIFIQUES SONT CONNUS AVANT L'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

Comme pour tout enfant, l'accueil d'un enfant ayant des besoins spécifiques doit faire l'objet d'une **rencontre préalable entre les parents et le responsable du milieu d'accueil**.

Chaque parent a ses propres questions, ses soucis et ses points d'attention même s'il ne les exprime pas explicitement. L'écoute attentive des parents, dans les premiers contacts, est primordiale mais elle le sera tout autant durant le séjour complet de l'enfant, les besoins de ce dernier et les questionnements des parents pouvant évoluer au fil du temps. Cette première rencontre sera suivie d'une évaluation de la demande des parents faite par le milieu d'accueil conjointement avec les acteurs ONE (voir point 3 - Le formulaire de demande : [Annexe 13](#)). Dans les milieux d'accueil collectifs où une consultation est organisée, le médecin rencontrera également les parents et participera à cette évaluation lors de l'examen médical d'entrée préalable à l'accueil de l'enfant.

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

- **Le projet des parents** : ce qui est important à leurs yeux, ce qu'ils souhaitent, leurs attentes par rapport à l'accueil ;
- **Les particularités de l'enfant liées à son/ses besoin-s spécifique-s** : l'adaptation que cela implique dans la vie quotidienne des parents voire les adaptations qui ont été mises en place au domicile, l'éventuel impact au niveau du rythme de vie de l'enfant (sommeil, alimentation, éveil) ;
- **L'avis des spécialistes et soignants extérieurs, dans la transparence avec les parents** ;
- **Les modalités de la période de familiarisation prévue par l'article 12 de l'arrêté du 2 mai 2019** : cette période est très importante notamment pour établir un lien avec l'enfant, lui permettre de découvrir progressivement son nouvel environnement de vie avec les personnes de référence (rendre l'inconnu connu). La période de familiarisation vise aussi à établir le partenariat et la relation de confiance avec les parents. Elle peut être prolongée si nécessaire en fonction des besoins de l'enfant, de ses parents et/ou de l'équipe ;
- **L'intervention éventuelle** (en fonction des besoins spécifiques de l'enfant) dans le milieu d'accueil **d'intervenants extérieurs** (infirmiers, kinésithérapeutes...), l'information sur les collaborations en réseau que le milieu d'accueil a développées ;
- **Les personnes qui prendront plus spécifiquement soin de l'enfant au quotidien** ;
- **Le matériel particulier, l'aide de personnel supplémentaire ponctuel** ;

Dans un milieu d'accueil collectif, un travail au sein même de l'équipe doit également être engagé : il est **l'occasion de débattre des questions relatives à la vie du groupe**, l'organisation du travail, les observations indispensables pour ajuster les interventions auprès de chacun des enfants quel qu'il soit. Le même type de questions gagne également à être envisagé par l'accueillant.

Pour toute nouvelle demande d'accueil d'un enfant à besoins spécifiques, le responsable de structure doit remplir un formulaire, l'annexe 13, qui se trouve à la fin de ce guide, en collaboration avec son équipe et les agents ONE. Ce document devra être envoyé simultanément au CAL/ACA et au Référent santé ONE (cf. point 3).

LORSQUE LES BESOINS SPÉCIFIQUES APPARAISSENT EN COURS D'ACCUEIL

Il s'agira, pour le milieu d'accueil, d'entendre la demande des parents, d'évaluer la situation avec les acteurs impli-

qués et d'envisager son éventuelle évolution, les nouveaux besoins qui seraient apparus depuis l'entrée de l'enfant dans le milieu d'accueil, les aménagements possibles de l'espace, les ajustements éventuels au niveau de l'équipe, les collaborations et ressources supplémentaires nécessaires et la possibilité de prendre en compte (ou pas) l'ensemble de ces éléments.

De manière générale, les échanges avec les parents restent primordiaux afin de les rassurer sur la volonté du milieu d'accueil de poursuivre l'accueil, dans de bonnes conditions pour l'ensemble des enfants et pour autant que l'accueil soit bénéfique pour l'enfant concerné.

Selon la situation, en cas de force majeure (ex : découverte d'un diabète et mise au point d'un traitement adapté) l'accueil de l'enfant peut être suspendu le temps d'évaluer et de mettre en place les conditions nécessaires pour poursuivre l'accueil. Si cet accueil doit nécessairement être suspendu pour des raisons de prise en compte de la santé de l'enfant ou de mesures nécessaires pour la collectivité, des échanges gagnent à être poursuivis étroitement avec les parents afin que ces derniers puissent intégrer les raisons de ce choix.

Lorsque des situations médicalement compliquées sont rencontrées (crises d'épilepsie, diabète, nécessité d'alimentation par sonde...), il est recommandé au responsable du milieu d'accueil ou à l'accueillant-e **de ne pas se prononcer sur l'accueil ou sa poursuite avant d'avoir obtenu l'aval du Conseiller pédiatre ONE**. Si le milieu d'accueil a d'emblée rassuré les parents sur le fait que l'enfant pourrait continuer à être accueilli sans avoir pris l'assurance des conditions possibles, il serait plus difficile de leur faire comprendre l'impossibilité de le poursuivre, si l'avis du Conseiller pédiatre allait dans ce sens (voir au point 3 – Lorsque des soins médicaux particuliers doivent être effectués).

De la même manière que pour toute nouvelle demande d'accueil d'enfant à besoins spécifiques, dès lors que des besoins spécifiques apparaissent en cours d'accueil, le responsable du milieu d'accueil doit informer son Coordinateur accueil (CAL)/Agent conseil (ACA), compléter le formulaire de demande « Annexe 13 » et l'envoyer au CAL/ACA et au Référént santé ONE (Cf. point 3).

L'IMPORTANCE D'ÉTABLIR UN PLAN DE SOINS

Lorsque des soins médicaux ou infirmiers (sur base d'une prescription) doivent être prodigués à un enfant durant l'accueil, un plan de soins doit être élaboré au préalable par le médecin de l'enfant, sous forme d'une fiche de prise en charge des besoins spécifiques médicaux de l'enfant dans le milieu d'accueil. Le responsable du milieu d'accueil/l'accueillant-e en prend connaissance avec les parents, le médecin du milieu d'accueil ou le Référént santé. Ce plan de soins/fiche de prise en charge doit être joint à l'Annexe 13. Le Conseiller pédiatre de la subrégion/

médecin du milieu d'accueil donnera son avis sur ce plan. Des professionnels extérieurs peuvent être impliqués (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...).

Le plan de soins⁵ est réalisé en étapes :

- Conçu par le médecin de l'enfant (médecin traitant ou médecin spécialiste) et analysé avec l'équipe et le responsable/l'accueillant(e) en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil ou le Référént santé, l'infirmier du milieu d'accueil quand ce personnel est prévu ;
- Signé, par toutes les parties concernées (médecin de l'enfant, personnel médical du milieu d'accueil), pour accord en ce compris les parents ;
- Joint à l'Annexe 13 complétée par le milieu d'accueil et envoyé au CAL/ACA et au Référént santé de l'ONE qui le transmet au Conseiller pédiatre de la subrégion. Ce dernier l'avalise et le signe.

Une fois l'ensemble des étapes réalisées, le CAL/l'ACA en fait transmettre une copie au milieu d'accueil et assure un rangement dans le dossier du milieu d'accueil.

Le plan de soins reprend, en fonction de la problématique de l'enfant, des points d'attention liés à la santé de l'enfant, notamment en raison des risques d'interférences d'événements aigus : hypoglycémie, allergie grave, sonde arrachée, vomissement chez un enfant qui a des risques accrus de déshydratation ou fièvre chez un enfant atteint d'une affection cardiaque, gestion de l'alarme lorsque l'enfant se trouve sous monitoring...

Il peut être particulièrement utile voire nécessaire dans certains cas de créer un **schéma décisionnel** qui sera mis à disposition de toute l'équipe/rapidement accessible pour l'accueillant(e) reprenant les éléments suivants :

- Quels soins : si un événement particulier se passe, quels soins à prodiguer ?
- Qui fait quoi : qui vérifie que les médicaments sont encore disponibles et non périmés ?
- Qui se charge des appels : des parents, des services de secours (112) , du médecin de l'antenne médicale urgente
- Quelles sont les informations demandées/transmises aux parents lors de la situation aiguë, en différé ?
- ...

Disposer de ce schéma peut, pour l'équipe/l'accueillant, non seulement être rassurant mais permet également de mieux baliser l'action de chacun dans ces situations notamment dans celles qui exigent une réponse/réaction rapide de l'équipe.

Pour certaines pathologies (allergies alimentaires avec risque d'anaphylaxie, diabète de type 1 sous pompe à insuline ou avec schéma basal prandial ou multi-injections...), des fiches de prise en charge des besoins médicaux spécifiques ont été élaborées par le Collège des

5. Le plan de soins est instauré conformément au « protocole d'accord de soins » en vigueur. Ce dernier est un cadre juridique spécifique portant sur l'administration de traitement et/ou d'actes techniques par des non professionnels de santé.

pédiatres de l'ONE en collaboration avec les Directions de l'ONE concernées et des médecins spécialistes externes à l'ONE en vue de faciliter l'accueil des enfants concernés. Ces fiches sont disponibles sur Excellencis ONE pour les médecins de crèche ou auprès du Référent santé ONE pour les structures n'ayant pas de médecin.

3 TRAJET DE LA DEMANDE ET INFORMATIONS À RECCUEILLIR

Quelle que soit la situation, besoins spécifiques connus avant l'accueil ou apparaissant en cours d'accueil, les dispositions suivantes doivent obligatoirement être prises.

Préalablement à l'accueil, l'admission de l'enfant doit faire l'objet, au travers d'un formulaire de demande (Annexe 13), d'une demande d'avis adressée au Coordinateur accueil (CAL)/Agent conseil (ACA) du secteur sur lequel le milieu d'accueil est établi ainsi que d'une demande d'avis au Conseiller pédiatre de la subrégion voire d'accord si des soins médicaux sont nécessaires (voir point « Lorsque des soins médicaux doivent être effectués »).

L'ensemble des démarches décrites dans ce paragraphe sont obligatoires et sont de la responsabilité du milieu d'accueil. Elles doivent également être effectuées lorsqu'un besoin spécifique est découvert en cours d'accueil.

COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE DEMANDE (ANNEXE 13)

L'Annexe 13 est le formulaire de demande que l'ONE met à disposition des milieux d'accueil. Bien plus qu'un formulaire, il s'agit d'un outil qui va permettre une analyse de situation multidisciplinaire : dans un premier temps avec l'équipe du milieu d'accueil et dans un deuxième temps avec les agents de l'ONE, afin d'évaluer les conditions nécessaires et possibles à mettre en place pour permettre l'accueil de l'enfant dans le milieu d'accueil choisi par les parents.

Pratiquement, dès que le responsable/l'accueillant·e reçoit une demande d'accueil d'enfant ayant des besoins spécifiques ou est mis au courant des besoins spécifiques d'un enfant déjà accueilli, il doit suivre les étapes suivantes :

- 1 Le/la responsable du milieu d'accueil reçoit le·s parent·s afin de rassembler toutes les informations utiles à la compréhension du besoin spécifique de l'enfant et des attentes des parents.
- 2 Le/la responsable du milieu d'accueil informe le Coordinateur accueil (CAL) / l'Agent conseil (ACA) de l'ONE du secteur sur lequel le milieu d'accueil est établi.
- 3 Le/la responsable du milieu d'accueil doit compléter l'Annexe 13, si besoin, en collaboration avec le CAL/ACA. Cette annexe lui permet d'exposer les mesures qui seront prises pour veiller à la santé et au bien-être de l'enfant mais aussi de tous les autres enfants

accueillis ainsi que les conditions nécessaires à la vie dans une collectivité d'enfants.

- 4 Si le milieu d'accueil bénéficie des services d'un médecin, le responsable doit transmettre l'Annexe 13 au médecin du milieu d'accueil qui remplit le volet médical et appose sur la demande son avis en tant que médecin. Si besoin, le médecin du milieu d'accueil peut contacter le Conseiller pédiatre de l'ONE. En l'absence de médecin, le milieu d'accueil remplit le volet médical de l'annexe. Le Référent santé est disponible, si besoin, pour l'accompagner dans cette démarche et répondre à ses questions. De même, le Référent santé peut contacter le Conseiller pédiatre de l'ONE si nécessaire.
- 5 L'Annexe 13 doit être renvoyée au CAL/ACA et au Référent santé simultanément.
- 6 Le CAL/ACA appose son avis quant à la possibilité d'accueil ou non de l'enfant en fonction de la possibilité d'aménager les conditions d'accueil.
- 7 Les agents de l'ONE (CAL/ACA/Référent santé) se chargent de transmettre l'Annexe 13 au Conseiller pédiatre de la subrégion une fois qu'elle a été dûment complétée par le milieu d'accueil (étape 3 et 4) et le CAL/ACA (étape 6).
- 8 Le Conseiller pédiatre donnera son avis spécialisé quant à la possibilité d'accueillir ou pas l'enfant et les conditions d'accueil. Si l'enfant n'est pas encore accueilli et que **son accueil nécessite des soins médicaux, le Conseiller pédiatre doit donner son accord préalablement à l'accueil. Si les besoins médicaux sont découverts en cours d'accueil, un contact est pris avec le Conseiller pédiatre pour jauger de la situation.**
- 9 Le CAL/ACA transmet l'avis/accord final au milieu d'accueil.

LE VOLET MÉDICAL DE L'ANNEXE 13

Les données médicales précises relatives à la santé de l'enfant ne peuvent pas être reprises directement dans l'Annexe 13 étant donné l'obligation de respect du secret médical⁶. Ce qui importe est de connaître les incidences et les besoins spécifiques liées à l'affection / la déficience de l'enfant⁷ et se préparer à s'assurer qu'elles seront bien prises en charge, soit directement par les professionnels du milieu d'accueil s'il s'agit de simples soins de puériculture ou médicaux pouvant être pris en charge par le personnel infirmier présent sur place (en fonction du milieu d'accueil), soit par des professionnels du réseau. S'il manque d'information détaillée concernant la situation, le Conseiller pédiatre peut prendre les renseignements utiles auprès de ses confrères d'où l'importance de bien spécifier les coordonnées des médecins (traitant et spécialiste). Si disponible, le dossier médical complet sera transmis au Conseiller pédiatre de la subrégion (cf. informations médicales à joindre à l'Annexe 13).

6. Les informations médicales ne peuvent être partagées qu'à certaines conditions et entre médecins.

7. Les parents ne sont pas obligés de dire que leur enfant souffre d'épilepsie, mais doivent signaler qu'il peut faire des convulsions régulières. Dans ce cas, un plan de soins/fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques doit être mis sur pied et préciser la nécessité d'appeler les services d'urgence (112) si nécessaire.

Les parents auront été informés au préalable de l'ensemble de ces démarches par le responsable du milieu d'accueil.

Le volet médical comporte les informations suivantes : besoins spécifiques d'ordre médical/liés à l'affection médicale, éventuel traitement/soins à administrer.

LES DOCUMENTS À JOINDRE À L'ANNEXE 13

Les documents médicaux importants seront joints à l'Annexe 13 complétée, par le responsable du milieu d'accueil : le certificat médical de l'enfant ou tout autre élément médical en possession du milieu d'accueil comme le plan de soins s'il y en a un.

LORSQUE DES SOINS MÉDICAUX PARTICULIERS DOIVENT ÊTRE EFFECTUÉS

Certains gestes médicaux et surtout infirmiers sont régulièrement réalisés au domicile par les parents.

Le fait qu'un parent réalise ces soins n'implique pas que le personnel du milieu d'accueil puisse légalement les prendre en charge. En effet, les professionnels de l'enfance ne sont pas toujours autorisés à mener ce type de soins⁸. Si nécessaire et en fonction des ressources locales, un intervenant extérieur peut être requis pour, par exemple, pratiquer des soins spécialisés, autres que les soins de puériculture et relevant de l'art infirmier, effectuer des soins de kinésithérapie...

Selon l'état de santé de l'enfant et en fonction des soins qui devraient lui être prodigués, **le Conseiller pédiatre formulera des recommandations et/ou prendra contact avec le responsable du milieu d'accueil / l'accueillant-e**. Si le Conseiller pédiatre, après avoir analysé la situation, estime ne pouvoir donner un accord sur l'accueil de l'enfant, il pourra le cas échéant en expliquer les raisons et répondre aux questions des parents.

Le Conseiller pédiatre remettra son avis sur les conditions mises en place et veillera, en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil, le Référent santé et le Coordinateur accueil / l'Agent conseil, à ce que les besoins médicaux de l'enfant puissent être rencontrés. En fonction des situations, une formation à destination du personnel du milieu d'accueil/l'accueillant sera organisée par un service extérieur spécialisé. Par exemple, dans le cadre de l'accueil d'un enfant diabétique, ce sera l'équipe d'éducation de la convention pédiatrique du centre spécialisé où est suivi l'enfant qui sera chargée de cette formation.

4 ACCOMPAGNEMENT ET PARTENARIAT

DES SERVICES PRÉSENTS AUPRÈS DE L'ENFANT ET SA FAMILLE

Quand l'enfant a des besoins spécifiques, les parents peuvent être accompagnés par des équipes de professionnels de la santé qui les soutiennent dans différentes démarches : par exemple, une équipe hospitalière ou encore des intervenants individuels (pédiatre, kinésithérapeute...). Il peut être utile d'être en contact avec ces professionnels après s'être assuré de l'accord des parents de ce faire.

À SAVOIR :

Dans certains cas, s'ils font la démarche volontaire auprès des institutions spécialisées, les parents d'un enfant en situation de handicap peuvent être soutenus dans leur démarche par un service d'aide précoce/ un service d'accompagnement qui, tout au long de l'accueil, s'engage à soutenir l'enfant dans son milieu de vie. Ils peuvent parfois être un tiers médiateur éventuel entre les parents et le milieu d'accueil.

Il s'agit d'envisager une collaboration étroite entre les professionnels du milieu d'accueil et ces services (aménagement de l'espace quand ils prennent en charge l'enfant, lui apportent des soins dans le milieu d'accueil, conditions à la continuité d'accueil pour l'ensemble des enfants...). Les soins peuvent se réaliser dans les espaces de vie habituellement occupés par les enfants, à certaines conditions de sécurité psychique et physique.

DES SERVICES PRÉSENTS AUPRÈS DES ÉQUIPES DES MILIEUX D'ACCUEIL

Toute équipe, l'accueillant-e qui accueille un enfant ayant des besoins spécifiques peut compter sur l'accompagnement des professionnels de l'ONE dont la mission, contrôle – évaluation – accompagnement, est liée à l'accueil des enfants en dehors de leur famille (Coordinatrice accueil, Agent conseil, Référent santé, Conseiller pédiatre, Conseiller pédagogique). La collaboration s'établit via la coordination accueil qui travaille sur le terrain en première ligne.

LORSQUE L'ÉQUIPE / L'ACCUEILLANT SE POSE DES QUESTIONS QUANT AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Il arrive que l'équipe du milieu d'accueil / l'accueillant se pose des questions sur le développement de l'enfant et que les parents semblent « ne rien voir, ni entendre ». Il ne s'agit pas forcément de déni de leur part, mais il

8. Les professionnels de la petite enfance doivent se référer au « protocole d'accord de soins » en vigueur qui est un cadre juridique spécifique portant sur l'administration de traitement par des non professionnels de santé. Un projet d'arrêté concernant la possibilité de déléguer certains actes infirmiers à un non professionnel de santé (cf. chapitre 4 point 3.3) (dont un personnel d'accueil) est actuellement en attente de publication au Moniteur belge.

leur faut du temps pour cheminer et prendre la mesure du décalage entre l'enfant rêvé et l'enfant réel, avec ses difficultés et ses ressources propres.

Des démarches gagnent à être mises en place. Elles sont notamment proposées dans un chapitre d'un ouvrage consacré à l'accueil de l'enfant ayant des besoins spécifiques et intitulé à « la rencontre des familles⁹ ». Il permet de mieux appréhender comment familles et professionnels du milieu d'accueil peuvent échanger ensemble afin de mieux comprendre les attentes réciproques en termes de coopération et la manière dont chaque acteur peut être pris en compte dans une relation triangulaire afin de viser une cohérence éducative, dans une perspective de bien-être de l'enfant.

Ce document peut également donner des informations précises **pour l'accueil de tout enfant quand une équipe / un-e accueillant-e se pose des questions et ne trouve les mots pour les aborder avec les parents.**

DES SERVICES SPÉCIFIQUES DE SOUTIEN POUR LES PROFESSIONNELS DE L'ENFANCE

S'il l'estime nécessaire, le milieu d'accueil peut solliciter l'appui de services DSI¹⁰ Soutien à l'accueil de l'enfance (AVIQ) ou du service OCAPI (service PHARE), dans un objectif de soutien à la réflexion voire de mise en place de conditions utiles pour l'enfant en situation de handicap (cf. Annexe 12).

Leurs services ne sont pas orientés vers les parents. Ils sont à disposition de l'équipe du milieu d'accueil ou de l'accueillant(e) pour l'accompagner dans son questionnement et non pour intervenir auprès de l'enfant.

Ces services ont pour objectif de :

- Mettre en oeuvre des dispositifs de soutien à destination des équipes / des accueillant(e)s en lien avec leur projet d'accueil ;
- Participer à la sensibilisation / formation des milieux d'accueil dans une approche généraliste. Les propositions de formation visent à renforcer les compétences de base nécessaires à l'accueil de tout enfant et non pas des formations spécifiques par rapport à une difficulté relevée chez un enfant ;
- Collaborer dans une démarche d'enrichissement des compétences en matière d'accueil des enfants en situation de handicap ;
- Contribuer à organiser une offre coordonnée des services spécialisés (locaux et généraux) en matière d'accueil de la petite enfance.

Soulignons également qu'en aucun cas, **ces partenaires extérieurs ne proposent d'actions ni de dépistage d'une affection, ni de diagnostic.**

Quel que soit l'endroit (Région Wallonne ou Bruxelles capitale), la philosophie est la même : ces équipes offrent des services à destination des équipes qui accueillent un enfant en situation de handicap. **Les services DSI / le service OCAPI n'interviennent pas directement auprès de l'enfant ayant des besoins spécifiques mais accompagnent l'ensemble de l'équipe du milieu d'accueil par rapport aux questionnements et aux aménagements à prévoir lors de l'accueil d'un enfant en situation de handicap¹¹.**

Leur intervention n'est pas conditionnée, comme c'est le cas pour les services d'accompagnement ou d'aide précoce, à l'accord préalable des parents même s'il est vivement recommandé d'évoquer, dans le projet d'accueil lors de l'inscription de l'enfant, les collaborations possibles, notamment avec ces services, et le sens de leur intervention en équipe. **Quand une collaboration avec un tel service est envisagée, le milieu d'accueil prévoit une mise à jour de son projet et un moment d'information / de sensibilisation avec tous les parents sur les partenariats qu'il mène, les choix effectués et le sens.**

Avant d'engager une collaboration avec un milieu d'accueil demandeur, le coordinateur du service DSI Soutien de l'accueil à l'enfance / du service OCAPI rencontre le milieu d'accueil afin d'effectuer un état des lieux de la situation et une analyse des besoins¹².

Pour les coordonnées pratiques de ces services, voir l'Annexe 12.

5 SUIVI ET ÉVALUATION

LES BILANS DE SANTÉ

Lors des bilans de santé réguliers mis en place dans les milieux d'accueil collectifs (voir Chapitre 1 et cf. Annexe 1), le médecin du milieu d'accueil :

- vérifie la bonne évolution de l'état de santé (physique et psychique) de l'enfant ;
- s'assure du suivi régulier de l'enfant par son médecin traitant habituel (généraliste et/ou spécialiste) ;
- participe à l'information continue dont les professionnels ont besoin pour assurer l'accueil quotidien de cet enfant dans les conditions les plus adéquates ;

Rappelons ici que **les professionnels de l'enfance sont experts de l'accueil.** Ils sont formés aux soins de puériculture pour prendre soin des enfants en très bas âge. Ce qu'il convient de renforcer, lors de ces moments de formation / information sont leurs compétences de base nécessaires à prendre en charge les enfants au quotidien. Ils ne doivent en aucun cas acquérir des compétences spécialisées. Si des soins thérapeutiques ou hors soins de puériculture doivent

9. http://www.fileasbl.be/membres/wp-content/uploads/2015/12/FILE_Chap4.pdf. Cet ouvrage a été réalisé sous la coordination de la FILE.

10. Dispositif de soutien à l'inclusion

11. Les services, subventionnés par l'AVIQ ou le service PHARE, interviennent uniquement que pour les enfants porteurs d'une déficience.

12. Certaines situations ne relèvent pas à proprement d'une déficience. Par exemple, le fait d'avoir une prothèse (bras dans le plâtre...) n'est la plupart du temps pas considéré par les services spécialisés comme une situation de handicap. Cependant, les conséquences du port de la prothèse peuvent être évaluées par le coordinateur du service ainsi que son impact sur les conditions d'accueil.

être prodigués à l'enfant, ceux-ci doivent être réalisés par des professionnels habilités pour ce faire.

- veille aux relations utiles et suffisamment adéquates du milieu d'accueil avec les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux, tout en préservant le secret médical.

La coordination et l'évaluation de l'accueil sont régulièrement réalisées en équipe et en collaboration avec les parents. Il est possible, par exemple, de définir un objectif commun pour une période déterminée, c'est-à-dire le laps de temps compris entre deux évaluations. Le CAL/ACA et le responsable peuvent solliciter l'avis du Conseiller pédiatre ainsi que de tout autre acteur utile dans ces moments d'évaluation intermédiaires.

L'ACCUEIL UN PROCESSUS DYNAMIQUE

L'enfant évolue, parfois sa maladie, son affection, sa déficience aussi. Ainsi, tant les besoins médicaux qu'éducatifs se modifient au cours de l'accueil. Son accueil doit toujours être ajusté en fonction de l'évolution de son état. Il importe qu'une réflexion continue soit menée sur l'opportunité de faire évoluer les mesures existantes ou la nécessité, le cas échéant, d'en proposer de nouvelles pour un accueil le plus ajusté à chaque enfant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ACCUEIL

Avant son entrée dans le milieu d'accueil / à l'entrée :

- Faut-il prévoir pour cet enfant un temps hebdomadaire minimum d'accueil pour favoriser la réussite du projet ? Ce temps doit être prévu dans le contrat d'accueil.
- Est-il utile de prévoir des outils d'observation de l'enfant ayant des besoins spécifiques et des autres enfants accueillis dans le groupe ?
- Il arrive parfois que les parents se posent des questions à propos de l'accueil d'un enfant ayant des besoins spécifiques. Quelle est la problématique de cet enfant ? Est-ce que le personnel est suffisamment formé ? Aura-t-il encore de la disponibilité pour les autres enfants ?

Soulignons ici l'importance d'aborder, dans le projet d'accueil, la manière dont les informations circulent à propos de chacun. Il peut aussi être utile de s'informer auprès de tous les parents, pas uniquement à ceux de l'enfant en situation de handicap : comment souhaitez-vous qu'on présente votre enfant aux autres enfants ? Si nous avons des questions à propos de votre enfant, que souhaitez-vous que l'on partage ? Il appartient au milieu d'accueil de mettre les conditions de qualité en place pour que chaque enfant puisse bénéficier de l'accueil.

D'autres questions peuvent également surgir, par exemple, si la déficience de l'enfant est visible : L'inclusion de l'enfant ayant des besoins spécifiques né-

cessite-t-elle une information des autres parents ? Pour quelles raisons ? En quoi doit consister cette information ? Quelle collaboration au premier chef avec les parents de l'enfant ? Quel lien avec le projet d'accueil de tous porté par l'équipe ? Quelle présentation aux parents via le projet d'accueil ?

LORS DE MOMENTS DE BILAN

- Comment se passe le partenariat avec les parents ?
- A-t-on relevé des nouveaux besoins particuliers pour prendre en charge l'accueil de l'enfant ? Un encadrement renforcé du groupe d'enfants est-il nécessaire et à quel moment ? En quoi ces moyens vont-ils améliorer les conditions de l'accueil de cet enfant-là ? De la collectivité ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ? Dans quelles circonstances ?
- Quels sont les leviers qui ont permis de dépasser les difficultés ? Quelles ressources ont été mobilisées ?

Si ces questions sont importantes à aborder lors des moments de bilan de santé, il importe de souligner que **l'ajustement des pratiques s'effectue dans une dynamique de réflexion permanente en équipe.**

La fiche de bilan final gagne à rester au sein du milieu d'accueil, ce dernier étant libre de communiquer les éléments qu'il juge utiles au CAL/ACA. L'accueil d'un nouvel enfant ayant des besoins spécifiques étant toujours à analyser en fonction d'un contexte particulier.

QUAND L'HEURE EST VENUE DE QUITTER LA CRÈCHE

Dans la législation (2 mai 2019), l'accueil de l'enfant est prévu jusqu'à son entrée à l'école maternelle.

Comme pour n'importe quel autre accueil, quelle que soit la situation, même d'urgence, il importe de **préparer le départ / la fin de séjour** pour l'enfant ayant des besoins spécifiques, dans le milieu d'accueil : qui dans l'équipe y participera ? Qui prendra la parole ?

Si la séparation avec l'enfant et/ou ses parents paraît plus difficile que pour un autre enfant, il est suggéré de prévoir un moment concret d'au revoir où ensemble, l'équipe / l'accueillant, les parents, les enfants, peuvent partager un temps de présence, évoquer des souvenirs du séjour de l'enfant, soutenir la famille pour la suite, envisager un moyen de prendre des nouvelles, en tout cas dans un premier temps.

Dans certains cas, l'accueil de l'enfant ayant des besoins spécifiques a pu mobiliser beaucoup d'énergie et susciter de nombreux aménagements, des collaborations avec des professionnels extérieurs. Il peut être alors opportun de consacrer un espace-temps pour que l'équipe puisse déposer son ressenti, ses questions, son témoignage au sujet de cet accueil. L'accueillant gagne à pouvoir partager son ressenti avec une personne extérieure afin de prendre du recul sur la situation.

Le départ de l'enfant est parfois difficile pour les professionnels qui peuvent parfois se « sentir vidés » et peu enclins à se lancer à nouveau dans l'aventure : on ne peut que conseiller un débriefing avec les agents de l'ONE, en collaboration avec le Conseiller pédiatre et / ou pédagogique.

ET SI LA FIN DE SÉJOUR SURVIENT PLUS TÔT QUE CE QUI A ÉTÉ ENVISAGÉ OU DE MANIÈRE INOPINÉE ?

S'il est impossible de prendre en charge dans le milieu d'accueil de nouveaux besoins qui auraient émergé, il convient d'envisager le soutien éventuel de professionnels de la santé : le médecin du milieu d'accueil, le Référent santé, le Conseiller pédiatre, ... Ils peuvent aider à clarifier les raisons de la fin de l'accueil. Quelle contribution d'un service DSI Soutien à l'accueil de l'enfance ? Autres pistes ?

Par ailleurs un départ « précipité » peut arriver. D'où l'importance de prévoir dans le projet d'accueil, un dispositif pour ce type de situations. Quelle que soit la situation, il est également important de laisser à l'enfant l'occasion de vivre pleinement sa dernière journée dans le milieu d'accueil.

À SAVOIR :

L'inclusion d'enfants en situation de handicap est envisageable dans l'enseignement spécial maternel dès l'âge de 3 ans. Il peut être utile que l'équipe du milieu d'accueil / l'accueillant-e, à l'initiative des parents réfléchisse au mode d'accueil ultérieur (après l'âge de 3 ans), en collaboration avec des services d'accompagnement extérieurs. Une coordination entre les parents, qui sont les premiers éducateurs de leur enfant et à ce titre, effectuent les choix le concernant, le milieu d'accueil et un centre psychomédico-social / un centre de guidance est indispensable. Ces derniers sont les seuls organismes compétents pour rédiger une attestation d'entrée en enseignement spécialisé. La coordination permettra, en outre, de suggérer le meilleur moment d'entrée de l'enfant dans le milieu scolaire et le temps de fréquentation le plus adapté (parfois à mi-temps dans un premier temps).

6 QUELQUES OUTILS ET RESSOURCES POSSIBLES

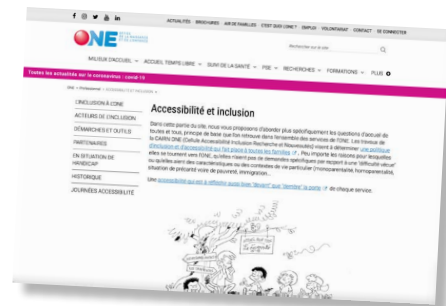
L'onglet « Accessibilité et inclusion » du site internet de l'ONE : <https://www.one.be/professionnel/accessibilite>.

Les professionnels intéressés pourront y découvrir la vision inclusive de l'ONE, le travail réalisé pour l'accueil de tous (en ce compris des enfants en situation de handicap) et télécharger des documents de travail plus spécifiques. Un exemple : la réflexion menée par des équipes de milieux d'accueil par rapport à l'accueil d'enfants en situation de handicap (aménagement, transition crèche école, rendre visible le projet, ...).

La brochure « *L'inclusion des enfants ayant des besoins spécifiques* » téléchargeable en suivant le lien : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Inclusion_et_accessibilite.pdf

Des exemplaires papier peuvent être demandés à l'équipe CAIRN à l'adresse : inclusion-accessibilite@one.be.

La brochure « *Ouvrages de réflexion soutenant les professionnels par rapport aux questions d'accueil de tous* ». Ce document est téléchargeable sur le site internet de l'ONE à l'adresse : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Inclusion_et_accessibilite.pdf



LES ALLERGIES

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

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

MESURES À PRENDRE POUR DIMINUER LA CONCENTRATION EN ALLERGÈNES :

1 LES ACARIENS¹



Les acariens vivent dans les habitations situées à des altitudes inférieures à 1500 mètres. Leur présence ne traduit pas un manque d'hygiène ou de propreté, ils ne piquent pas et ne transmettent pas de maladie.

Ils prolifèrent dans les atmosphères chaudes et humides. Le climat optimal pour la prolifération des acariens est une température d'environ 25°C (17 à 32°C) ainsi qu'une humidité de 75% (55 à 80%). Ils se nourrissent de squames humaines et animales et de moisissures. Ils sont particulièrement abondants dans les pièces de literie : matelas, coussins, couvertures, peluches mais aussi dans les tapis, les moquettes et dans les fauteuils recouverts de tissus. Ils sont munis de pattes ventouses à l'aide desquelles ils s'accrochent sur les tissus. La présence de leurs excréments en suspension dans l'air permet leur inhalation, ce qui peut déclencher des manifestations chez les sujets allergiques.

La prévention consiste à **empêcher la multiplication des acariens** dans les différents locaux de vie du milieu d'accueil.

Pour cela, il faut :

- Maintenir une température entre 20-22°C dans l'espace d'activités et 18°C dans l'espace de sommeil-repos, assurer une bonne ventilation qui réduira l'humidité et empêchera ainsi le développement des

acariens et des moisissures. L'emploi d'humidificateurs électriques est déconseillé car il favorise le développement des moisissures et des acariens. La brochure « *L'Air de rien, Changeons d'air!* » est un bon outil à ce propos.

- Proscrire les tapis et les couvertures en laine. Toutes les matières textiles doivent être régulièrement lavées à 60°C. Pour la literie, les matelas doivent être entièrement recouverts de plastique. Un matelas de 6 mois est déjà largement colonisé par les acariens. Il est recommandé de changer le matelas tous les 4 ans.
- Le drap ainsi que le sac de couchage doivent être lavés à 60°C (une fois par semaine et en cas de souillure). Après la sieste, le sac de couchage doit être entièrement retourné sur le bord du lit pour laisser échapper la chaleur et la transpiration. Par mesure d'hygiène, les sacs de couchage appartiendront au milieu d'accueil.
- Éviter l'utilisation de produits acaricides qui sont source de pollution intérieure (voir Chapitre 3 point 2.2).
- Avoir un revêtement de sol lisse et facilement lavable (tapiflex, vinyle, linoléum, parquet, dallage...). Quant au revêtement mural, il est conseillé d'employer de la peinture acrylique plutôt que du papier peint.
- Éliminer efficacement poussières et acariens en nettoyant à l'eau les sols (y compris les plinthes) et les surfaces et en utilisant des lavettes en microfibres. Il existe par ailleurs des aspirateurs avec des filtres HEPA qui filtrent les acariens.
- Lutter contre les moisissures est aussi un moyen de prévention contre les acariens, dont elles constituent la nourriture.
- Entretenir les jouets est également important. Les peluches peuvent contenir jusqu'à 500 acariens/cm². Leur nombre doit être limité. Il faut les proscrire du lit des enfants allergiques. En général, il faut préférer des jouets en toile qu'il faudra laver régulièrement à 60°C ou ceux en matière plastique qui, enfermés dans une taie d'oreiller, pourront subir régulièrement un programme court de lavage en machine. Pour les jouets non lavables, un séjour de 24 heures dans un congélateur à -18°C tue les acariens.
- Surveiller et combattre le développement des blattes (cafards) qui se cachent dans les gaines des vides ordures, les fentes des murs, sous les papiers peints, dans les réserves de nourriture... En effet, les blattes jouent également un rôle dans l'allergie à la poussière.
- Entretenir les bacs à sable (voir Chapitre 2 point 2.2). Les acariens se déposent aussi dans le bac à sable. Les enfants allergiques¹ aux acariens peuvent être in-

1. Fiche « *Acariens* » du coffret : *L'air de rien, changeons d'air !*

2. Référence au Chapitre 2 point 2.2 page 19

commodés. Pour l'entretien du bac à sable, les rayons UV désinfectent le sable la journée mais il faut veiller à le recouvrir la nuit pour éviter que les animaux (chiens et chats) ne déposent avec leurs excréments des parasites comme le *Toxocara* ou autres germes.

- Observer les réactions de chaque enfant après les jeux à l'extérieur. Les enfants souffrant d'eczéma voient souvent leurs lésions s'aggraver au contact du sable ! Pour ces enfants, il vaut mieux éviter ce type d'activité.

2 LES MOISSURES

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

Pour prévenir leur développement, il s'agit avant tout de maîtriser le problème d'humidité. En effet, elles croissent rapidement dans les endroits humides et sombres aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. S'il s'agit d'infiltration ou de phénomène d'humidité ascensionnelle, le recours aux professionnels est nécessaire.

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

Le mieux pour se débarrasser de la moisissure est de favoriser au maximum l'aération du logement et de limiter les phénomènes de condensation. Évitez les eaux stagnantes, et veillez à une bonne ventilation.

3 ALLERGIES AUX POLLENS ET AUX GRAMINÉES



Si un enfant est allergique aux pollens, il est préférable qu'il ne sorte pas quand on coupe le gazon et il est conseillé de fermer les fenêtres. Aérez le milieu d'accueil si nécessaire, tôt le matin ou tard le soir. Évitez de sécher le linge utilisé dans le milieu d'accueil à l'extérieur quand les décharges polliniques sont élevées.

4 ALLERGIES ALIMENTAIRES

La prévalence estimée des allergies alimentaires varie globalement entre 5 et 10% dans nos régions, avec une tendance à l'augmentation. Elle est d'environ 7% aux Etats-Unis, 6 à 8% en Belgique chez les enfants en âge préscolaire, 7,1% au Canada chez l'enfant, 6,6% chez l'adulte.

Si toutes les protéines alimentaires sont des allergènes potentiels, les plus fréquents actuellement en Belgique sont : les œufs, l'arachide, le lait de vache, le poisson et les oléagineux (noix, noisettes). L'allergène alimentaire le plus fréquent avant 6 mois est le lait de vache et entre 1 et 3 ans, l'œuf. Avant 6 mois, un enfant sur 200 est allergique aux œufs et fera une réaction. C'est dans le groupe d'âge de 1 à 3 ans que l'on retrouve le plus d'allergies alimentaires (37% des allergies alimentaires totales).

La fréquence de ces allergies (lait et œufs) diminue fortement avec l'âge contrairement à l'allergie à l'arachide qui a tendance à persister dans le temps.

Les manifestations cliniques, dont certaines très graves, sont variables et atteignent les différents systèmes : cutané (eczéma, urticaire), digestifs (troubles du transit, cassure de la courbe de poids), respiratoires (asthme), ORL (œdème laryngé et allant parfois jusqu'au choc anaphylactique qui représente 4% des allergies alimentaires).

Un des facteurs de risque est l'atopie familiale. En effet, chez l'enfant de 1 an le risque est augmenté de 40% si un membre de la famille proche (parents ou fratrie) est allergique et de 60% si deux membres sont atteints, 80% si les deux parents ont les mêmes symptômes.

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

- Favoriser la poursuite de l'allaitement maternel. Pour les enfants à risque d'allergie (au moins un parent ou un membre de la fratrie atteint) : encourager la poursuite de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et sa poursuite parallèlement à la diversification. Si l'allaitement maternel n'est pas possible, l'utilisation de laits hypoallergéniques pendant les premiers 6 mois est de plus en plus discutée selon les dernières revues de la littérature ;
- Comme pour les autres enfants, la diversification alimentaire des enfants à risque d'allergie ne débutera pas avant l'âge de 4 mois et sera progressive et individualisée en fonction du développement psychomoteur de l'enfant, de son intérêt pour la nourriture solide, du désir de la mère de poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (situation idéale), de l'entrée éventuelle

en milieu d'accueil, des habitudes culturelles de la famille... Cependant, la fenêtre de tolérance entre 4 et 6 mois sera idéale pour favoriser une tolérance future. Il n'y a plus lieu de retarder l'introduction des aliments réputés allergisants comme l'œuf, le poisson, le kiwi, les préparations à base d'arachide... Au contraire, leur introduction trop tardive semble un facteur aggravant.

- En cas d'apparition de signes évocateurs d'allergie, il est important de réaliser un bilan complet pour éviter les régimes d'exclusion non justifiés. En effet l'arrêt de l'ingestion d'un aliment toléré peut s'accompagner d'une perte de tolérance à cet aliment.
- Pour les cas avérés d'allergie, le régime d'éviction doit faire l'objet d'une prescription précise et détaillée par un médecin, tout en veillant à assurer une alimentation équilibrée. Si un régime sans lait de vache a été prescrit, il faut non seulement éviter le lait mais aussi les aliments qui en contiennent (biscuits, yogourts, fromages, pâtisseries...). Il en est de même pour un régime sans œufs (brochure « [Chouette, on passe à table ! Alimentation adaptée en cas d'affection médicale](#) »).

Il est cependant montré que certains aliments non tolérés crus peuvent l'être après cuisson et même permettre une évolution plus favorable de l'allergie qu'une éviction trop rigoureuse.

Il est à noter que la plupart des allergies au lait et aux œufs diminuent fortement après l'âge de 2 ans. Ainsi, 50% des allergies au lait disparaissent avant 1 an, 75% avant 3 ans et 90% à 6 ans. Pour les allergies aux œufs, 50% disparaissent avant 3 ans et 70% avant 5 ans. Les régimes d'éviction doivent donc être revus régulièrement.

- Pour tout enfant qui a eu des manifestations graves de type urticaire important, angioœdème, dyspnée laryngée, voire choc, il est indispensable de rechercher l'aliment responsable. L'anaphylaxie a fait l'objet de recommandations internationales. Elle ne se limite pas au choc anaphylactique. Les réactions respiratoires (œdème de Quincke laryngé, asthme aigu) ne sont pas si rares. L'association de symptômes touchant deux organes ou plus constitue une réaction systémique sérieuse à traiter en urgence. Il faudra donc mettre en place pour l'enfant atteint un projet d'accueil individualisé qui doit préciser les signes d'alertes et prévoir, en collaboration avec le médecin du milieu d'accueil et les parents, les attitudes à avoir et les médicaments à utiliser en fonction des symptômes observés (voir chapitre 5 et Annexe 13). Une fiche de prise en charge spécifique pour ces enfants est disponible sur Excellencis ONE pour les médecins de crèche ou auprès du Référent santé ONE pour les structures n'ayant pas de médecin.

- En cas d'urgence, l'utilisation d'adrénaline peut être nécessaire. L'adrénaline est le traitement de base des réactions anaphylactiques, le seul ayant prouvé son efficacité. Elle est actuellement prescrite sous forme d'un stylo d'épinéphrine injectable à 0,15 mg (7,5 à 30 kg) ou 0,3 mg à partir de 30 kg. La prescription sera faite, s'il y a lieu, par le médecin traitant l'allergie de l'enfant et la formation du personnel assurée par le médecin et le responsable du milieu d'accueil. Ce stylo contenant une quantité d'adrénaline prédéfinie permet à n'importe quelle personne de porter secours à un enfant présentant une réaction allergique grave. L'adrénaline sauve des vies³.

5 ALLERGIES AUX ANIMAUX

- L'exposition précoce aux animaux domestiques tels que, chats ou chiens, a été associée à un rôle de protection sur le développement des allergies dans plusieurs études mais pas dans toutes, ainsi si les parents n'ont pas d'animaux de compagnie, il n'est actuellement pas conseillé que l'enfant ait un contact avec ces animaux dans le milieu d'accueil.

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

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

Il convient donc de :

- Dépister les enfants à risque d'allergie par l'anamnèse familiale et les antécédents personnels (dont l'atopie).
- Déconseiller l'accueil de ces enfants à risque chez une accueillante possédant un animal domestique (si la famille ne possède pas ce type d'animal) ou des animaux de basse-cour même si les précautions sont prises pour éviter le contact direct. En effet, les épithélia allergisants peuvent se retrouver sur les vêtements, dans les moquettes...
- La présence d'animaux domestiques doit être signalée aux parents lors de l'inscription.



EN CONCLUSION

Le rôle du milieu d'accueil est de mettre en place les conditions protectrices (favoriser l'allaitement prolongé, proposer une diversification alimentaire douce, offrir un milieu sain...) et d'être particulièrement attentif aux premiers signes de développement des tableaux allergiques.

3. Flash Accueil n° 28 : « Que faire en cas de choc anaphylactique? »

URGENCES ET ACCIDENTS

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

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

CETTE PRÉPARATION COMPREND PLUSIEURS ASPECTS :

- Une formation théorique et pratique. Cette formation est souhaitable pour toute personne amenée à s'occuper d'enfants. Elle se fera sous la responsabilité du médecin de la collectivité. Celui-ci pourra, si nécessaire, faire appel à des équipes hospitalières ou à la Croix Rouge (formations, prêt de matériel). Il est indispensable de prévoir des « recyclages » réguliers (idéalement tous les deux ans).
- L'objectif de ces formations est d'apprendre à reconnaître l'urgence (signes principaux de chacune des situations d'urgence), connaître les bonnes pratiques en la matière et s'entraîner à réagir en-dehors de la situation de stress).
- Prévoir des dispositifs d'organisation et d'appels internes afin de pouvoir compter immédiatement sur l'aide d'un autre adulte du milieu d'accueil ;
- Préparer des documents qui seront à la disposition des personnes directement en contact avec les enfants :
 - près du téléphone, une liste reprenant les numéros d'appel d'urgence : n° européen : 112 à partir d'un téléphone fixe ou mobile, Centre Antipoisons (070/245 245), médecin, ... ;
 - dans les lieux de vie des enfants, une fiche médicale pour chaque enfant présentant un risque particulier (convulsions, allergies graves,...), avec un algorithme précis en cas de problème, doit être établi par le médecin spécialiste en charge de l'enfant en accord avec les parents et revu au minimum à chaque examen de santé de l'enfant ;
 - dans les lieux de vie des enfants, des fiches synthétiques avec un algorithme précis pour les situations « d'urgence grave » les plus courantes (cf. algorithme pédiatrique page 105).

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

2 LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE DE BASE : DES GESTES À CONNAÎTRE

SITUATIONS À RISQUE

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

LES PRINCIPALES SITUATIONS À RISQUE, D'ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE, SONT :

- Les troubles de la conscience ou pertes de connaissance (traumatisme crânien, convulsions, ...).
- Les obstructions des voies respiratoires : inhalation de corps étrangers .
- Les infections sévères (infections respiratoires, méningites, chocs septiques, ...).
- Les traumatismes (crâniens, thoraciques, abdominaux, ...).
- Les intoxications dont celle au CO.
- Le choc anaphylactique.
- La mort subite du nourrisson ou de l'enfant.
- L'étouffement, la strangulation.
- La noyade.

L'enfant présentant une urgence vitale a souvent perdu connaissance. Il peut cependant encore être conscient mais être angoissé, paniqué, agité, et/ou stuporeux. Il peut paraître pâle, gris ou bleu ; certains apparaissent encore roses. La respiration peut être haletante, irrégulière, accompagnée de pauses. **La rapidité de la prise en charge est essentielle.** La séquence de gestes à poser pour une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) efficace doit être entreprise sur les lieux mêmes du problème pour tenter d'oxygéner le mieux possible les organes vitaux. Elle doit être réalisée directement par celui ou ceux qui sont les premiers sur place. Aucun matériel n'est requis.

2.1 EVALUATION

- S'assurer d'abord de la sécurité de la victime, du sauveteur et de l'entourage.
- Evaluer l'état de conscience en questionnant l'enfant, en le stimulant légèrement (sans le secouer) et en faisant du bruit (comme frapper dans les mains) :
 - si l'enfant répond (paroles ou mouvements) : le laisser dans sa position (si absence de danger) et l'évaluer. Essayer de déterminer son problème. Chercher ensuite de l'aide, appeler le médecin, ou, si nécessaire, les secours au 112. Réévaluer régulièrement son état de conscience ;
 - si pas de réponse : point 2.2 ci-dessous.

2.2 APPEL À L'AIDE

a. **L'aide de proximité** : la présence d'une autre personne permettra de se répartir les tâches : réanimer et appeler puis accueillir et guider les services d'urgence.

b. **Les secours d'urgence** : si la personne secourant l'enfant est seule, elle doit pratiquer la réanimation pendant une minute avant d'appeler les secours d'urgence. Ces recommandations se basent sur des temps moyens d'arrivée des secours nettement plus longs que chez nous. Si la situation paraît d'emblée dramatique, si votre appel au 112 est bref, limité à l'essentiel, faire appel aux secours avant d'entamer les manœuvres de réanimation permet de se consacrer à celles-ci sans contrainte supplémentaire.

Je suis Mr-Mme Un-e Tel-le.

Je suis employé-e dans le milieu d'accueil d'enfants *
situé n° * rue * dans la localité * à *
tel * ou tel * étage.

Je suis confronté-e à un enfant en grande détresse
cardio-respiratoire.

Terminer la conversation en posant la question
« Vous m'avez bien compris ? »

Ce n'est pas le moment de « palabrer » mais le sauveteur doit attendre la confirmation de l'opérateur 112 avant de raccrocher. Si une minute de réanimation précède l'appel des secours un chronomètre permet d'objectiver le temps écoulé ou en l'absence, il convient de se limiter à quelques insufflations (5) et compressions thoraciques (15).

2.3 POSITIONNER L'ENFANT

Coucher l'enfant à plat sur une surface dure. Stabiliser la nuque dans l'axe du corps tant qu'un traumatisme cervical n'est pas exclu (en cas de chute par exemple). Si l'enfant doit être déplacé (en raison de problème de sécurité ou d'accès) mobiliser le corps de l'enfant sans laisser balancer la tête.

2.4 OUVRIR LES VOIES RESPIRATOIRES

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

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

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

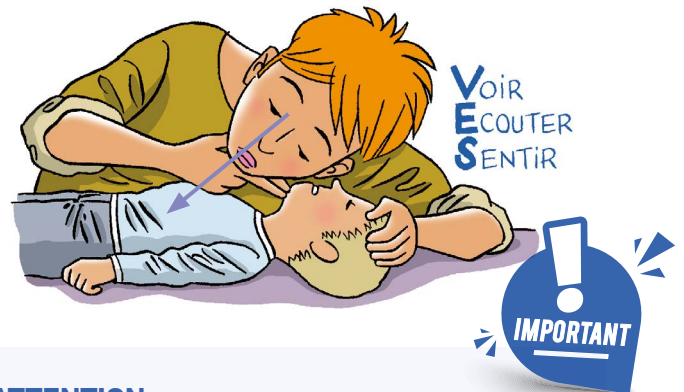
Regarder à l'intérieur de la bouche. Si un corps étranger est visible, il faut essayer de le déloger à l'aide d'un doigt, plié en crochet et recouvert éventuellement d'un mouchoir. **Cette manœuvre ne peut jamais être faite à l'aveugle et doit être brève.**

2.5 EVALUATION DE LA RESPIRATION

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

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

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



ATTENTION

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



2.6 VENTILATION ARTIFICIELLE

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

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

POUR QUE LES INSUFFLATIONS SOIENT EFFICACES, LES CONDITIONS SUIVANTES SONT NÉCESSAIRES :

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

2.7 RECHERCHE DES SIGNES DE VIE

RECHERCHER LA PRÉSENCE DE SIGNES DE VIE PENDANT 10 SECONDES :

- voir, écouter, sentir la respiration normale ;
- vérifier la présence de mouvements de l'enfant ;
- vérifier la présence de toux lors de la stimulation ;
 - si l'enfant ne semble donner aucun signe de vie, ou si l'on hésite, commencer les compressions thoraciques (point 2.8.).

2.8 COMPRESSIONS THORACIQUES

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

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

- **Enfant de moins de 1 an (nourrisson) :**
 - placer l'index et le majeur ou le majeur et l'annulaire d'une main verticalement sur la moitié inférieure du sternum et commencer les compressions thoraciques ; permettre à la cage thoracique de revenir dans sa position de base entre chaque

compression tout en maintenant la position des doigts. L'autre main tient la tête de manière à maintenir les voies aériennes ouvertes ;



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



- Enfant de plus de 1 an :

- poser le talon de la main sur la moitié inférieure du thorax, en relevant les doigts de manière telle qu'aucune compression n'est réalisée en dehors du sternum ; se placer avec les épaules à la verticale du thorax de l'enfant ; tendre les coudes ; utiliser le poids du corps pour déprimer le thorax d'un tiers de sa hauteur ; relâcher la pression sans que le talon de la main ne quitte la paroi thoracique ;



- 1 Repérer
- 2 Poser le talon de la main

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

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

Si le sauveteur est seul, il part appeler à l'aide après 1 minute de réanimation. Quand il revient, il recommence immédiatement les cycles 15/2.

Si deux sauveteurs sont présents, ils continuent la réanimation cardio-pulmonaire avec des cycles de compressions / ventilations de 15/2.

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

2.9 POURSUITE DE L'INTERVENTION

Si aucun signe de vie n'apparaît après 1 minute de réanimation (5 insufflations 15 compressions) et si ce n'est fait, c'est le moment d'appeler les secours (112).

En étant précis et rapide.

Les renseignements à donner peuvent être affichés près du téléphone !

- Lorsqu'un enfant inconscient ou en détresse est laissé seul, il faut privilégier la PLS. Sauf si l'enfant a moins d'un an ou s'il y a suspicion d'un traumatisme crânien.



- Lorsqu'un enfant est petit et peut être pris dans les bras, un sauveteur seul peut l'emporter avec lui s'il est capable de poursuivre les compressions thoraciques en ayant l'enfant dans les bras et si l'enfant n'est pas victime d'un accident.

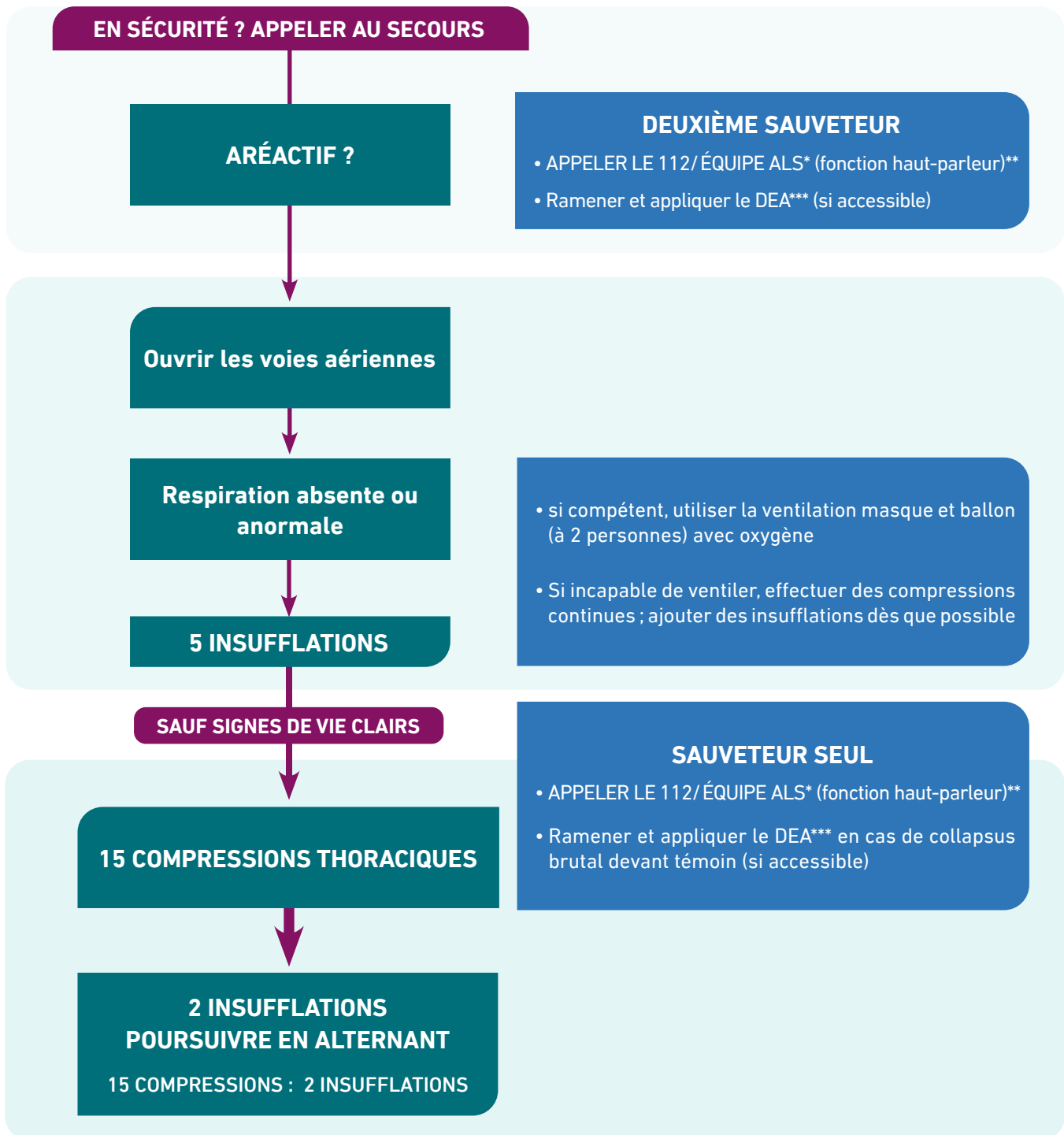
Une victime d'accident traumatique ne peut en effet être déplacée que si elle est en insécurité là où elle se trouve.



2.10 POURSUITE DE LA RÉANIMATION

La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de l'enfant est poursuivie jusqu'à la réapparition de signes de vie, l'épuisement du sauveteur ou l'arrivée des secours. (2 insufflations / 15 compressions).

2.11 ALGORITHME DE LA RÉANIMATION PÉDIATRIQUE DE BASE¹



* Équipe ALS = Équipe de réanimation médicalisée

** Activer le téléphone en mode haut-parleur afin que le 1^{er} sauveteur puisse entendre les instructions de l'équipe médicale tandis qu'il pratique la RCP

*** DEA = Défibrillateur Externe Automatisé

3 CONDUITE À TENIR DANS DIVERSES SITUATIONS

3.1 MORT SUBITE DU NOURRISSON

3.1.1 INTRODUCTION

Le risque de mort subite du nourrisson (MSN) au cours du sommeil (mort au berceau) est de 0,5 cas pour 1000 naissances. La MSN touche les enfants de moins d'un an, le risque maximal se situant entre 2 et 6 mois. Dans l'état actuel des connaissances, il convient d'en référer à un médecin compétent qui décidera d'éventuels examens complémentaires lorsque l'un de ces symptômes est présent :

- fatigue anormale ou malaise lors de l'alimentation ;
- spasme du sanglot ;
- bruit respiratoire, ronflement pendant le sommeil ;
- épisodes de transpiration profuse pendant le sommeil ;
- pâleur ou cyanose pendant le sommeil.

Ces signes ne sont pas spécifiques, mais constituent des facteurs de risque de malaise grave ou de mort subite pendant le sommeil.

Certains facteurs de risque particuliers (prématurité ou dysmaturité importantes, antécédents de malaise grave, pathologies neuro-musculaires, anomalies ORL...) justifient une surveillance par moniteur cardio-respiratoire.

Vis-à-vis de tous les bébés (pour un sommeil « sécuritaire »)

- Position dorsale sur un matelas ferme, sans oreiller.
- Éviction du tabac dans l'environnement (tant postnatal que prénatal).
- Éviter de chauffer les pièces où les enfants dorment à plus de 18°C, l'usage d'un ventilateur peut être utile.
- Aérer quotidiennement.
- Utiliser un sac de couchage à bretelles (turbulette) avec des vêtements adaptés à la température ambiante.
- Avoir une literie adaptée (voir les normes) et en bon état (idéalement un nouveau matelas par nouvel enfant).
- Utiliser le cas échéant une sucette à l'endormissement.
- Dégager si nécessaire le nez à l'endormissement.
- Favoriser l'allaitement maternel, respecter le calendrier vaccinal, protéger des infections.
- Éviter tout ce qui pourrait asphyxier ou étrangler l'enfant (chaînes, cordons, parures, peluches, présence d'animaux domestiques...).

L'emballage et l'inclinaison du lit ne répondent pas à ces recommandations ; il s'agit éventuellement d'indications particulières à discuter au cas par cas.

Plusieurs recherches dans le monde ont montré que le risque de mort subite du nourrisson augmente très nettement quand l'enfant fréquente un milieu d'accueil (particulièrement au début).

Il est dès lors conseillé de :

- pratiquer des durées d'accueil très progressives et avant l'accueil de familiariser pendant un temps suffisant le bébé au nouvel environnement et aux nouvelles personnes ;
- bien connaître les enfants et respecter leur rythme veille-sommeil ;
- limiter le nombre d'adultes différents s'occupant des bébés et confier chaque bébé à la vigilance d'un adulte référent ;
- bénéficier d'espace, de lumière pour exercer une surveillance accrue pendant la sieste (visuelle et tactile), surtout dans les cas où un état inhabituel est signalé le matin par les parents.

Vis-à-vis des bébés monitorisés

Il convient de familiariser le personnel au fonctionnement de l'appareil et de lui apprendre à avoir les réactions adéquates en cas d'alarmes.

3.2 DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Un enfant peut présenter une détresse respiratoire dans des circonstances très diverses. L'enfant est plus fragile que l'adulte sur le plan respiratoire et peut se déstabiliser plus rapidement que lui. Un enfant peut respirer difficilement si, par exemple, il a avalé de travers (inhalé) un objet, un aliment ou des vomissements. Il peut suffoquer s'il a enfoncé sa tête dans la literie, s'il a entouré sa tête d'un sac plastique ou s'il s'est étranglé (attention aux embrasses de rideaux, aux colliers, aux chaînes, aux fixations dans les lits, ...). Beaucoup de ces accidents peuvent être évités par des précautions élémentaires. D'autres maladies sont responsables de détresse respiratoire ; l'asthme, les bronchiolites et les pneumonies sont des exemples fréquents.

QUELQUES CAS PARTICULIERS DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

3.2.1 LARYNGITE SÉVÈRE

Une laryngite se traduit chez l'enfant par de la fièvre, une toux rauque et sèche, une voix enrouée ou éteinte. Lorsque l'inflammation de la paroi laryngée devient importante, l'enfant commence à faire des efforts pour respirer ; il va présenter, à chaque inspiration, un bruit ainsi qu'un creusement à la jonction du cou et du thorax. Souvent il préférera alors se tenir assis, à moins qu'il ne soit trop petit pour le faire. Ses activités vont se réduire au fur et à mesure que l'obstruction de son larynx devient impor-

tante ; son regard peut devenir inquiet. **Les enfants de moins de 3 ans constituent le groupe à risque de détresse respiratoire sévère en cas de laryngite.**

D'autres maladies peuvent se présenter de la même manière. La prise en charge est la même.

CONDUITE À TENIR

- Calmer l'enfant, le laisser dans la position qu'il adopte spontanément (souvent assis ou sur le ventre), le prendre éventuellement sur ses genoux si cela le rassure.
- Ne jamais regarder dans la gorge d'un enfant qui respire difficilement et qui présente de la fièvre.
- Appeler d'urgence les secours médicalisés qui administreront un traitement par aérosol, par voie orale ou, dans les cas très sévères, par injection. Une hospitalisation sera souvent requise.

3.2.2 CORPS ÉTRANGERS ASPHYXIANTS² :

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

L'étouffement par corps étranger est souvent typique : brutalement, l'enfant, qui était en parfaite santé, fait un accident dramatique : il devient tout bleu, se débat furieusement, essaie de respirer sans y arriver et en général se met à tousser violemment. Malheureusement, ces symptômes initiaux se produisent souvent sans témoin. Un épisode brutal de détresse respiratoire chez un enfant bien portant doit donc toujours y faire songer, surtout si cet enfant était en train de manger ou de jouer avec des petits objets. Il faut également y penser si les voies aériennes d'un enfant en arrêt respiratoire restent obstruées malgré les manœuvres adéquates d'ouverture de celles-ci.

CONDUITE À TENIR

- Si l'enfant tousse de manière efficace, aucune manœuvre externe n'est nécessaire. Il faut encourager l'enfant à tousser et continuer à le surveiller.
- Si la toux est ou devient inefficace, il faut immédiatement appeler à l'aide et évaluer l'état de conscience de l'enfant :

→ Si l'enfant est toujours conscient :

- ⊙ Administrer 5 tapes dans le dos, entre les 2 omoplates :
 - **Le nourrisson** est pris sur les genoux du sauveteur qui s'est préalablement assis ou agenouillé ; l'enfant est placé sur le ventre, la tête en bas. Sa tête est maintenue par la main qui ne réalise pas les compressions, les doigts soutenant les angles de la mâchoire sans comprimer le cou (figure 1)

Figure 1



- **Le petit enfant** est aussi placé sur les genoux, comme le nourrisson.
- **L'enfant** est invité à se pencher en avant, tout en restant debout (figure 3).

Figure 3



- ⊙ Si le corps étranger n'est toujours pas expulsé, administrer 5 compressions thoraciques chez le nourrisson ou 5 compressions abdominales chez l'enfant (> 1 an) :
 - Le nourrisson, toujours sur les genoux, est tourné sur le dos, en veillant à maintenir sa tête lors de ce mouvement puis à garder les voies aériennes ouvertes : le bras libre du sauveteur se place le long du dos de l'enfant et sa main encercle l'occiput (figure 2); les 5 compressions sont données sur la moitié inférieure du sternum, 1 cm au-dessus de l'appendice xiphoïde. Ces compressions doivent être énergiques.

Figure 2



- pour un enfant, le sauveteur se met derrière lui, encercle son thorax en passant sous ses bras et place un poing entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic (région de l'estomac). L'autre main ayant recouvert la première, le sauveteur réalise un mouvement allant de dehors en dedans et de bas en haut ; (figure 4 : manœuvre de Heimlich).

Figure 4



- ⊙ Réévaluer l'état de l'enfant après ces 5 compressions. Si le corps étranger n'a pas été expulsé et que la victime est toujours consciente, les mêmes gestes doivent être répétés avec la même séquence.

→ Si l'enfant est inconscient :

- ⊙ veiller à ce que quelqu'un appelle les secours d'urgence ;
- ⊙ commencer les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) en ouvrant d'abord les voies aériennes (voir point 2) ;
- ⊙ rappel : un corps étranger ne peut être enlevé avec un doigt, plié en crochet, que s'il est vu ; ce geste doit être bref ;
- ⊙ lorsque, après 15 compressions thoraciques, les voies aériennes sont ouvertes pour administrer les insufflations, regarder dans la bouche si le corps étranger n'est pas apparu ;
- ⊙ continuer la RCP tant que l'enfant est inconscient et ne respire pas.

Tout enfant ayant inhalé un corps étranger doit être vu par un médecin, même s'il a récupéré. Ses parents doivent être avertis.

PREVENTION

- Proscrire les objets ou aliments solides de petite taille (ex : cacahuètes) en présence d'enfants.
- Choisir des jouets adaptés à l'âge de l'enfant.

3.2.3 NOYADE

Un enfant en bas âge peut se noyer dans un seau d'eau ou dans une baignoire remplie de quelques centimètres seulement. Les barrières autour de points d'eau constituent souvent de fausses sécurités.

CONDUITE À TENIR

- Contrôler la respiration, la coloration, l'état de conscience.
- Si nécessaire entamer la RCP.
- Penser à immobiliser la colonne vertébrale en cas de doute par rapport à un traumatisme avant ou pendant la chute dans l'eau.
- Quoiqu'il en soit, consulter un médecin.

PREVENTION

- Barrière de plus de 120 cm autour des points d'eau.
- Aucun enfant de moins de 4 ans ou épileptique connu seul dans son bain.
- Aucun enfant de moins de 12 ans seul dans une piscine.

3.3 SAIGNEMENT NASAL

Un saignement nasal peut être parfois spontané ou associé à une irritation des muqueuses.

CONDUITE À TENIR

- Enfiler des gants jetables (ou utiliser une alternative pour ne pas être en contact direct avec le sang).
- Faire asseoir (ou redresser) l'enfant et repérer l'origine du saignement.
- Lui conseiller de pencher la tête vers l'avant. Comprimer la narine qui saigne durant 10 minutes puis vérifier si le saignement s'est arrêté. Ne pas introduire de tampon dans la narine.

3.4 SIGNES ÉVOCATEURS D'UNE MÉNINGITE

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

- fièvre ;
- nausées ou vomissements ;
- maux de tête importants, gémissements ;
- raideur de nuque : l'enfant se tient en chien de fusil (position antalgique) et se plaint lorsqu'on le mobilise ;
- modification du comportement : somnolence, refus alimentaire, altération de la conscience, coma ;
- douleurs musculaires ou à la marche ;
- détérioration de l'état général, teint gris ;
- convulsions ;

- fontanelle bombante (s'il s'agit d'un nourrisson) ;
- éruption caractéristique de pétéchies, d'une teinte rouge violacé, surtout aux extrémités et sur le thorax, se multipliant assez rapidement et ne disparaissant pas à la pression.

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

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

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

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

Si certains signes seulement sont présents (fièvre, vomissements,...) et ne s'accompagnent pas d'une altération marquée de l'état général ou de somnolence, on informera les parents et on s'assurera qu'ils puissent venir chercher l'enfant sans délai et aller consulter rapidement un médecin. Dans le cas contraire, c'est au milieu d'accueil qu'il revient de prendre les mesures nécessaires pour que l'enfant soit examiné sans tarder.

3.5 CONVULSIONS

INCIDENCE

Les convulsions surviennent le plus souvent dans un contexte de température élevée, lié à une affection bénigne la plupart du temps mais pouvant être sévère (rarement).

Environ 2% des enfants âgés de 6 mois à 5 ans présentent un épisode de convulsions fébriles surtout s'il y a élévation brutale de la température corporelle. Une histoire familiale est souvent retrouvée.

DIAGNOSTIC

La convulsion se reconnaît par :

- une perte de connaissance avec chute potentielle ;
- l'enraidissement du corps (visible surtout au niveau de la bouche et des membres) ;
- des mouvements saccadés des membres, du visage, du tronc ;
- l'enfant présente souvent également une cyanose (lèvres bleutées), un encombrement respiratoire, une hypersalivation.

La plupart des convulsions sont brèves (quelques minutes). Il faut savoir qu'un épisode convulsif qui dure plus de 15 minutes peut entraîner des lésions du cerveau. L'administration d'un médicament se justifie donc dans le milieu d'accueil en cas de convulsion-s de longue durée

(>5 minutes) et sur avis médical.

Les épisodes de convulsions sont le plus souvent suivis d'une période de somnolence postcritique au cours de laquelle l'état de conscience de l'enfant reste altéré.

PREVENTION



Au cours d'un épisode fébrile, surveillance attentive de la température et administration de paracétamol par voie orale.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE CONVULSION

Les convulsions impressionnent toujours. Lorsqu'elles se produisent, l'enfant ne contrôle pas ses gestes : il peut se blesser ; il peut aussi avaler de travers et s'étouffer.

- Coucher l'enfant de plus d'un an en position latérale de sécurité, si possible sur une couverture ou un vêtement pour amortir les chocs.
- Ecarter de lui les objets susceptibles de le blesser.
- S'assurer de la perméabilité des voies aériennes et de la respiration (tête sur le côté). Ne rien mettre dans la bouche de l'enfant (essuie, objet,...).
- Apprécier la température de l'enfant et le dévêtir.
- Apprécier, si possible, la façon dont l'épisode de convulsions se déroule et sa durée.
- Si l'épisode convulsif cède rapidement (2 à 3 minutes), spontanément ou suite à un traitement prescrit (prescription de benzodiazépines lors d'une récurrence) il faut prévenir le médecin traitant, le pédiatre, ou le médecin du milieu d'accueil qui jugera des mesures à prendre. Lors d'un premier épisode, une prise en charge hospitalière est le plus souvent indiquée.
- Un épisode convulsif qui dure plus de 3 à 5' devient une urgence qui justifie l'administration de médicaments (tels les benzodiazépines) et/ou l'intervention des services d'urgence.
- Ne pas administrer un suppositoire antipyrétique avant l'arrêt des convulsions (l'excipient gras contenu dans le suppositoire peut ralentir l'absorption du médicament anti-épileptique que le médecin voudra donner).

Toute convulsion doit conduire à l'appel d'un médecin, voire d'une ambulance, selon la durée de la crise, la réponse au traitement et les circonstances.

3.6 RÉACTIONS ALLERGIQUES

Des réactions allergiques peuvent se produire après une ingestion, un contact cutané ou une inhalation d'allergène, voire à une injection intradermique (piqûres d'hyménoptères : guêpes, abeilles...).

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

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

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

CONDUITE À TENIR

- Évaluer l'importance des symptômes et leur évolution : si nécessaire appeler d'urgence le médecin qui fera une injection d'adrénaline ou de corticoïdes.
- En cas de détresse respiratoire, laisser l'enfant en position assise et appeler le 112.
- En cas de perte de connaissance, commencer la RCP.
- En ce qui concerne les piqûres :
 - enlever le dard (abeille) afin de limiter l'injection de venin ;
 - savonner et désinfecter localement : appliquer du froid (glace ou glaçons recouverts, compresses d'eau glacée).

3.7 ACCIDENTS

3.7.1 ABSORPTION DE PRODUITS TOXIQUES

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

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

Les Philodendrons, Dieffenbachia, Ficus, Poinsettia, Houx, Gui, Pommier d'amour sont à mettre hors de portée des enfants (irritations des muqueuses, troubles digestifs, œdème pharyngé, ...). Même l'eau d'un vase peut être

toxique (Muguet). Dans le jardin, de nombreuses espèces contiennent des fleurs ou fruits toxiques (Digitale, If, Cytise, ...).

CONDUITE À TENIR

Après avoir examiné très rapidement l'enfant, téléphoner au Centre Antipoison 070/245245 qui vous renseignera sur la conduite à tenir.

3.7.2 PLAIES ET MORSURES

Bien inspecter et désinfecter les plaies, évaluer la nécessité d'une suture. Si la plaie dépasse 1 cm de long et/ou reste béante et/ou saigne plus de 5 minutes, elle nécessitera une fermeture (suture, stér strips ou colle spéciale par un médecin). Appeler les parents.

En cas de plaie due à une **morsure** d'enfant, penser à appliquer des compresses froides avant de désinfecter, pour réduire la tuméfaction. S'il y a un bris cutané, le virus de l'hépatite B peut être transmis lorsque l'un des enfants est infecté. La transmission du virus de l'immunodéficience humaine par morsure n'a jamais été démontrée.

Ne jamais ôter un **corps étranger** de grande taille (plaie pénétrante) : il doit être retiré par un médecin. En ce qui concerne **les pincements de doigts**, il faut savoir que l'hématome se trouvant sous un ongle peut recouvrir une fracture ouverte avec risque d'infection sévère.

CONDUITE À TENIR

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

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

Pour les **blessures aux yeux** : en cas de projection d'une substance quelconque, rincer doucement avec de l'eau pendant au moins 15 minutes. Appeler le centre Anti-poison. Tout œil douloureux ou blessé doit être vu par un médecin : ne pas frotter un œil blessé ni essayer d'ôter un corps étranger incrusté dans l'œil.

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

psychomotrice suffisante de l'enfant, conditions difficiles à respecter dans un milieu d'accueil.

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

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

3.7.3 BRULURES

Il peut s'agir de :

- brûlure des muqueuses buccale et oesophagienne : par ingestion d'un liquide bouillant (attention au four à micro-ondes pour réchauffer les biberons !) ou par absorption de produits caustiques (voir plus haut). Au cas où l'examen clinique montre une brûlure de la langue et du pharynx ou s'il apparaît des difficultés d'alimentation (dysphagie), une oesophagoscopie peut devoir être réalisée de manière précoce ;
- brûlure cutanée : par aspersion de liquide bouillant ou immersion dans un bain trop chaud. Les conséquences générales sont d'autant plus graves que la brûlure est étendue (pourcentage critique : 5% de la surface corporelle; pour rappel, la paume de la main représente 1% de la surface corporelle). Le degré (présence de cloques, aspect sec, parcheminé, noir ou blanc) et la localisation (yeux, visage, mains et périnée surtout) sont aussi des facteurs qui vont influencer la nécessité d'hospitaliser. Appeler les parents et consulter un médecin si lésion plus étendue ou plus profonde.

CONDUITE À TENIR

- Rincer à l'eau fraîche (15°C) pendant 15 minutes et à une distance de 15 cm (règle des 3x15) : dilution de l'agent causal et atténuation de la douleur.
- Appliquer un pansement hydro-colloïdal ou, à défaut, des compresses de gaze stérile (de préférence avec une face externe plastifiée), envelopper dans un linge propre s'il s'agit d'une brûlure étendue. Dans le doute, demander un avis médical avant toute application. Si la brûlure est plus grave ou plus étendue (ou mal située), hospitaliser l'enfant.

CAS PARTICULIER : L'ELECTROCUTION

L'électrocution peut entraîner des brûlures parfois très sévères, surtout au niveau buccal. Elle peut également provoquer un arrêt cardiorespiratoire (voir point 2réanimation cardio-pulmonaire). Avant de porter secours, il convient de couper le courant lorsque l'enfant est encore en contact avec le conducteur et appeler le 112.

3.7.4 CHUTES

La plupart des chutes sont heureusement sans conséquences. Certaines d'entre elles peuvent cependant entraîner des lésions, parfois sévères. Une surveillance s'impose donc chaque fois.

QUAND APPELER UN MEDECIN

- Choc important sur la tête.
- Enfant de moins de 1 an.
- Perte de connaissance (même brève) ; troubles de la conscience ou du comportement secondaires.
- Convulsions ; mouvements anormaux et/ou asymétriques ; troubles de la marche.
- Céphalées.
- Raideur de nuque, douleur au ventre, à un membre, en respirant...
- Vomissements, surtout plusieurs heures après.
- En cas de doute.

CONDUITE À TENIR

- L'enfant est mis en position allongée, la tête bien droite, dans l'axe du tronc. S'il faut absolument le déplacer, quelqu'un tire doucement sur la tête et la maintient dans l'axe pendant que plusieurs personnes le soulèvent en bloc en plaçant leurs mains sous l'ensemble du corps.
- Si l'enfant est inconscient et ne respire pas normalement, débiter la réanimation cardiopulmonaire sans perdre de temps.
- Comprimer toute plaie qui saigne, sans faire de garrot ; faire ensuite un pansement en ayant désinfecté la zone (se protéger du contact avec le sang et jeter dans un sac plastique tout ce qui est souillé).
- Eviter la mobilisation d'un membre douloureux. S'il n'y a pas de plaie associée, appliquer de la glace ou un cold pack enveloppé dans un linge pendant 20 minutes maximum. S'il y a une plaie, la couvrir avec un bandage propre et poser une attelle (matériel rigide). Si le pied ou la main est froid ou décoloré (pâle ou bleu), appeler le 112.

3.8 LA MALTRAITANCE

Par rapport au Guide de Médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, il convient d'ajouter l'un ou l'autre élément.

Comme le médecin et le Pep's associés au milieu d'accueil, le personnel de celui-ci a un accès privilégié au corps de l'enfant et peut l'observer, seul et en interaction, pendant des périodes prolongées. Ce personnel a de nombreuses possibilités de détection ou de suspicion d'une maltraitance.

Des faits de maltraitance grave peuvent aussi se produire dans le milieu d'accueil. Il convient d'y être particulière-

ment attentif. Si de tels faits sont suspectés, le recours à une aide spécialisée est indispensable, associée aux démarches réglementaires.

En cas de suspicion de maltraitance, un réseau doit alors se constituer, avec des intervenants liés au milieu d'accueil et qui, selon les cas, s'ouvrira vers une Equipe SOS, un SAJ, le Parquet du Procureur du Roi. Le Coordinateur accueil/Agent conseil, le Conseiller pédiatre et le Référent maltraitance.

Fascicule de référence :

Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant?

M'appuyer sur un réseau de confiance.



3.8.1 SECOUER UN NOURRISSON, UN ACTE DANGEREUX

Rares sont les parents ou les professionnels qui peuvent affirmer n'avoir jamais été désespérés dans des situations aussi difficiles qu'un enfant qui nous met en échec, par ses pleurs, par son entêtement, par son opposition parfois systématique... certains perdent patience et peuvent en arriver à secouer un enfant.

Il peut arriver aussi que des parents ou des professionnels secouent un nourrisson parce qu'ils le retrouvent pâle et inanimé ou parce qu'il semble s'étouffer avec un petit objet ou au cours de vomissements, ou encore plus simplement en jouant avec lui en le lançant en l'air sans avoir bien conscience de sa fragilité.

Le syndrome de l'enfant secoué se voit principalement chez les enfants de 1 à 15 mois (le plus souvent autour de 6 mois).

Secouer un jeune enfant s'avère particulièrement dangereux pour les raisons suivantes: d'une part, sa tête est relativement volumineuse par rapport au reste du corps et les muscles du cou sont hypotoniques, et d'autre part son cerveau étant plus petit que la boîte crânienne, il est projeté avec force d'avant en arrière et/ou dans un mouvement rotatoire contre les os du crâne. Les conséquences peuvent être des lésions hémorragiques plus ou moins diffuses en divers endroits du cerveau, des lésions au niveau de la moelle épinière cervicale, ou des fractures du crâne si la tête de l'enfant heurte une surface dure au cours du secouement.

On peut observer au niveau des yeux des hémorragies plus ou moins étendues de la rétine (chez 80 à 90% des bébés secoués). Ces lésions peuvent laisser des cicatrices responsables d'une diminution de la vision voire même de cécité.

Les lésions sont assez caractéristiques et bien identifiables en imagerie médicale (résonance magnétique ou scanner cérébral) ou à l'étude du fond d'œil.

Les conséquences de ces lésions peuvent être très variables. Le taux de mortalité parmi les bébés secoués varie entre 15 et 25%. Les séquelles neurologiques sont fréquentes, certaines apparaissant dans les années qui suivent : déficit moteur (hémiplégie, tétraplégie), troubles visuels graves ou épilepsie, retard de développement ou retard mental, troubles des apprentissages (présents chez 90% des enfants) et souvent aussi du comportement.

Les signes d'appel sont une pâleur, une altération de l'état général (difficultés cardio-respiratoires, hypothermie), des troubles digestifs (vomissements, anorexie), un changement de comportement (l'enfant devient grincheux voire apathique, hypotonique), des troubles de la conscience (sommolence pouvant aller jusqu'au coma), des convulsions, une fontanelle tendue ou une augmentation trop rapide du périmètre crânien, ou par la suite une cassure de la courbe du périmètre crânien témoignant d'une atrophie cérébrale. Après un tel événement, il est nécessaire d'agir sans délai et d'amener directement l'enfant aux urgences, ou d'appeler une ambulance (selon son état de conscience ou en cas de convulsions...) Un traitement d'urgence s'impose qui permettra d'éviter au maximum les séquelles voire le décès.

Même s'il est asymptomatique, l'enfant secoué doit être examiné le plus rapidement possible, afin de réaliser les examens nécessaires et si nécessaire mis en observation.

Certains parents ont du mal à reconnaître les faits et élaborent un récit plus ou moins cohérent pour expliquer l'état de l'enfant. Il faut savoir que l'ensemble des constatations cliniques, radiologiques et ophtalmologiques permet en général aux médecins d'établir un diagnostic qui met ce récit en défaut. On se retrouve alors dans une situation difficile.

En fonction de la situation, le médecin pourra faire appel à une équipe compétente (psychologue, équipe SOS enfants, SAJ, Parquet...) qui assurera l'accompagnement des parents et la protection de l'enfant.

3.9 RISQUE NUCLEAIRE³

3.9.1 COMPRIMÉS D'IODE

Le Plan fédéral d'urgence nucléaire prévoit que des comprimés d'iode stable puissent être administrés aux enfants, femmes enceintes et allaitantes sur tout le territoire belge en cas d'accident nucléaire, si la quantité d'iode radioactif dans l'air le justifie.

3. Flash Accueil N° 36 : «Le risque nucléaire»

Cette mesure vise à prévenir le risque de cancer de la thyroïde. En effet, en administrant de l'iode non radioactif en cas d'accident nucléaire, on peut empêcher l'absorption d'iode radioactif dans la glande thyroïde, en espérant réduire ainsi le risque de cancer de la thyroïde. Ce risque est particulièrement élevé chez les enfants, tandis que les contre-indications à la prise d'iode sont exceptionnelles et les effets secondaires rares.

Les enfants, les femmes enceintes et allaitantes sont donc les publics les plus sensibles devant être particulièrement protégés contre ce risque de cancer.

MESURES À PRENDRE

Toute collectivité d'enfants doit disposer d'une réserve de comprimés d'iode stable (disponible gratuitement en pharmacie).

Conservez ces boîtes au sein de votre collectivité, dans la pharmacie du milieu d'accueil.

3.9.2 ZONES DE PLANIFICATION NUCLÉAIRE ET MESURES D'URGENCE.

Des zones de planification autour des centrales nucléaires ont été établies par les autorités.

Pour la mise à l'abri ainsi que la prise de comprimés d'iode stable :

- une zone de **20km** autour des sites de Doel, Tihange, Mol-Dessel, Borssele et Chooz ;
- autour de l'installation de l'IRE à Fleurus, la zone s'étend jusqu'à **10km** autour du site.

Toutefois, c'est sur l'ensemble du territoire belge que la pré-distribution de comprimés d'iode stable est effectuée via toutes les pharmacies du pays à l'attention des groupes les plus sensibles de la population (pour les enfants, les femmes enceintes et allaitantes, ainsi qu'au sein des collectivités liées à l'enfance).

Pour l'évacuation de la population :

- dans une zone de **10km** autour des sites de Doel, Tihange, Borssele et Chooz ;
- dans une zone de **4km** autour des installations de la région de Mol-Dessel ;
- autour de l'installation de l'IRE à Fleurus, cette action n'est pas spécifiquement préparée vu la réalité du site et des scénarii possibles d'incidents.

Mesures à prendre

Chaque collectivité située dans les zones de planification est invitée également à se préparer en cas d'accident nucléaire.

- Informez-vous sur le risque nucléaire et les bons réflexes à adopter en cas d'accident nucléaire www.risquenucleaire.be.
- Rédigez votre Plan interne d'urgence, testez-le et réactualisez-le régulièrement.

- Inscrivez-vous à BE-Alert.
- Abonnez-vous aux médias sociaux de votre commune, de votre Gouverneur et informez-vous concernant les agents chargés de ces plans dans votre commune (agent PLANU).

PHARMACIE DE BASE

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

Ils seront apportés par les parents et administrés uniquement sur prescription médicale. Celle-ci doit être au nom de l'enfant (datée et signée par un médecin, reprenant le nom du médicament, le dosage, la fréquence et la durée du traitement). Ils seront rangés dans la pharmacie (hormis s'ils doivent être conservés au frigo). Aucun médicament (y compris homéopathique ou phytothérapeutique et même ceux en vente libre) ne sera administré sans attestation médicale à l'exception du paracétamol en cas de fièvre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ (avec information des parents). Cette règle est motivée par le fait qu'il faut éviter de masquer des symptômes (plaintes, douleurs) avec comme risque un délai dans le diagnostic et une prise en charge trop tardive. De même, prolonger un traitement sans avis médical peut amener à une aggravation ou la survenue de complications de cette maladie. Enfin, toute médication peut avoir des effets secondaires, soit liés à sa nature ou son dosage, soit à une susceptibilité individuelle (allergie...), soit par son interférence avec un autre traitement déjà suivi par l'enfant. Il n'est donc pas anodin d'administrer un médicament quel qu'il soit pendant l'accueil.

La pharmacie de base est donc réduite. Elle n'a pour objectif que de permettre d'assurer des soins urgents : petit matériel pour des soins courants (bandages, pansements, désinfectants...), paracétamol pour le traitement de la fièvre et éventuellement de la douleur (avec prudence et moyennant l'accord des parents), adrénaline en cas de réaction vaccinale (en présence du médecin), iode (si alerte nucléaire), prescription de traitement chimioprophylactique (en cas d'infection grave dans la collectivité).

Il faut prévoir une personne dans le MA chargée de vérifier régulièrement : la pharmacie est-elle complète ? Y a-t-il encore assez en quantité (sirop, pansements...), quelle est la date de péremption de ses constituants ? Dois-je prévoir de demander à la prochaine consultation une prescription pour pouvoir racheter l'un ou l'autre produit ? Y a-t-il un mode d'emploi joint (par exemple pour les doses de paracétamol en fonction du poids, pour le dosage de l'adrénaline, de l'iode...) ? *Si cette personne devait s'absenter pour une longue période, il serait utile de prévoir son remplacement dans cette fonction également ...*

1 PRODUITS D'USAGE COURANT

- Paracétamol
 - En cas de fièvre.
 - Dose (15mg/kg/prise, max 60 mg/kg/j)
 - Formes à administration orale (sirop) de préférence aux formes à administration intra-rectale (suppositoires) car mieux adaptées au poids des enfants.

- Sérum physiologique :
 - En flampules unidoses de 5 ml (procédé d'utilisation stérile, usage individuel).

- Désinfectants :

Les désinfectants à base d'iode doivent être proscrits (il est important d'éviter l'iode chez le petit enfant)

- Chlorhexidine aqueuse : en cas de blessure, lésion cutanée, ...
- Alcool isopropylique à 70° : pour la désinfection du petit matériel (thermomètre...) et pour désinfecter la peau avant l'administration d'un vaccin.
- Gel ou solution hydroalcoolique : pour la désinfection des mains du personnel.
- Produit biocide : pour la désinfection des surfaces (voir Chapitre 2).
- Solution de réhydratation orale. *Vu que les enfants à risque de déshydratation (vomissements importants, diarrhées...) doivent être évincés, il n'est pas obligatoire d'en disposer dans la pharmacie, sauf demande du personnel PMS ou du médecin du milieu d'accueil.*



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

ADRÉNALINE

Uniquement en cas de vaccination dans le milieu d'accueil ou si accueil d'un enfant allergique (de préférence en stylo-injecteur, fourni par les parents et sur prescription médicale).

Toute suspicion d'un éventuel effet secondaire grave après une vaccination doit être déclarée par le médecin qui a vacciné auprès de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de santé via le lien suivant https://www.afmps.be/fr/effet_indesirable

Choc anaphylactique :

Lors de la vaccination, il est important de veiller à toujours avoir à disposition deux ou trois ampoules d'adrénaline (1ml=1mg) non périmées, prêtes à être utilisées lors d'une éventuelle réaction anaphylactique.

L'adrénaline doit se conserver à l'abri de la lumière et des grosses variations de température mais pas nécessairement au frigo.

La dose de 0,01 mg / kg de poids est à injecter en intramusculaire (ou en sous-cutané) à un autre site que celui de l'injection du vaccin.

La dose peut être répétée à un intervalle de 10 à 15 minutes si nécessaire.

Il existe deux schémas d'application :

Poids <10kg : Adrénaline diluée.

A l'aide d'une seringue de 1 ml, prélever 0.1 ml d'adrénaline et compléter avec 0.9 ml de sérum physiologique. On obtient une solution où 0.1 ml=0.01 mg.

On peut donc injecter en intramusculaire (ou en sous cutané) 0.1 ml/kg, soit une graduation /kg de poids (exemple: pour 6kg, on injecte 0.6 ml de solution diluée).

Poids >10kg : Adrénaline non diluée.

Injecter 0.01ml (mg)/kg de poids, max 0.5mg.

< 1an : 5-10kg ➡ 0.05-0.1ml

1-2ans : ±10kg ➡ 0.1ml

2-3ans : ± 15 kg ➡ 0.15ml

Il est important de prévoir 2-3 ampoules d'adrénaline et quelques seringues de 1 ml (à graduation 0,1ml) à portée de main.

Une forme prête à l'emploi sous forme de stylo injecteur peut aussi être utilisée notamment pour les enfants allergiques connus (voir Chapitre 6).

COMPRIMÉS D'IODE

Le plan fédéral de sécurité nucléaire demande à tous les milieux d'accueil pour enfants de disposer de comprimés d'iodure de potassium à 65 mg. Ils sont délivrés gratuitement par les pharmacies et font donc partie de la pharmacie de base des milieux d'accueil.

En cas d'accident grave sur une installation nucléaire, l'administration de comprimés d'iode vise à empêcher la captation de l'iode radioactif par la glande thyroïde ce qui risque d'entraîner un cancer thyroïdien, risque d'autant plus important que l'enfant est en bas âge.

Les comprimés d'iode ne seront donnés aux enfants et adultes que sur injonction des autorités¹.

- ¼ comprimé pour les bébés de moins de 1 mois.
- ½ comprimé pour les enfants de 1 mois à 3 ans.
- 1 comprimé pour les enfants de 3 à 12 ans.
- 2 comprimés pour les adolescents et adultes de 12 à 40 ans.

CIPROFLOXACINE

Une ou deux ordonnances de sirop à 250mg/5ml et de comprimés à 500 mg pour les adultes peuvent être laissées dans la pharmacie pour assurer la chimioprophylaxie suite à un cas de méningite à méningocoques dans le milieu d'accueil. Une ordonnance électronique peut aussi être réalisée à distance par le médecin du milieu d'accueil ou de l'antenne médicale urgente (préparer la liste des enfants concernés avec leur poids). Dans les milieux d'accueil sans médecin, rédiger un tableau Excel avec le nom des enfants et leur poids. Celui-ci sera à faire signer par la personne qui administre le traitement et les parents pour accord. *Vu la rareté des infections et la faciliter de prescrire à distance (prescription électronique), disposer d'un flacon de sirop ou de comprimés dans la pharmacie n'est pas indiqué.*

Dans ce cas, les directives du médecin de la cellule des maladies infectieuses de l'AVIQ ou de la COCOM seront suivies.

La dose pour un adulte est de 500mg et pour un enfant 15mg/kg et ce en une seule prise.

3 MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA CONSULTATION

- Matériel nécessaire à l'injection d'adrénaline (IM ou SC) : plusieurs seringues de 1 ml, ampoules de sérum physiologique, aiguilles pour puiser et pour injecter.
- Container pour le recueil des aiguilles et seringues.
- Abaisse-langues, cônes pour l'otoscope.
- Stéthoscope et otoscope.

1. Voir aussi Chapitre 7, points 3.9 et *Flash Accueil N° 36* : « Que faire en cas d'accident nucléaire ? »

4 PETIT MATÉRIEL

- Cotons pour désinfecter (vaccins...).
- Thermomètre et enveloppes plastifiées jetables.
- Compresses de gaze stériles et non stériles.
- Pansements hydro colloïdaux (ou compresses de gaze stérile avec une face plastifiée) pour les brûlures.
- Sparadraps.
- Bandes en rouleau (maille extensible).
- Pincettes à épiler.
- Gants jetables.
- Stéri-strips : pas obligatoire, sur demande du médecin ou du personnel PMS du milieu d'accueil (pour l'indication, voir point 3.7.2 du chapitre 7).
- Petits ciseaux.
- Cold pack (rangé au congélateur).
- Pince à tiques : dans les régions concernées, une pince à tiques peut être utile. Cela permettra au professionnel d'ôter plus rapidement la tique et de réduire ainsi le risque de transmission de la maladie de Lyme.

5 PRODUITS DE SOINS

Crème solaire : il faut préférer les écrans minéraux aux filtres chimiques et utiliser des produits pédiatriques : émulsion E/H, c'est à dire avec phase grasse majoritaire, plus résistante à la transpiration, à l'eau et au sable. Il faudra choisir un indice de protection élevé : UVA et UVB, FPS 50. Respecter les dates de péremption : de manière générale, elle sera d'un an maximum après ouverture (noter la date).

Crème de change : elle peut être fournie par le milieu d'accueil ou apportée par les parents. Un rappel du principe « le moins c'est le mieux » est indiqué (cf. Chapitre 3 point 2.2 et Chapitre 2 point 4.4 pour le nettoyage du siège). Les préparations « maison » ne sont pas permises. Pour l'utilisation de crèmes répertoriées en tant que médicaments dans le CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), une ordonnance personnalisée est nécessaire.

Les autres produits de soins² seront apportés par les parents. Il faut éviter l'usage abusif et régulier de produits cosmétiques chez l'enfant (cf. Chapitre 3 point 2.2).



2. Flash Accueil N° 36 : « L'eau et le savon, c'est possible pour tous ! »

EXAMENS DE SANTÉ, FICHES SYNTHÉTIQUES

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

1 ANNEXE

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

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

CONTRAT D'ACCUEIL

INFORMATION AUX PARENTS

Dispositions médicales applicables dans les milieux d'accueil collectifs

- ORGANISATION ET SUIVI DE LA SANTE

Le milieu d'accueil informe les parents sur les modalités d'organisation du suivi de la santé de l'enfant. Conformément à la législation, le milieu d'accueil s'assure du suivi médical préventif de tous les enfants accueillis et veille à la santé de la collectivité.

Le **carnet de santé** est l'outil de liaison entre les parents, les différents professionnels médicaux et paramédicaux et à ce titre, les parents veillent à ce que ce carnet accompagne toujours l'enfant.

Les parents doivent fournir un **certificat d'entrée** dès la période de familiarisation. Ce certificat précise les vaccinations déjà reçues, ainsi que l'état de santé de l'enfant (antécédents de santé éventuels, allergies,...).

- Conformément à la législation en vigueur, les enfants qui fréquentent un milieu d'accueil doivent être vaccinés, dans le respect du schéma élaboré par la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Ces vaccins sont indispensables tant pour la protection de l'enfant que pour la protection de la collectivité dans laquelle il est accueilli.
- Les **vaccins obligatoires** en milieu d'accueil sont ceux contre les maladies suivantes : **poliomyélite, diphtérie, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, rougeole, rubéole et oreillons**.
- L'enfant pourra être exclu du milieu d'accueil en cas de non-respect de cette obligation.
- D'autres vaccinations sont fortement recommandées contre les maladies suivantes : méningocoque C, hépatite B, pneumocoque et rotavirus.
- Le milieu d'accueil contrôlera régulièrement l'état vaccinal de l'enfant, notamment à l'entrée (via le certificat d'entrée) et en cours d'accueil (via le carnet de santé).

- DEPISTAGES ET ACTIVITES DE LA CONSULTATION ONE

La crèche informera les parents des séances de dépistage visuel organisées au sein de la Consultation pour enfants de l'ONE la plus proche. Elle les informera d'éventuelles autres activités.

- Si l'enfant est malade, le parent préviendra la crèche. En cas d'absence pour maladie de plus de 2 jours, un certificat médical précisant si l'enfant peut ou non fréquenter la collectivité devra être fourni à la crèche. Si un traitement doit être donné pendant l'accueil, ce dernier devra être spécifié sur le certificat médical ou dans le carnet de santé.
- Si l'enfant est atteint d'une maladie reprise dans le tableau d'éviction de l'ONE, l'enfant ne peut pas être accueilli.
- Si des symptômes de maladies apparaissent pendant les heures d'accueil, les parents en seront informés rapidement, afin de prendre les dispositions nécessaires.
- Aucun médicament ne sera administré sans attestation médicale, à l'exception du paracétamol en cas de fièvre.
- Si l'état général de l'enfant est fort altéré, même si la maladie ne fait pas partie du tableau d'éviction, sa surveillance ne peut être assurée par la crèche. L'enfant sera réadmis dès que son état général le permettra. Des solutions de «gardes alternatives » existent : entourage familial, services d'accueil d'enfants malades...

ACCUEIL DES ENFANTS A BESOINS SPECIFIQUES

Selon la réglementation en vigueur, l'accueil d'enfants à besoins spécifiques est assuré dans le respect des modalités fixées par l'ONE, visant à une inclusion au sein du milieu d'accueil, conforme au Code de qualité de l'accueil.

Selon l'importance des symptômes présentés par l'enfant et le degré d'urgence, le milieu d'accueil appellera soit :

- les parents,
- le médecin traitant de l'enfant,
- les services d'urgences (112).

En cas de risque nucléaire et de demande expresse des autorités compétentes, le milieu d'accueil pourra administrer de l'iode stable à chaque enfant sauf indication contraire attestée par un certificat médical.

En cas de contact avec un enfant atteint de méningite à méningocoque ou à Haemophilus et sur demande de la cellule de surveillance des maladies infectieuses, il pourra être administré un antibiotique préventif à l'enfant.

CERTIFICAT D'ENTRÉE EN MILIEU D'ACCUEIL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Né(e) le

Peut fréquenter un milieu d'accueil et a reçu les vaccinations suivantes, en respect du schéma vaccinal de la Fédération Wallonie- Bruxelles :

| | | 2 mois | 3 mois | 4 mois | 12-13 mois | 14-15 mois |
|-------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hexavalent | Poliomyélite* | | | | | |
| | Diphtérie* | .../.../... | .../.../... | .../.../... | | .../.../... |
| | Tétanos | .../.../... | .../.../... | .../.../... | | .../.../... |
| | Coqueluche* | | | | | |
| | HIB (Haemophilus Influenzae B)* | .../.../... | .../.../... | .../.../... | | .../.../... |
| | Hépatite B | .../.../... | .../.../... | .../.../... | | .../.../... |
| RRO | Rougeole* | | | | | |
| | Rubéole* | | | | .../.../... | |
| | Oreillons* | | | | | |
| | Méningocoque ACWY | | | | | .../.../... |
| | Pneumocoques | .../.../... | | .../.../... | .../.../... | |
| | Rotavirus | .../.../... | .../.../... | .../.../... | | |

(ou joindre une copie du carnet de vaccination)

Dispositions particulières (allergies, pathologie chronique, dispositif médical...):

.....

.....

.....

Date : le ... / ... / ...

Signature :

Cachet du médecin

* L'enfant qui fréquente un milieu d'accueil doit être vacciné contre les 7 maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, polio, hémophilus influenzae, rougeole, rubéole, oreillons.
Cependant, les vaccins contre le tétanos, l'hépatite B, les méningocoques ACWY, les pneumocoques et le rotavirus sont fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination.

QUESTIONNAIRE PARENT AVANT CONSULTATION

SI VOUS NE POUVEZ PAS ÊTRE PRÉSENT AVEC VOTRE ENFANT LORS DE LA CONSULTATION DU
MERCİ DE COMPLÉTER CE DOCUMENT AFİN DE FACILITER LES ÉCHANGES D'INFORMATIONS ENTRE VOUS ET LE MÉDECIN.

Aux parents de.....

Votre enfant sera présenté à la consultation du milieu d'accueil le/..../..... et sera examiné par le Docteur.....

Par quel(s) médecin(s) votre enfant est-il suivi à l'extérieur du milieu d'accueil (nom du médecin et sa spécialité) ?

.....
.....

A-t-il été malade récemment ? Reçoit-il un traitement ?

.....
.....

A-t-il été vu par un médecin spécialiste?

.....
.....

Quelle est son alimentation actuelle ? Matin – midi – goûter – soir.

.....

Est-il allaité ? Oui - Non

.....

Boit-il du lait infantile à la maison? Lequel et en quelle quantité ?

.....
.....

Comment se passe le sommeil de votre enfant (endormissement, rythme, sieste, habitude...) ?

.....
.....

Lui donnez-vous de la vitamine D ? Oui - Non

.....

À quel dosage et à quelle fréquence ?

.....

Brossez-vous les dents de votre enfant chaque jour ? Oui - Non

Avez-vous des questions ou remarques à formuler sur sa santé ou son développement?

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

Merci pour votre collaboration.

Docteur Madame / Monsieur, responsable

**N'OUBLIEZ PAS D'AMENER LE CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT S.V.P.
LE CARNET DE SANTÉ DOIT L'ACCOMPAGNER DANS LE MILIEU D'ACCUEIL**

AUTORISATION DE VACCINATION

Afin de protéger votre enfant, il est possible de le vacciner contre plusieurs maladies. Les vaccins recommandés sont gratuits (à l'exception du vaccin contre le Rotavirus).

Si votre enfant fréquente un milieu d'accueil autorisé par l'ONE, certaines des vaccinations sont obligatoires : Diphtérie, Coqueluche, Polio, Haemophilus Influenzae, Rougeole, Rubéole, Oreillons. Le vaccin contre le Tétanos est toujours associé à celui contre la Diphtérie et la Coqueluche.

Les vaccins contre l'Hépatite B, les Méningocoques ACWY, les Pneumocoques et le Rotavirus sont, quant à eux, fortement recommandés étant donné le risque non exclu de contamination.

Je, nous, soussigné(s) Mme, M.,

Parent(s) de l'enfant/responsable exerçant l'autorité parentale :

Déclare (déclarons) avoir pris connaissance de l'information sur les vaccinations et autorise (autorisons) la vaccination de notre enfant par le médecin de la consultation ou du milieu d'accueil autorisé par l'ONE, selon le schéma recommandé par l'ONE et la Fédération Wallonie-Bruxelles contre les maladies suivantes :

- Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Hépatite B, Haemophilus Influenzae (vaccin hexavalent)*
- Rougeole, Rubéole, Oreillon (RRO)
- Méningocoques ACWY
- Pneumocoques
- Rotavirus

Veillez barrer la ou les maladies pour lesquelles vous ne désirez pas que la vaccination soit pratiquée par le médecin.

* Attention, certains vaccins ne sont fournis que regroupés par l'ONE (hexavalent RRO). Il ne sera donc pas possible pour le médecin de l'ONE de supprimer certains vaccins sans en supprimer d'autres.

Afin d'éviter toute vaccination inutile, je m'engage (nous nous engageons) à signaler au médecin de la consultation et/ou du milieu d'accueil toute vaccination faite en dehors de la consultation.

Les vaccins administrés seront notifiés dans le carnet de santé 0-18 ans.

La participation de l'enfant au programme de vaccination engendre un traitement de données à caractère personnel pour lequel l'ONE est responsable de traitement.

Le traitement de données est obligatoire, en vue de documenter les actes médicaux réalisés auprès du public bénéficiaire (loi du 28/08/2002 relative aux droits du patient). Les données sont enregistrées dans la base de données e-vax de manière sécurisée.

Afin d'assurer le suivi des vaccinations, si votre enfant est inscrit à un des réseaux de santé belge, les données récoltées dans le cadre des vaccinations pourront être communiquées à des professionnels des soins de santé qui ont un lien thérapeutique avec le patient (pédiatres, médecins généralistes, consultations d'urgence, services de promotion de la santé à l'école). Les données seront conservées dans le dossier médical de votre enfant durant 30 ans.

Les données sont également anonymisées (cela signifie que votre enfant ne peut absolument plus être identifié) en vue de leur traitement ultérieur à des fins d'épidémiologie et de statistique. Ce traitement permet notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité du programme de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Vous disposez (sans frais), notamment, d'un droit d'accès et de correction aux données concernant votre enfant. Pour découvrir l'ensemble des droits dont vous disposez consulter la page :

<https://www.one.be/one-cookies>.

Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (responsable du traitement) à l'adresse suivante : DPO, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles ou par courriel à l'adresse : DPO@one.be.

Date :

« Lu et approuvé »

Signature du (des) parent(s)/ responsable exerçant l'autorité parentale

Plus d'informations sur le programme de vaccination, www.vaccination-info.be.

COMMANDE ET CONSERVATION DES VACCINS

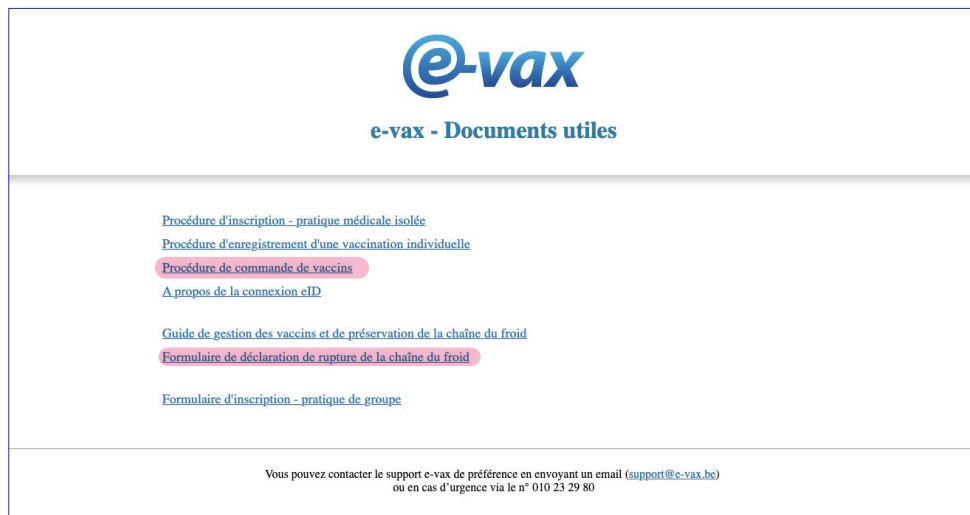
Les formulaires de commande de vaccins peuvent être introduits de deux manières :

- Soit par envoi postal à l'adresse suivante :

*Cellule vaccination-DCVD - ONE,
Chaussée de Charleroi 95 1060 Bruxelles*

- Soit par mail à l'adresse : commande.vaccins@one.be

NB: Une commande envoyée par mail vous garantit une livraison de vaccins plus rapide qu'un envoi postal (sous réserve de s'assurer que les formulaires scannés soient bien lisibles).



En cas de problème de rupture de la chaîne du froid, **ne jetez pas vos vaccins**, placez-les immédiatement dans un frigo en état de fonctionner en les marquant pour les différencier.

Remplissez la déclaration de rupture de la chaîne du froid et renvoyez celle-ci à commande.vaccins@one.be.

Vous pouvez également prendre contact directement avec la cellule de téléphone :

*Cellule Vaccination - DCVD
Tel : 02/ 432 88 00*

Dans la plupart des cas, cette cellule est en effet à même de déterminer, sans prendre l'avis des firmes pharmaceutiques, si les doses de vaccins concernées peuvent encore être utilisées et ce en fonction du type de vaccin, de la température atteinte (maximale et minimale) ainsi que de la durée de rupture de la chaîne du froid.

Si besoin, la cellule vaccination prendra contact avec les firmes pharmaceutiques et reprendra ensuite contact avec vous.

Vous pouvez télécharger le formulaire actuel de déclaration de rupture de la chaîne du froid, sur le site d'e-vax, en cliquant sur l'onglet « Aide » en haut à droite. <https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/document.html>.

Vous y trouverez également un « **Guide de gestion des vaccins et de préservation de la chaîne du froid** », que nous vous recommandons vivement de consulter.

CERTIFICAT DE MALADIE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Il ne peut fréquenter le milieu d'accueil.

Du _____ au _____

Son état lui permet de fréquenter le milieu d'accueil.

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

Traitement à administrer dans le milieu d'accueil :

| |
|-------------------------|
| Traitement : |
| Dose : |
| Fréquence journalière : |
| Durée : |

| |
|-------------------------|
| Traitement : |
| Dose : |
| Fréquence journalière : |
| Durée : |

| |
|-------------------------|
| Traitement : |
| Dose : |
| Fréquence journalière : |
| Durée : |

| |
|-------------------------|
| Traitement : |
| Dose : |
| Fréquence journalière : |
| Durée : |

Date : le / /

Signature :

Cachet du médecin :

| MALADIES | TRANSMISSION | INCUBATION* (JOURS -J) | CONTAGIOSITÉ** (JOURS -J) | MESURES « CAS INDEX » (ÉVICTION) | MESURES POUR LES CONTACTS ET LE MA |
|---|--|--------------------------------|---|---|---|
| Coqueluche* | Respiratoire, contact direct | 6j à 21j | Début avant la phase catarrhale et jusqu'à 21j après le début des symptômes | Éviction de 5j à dater du début du traitement par antibiotiques. Si refus de traitement : éviction de 21j après le début des symptômes | Antibioprophylaxie et vaccination si incomplète ou inexistante |
| Gale (Sarcoptes scabiei)* | Contact direct, objets | 14j à 42j 3j si réinfection | Prolongée sauf traitement | Éviction jusqu'à 24h après le début du traitement et déclaration sur l'honneur des parents de la prise du traitement qui sera à répéter 7 jours après. Traitement de l'environnement. | Lavage literie et vêtements à 60°C, traitement post exposition des contacts proches. |
| Gastro-entérites | Selon les germes (étiologie) | / | / | Éviction à partir de la 3ème selle diarrhéique. Retour dès que les selles sont molles ou normales sauf <i>E. coli</i> entérohémorragique (<i>E. coli</i> producteur de shigatoxine - EHEC ou STEC), <i>Salmonella typhi</i> et paratyphi (adultes et enfants) et <i>Salmonella</i> non typhi et non paratyphi (adultes uniquement): retour sur base des résultats de la coproculture. | Mesures d'hygiène renforcées. Pas de certificat médical exigé en cas de Gastroentérite aiguë sauf si un germe spécifique a été identifié (EHEC, STEC, Salmonelle, autre...) |
| Hépatite A* | Féco-orale, contact direct, objets, nourriture | 15j à 50j | 14j avant les symptômes et 7j après | Éviction 7j minimum à partir du début des symptômes | Mesures d'hygiène renforcées, vaccination post exposition éventuelle |
| Impétigo (staphylocoque doré, streptocoque) | Contact direct, objets | 1j à 3j | Portage*** asymptomatique possible | Pas d'éviction si correctement traité et si les lésions sont sèches ou couvertes | / |
| Infection invasive à Haemophilus influenzae type b* | Respiratoire, contact direct | 2j à 4j | Prolongée | Éviction jusqu'à guérison | Antibioprophylaxie, vaccination si incomplète ou inexistante, surveillance clinique des contacts. Mesures d'hygiène renforcées. |
| Infection invasive à Neisseria meningitidis (méningocoques A, B, C, W, Y)* | Respiratoire, contact direct | 2j à 10j | Prolongée, 2j après traitement par antibiotiques | Éviction jusqu'à guérison | Antibioprophylaxie pour les personnes ayant eu des contacts à haut risque durant les 7j précédant la maladie, quel que soit leur statut vaccinal, éviction 7j si refus. Mise à jour vaccinale. Mesures d'hygiène renforcées. |
| Oreillons | Respiratoire, contact direct, objets | 15j à 25j | 7j avant tuméfaction et 9j après | Éviction jusqu'à guérison | Vaccination si incomplète ou inexistante |

***MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MDO)**

* Période s'écoulant entre la pénétration d'un agent pathogène infectieux dans l'organisme et l'apparition des premiers signes de la maladie.

** Premier cas identifié de la maladie dans une population ou un groupe.

*** Le portage : le porteur de germes est un sujet cliniquement sain dont les excréments contiennent des germes pathogènes (il peut dès lors propager des maladies contagieuses).

| MALADIES | TRANSMISSION | INCUBATION* (JOURS -J) | CONTAGIOSITÉ ** (JOURS -J) | MESURES « CAS INDEX » (ÉVICTION) | MESURES POUR LES CONTACTS ET LE MA |
|---|--|------------------------|--|--|---|
| Rougeole* | Respiratoire, contact direct, objets | 6j à 21j | 5j avant éruption et 5j après | Éviction jusqu'à guérison et au moins jusqu'à 4 jours après le début de l'éruption cutanée | Vaccination si incomplète ou inexistante, éviction en cas de non vaccination |
| Stomatite herpétique (Herpes simplex) | Contact direct | 2j à 12j | Prolongée et possibilité de récurrence | Éviction jusqu'à guérison | / |
| Infection non invasive à Streptocoque Groupe A (pharyngite, scarlatine...) | Par gouttelettes ou indirecte par les mains ou objets contaminés | 1j à 3j | 10j à 21j (1 mois), 24h après traitement par antibiotiques | Éviction de 24h à compter du début du traitement par antibiotiques | / |
| Infection invasive à Streptocoque Groupe A (STSS, fasciite nécrosante...) | Par gouttelettes ou indirecte par les mains ou objets contaminés | 1 à 3j | | Éviction jusqu'à au moins 24h après début du traitement antibiotique. | Vigilance accrue pendant la 1ère semaine et jusqu'à 30 j à partir du dernier contact avec le patient. Antibio prophylaxie des contacts à haut risque, à discuter au cas par cas avec AVIQ/ COCOM. |
| Teigne (mycose) | Contact direct | / | Portage asymptomatique possible (incluant les animaux) | Pas d'éviction si correctement traité | Dépistage, mesures d'hygiène renforcées |
| Tuberculose* | Respiratoire | 15j à 70j | Prolongée si pas de traitement | Jusqu'à réception du certificat de non-contagion | Dépistage ciblé et surveillance spécifique |
| Varicelle et zona (Herpes zoster) | Respiratoire, contact direct, objets | 10j à 21j | 5j avant éruption jusqu'à ce que toutes les lésions soient au stade de croûtes | Jusqu'à ce que toutes les lésions soient au stade de croûtes | / |

*MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MDO)

CERTIFICAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DESTINÉ À L'ACCUEIL D'ENFANTS (DE 0 À 6 ANS)

Je soussigné(e), docteur

Certifie qu'au moment de l'examen et en fonction des éléments portés à ma connaissance,

Madame/Monsieur

Date de naissance :

Adresse :

Fonction :

ne présente :

aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de représenter un danger pour les enfants accueillis¹.

aucune inaptitude à prendre en charge des enfants en bas âge.²

*Je souhaite un avis complémentaire par un médecin spécialiste en

Date :

Signature :

Cachet :

1 A compléter pour :

- chaque membre du personnel d'un milieu d'accueil ainsi que pour toutes personnes appelées à être en contact fréquent avec les enfants accueillis
- chaque accueillant (m/f) d'enfants
- toute personne de plus de 15 ans faisant partie du ménage de l'accueillant (m/f).

2 À compléter uniquement pour le professionnel de l'enfance : accueillant, puéricultrice (m/f) etc.

* Facultatif

EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE FIXANT LE RÉGIME D'AUTORISATION ET DE SUBVENTION DES CRÈCHES, DES SERVICES D'ACCUEIL D'ENFANTS ET DES (CO)ACCUEILLANT(E)S D'ENFANTS INDÉPENDANT(E)S

Les articles 17 et 56 de l'arrêté fixant le régime d'autorisation et de subvention des crèches, des services d'accueil d'enfants et des (co)accueillant-e-s d'enfants indépendant-e-s, tel qu'approuvé par le Gouvernement de la Communauté française, en date du 2 mai 2019 stipulent que :

- le membre du personnel d'un milieu d'accueil
- l'accueillant-e indépendant-e
- les personnes de 15 ans et plus faisant partie du ménage de l'accueillant-e
- les personnes appelées à être en contact régulier avec les enfants accueillis

doivent fournir à l'ONE un certificat médical datant de moins de trois mois (à la demande d'autorisation et renouvelé annuellement), attestant qu'au moment de l'examen, il n'existe aucun signe d'affection physique ou psychique susceptible de présenter un danger pour les enfants accueillis.

Dans le cadre de l'examen de la demande d'autorisation, l'ONE peut réclamer des informations ou documents complémentaires et notamment un certificat médical établi par un médecin spécialiste (article 37).

POINTS D'ATTENTION POUR L'AIDE À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT

L'accueil d'enfants en bas âge ne s'improvise pas et requiert de multiples compétences ainsi qu'un bon état de santé physique et psychique afin de :

- Établir une relation privilégiée avec l'enfant en lui assurant une sécurité affective, psychologique et physique
- Garantir les besoins premiers de l'enfant : repas, hygiène, repos, sécurité, expression des émotions
- Adapter ses modes d'agir pour rencontrer au mieux les besoins de chaque enfant
- Contribuer à son développement cognitif et sensori-moteur ainsi qu'à l'acquisition de son autonomie.

États de santé rendant incompatible l'accueil d'enfants :

- Maladies infectieuses en phase de contagiosité
- Problèmes physiques (ex. : affections ostéo articulaires) ou sensoriels (ex. : déficit visuel ou auditif non corrigé) limitant les possibilités de soins ou l'accompagnement des activités de l'enfant
- Maladies pouvant entraîner des pertes de connaissance (ex. : épilepsie ou diabète mal contrôlés)
- Affections psychiques et troubles de la personnalité, dépression grave
- Assuétudes.

!!!! Certaines affections peuvent s'avérer spécialement problématiques lorsqu'une accueillante est amenée à travailler seule à son domicile.

SIGNALEMENT D'UNE MALADIE INFECTIEUSE EN MILIEU D'ACCUEIL

Concerne uniquement les maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) auprès de la cellule de surveillance des maladies infectieuses ainsi que toute épidémie qui aurait impliqué une prise de mesures de prévention et de contrôle dans le milieu d'accueil à court terme (voir liste ci-dessous).

A compléter avec le Référent santé ONE du milieu d'accueil

Subrégion : Référent santé ONE :

Type de milieu d'accueil* :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crèche | <input type="checkbox"/> SASPE |
| <input type="checkbox"/> Accueillant.e indépendant.e | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Accueillant.e conventionné.e | |
| <input type="checkbox"/> Accueillant.e salarié.e | |

Maladie infectieuse* :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Méningite ou autre infection invasive à méningocoque (A,B,C,W,Y) | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Méningite ou autre infection invasive à Hemophilus influenzae de type B (Hib) | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Méningite/infection invasive à pneumocoques | <input type="checkbox"/> Hépatite A |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | |

Liste des maladies autres

a) Maladie à déclaration obligatoire (MDO) : rubéole, diphtérie, poliomyélite/paralysie flasque aigue, botulisme (maladie paralytique grave, provoquée par le Clostridium Botulinum), infection invasive à Streptocoque groupe A (iSGA), syndrome Hémolyse-Urémie, toxi-infection alimentaire collective, etc.

b) Toute MDO ou toute épidémie qui a nécessité la mise en place de mesures pour la collectivité : gastroentérite (notamment à rotavirus, norovirus, E-Coli entéropathogènes, Campylobacter, salmonella, shigella, cryptosporidium etc), gale, teigne.

c) Toute détresse respiratoire d'origine infectieuse qui a nécessité une hospitalisation (bronchiolite à VRS, etc.)

Ne doivent pas être signalés :

- Les hospitalisations pour des causes étrangères au milieu d'accueil
- Les infections non invasives comme : rhume, otite, pneumonie, grippe, bronchite, bronchiolite (sauf si détresse respiratoire), gastroentérite sans confirmation microbiologique

Date de survenue du 1^{er} cas :

Nombre de cas co-primaires : premier(s) cas survenus et diagnostiqué(s) simultanément **

Devenir de ou des enfants atteints :

- Enfant 1 :** Âge mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès
- Enfant 2 :** Âge mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès
- Enfant 3 :** Âge mois Évolution: favorable / séquelles (.....) / décès

* Cochez la réponse correspondant à votre choix

** Cas co-primaire : survenant dans les mêmes premières 24 heures que le 1er cas

Nombre de cas secondaires (cas survenus et diagnostiqués dans un deuxième temps) :

.....

Prophylaxie instaurée*: Oui Non

Si oui: type de prophylaxie administrée : Chimio prophylaxie Vaccinations

| | Nombre d'enfants en ayant bénéficié | Nombre d'adultes en ayant bénéficié |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ciprofloxacine (Ciproxine) | | |
| Azithromycine | | |
| Rifampicine (Rifadine) | | |
| Spiramycine (Rovamycine) | | |
| Autre (précisez) | | |
| Vaccination | | |

Durée du délai entre la survenue du premier cas et la mise en place de la prophylaxie :

A-t-on prévenu la cellule de surveillance des maladies infectieuses?* Oui Non

Quelles autres mesures de prévention/contrôle ont été mises en place dans le milieu d'accueil ?

.....

Commentaires/remarques :

.....

| | |
|--|--|
| <p>Responsable du milieu d'accueil</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> | <p>Médecin du milieu d'accueil</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> |
| <p>Coordinateur accueil/ Agent conseil ONE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> | <p>Conseiller pédiatre ONE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> |

Reçu par l'ASR le ... / ... / ...
 Copie transmise à la Direction Santé le ... / ... / ...

* Cochez la réponse correspondant à votre choix

SIGNALEMENT D'UN ACCIDENT GRAVE SURVENU À UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL

Concerne tout accident à l'origine d'une lésion ou évènement médical survenu à un enfant dans un milieu d'accueil et ayant nécessité une visite chez un médecin ou aux urgences ou une hospitalisation ou ayant mené au décès de l'enfant (voir types d'accident/événement/lésion ci-dessous).

Concerne également tout accident sans lésion apparente ayant nécessité une période d'observation et/ou une consultation chez le médecin ou aux urgences.

L'objectif de cette annexe est de pouvoir améliorer la prévention des accidents dans les milieux d'accueil.

A compléter avec le Coordinateur accueil (CAL) / Agent conseil (ACA) du milieu d'accueil de l'ONE

Subrégion : CAL / ACA :

Type de milieu d'accueil*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crèche | <input type="checkbox"/> SASPE |
| <input type="checkbox"/> Accueillant-e indépendant-e | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Accueillant-e conventionné-e | |
| <input type="checkbox"/> Accueillant-e salarié-e | |

Date de survenue : ... / ... / ...

Âge de l'enfant :

Description de l'accident et des circonstances dans lequel il est survenu :

.....

.....

.....

.....

Type d'accident (à cocher) :

- Chute
- Choc
- Coincement / torsion
- Contact avec source thermique/chimique
- Ingestion accidentelle d'un produit/d'un objet
- Fausse route (aliment/corps étranger)
- Morsure/griffure
- Noyade

Type d'évènement d'origine médicale (à cocher) :

- Réactions allergiques non post-vaccinales
- Convulsion
- Syncope
- Détresse respiratoire (non infectieuse)
- Autre (à préciser) :
-
- Inconnu

Type de lésions constatées chez l'enfant (si oui, précisez la localisation)* :

- Fracture ou fissure :
- Hématome/ecchymose :
- Entorse ou luxation :
- Brûlure :
- Plaies :
- Commotion cérébrale :
- Autres types de lésions (préciser le type et la localisation) :
-
- Aucune lésion

* Cochez la réponse correspondant à votre choix

Commentaires :

.....

Appel des parents : Oui Non

Appel d'un médecin dans le milieu d'accueil : Oui Non

Appel 112 par le milieu d'accueil : Oui Non

Transport à l'hôpital : Oui Non

Si oui, par qui :

Evolution de l'enfant*: guérison complète guérison avec séquelles décès

Si l'enfant présente des séquelles, décrivez :

.....

Si décès, a-t-il eu lieu dans le milieu d'accueil : Oui Non

| | |
|--|--|
| <p>Responsable du milieu d'accueil</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> | <p>Médecin du milieu d'accueil</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> |
| <p>Coordinateur accueil/ Agent conseil ONE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> | <p>Conseiller pédiatre ONE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date : le ... / ... / ...</p> <p>Signature</p> |

Reçu par l'ASR le ... / ... / ...
 Copie transmise à la Direction Santé le ... / ... / ...

* Cochez la réponse correspondant à votre choix

SIGNALEMENT D'UN CAS DE DÉCÈS D'UN ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL

Concerne les décès survenus dans le milieu d'accueil de manière soudaine, sans cause apparente ou identifiable (mort subite inexpliquée). Les décès survenant à la suite d'un accident grave (noyade, traumatisme, etc.) ayant eu lieu dans le milieu d'accueil, doivent être signalés dans l'annexe 10 (fiche de signalement des accidents graves).

A compléter avec le Coordinateur accueil (CAL) / Agent conseil (ACA) du milieu d'accueil de l'ONE

Subrégion : CAL / ACA :

Type de milieu d'accueil*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crèche | <input type="checkbox"/> SASPE |
| <input type="checkbox"/> Accueillant·e indépendant·e | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Accueillant·e conventionné·e | |
| <input type="checkbox"/> Accueillant·e salarié·e | |

Date de survenue du décès : / / Heure du décès (de la découverte de l'enfant) :

Age de l'enfant :

Sexe* : Fille Garçon Autre Terme (âge gestationnel) :

Date d'entrée dans le milieu d'accueil : / /

Lieu du décès* : Espace repos Section Autre (à préciser) :

Description résumée des circonstances :

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

Si le décès a eu lieu pendant la familiarisation ou dans les semaines qui suivent, veuillez préciser :

- Date du 1er jour de familiarisation : / /

- Durée de la familiarisation : jours

Heure du dernier biberon/repas :

Quantité :

Problèmes éventuels rencontrés :

Heure de la mise au lit : Lieu habituel ?* Oui Non

Présentait-il ce jour-là ou les jours précédents des signes d'appel particulier ?* :

- Température au-delà de 38 degrés : Oui Non Inconnu
- Fatigue inhabituelle, somnolence : Oui Non Inconnu
- Irritabilité (pleurs anormaux) : Oui Non Inconnu
- Difficultés à boire ou à s'alimenter : Oui Non Inconnu
- Vomissements : Oui Non inconnu
- Taches, éruptions sur le corps : Oui Non Inconnu
- Autres signes : Oui Non Inconnu

Si oui, précisez :

* Cochez la réponse correspondant à votre choix

.....
Qu'ont signalé les parents le matin à l'arrivée dans le milieu d'accueil ?

L'enfant se retournait-il du dos au ventre pendant les activités d'éveil ?* Oui Non Inconnu

L'enfant se retournait-il du ventre au dos pendant les activités d'éveil ?* Oui Non Inconnu

Quelle était sa position de sommeil habituelle ?

L'enfant se retournait-il du dos au ventre dans son lit ?* Oui Non Inconnu

L'enfant est-il décédé pendant sa sieste ?* Oui Non Inconnu

Si oui, dans quel type de couchage se trouvait-il (lit, transat...) ?

Dans quelle position était l'enfant lorsqu'il a été découvert ?*

Sur le dos Sur le côté Sur le ventre Inconnu

Autre (décrivez) :

Dans quelle position avait-t-il été placé ?*

Sur le dos Sur le côté Sur le ventre Inconnu

Autre (décrivez) :

Était-il dans un sac de couchage ?* Oui Non Inconnu

Quels objets se trouvaient dans son lit ? (coussin, couette, couverture, doudou, ...)

Y avait-il des vomissements dans la bouche ou sur le drap ?* Oui Non Inconnu

L'enfant était-il soumis à du tabagisme passif

• Pendant la grossesse ?* Oui Non Inconnu

• À domicile ?* Oui Non Inconnu

L'enfant était-il allaité ? Oui Non inconnu

L'enfant souffrait-il d'une pathologie particulière ?* Oui Non Inconnu

Si oui, laquelle :

L'enfant présentait-il un retard ou ralentissement de croissance ?* Oui Non Inconnu

L'enfant a-t-il présenté antérieurement des signes d'appel de mort subite ?

• Sudation anormale ?* Oui Non Inconnu

• Accès de pâleur ?* Oui Non Inconnu

• Bruits récurrents au sommeil ?* Oui Non Inconnu

Y avait-il des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson ?* Oui Non Inconnu

L'enfant avait-il un monitoring de surveillance ?* Oui Non Inconnu

Le diagnostic de mort subite inexpliqué (MSI) a t'il été posé ? * Oui Non Inconnu

Si oui, qui a fait le diagnostic de MSI Médecin de famille Pédiatre Service hospitalier Inconnu

Autre (à préciser) :

* Cochez la réponse adéquate

Une autopsie a-t-elle été réalisée ?* Oui Non Inconnu

Connaissez-vous les résultats de l'autopsie?* Oui Non

Le diagnostic de Mort subite a-t-il été confirmé par l'autopsie?* Oui Non Inconnu

Résultats de l'autopsie :

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

L'autopsie a-t-elle révélé que la respiration de l'enfant avait été entravée par un objet extérieur ?*

(Coussin, couette,...) Oui Non Inconnu

Si oui, lequel? :
.....

L'autopsie a-t-elle révélé que l'enfant souffrait d'une pathologie particulière ?* Oui Non Inconnu

Si oui, laquelle? :
.....

Remarques éventuelles :

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

Responsable du milieu d'accueil

Nom :

Prénom :

Date : le / /

Signature

Médecin du milieu d'accueil

Nom :

Prénom :

Date : le / /

Signature

Coordinateur accueil/ Agent conseil ONE

Nom :

Prénom :

Date : le / /

Signature

Conseiller pédiatre ONE

Nom :

Prénom :

Date : le / /

Signature

Reçu par l'ASR le ... / ... /

Copie transmise à la Direction Santé le ... / ... /

LES SERVICES DSI SOUTIEN À L'ACCUEIL DE L'ENFANCE

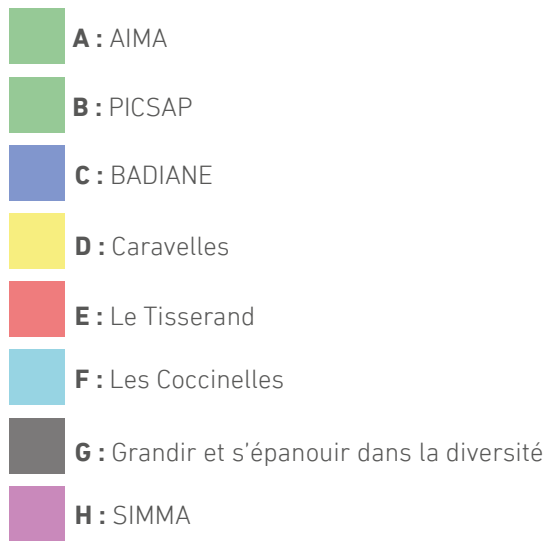
En région wallonne :

Les services DSI Soutien à l'accueil de l'enfance sont agréés et subventionnés par le secteur handicap de l'AVIQ. Il en existe 8 sur l'ensemble du territoire, répartis géographiquement sur les provinces wallonnes. Les services DSI Soutien à l'accueil de l'enfance s'inscrivent dans une collaboration plus large formalisée par un protocole d'accord entre l'AVIQ et l'ONE*.

Les 8 services DSI sont les suivants :

| Nom | Adresse | Téléphone | Mails/ site internet |
|--|--|--|--|
| AIMA | Rue de l'Égalité 250 4630 - Soumagne | 04/ 345 90 49 0492/ 97 93 94 (Coordinatrice) | aima@aigs.be www.aigs.be/aima |
| PICSAP | Esplanade De Cuyper- Beniest 5/1135 4671 – SAIVE | 04/ 247 35 59 0472/ 12 44 91 (Coordinatrice) | picsap@apemt21.org www.servicesapem-t21.eu |
| Badiane | Rue du Lombard 8 5000 – Namur | 081/ 84 02 10 0490/ 43 45 06 (Coordinatrice) | badiane@araph.be https://www.badiane.be |
| Caravelles | Rue de l'industrie 20 1400 - Nivelles | 0492/ 52 18 97 (Coordinatrice) | info@caravelles.be http://www.caravelles.be |
| DSI Les Coccinelles | Consulter le site internet | 0492/ 43 75 21 0492/ 43 75 22 0492/ 43 75 28 | sap-afrahm-centre@skynet.be sap-afrahm-centre@outlook.com |
| Grandir et s'épanouir dans la diversité | Rue de Gozée 706 6110 – Montigny-Le- Tilleul | 071/ 92 53 20 0494/ 478 449 (Coordinatrice) | Pole.enfance.formations@chu-charleroi.be |
| SIMMA | Rue du Gouvernement 23 - 7000 MONS | 0476/ 80 51 88 | inclusion.mobile@hainaut.be |
| Le Tisserand | Rue des Déportés 140 6700 – Arlon | 063/ 24 25 28 | letisserand@promemploi.be www.promemploi.be |

* Le texte du protocole est accessible en suivant le lien : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Inclusion_et_accessibilite/Partie_pros/protocole_collaboration_AVIQ.pdf



Responsable du projet

M. Grégory BECLIN et Olivier LUYCKX
 0479/ 79 20 98 ou 071/ 33 77 06
gregory.beclin@aviq.be ; olivier.luyckx@aviq.be

En région bruxelloise :

OCAPI (Organisation et Coordination de l'Aide Précoce pour l'Inclusion) a été mis sur pied en septembre 2013 avec le soutien du service PHARE (COCOF) et en partenariat avec l'ONE dans le cadre de l'accord de coopération² entre les deux institutions. Le service OCAPI offre un soutien aux équipes des milieux d'accueil qui font appel à lui.

Le service OCAPI est proposé grâce à la contribution de prestations horaires de référents venant de plusieurs services d'accompagnement présents sur Bruxelles. Il mène des missions complémentaires à celles des services d'accompagnement déjà présents auprès des enfants et de leur famille. Cependant, ces missions se centrent exclusivement sur l'accompagnement donné aux milieux d'accueil (et non aux parents dans le cadre de ces missions). Les référents, lorsqu'ils réalisent leurs missions OCAPI, n'interviennent pas auprès d'un enfant en particulier.

OCAPI est un service itinérant de support **offert à l'équipe du milieu d'accueil / à l'accueillant-e** qui en formule la demande dans le cadre de l'accueil des enfants en situation de handicap. Les référents du service sont là **pour accompagner les équipes / l'accueillant-e** qui accueillent un enfant en situation de handicap dans leur groupe / dans leur milieu d'accueil.

L'objectif est de favoriser et accompagner les équipes / l'accueillant-e qui le souhaite quand elles accueillent un enfant en situation de handicap ou si le développement d'un enfant pose question.

Comment OCAPI poursuit-il cet objectif ?

- En réfléchissant à la spécificité de chaque demande et en en faisant une analyse pour accompagner au mieux l'équipe / l'accueillant-e.
- En proposant à l'équipe / l'accueillant-e des moments de réflexion et de partage autour de leurs questions.
- En mettant en place un soutien personnalisé pour chaque équipe / accueillant-e en fonction du contexte, des questions posées.

Si vous souhaitez prendre contact avec le service OCAPI³, vous êtes invités à vous rendre sur leur site internet <https://www.ocapi.org/secteur> pour compléter le formulaire de contact ou envoyer aux membres de l'équipe un mail à l'adresse mail suivante : ocapi.bruxelles@gmail.com

2. Le texte du protocole d'accord est téléchargeable en utilisant ce lien : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Inclusion_et_accessibilite/Partie_pros/protocole_d_accord_PHARE-ONE.pdf

3. Une présentation de l'équipe et de ses missions est également accessible en suivant le lien : <https://www.ocapi.org/home>



ACCUEIL D'UN ENFANT AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

Document à faire parvenir au Coordinateur accueil/Agent conseil et au Référent santé ONE simultanément. Les agents de l'ONE (CAL/ACA/Référent santé) se chargent de transmettre ce document au Conseiller pédiatre de la subrégion.

IMPORTANT
Ce document doit impérativement être envoyé avant l'entrée de l'enfant dans le milieu d'accueil si le besoin spécifique est connu ou dès que le besoin spécifique se révèle en cours d'accueil. L'enjeu est que l'ensemble des acteurs utiles puissent collaborer, définir et mettre en place les conditions d'un accueil de qualité pour l'enfant et la collectivité. Il ne doit pas contenir des données médicales concernant l'enfant.

1) Renseignements concernant le milieu d'accueil

Nom du milieu d'accueil, adresse, n° de téléphone / GSM, adresse mail :

.....

Nom du responsable du milieu d'accueil / accueillant-e :

.....

Nom du pouvoir organisateur ou responsable du service d'accueil d'enfants :

.....

2) Renseignements concernant l'enfant

- Nom et prénom :
- Age de l'enfant :
- Date d'entrée en milieu d'accueil :
- Adresse de ses parents et n° de téléphone/GSM :

Cet enfant est déjà accueilli dans le milieu d'accueil Oui Non

Médecins soignant habituellement l'enfant :

- Généraliste :
- Spécialiste-s éventuel-s :
- Quelles sont les remarques formulées par le-s médecin-s (généraliste et/ou spécialiste) quant à cet accueil / à la poursuite de cet accueil :
-
-
-
-

- Diagnostic* : présent pas présent en cours

3) Informations nécessaires à l'accueil

Quelles sont la demande et les attentes des parents ? Notamment en lien avec le contrat d'accueil : durée prévue de l'accueil et fréquence, motivations de demander une place en milieu d'accueil collectif/familial, souhaits et craintes des parents quant à la poursuite de l'accueil, la manière de rencontrer ces souhaits, ...

.....

.....

.....

.....

| De quelle nature sont les besoins spécifiques présentés par l'enfant ? Quelles sont les difficultés connues jusqu'ici ? | Quelles pistes de solution sont envisagées afin de rencontrer ces besoins, pallier ces difficultés ? |
|---|--|
| | |
| | |
| | |

Quelle est l'organisation prévue pour les soins et/ou les rééducations éventuelles ? Quels sont les éléments qui devront faire partie d'un protocole de soins à prévoir dans le milieu d'accueil ?

.....

.....

.....

Y-a-t-il un traitement à administrer durant l'accueil ? (Prescriptions médicales à prévoir,...)

.....

.....

.....

Un contact/un lien a-t-il été pris avec l'agent ONE du secteur (Coordinateur accueil/Agent conseil/Référent santé) ?*

Oui Non

Si oui, à quelle date ? Une visite a-t-elle eu lieu ? Si oui, à quelle date ? Quels constats ?

.....

.....

.....

.....

*Cocher la bonne mention

Quels sont les aménagements nécessaires dans l'organisation du milieu d'accueil ?

| | |
|---------------|--|
| Espace de vie | |
| Sommeil | |
| Alimentation | |
| ... | |
| ... | |

L'équipe / l'accueillante a-t-elle des demandes de soutien spécifiques ?

.....

.....

.....

Des bilans intermédiaires d'évaluation du besoin spécifique de l'enfant gagnent à être prévus. Le tableau ci-après invite à les envisager, les planifier et à en recueillir les informations principales.

| | A envisager | Date prévue |
|--|-------------|-------------|
| Bilan à court terme (après 3 mois de l'accueil) : | OUI / NON | |
| Bilan à moyen terme (après 12 mois de l'accueil) : | OUI / NON | |
| Bilan à long terme (après 18 mois de l'accueil) : | OUI / NON | |
| Bilan à la sortie de l'accueil | OUI / NON | |

Quelles personnes seront conviées aux bilans intermédiaires ? Qui se charge de les convier ?

.....

.....

.....

Le-s parent-s est-il/sont-ils informé-s de ces différentes démarches ?* Oui Non

Y est-il/sont-ils convié-s ?* Oui Non

Si non, pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

Invitation à garder trace de l'ensemble de ces bilans de santé.

*Cocher la bonne mention

4) Ressources à disposition du milieu d'accueil

Liste des personnes ressources et intervenants extérieurs présentés pour participer activement au projet :

- Quels sont les professionnels de la santé déjà présents auprès de l'enfant et sa famille ? L'enfant est-il suivi par un service d'aide précoce / service d'accompagnement partenaire ? Si oui, lequel ? Autres partenaires ? Quelles sont les collaborations prévues ? Sous quelle forme ?
.....
.....
.....
- Uniquement pour l'enfant en situation de handicap ou si l'on s'inquiète pour des aspects liés à son développement : l'équipe du milieu d'accueil/l'accueillant-e pourra-t-il bénéficier du soutien d'un service DSI (voir annexe 12)/du service OCAPI ?
.....
.....
.....
- Comment le-s parent-s est-il/sont-ils informé-s de la présence éventuelle de partenaires extérieurs dans le milieu d'accueil ?
.....
.....

Une formation du personnel est-elle nécessaire ? Si oui, laquelle ? Pour quel personnel (équipe PMS, personne-s prenant soin des enfants) ? Par qui sera-t-elle assurée ?

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

5) Avis :

Nom du responsable du milieu d'accueil/de l'accueillant-e :

Date du rapport : le / /

Signature

- Avis du médecin du milieu d'accueil :
-
.....
.....

Date du rapport : le / /

Signature

- Avis du Coordinateur accueil ou de l'Agent conseil (aménagement proposés, conditions d'accueil de qualité rencontrées, encadrement d'équipe, ...) :

Date du rapport : le ... / ... / ...

Signature

Le cas échéant, un échange ou entretien permettant d'évaluer la situation est prévue en date du :

Date du rapport : le ... / ... / ...

Signature

- Conseiller pédiatre de la subrégion

Avis favorable :

Avis favorable moyennant les conditions suivantes :

Avis défavorable étant donné que :

Date du rapport : le ... / ... / ...

Signature

Comité subrégional du Brabant Wallon

Domaine ONE de La Hulpe
Avenue de la Reine 1 - 1310 La Hulpe
Tél.: 02/ 656 08 90

Secrétaire médicale :

Bénédicte DUMONT - Tél.: 02/ 656 08 76

Conseiller médical pédiatre :

Marianne MICHEL
marianne.michel@one.be

Comité subrégional de Bruxelles

Rue Saint Bernard 28-32 - 1040 BRUXELLES
Tél. : 02/ 511 47 51

Secrétaire médicale :

Tél.: 02/545 76 37
asr.bx-medial@one.be

Conseiller médical pédiatre :

Tessa GOETGHEBUER
tessa.goetghebuer@one.be
Emmanuelle KADZ
emmanuelle.kadz@one.be

Comité subrégional du Hainaut

Domaine du Bois d'Anchin Route d'Erbisoeul 5 - 7011 Ghlin
Tél.: 065/ 39 96 60

Secrétaire médicale :

Catherine BRYNAERT - Tél.: 065/ 39 96 78

Conseiller médical pédiatre :

Philippe LANNOO
philippe.lannoo@one.be
Thérèse SONCK
therese.sonck@one.be
Robert MÜLER
robert.müler@one.be

Comité subrégional du Luxembourg

Rue Fleurie 2 bte 7 - 6800 Libramont
Tél.: 061/23 99 60

Secrétaire médicale :

Laura LAMBERT - Tél.: 061/ 23 99 65

Conseiller médical pédiatre :

Nathalie MELICE
nathalie.melice@one.be

Comité subrégional de Liège

Place Delcour 16 - 4020 Liège
Tél.: 04/ 344 94 94

Secrétaire médicale :

Evelyne NELLES - Tél.: 04/ 341 80 40

Conseiller médical pédiatre :

Catherine PIELTAIN
catherine.pieltain@one.be
Jacques LOMBET
jacques.lombet@one.be

Comité subrégional de Namur

Rue de Coquelet 134 - 5000 Namur
Tél.: 081/ 72 36 00

Secrétaire médicale :

Carole PICHERET
Tél.: 081/72 36 02

Conseiller médical pédiatre :

Michel DECHAMPS
michel.dechamps@one.be

Direction Recherche et Développement**Cellule Eco-Conseil**

Tél : 02/ 542 14 14
cellule.eco-conseil@one.be

Direction Appui et Conseil**Task Force Accessibilité**

Support administratif :
Maria Messina
maria-magdalena.messina@one.be
Tél : 0490/ 66 00 50
tfa@one.be
Projet Eco-accueil
Eco-Accueil@one.be

Direction santé ONE

Administration centrale
Tél.: 02/ 542 15 11
direction.sante@one.be

Pôle Santé en collectivité 0-3 ans**Secrétariat**

Tél.: 02/ 436 97 20
sante.collectivite@one.be

Référents santé en milieu d'accueil

via le secrétariat
sante.collectivite@one.be
ou via l'ASR

Cellule diététique

cellule-dietetique@one.be
Amal ALAOUI
Nathalie CLAES
Cléo ROTUNNO
Estelle THOMAS

| Pages | Pages | | |
|--|--------------------|---|-----------------|
| Accidents..... | 43, 110, 136 | Impétigo..... | 79 |
| Accueil inclusif..... | 87, 143 | Infections ORL..... | 72 |
| Agents ONE..... | 10 | Liniment..... | 41 |
| Air (qualité de l')..... | 37, 38 | Maladie de Lyme..... | 80 |
| Alimentation..... | 14 | Maladies à déclaration obligatoire..... | 54, 57 |
| Allaitement maternel..... | 13, 98 | Maltraitance..... | 111 |
| Allergies..... | 87, 97 | Médecin du milieu d'accueil..... | 7, 91 |
| Animaux..... | 35, 99, 110 | Méningites..... | 76, 108, 134 |
| Bacs à sable..... | 28 | Méningocoque..... | 108, 134 |
| BDMS..... | 11 | Moisissures..... | 38 |
| Bilans de santé..... | 11, 93, 119, 125 | Mononucléose..... | 71 |
| Biocide..... | 22, 38 | Montre connectée..... | 42 |
| Brûlure..... | 37, 111, 136 | Mort subite du nourrisson..... | 5, 17, 106, 138 |
| Campylobacter..... | 69 | Mouchage..... | 34 |
| Certificat d'entrée..... | 47, 122, 124 | Mycoses..... | 82 |
| Certificat médical..... | 5, 47, 56, 129 | Oreillons..... | 12, 51, 65 |
| Certificat de santé physique et psychique..... | 57, 132 | Oxyure..... | 70 |
| Champ électromagnétique..... | 42 | Parents (relations/informations)..... | 11 |
| Chute..... | 45, 111, 136 | Pédiculose..... | 81 |
| Conjonctivite..... | 72 | Pharmacie..... | 115 |
| Conseillers pédiatres..... | 10 | Pieds mains bouche..... | 72 |
| Convulsions..... | 109 | Pneumocoque..... | 66, 76 |
| Coqueluche..... | 14, 51, 65, 134 | Réanimation..... | 101 |
| Cosmétiques..... | 34, 41, 117 | Référents santé..... | 10 |
| COVID-19..... | 78 | Risque nucléaire..... | 112 |
| Cryptosporidium..... | 69 | Roséole..... | 71 |
| Cytomégalovirus..... | 84 | Rotavirus..... | 51, 67, 68 |
| Décès..... | 45, 107, 138 | Rougeole..... | 12, 57, 64 |
| Dépistage visuel..... | 16 | Rubéole..... | 65 |
| Désinfection..... | 22, 35 | Salmonella..... | 68 |
| Enfant ayant des besoins spécifiques..... | 87, 143 | Scarlatine..... | 72 |
| Éruption..... | 71 | Services d'accompagnement..... | 92 |
| Escherichia coli..... | 68 | Shigella..... | 68 |
| Évènement médical grave..... | 136 | Sommeil..... | 15 |
| Éviction..... | 53 | Stomatite herpétique..... | 79 |
| Éviction (tableau d')..... | 54 | Surveillance des maladies infectieuses..... | 57 |
| Familiarisation..... | 7, 60, 57 | Tabagisme..... | 39 |
| Fièvre..... | 56, 59, 60, 61, 63 | Teigne..... | 82 |
| Gale..... | 80 | Toxoplasmose..... | 84 |
| Giardiase..... | 68 | Tuberculose..... | 76 |
| Grippe..... | 57, 70, 77 | Vaccination..... | 12, 51 |
| Haemophilus influenza de type B..... | 12, 66, 73 | Vaccination du personnel..... | 57 |
| Hépatite A..... | 70 | Vaccins obligatoires..... | 14 |
| Hépatite B..... | 12, 83 | Vague de chaleur..... | 44 |
| Hépatite C..... | 84 | Varicelle et zona..... | 78 |
| Huiles essentielles..... | 42 | VIH..... | 83 |
| | | Virus respiratoire syncytial..... | 70, 71 |

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

REMERCIEMENTS

RÉDACTEURS

Conseillers médicaux pédiatres de l'ONE (auteurs principaux) :

Dr Michel DECHAMPS (Namur)

Dr Philippe LANN00 (Hainaut)

Dr Marianne MICHEL (Brabant Wallon)

Dr Tessa GOETGHEBUER (Bruxelles)

Dr Jacques LOMBET (Liège)

Dr Catherine PIELTAIN (Liège)

Dr Emmanuelle KADZ (Bruxelles)

Dr Nathalie MELICE (Luxembourg)

Dr Thérèse SONCK (Hainaut)

Anciens Conseillers médicaux pédiatres de l'ONE : Dr Marylène DELHAXHE, Dr Liliane GILBERT, Dr Laurence WAROQUIER

Direction santé de l'ONE (co-auteurs) :

Dr Catherine DELAISSE (Médecin expert adjoint à la Direction santé), Dr Kathlyn RODIERE (Médecin expert adjoint à la Direction santé, Responsable du Pôle santé en collectivité 0-3 ans)

Avec la collaboration de Brigitte MARCHAND, Responsable de la Direction coordination accueil de l'ONE et du Dr Ingrid MORALES, Responsable de la Direction santé de l'ONE

COLLABORATEURS en tant que conseillers scientifiques dans la rédaction et la relecture :

Héloïse PAPILLON, cellule Eco-Conseil ONE, Direction Recherche et Développement de l'ONE

Laetitia FONTAINE et l'équipe de la BDMS, Direction Recherche et Développement de l'ONE

Pascale CAMUS, conseillère pédagogique coordinatrice de la Task Force Accessibilité, Direction Appui et Conseil de l'ONE

Dr Paloma CARRILLO SANTISTEVE, Médecin expert, Responsable du Programme de vaccination en FW-B et Clément BRASSEUR, collaborateur au Programme de vaccination en FW-B, Pôle Vaccination, Direction Santé ONE

Nathalie CLAES, diététicienne pédiatrique, Pôle Diététique, Direction Santé ONE

Emilie PELLIN, gestionnaire de programmes de santé, Pôle Dépistages, Direction Santé ONE

Tatiana PEREIRA, gestionnaire de programmes de santé, Pôle Dépistages, Direction Santé ONE

Dr Katherina KASTRISSIANAKIS, Médecin expert, Pôle Santé de la femme enceinte et de l'enfant, Direction Santé ONE

La cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ

L'équipe de médecine préventive de la COCOM (Bruxelles)

La DG Environnement du SPF Santé publique

Le FARES (Fonds des Affections Respiratoires)

COLLABORATION dans la relecture, participation à des groupes de travail et coordination :

Mélanie LESTERQUY, collaboratrice au Pôle santé en collectivité 0-3 ans, Direction santé ONE

L'équipe des Référents santé ONE en milieu d'accueil et son responsable, Olivier MAERTENS

Audrey MATTELET, Responsable du Pôle communication, Direction santé ONE

Patricia GILLAN, collaboratrice au Pôle communication, Direction santé ONE

Laura RAEYMACKERS et Jessica VAN SAENE, secrétariat de la Direction santé ONE

Anne-Françoise BOUVY, collaboratrice au Pôle santé de la femme enceinte et de l'enfant, Direction Santé ONE

Manuela FIORE, Référente budgétaire et logistique à la Direction santé ONE

COORDINATION :

Mélanie LESTERQUY, collaboratrice au Pôle santé en collectivité 0-3 ans, Direction santé ONE

INFOGRAPHIE :

Fanny DINANT, Service Infographie, Direction Achat et Logistique ONE

ILLUSTRATIONS :

Sarah ROSKAMS et Frédéric THIRY


Merci à tous les acteurs de terrain, professionnels des milieux d'accueil, médecins de crèche, Coordinateurs accueil, Agents conseil et autres ayant interpellé les Conseillers pédiatres ou la Direction Santé de l'ONE sur les problématiques de santé à améliorer dans les milieux d'accueil et ayant enrichi la réflexion grâce aux observations de leur travail quotidien.



ONE OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
Info@one.be - ONE.be

Éditeur responsable : ONE
N° d'édition : D/2023/74.80/12
DOCBR0040


FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



Rejoignez-nous sur

ONE.be