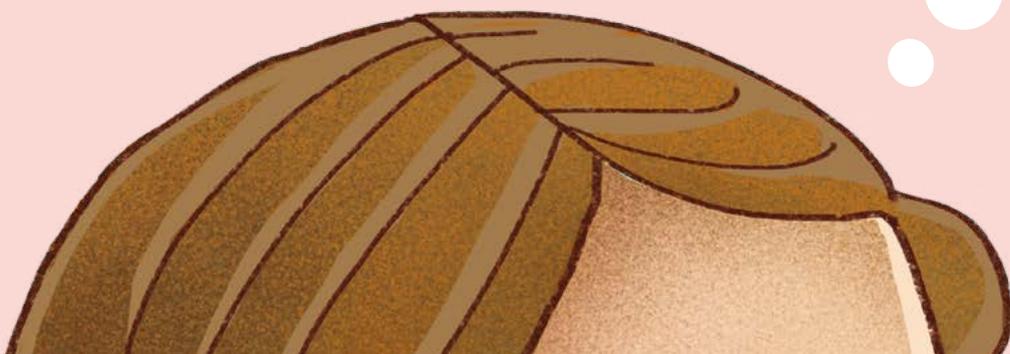


SANTÉ - BOSSES ET BOBOS



GESTION DES ACCIDENTS CHEZ L'ACCUEILLANT·E

Gestion des accidents chez l'accueillant·e :	3
• J'anticipe l'accident	3
• Je prends en charge l'enfant blessé en veillant à la sécurité de tous	3
• J'assure le suivi après l'accident	4

NOTIONS DE 1^{ERS} SECOURS

Notions de premiers secours / arbre décisionnel :	5
• La ventilation artificielle.....	5
• Arbre décisionnel	6
• La réanimation cardiopulmonaire (RCP).....	8

FAIRE FACE AUX ACCIDENTS

Les chutes et les chocs	9
Les plaies	11
Les morsures	12
Les piqûres	13
• Les piqûres d'ortie, de moustique ou de fourmi.....	13
• Les piqûres d'abeille, de guêpe, de frelon ou de taon	13
• Les piqûres de tique.....	14
Le choc anaphylactique	15
L'ingestion de produits dangereux et/ou brûlants	16
• L'absorption de produits dangereux	16
• Les brûlures des muqueuses buccales et oesophagiennes	16
Les brûlures cutanées	17
Les corps étrangers coincés	19
• Dans la gorge.....	19
• Dans la narine	21
• Dans l'oreille.....	21
La noyade	22

Ont collaboré à la réalisation de ces fiches : la Direction de la Coordination Accueil, la Direction Santé, le Collège des Pédiatres et le service Infographie.

Remerciements tout particuliers à Claude BASTIN, Jordane BENZAI, Geneviève DALCQ, Isabelle DELINTE, Corinne DUJARDIN, Nathalie HUTSE, Rose-Marie JACQUES, D^r Emmanuelle KADZ, Florine KAIN, Sarah ROSKAMS.

J'ANTICIPE L'ACCIDENT

Pour être efficace en présence d'une urgence, il faut s'y être préparé. Il n'y a pas de place pour l'improvisation. Plusieurs conditions doivent déjà être réunies en amont :

- Suivre régulièrement une formation théorique et pratique pour apprendre à reconnaître et à réagir aux situations d'urgence ;
- S'inscrire à BE-Alert (système d'alerte qui permet aux autorités de diffuser un message, par SMS, à la population en situation d'urgence) ;
- Respecter le maintien des conditions d'autorisation¹, y compris en termes d'infrastructures et d'équipements (Annexe 1 de l'Arrêté du 2 mai 2019) ;
- Afficher les numéros d'urgence dans le milieu d'accueil (112, Centre Antipoisons 070/245.245, médecin référent...)² ;
- Réaliser une analyse de risques portant sur la sécurité, la santé et le bien-être du personnel et des enfants ainsi qu'instaurer une procédure de gestion de crise³ ;
- Avoir une pharmacie de base en ordre ; vérifier régulièrement son contenu ainsi que les dates de péremption ;
- Disposer de la liste à jour des numéros de téléphone des parents ;
- Ranger hors de portée des enfants les produits nettoyants/désinfectants/dangereux.

JE PRENDS EN CHARGE L'ENFANT BLESSÉ EN VEILLANT À LA SÉCURITÉ DE TOUS

- Appeler les urgences (112) si la situation est grave et/ou difficilement contrôlable ;
Contacter le centre Antipoisons (070/245.245) en cas d'ingestion ou d'inhalation par l'enfant d'une substance toxique.



« Je suis Me X, je travaille dans le milieu d'accueil d'enfants X situé dans la commune X, à la rue X, n° X. Je suis avec un enfant de X mois/an qui est tombé sur la tête. Il est conscient mais saigne beaucoup au niveau du front... ».

Etre bref·ve lors d'un appel au (112).
Donner les informations essentielles.

- Rassurer et écouter l'enfant, rester calme et attentif à la sécurité de chacun ;
- Mettre les autres enfants en sécurité ; faire appel, quand c'est possible, à un autre adulte pour éviter le suraccident et pour vous accompagner dans la gestion de la situation ;
- Se laver les mains, avant un soin, à l'eau et au savon⁴ ;
- Informer les parents (ou le responsable de l'enfant) quel que soit « le bobo » ;
- Ne pas transporter le malade/la victime dans le véhicule personnel de l'accueillant·e.

1- Articles 40 et 41 de l'Arrêté du 2 mai 2019 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- Voir Fiche n° d'urgence à compléter et afficher dans le milieu d'accueil.

3- Article 29 de l'Arrêté du 2 mai 2019.

4- Recommandations générales d'hygiène → voir Fiches Santé.

J'ASSURE LE SUIVI APRÈS L'ACCIDENT

- Se laver les mains à l'eau et au savon puis les frictionner avec une solution hydroalcoolique (SHA)⁵ ;
- Nettoyer et désinfecter l'espace de soins ainsi que la surface souillée sur laquelle l'enfant se serait blessé ;
- Assurer le suivi : surveillance de l'enfant, information/communication aux parents à travers le carnet de santé de l'enfant mais également à l'oral ;
- Garder une trace de l'événement dans le dossier de l'enfant ;
- Avertir l'ONE de tout accident grave survenu dans le milieu d'accueil⁶ ;
- Compléter l'Annexe « Signalement d'un accident grave survenu à un enfant en milieu d'accueil »⁷ avec l'agent ONE ou le travailleur social et la renvoyer à l'ONE si un médecin a dû intervenir (au sein du milieu d'accueil, en cabinet, aux urgences...);

Le médecin traitant de l'enfant reste une personne ressource importante dans le suivi médical de l'enfant.

5- Recommandations générales d'hygiène → voir Fiches Santé.

6- Article 40 de l'arrêté du 02 mai 2019.

7- L'Annexe 10 est disponible dans la farde « Ma profession : accueillant(e) indépendant(e) » remise par l'Agent conseil à l'autorisation.

Elle est disponible dans la brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance », édition 2023 pour les SAE.

Cette fiche présente les premiers gestes à poser lors d'une urgence médicale avec un enfant. Cependant, elle est conçue comme un outil de révision et ne se substitue ni aux formations théoriques et pratiques en premiers soins et secourisme, ni aux recyclages de celles-ci.

Au centre de cette double page se trouve un arbre décisionnel qui passe en revue l'ensemble de la procédure des premiers secours, de l'évaluation de la conscience et de la respiration à la prise en charge par les services médicaux. En complément, la ventilation artificielle est détaillée ci-dessous et la réanimation cardiopulmonaire au second verso.

LA VENTILATION ARTIFICIELLE

Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, prendre de l'air puis insuffler selon une des deux techniques suivantes :

- **Bouche à bouche :**

- 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 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 ;
- insuffler.

À vérifier



Pour que les **insufflations** soient efficaces, les conditions suivantes sont nécessaires :

- Chaque insufflation dure 1 seconde ;
- Chaque insufflation doit être suffisante pour soulever le thorax, comme lors d'une respiration normale ;
- Entre chaque insufflation, le secouriste s'écarte de la bouche de l'enfant pour reprendre sa respiration et permettre au thorax de s'affaisser.

Etes-vous en sécurité ?

S'assurer de la sécurité de la victime, du sauveteur et des autres enfants.

OUI

NON

Mettre en sécurité les enfants et soi-même. Si l'enfant doit être déplacé, le mobiliser comme « un tout » sans bouger la tête.

L'enfant est-il conscient ?

Évaluer l'état de conscience en questionnant l'enfant, en le stimulant légèrement (sans le secouer) et en faisant du bruit (comme taper dans les mains).

OUI

NON

Si l'enfant répond/réagit : le laisser dans sa position et l'évaluer. Essayer de déterminer son problème de santé.

Demander de l'aide
Si possible, une aide de proximité.

Prodiguer les premiers soins à l'enfant en fonction du problème détecté et appeler de l'aide si nécessaire.

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.



Attention !
Si l'état de l'enfant se dégrade, reprendre la procédure.

Attention !
En cas de suspicion 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 légèrement relevé.

Ouvrir les voies respiratoires

- 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 l'enfant.
- Regarder à l'intérieur de la bouche si un corps étranger est visible. Le déloger à l'aide de son doigt plié en crochet.

VES

L'enfant respire-t-il normalement ?

Mettre son oreille contre la bouche et le nez de l'enfant et contrôler sa respiration :

- 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.



OUI

Attention !
Si l'enfant respire à peine ou si les mouvements respiratoires sont peu fréquents et bruyants, ce n'est pas une respiration normale et il faut commencer une ventilation artificielle.

NON

Placer l'enfant en position latérale de sécurité, sauf si l'enfant a moins d'un an ou s'il y a suspicion d'un traumatisme crânien. Continuer à le surveiller jusqu'à l'arrivée des secours.



PLS

Appeler le **112**

Attention !
Si l'état de l'enfant se dégrade, reprendre la procédure.

Procéder à la ventilation artificielle.

Tout en maintenant les voies aériennes ouvertes, prendre de l'air puis insuffler en bouche à bouche (ou bouche à bouche-nez).



5 INSUFFLATIONS

Attention !
Vérifier l'efficacité des insufflations et repositionner l'enfant si nécessaire. Si les 2 premières insufflations sont inefficaces, passer directement à la réanimation cardiopulmonaire (RCP).

Y a-t-il des signes de vie de l'enfant ?

- Voir, écouter, sentir (VES)
- Mouvements de l'enfant
- Toux lors de la stimulation



Attention !
En cas d'hésitation, il vaut mieux considérer que l'enfant ne respire pas.

OUI

Maintenir les conditions de respiration de l'enfant (PLS), appeler le **112** et continuer à le surveiller.

Attention ! Si l'état de l'enfant se dégrade, reprendre la procédure.

Rappeler le **112** si l'état de l'enfant change.

NON

Pratiquer la réanimation cardiopulmonaire.

RCP
15 COMPRESSIONS
2 INSUFFLATIONS
15 COMPRESSIONS
2 INSUFFLATIONS

Appeler le **112** après 1 minute.

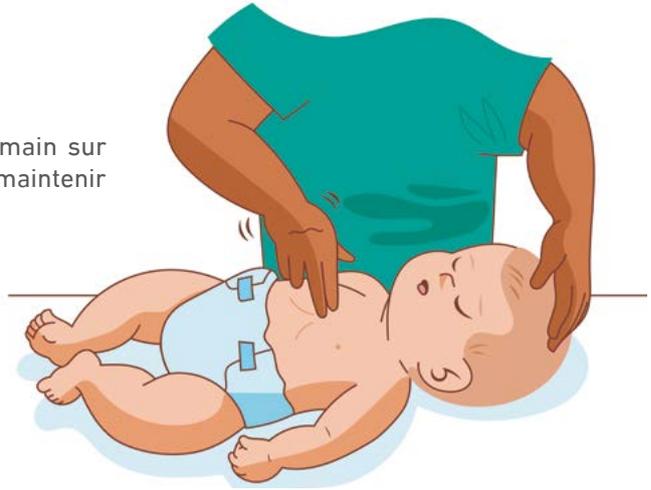
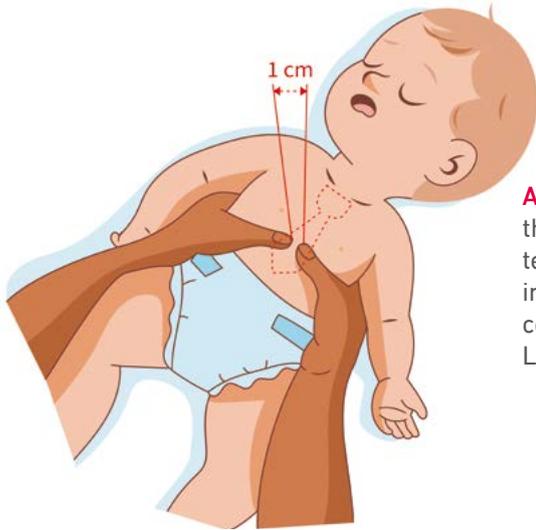
Poursuivre la RCP jusqu'à réapparition de signes de vie, épuisement du sauveteur ou ordre de l'aide médicale d'urgence arrivée sur place.

LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE (RCP)

Pour pratiquer la réanimation cardiopulmonaire, coucher au préalable l'enfant sur une surface dure, découvrir son thorax.

→ Pour un enfant de moins de 1 an

Placer l'index et le majeur (ou le majeur et l'annulaire) d'une main sur la moitié inférieure du sternum ; l'autre main tient la tête pour maintenir les voies aériennes ouvertes.



Attention ! Quand 2 sauveteurs sont présents, celui 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 petit nourrisson. Les autres doigts supportent le dos de l'enfant. Le deuxième sauveteur, quant à lui, assure les insufflations.

BON À SAVOIR

Lorsqu'un enfant est petit et peut être pris dans les bras, un sauveteur seul peut l'emmener 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 traumatique, afin d'ouvrir la porte au secours.



→ Pour un enfant de plus de 1 an

Poser le talon de la main sur la moitié inférieure du thorax, en relevant les doigts pour que la compression n'agisse que sur le sternum ; se placer avec les épaules à la verticale du thorax de l'enfant ; tendre les coudes de façon à pouvoir utiliser le poids du corps lors des compressions.



Enchaîner 15 compressions, 2 insufflations, 15 compressions, 2 insufflations...

À vérifier



Pour que les compressions soient efficaces, les conditions suivantes sont nécessaires :

- La profondeur des compressions doit être égale à un tiers de la hauteur du thorax.
- La cage thoracique doit revenir dans sa position de base entre chaque compression (temps de compression = temps de relaxation).
- La fréquence doit être de 100 par minute et le rythme régulier.

Lorsque l'enfant développe sa motricité, il importe de veiller à la sécurité de son environnement. Durant les premières années de vie, les enfants n'ont pas la capacité de percevoir les dangers de l'environnement⁸. De légers coups ou légères chutes peuvent dès lors survenir.

La plupart des chutes sont heureusement sans conséquence. Cependant, certaines d'entre elles peuvent entraîner des lésions, parfois sévères. Une surveillance de l'enfant qui a chuté s'impose à chaque fois. Laisser toujours l'enfant blessé se redresser seul s'il le peut. S'il ne le peut pas ou si le choc a été violent, appeler les services d'urgence.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

En cas d'hématome ou d'ecchymose (bleu) :

Appliquer du froid pendant vingt minutes à l'aide d'un cold pack dans un linge ou une pochette ad hoc ou, à défaut, avec des glaçons enveloppés dans un gant de toilette, ou encore une compresse mouillée à l'eau froide.



BON À SAVOIR

Quand l'enfant s'est coincé le doigt, le mettre sous un jet d'eau fraîche jusqu'au soulagement de la douleur.

Un hématome peut cacher une fracture : inviter les parents à demander un avis médical quand un ongle et/ou une phalange a été atteint.

En cas de chute ou de choc violent :

- Ne pas bouger l'enfant (à moins que sa sécurité ou la vôtre ne soit mise en danger) ;
- Evaluer son état de conscience et sa respiration ;
- 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. S'il y a une plaie, la couvrir avec un bandage propre. Si le membre est froid ou décoloré (pâle ou bleu), appeler le **112**.

→ 3 situations peuvent se présenter :

L'enfant est conscient :

- Ne pas le bouger et l'encourager à faire de même ;
- Lui parler et le rassurer ;
- Évaluer les symptômes et contacter le médecin.

L'enfant est inconscient et respire normalement :

- Le placer délicatement en Position Latérale de Sécurité (PLS) ;
- Appeler le **112** ;
- Maintenir la surveillance.

L'enfant est inconscient et ne respire pas normalement :

- Débuter la réanimation cardiopulmonaire selon le schéma d'intervention (voir pages 5 à 8) ;
- Appeler le **112** ;
- Continuer la réanimation cardiopulmonaire.



Appel du 112 indispensable si :

- L'enfant a moins de 1 an ;
- L'enfant a perdu connaissance (même brièvement) ou si sa conscience a été altérée ;
- L'enfant respire anormalement, éprouve des difficultés respiratoires ;
- L'enfant vomit (même plusieurs heures après) ;
- Le choc se situe au niveau de la tête, si l'enfant a une plaie à la tête ou s'il saigne par les orifices de la tête ;
- L'enfant présente une raideur de la nuque et/ou des maux de tête ;
- L'enfant manifeste des troubles neurologiques :
 - *mouvements anormaux (convulsions, tremblements...)*
 - *troubles de l'équilibre*
 - ...

En cas de chute sur les dents :

Les enfants accueillis n'ont généralement pas encore leurs dents définitives. Une dent de lait tombée, en cas de chute/choc, ne doit pas être remise en place.

Prévenir les parents afin de prévoir une consultation rapide chez un dentiste.

Une dent définitive, par contre, doit être remise en place le plus rapidement possible, même incorrectement. Inviter les parents à consulter immédiatement un dentiste.

Toute plaie cutanée comporte un risque d'infection. Il est nécessaire de prévenir les parents et de leur demander de surveiller l'évolution de la plaie dans les jours qui suivent (rougeur, gonflement, chaleur...).

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

→ 3 situations peuvent se présenter :

Une plaie **sans corps étranger** :

- Enfiler des gants à usage unique est conseillé ;
- En cas de saignement abondant, comprimer la plaie ;
- Rincer abondamment la plaie en faisant couler de l'eau tiède directement sur celle-ci jusqu'à ce qu'elle soit propre, sans frotter (en balade, toujours prévoir une bouteille d'eau) ;
- Sécher le pourtour de la plaie avec une compresse stérile ou un linge propre. Si nécessaire, enlever le reste de souillure en s'écartant progressivement de la plaie, sans la toucher ;
- Désinfecter la plaie si vous n'avez pas d'eau potable pour la rincer, si elle a été en contact avec un milieu à risque (rouille, déchets, terre...) ou si l'enfant est diabétique ou immunodéficient ;
- Recouvrir la plaie d'un pansement.

Si la plaie est profonde, dépasse un centimètre de longueur, reste béante et/ou ne s'arrête pas de saigner après quelques minutes, elle nécessitera peut-être l'intervention d'un médecin (suture, Steri-Strip...).

Une plaie **avec écharde**, au niveau de la main ou du pied par exemple :

- Tremper la main ou le pied dans de l'eau tiède puis essayer d'extraire l'écharde à l'aide d'une pince à épiler désinfectée au préalable ;
- Si l'écharde est profonde et/ou si la plaie est sale, désinfecter la plaie après l'extraction ;
- Si la tentative a échoué, ne pas insister, surtout si l'écharde est très petite. Le corps la rejettera de lui-même ;
- Surveiller l'évolution : si apparition de signes inflammatoires (rougeur, douleur...), demander aux parents de consulter le médecin de l'enfant.

Une plaie avec un **corps étranger de taille plus importante** :

- Ne pas enlever le corps étranger ;
- Appeler les services d'urgence le **112**.

Toute plaie est considérée comme grave si elle répond à une des conditions suivantes :

- La plaie est étendue (= plus de la moitié de la taille de la paume de l'enfant) ;
- La plaie est profonde (os, muscle, tendon apparent) ;
- La plaie est localisée au niveau du visage, cou, main, pied, thorax, abdomen, parties génitales ;
- La plaie est due à une morsure animale ou humaine ;
- L'hémorragie est persistante ;
- Après rinçage, des souillures ou corps étranger subsistent dans la plaie.

En fonction de l'urgence, demander aux parents de consulter un médecin ou appeler les services d'urgence **112**.



Quand un membre est sectionné, il doit être emballé dans des compresses stériles et mis dans un sachet en plastique fermé. Ce sachet doit être placé dans un récipient rempli d'eau fraîche et de glace (sans être en contact direct).



LES MORSURES

Les morsures entre enfants peuvent survenir lors du processus de socialisation. Elles peuvent faire mal et laisser des traces mais sont aussi pour l'enfant une manière d'exprimer quelque chose⁹.

Concernant les morsures d'animaux, la prévention est capitale. Il faut éviter tout contact entre les enfants et les animaux, hormis lors de séances de nourrissage au travers d'une grille (poules, lapins...) sous surveillance permanente de l'adulte¹⁰.

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).

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- En cas de saignement abondant, comprimer la blessure ;
- Rincer la plaie à l'eau et la désinfecter ensuite.

En cas de morsure par un animal, même si la plaie est minime, la morsure doit être montrée à un médecin car le risque infectieux est élevé. Les renseignements concernant l'état de vaccination de l'enfant et de l'animal peuvent être utiles pour le médecin.



LES PIQÛRES D'ORTIE, DE MOUSTIQUE OU DE FOURMI

Les piqûres d'ortie, de moustique ou de fourmi sont sans gravité. L'objectif visé par les soins apportés à l'enfant est d'apaiser les démangeaisons.

Pour éviter que les insectes n'entrent dans le milieu d'accueil¹¹ :

- Placer les déchets ménagers de préférence dans des poubelles hermétiques, hors de portée des enfants ;
- Placer des moustiquaires aux portes et fenêtres ;
- Faire appel à du personnel qualifié pour évacuer les nids et essaims.



Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- Rincer l'endroit de la piqûre avec de l'eau claire ;
- Tamponner, sans frotter, avec une compresse ou un linge propre ;
- Appliquer du froid (cold pack/glaçons dans un linge) pour soulager la douleur ;
- Désinfecter la zone piquée en cas de lésions dues au grattage.

LES PIQÛRES D'ABEILLE, DE GUÊPE, DE FRELON OU DE TAON

En période estivale principalement, des abeilles, guêpes, frelons ou taons peuvent s'inviter dans les espaces extérieurs et intérieurs du milieu d'accueil.

Identifier les enfants pour lesquels il existe un risque allergique connu (via le certificat d'entrée ou le carnet de santé de l'enfant).

Si l'enfant a des antécédents allergiques¹², la fiche santé remplie avec les parents au moment de l'inscription doit mentionner les recommandations à suivre en cas de réaction allergique (avec certificat médical précis concernant l'administration de médicaments). Si l'application de ces recommandations ne peut être assurée par l'accueillant-e, des dispositions doivent avoir été établies au préalable, en concertation avec les parents, l'Agent ONE ou le travailleur social.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- Si le dard (en cas de piqûre d'abeille, de guêpe ou de frelon) est présent, le retirer doucement avec une pince à épiler en veillant à ne pas écraser la glande attenante ;
- Rincer et savonner l'endroit de la piqûre sous l'eau, surveiller l'évolution du point de piqûre ;
- Soulager la douleur en appliquant du froid à l'endroit de la piqûre (à l'aide de glace ou d'un cold pack enveloppé dans un linge, durant maximum 20 minutes) ;
- Désinfecter l'endroit de la piqûre ;
- Surveiller l'état général de l'enfant et l'apparition éventuelle d'une réaction allergique ;
- Demander un avis médical s'il n'est pas possible de retirer le dard.



Appel du 112 indispensable si :

- La piqûre se situe dans la bouche ou au niveau de l'œil ;
- Un gonflement croissant apparaît à l'endroit de la piqûre ;
- Des difficultés respiratoires apparaissent et/ou si l'enfant exprime une sensation de malaise ;
- L'enfant présente des antécédents d'allergie grave sur piqûre d'insecte ;
- Une altération de l'état général de l'enfant survient.

LES PIQÛRES DE TIQUE

Les tiques vivent dans les jardins, les zones ombragées, les bois, les champs, etc. En Belgique, 10% des tiques sont infectées par une bactérie. Les piqûres surviennent le plus souvent en période estivale et dans les régions boisées.

Les endroits de prédilection sur le corps pour les tiques sont les endroits chauds et humides (plis inguinaux, aisselles, creux des genoux, derrière les oreilles et à la racine des cheveux).



Lors d'une activité en extérieur avec les enfants, il faut veiller à couvrir la peau des enfants avec des vêtements et des chaussures ; après l'activité, vérifier l'absence de tiques.

LE SAVIEZ-VOUS ?

L'agent responsable de la maladie de Lyme est une bactérie (*Borrelia burgdorferi*). La maladie se manifeste par une rougeur qui s'étend entre 3 et 30 jours après la piqûre de tique. Cette rougeur peut être associée 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.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?



Il est nécessaire d'éliminer la tique dans les 12 heures afin de diminuer les risques de contamination par la bactérie de la maladie de Lyme.

- Extraire délicatement la tique en la saisissant au niveau de la tête, à l'aide d'une pince à tique (désinfectée au préalable), sans l'écraser ;
- Veiller à extraire l'entièreté de la tique, y compris la tête ;
- Ne pas endormir la tique avec de l'alcool ou toute autre substance (éther, solvant...) ;
- Une fois la tique retirée, nettoyer et désinfecter l'endroit de la piqûre.



Saisie par le corps, la tique risquerait d'injecter de la salive ou du sang dans le corps de la personne piquée, avec un risque accru de contracter la maladie de Lyme. C'est pourquoi la pince à épiler est déconseillée.

Une fois les soins administrés à l'enfant :

- Noter la date et l'endroit de la piqûre dans le carnet de santé de l'enfant ;
- Prévenir les parents et leur demander de surveiller l'endroit de la piqûre durant 30 jours (rougeur, tache, auréole).

Consultation médicale indispensable si :

- Il n'est pas possible de retirer la tique ;
- Apparition de rougeur, de tache ;
- Apparition de fièvre, maux de tête, fatigue, etc.

Certains enfants sont susceptibles de présenter des réactions allergiques majeures lorsqu'ils entrent en contact avec une substance allergisante (aliment, venin d'insecte, médicament...). La plus grave de ces réactions est le choc anaphylactique (réaction allergique potentiellement mortelle).

Les symptômes sont sévères, apparaissent souvent très vite et évoluent rapidement :

- Éruptions cutanées, urticaire, démangeaisons ;
- Œdème de la muqueuse laryngée (gonflement important de la gorge), gonflement de la langue, des lèvres, des paupières, des mains ;
- Diarrhée, vomissement, crampes abdominales ;
- Asthme ;
- Perte de connaissance ;
- ...

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

→ 2 situations peuvent se présenter :

Le risque de **choc anaphylactique est connu** :

Mettre en place un projet d'accueil individualisé qui doit préciser les signes d'alertes et prévoir, en collaboration avec le médecin de l'enfant et les parents, les attitudes à avoir et les médicaments à utiliser en fonction des symptômes observés. Les parents fourniront les médicaments, ainsi qu'une prescription précise quant aux doses et indications. Vérifier régulièrement la date de péremption du matériel fourni.

En cas d'urgence, l'utilisation d'adrénaline¹³ est 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 (EpiPen®) par le médecin traitant de l'enfant et la formation de l'accueillant-e doit être assurée. 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.

Le choc anaphylactique survient **pour la première fois** :

Appeler le **112** et suivre les instructions.

BON À SAVOIR

L'utilisation de l'auto-injecteur est relativement simple et des « trainers » permettent de se familiariser avec son emploi.

13- L'adrénaline sauve des vies (voir Flash Accueil 28 « Que faire en cas de choc anaphylactique ? », ONE 2016).

L'INGESTION DE PRODUITS DANGEREUX ET/OU BRÛLANTS¹⁴

La prévention est capitale : ranger hors de portée des enfants tous les produits ménagers, caustiques et pharmaceutiques, dans leur emballage d'origine.

Dans la mesure du possible, utiliser les produits ménagers et caustiques en dehors de la présence des enfants.

L'ABSORPTION DE PRODUITS DANGEREUX

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

En cas d'ingestion ou d'inhalation par l'enfant d'une substance toxique pour l'organisme, contacter le Centre Antipoisons¹⁵ (070/245.245), même si aucun symptôme n'est encore apparu. Lors de l'appel, se munir de l'emballage du produit afin d'en fournir le nom et la quantité ingérée. Faire asseoir l'enfant, le rassurer, ne pas regarder dans sa gorge, ne rien lui donner à boire, ne pas le faire vomir, et selon les instructions du Centre Antipoisons, appeler le **(112)**.

LES BRÛLURES DES MUQUEUSES BUCCALES ET OESOPHAGIENNES

Les brûlures peuvent survenir par ingestion d'un liquide bouillant (attention au four à micro-ondes pour réchauffer les biberons !) ou par absorption de produits caustiques.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

En cas d'observation d'une brûlure de la langue et du pharynx ou si l'enfant montre des difficultés pour avaler les aliments (dysphagie), demander aux parents de consulter un médecin en urgence car une dégradation est susceptible d'apparaître dans un second temps.



Vérifier la température du liquide (lait, soupe...) en versant quelques gouttes sur le dos de la main ou au creux du poignet.



14- Brochure « Une infrastructure et des équipements au service du projet d'accueil – spécial accueillant-es », pp.64-65, ONE 2020 et brochure « Lire avant utilisation ça peut sauver des vies », SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement 2023.

15- www.centrantipoisons.be

Différentes causes peuvent provoquer une brûlure : un liquide brûlant (par aspersion ou immersion dans un bain trop chaud par exemple), une source de chaleur (taque, radiateur...), un produit chimique, le contact avec une flamme, l'électricité... Une brûlure est une plaie particulière qu'il faut toujours refroidir au plus vite.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

Quels sont les signes de gravité d'une brûlure ?

- Son étendue : le pourcentage critique est de 5% de la surface corporelle. La paume et les doigts de la main du blessé représentent 1% de la surface corporelle ;
- Son degré : la présence de cloques, l'aspect sec, cartonné, noir ou blanc ;
- Sa localisation : au niveau des yeux, des oreilles, du visage, des mains, des pieds, des articulations ou des parties génitales.

- Réaliser un cooling¹⁶ pour diluer l'agent causal et atténuer la douleur → Faire couler de l'eau courante tempérée en amont de la partie brûlée pendant 15 à 20 minutes, à l'aide d'un robinet ou d'une douche à une distance de 15 cm ;
- Inviter l'enfant à s'asseoir ou s'allonger, si possible sans interrompre le cooling ;
- Retirer sous l'eau les vêtements s'ils ne collent pas à la peau ;
- Évaluer la gravité de la brûlure.



→ 2 situations peuvent se présenter :

La brûlure ne présente pas de signe de gravité particulière :

Après le cooling, effectuer les mêmes soins que pour une plaie simple (hormis la désinfection) et appliquer un pansement hydrocolloïde (ou à défaut, une compresse de gaze stérile avec une face plastifiée ou un linge propre humide).

La brûlure présente des signes de gravité :

- Appeler les services d'urgence **112** ;
- Suivre les recommandations médicales en attendant l'arrivée des secours.

Toute brûlure (sauf minime) chez un enfant de moins de 5 ans doit être vue par un médecin. Pour un conseil en cas de doute au sujet d'une brûlure, s'adresser au centre des grands brûlés¹⁷ qui répond 24h/24, 7 jours sur 7.

Tél : 02/268.62.00

112

Appel du 112 indispensable si :

- Brûlure électrique
- Brûlure chimique
- Brûlure par inhalation

Le coup de soleil¹⁸

Malgré le respect des mesures de prévention¹⁹, un coup de soleil pourrait survenir : humidifier la peau brûlée (passer sous l'eau fraîche ou déposer un tissu mouillé) et protéger ensuite la peau comme pour une brûlure sans gravité particulière. En cas de coup de soleil plus important, conseiller aux parents de demander un avis médical.



Cas particulier : l'électrocution

L'électrocution peut entraîner des brûlures parfois très sévères, surtout au niveau buccal. Elle peut également provoquer un arrêt cardiorespiratoire.

Avant de porter secours, il convient de couper le courant lorsque l'enfant est encore en contact avec le conducteur.

17- Centre de Neder-over-Heembeek.

18- Flash Accueil 20 « Le soleil : ombres et lumières », ONE 2014.

19- Flash Accueil 39 « Canicule : mettre en place un accueil propice au bien-être des enfants », ONE 2020.

Un corps étranger (aliment, jouet, objet) peut être ingéré, introduit ou s'incruster dans la gorge, la narine, l'oreille...

DANS LA GORGE

La présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires peut entraîner des difficultés respiratoires²⁰, voire un arrêt complet de la respiration. L'étouffement par corps étranger est souvent typique : l'enfant devient tout bleu, se débat, essaie de respirer sans y arriver et se met généralement à tousser fortement.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

→ 3 situations peuvent se présenter :

L'enfant tousse de manière **efficace**²¹ :

Aucune manœuvre externe n'est nécessaire. Il faut encourager l'enfant à tousser et continuer à le surveiller.

La toux est ou devient **inefficace**²² :

- Administrer 5 tapes dans le dos entre les 2 omoplates (voir ci-dessous) ;
- Si le corps étranger n'a pas encore été expulsé, administrer 5 compressions thoraciques (voir ci-dessous) ;
- Réévaluer l'état de l'enfant. Si le corps étranger n'a pas été expulsé et que l'enfant est toujours conscient, répéter la même séquences (5 tapes dorsales, 5 compressions thoraciques).

Nourrisson et petit enfant



S'agenouiller ou s'asseoir, prendre le nourrisson sur les genoux, le placer sur le ventre, la tête en bas. Maintenir la tête avec une main, en soutenant la mâchoire sans comprimer le cou.



Tourner l'enfant sur le dos en veillant à maintenir sa tête et à garder les voies aériennes ouvertes. Faire 5 compressions énergiques sur la moitié inférieure du sternum à l'aide deux doigts.

20- Flash Accueil 40 « Les détresses respiratoires en milieu d'accueil », ONE 2020.

21- L'enfant émet un bruit en toussant.

22- L'enfant n'émet pas de bruit en toussant.

Enfant plus grand



Se placer derrière l'enfant, l'inviter à rester debout et à se pencher en avant. Placer une main sur son thorax pour le soutenir lors des tapes entre les omoplates.



Rester derrière l'enfant, encercler son thorax en passant sous ses bras, placer un poing dans la région de l'estomac. Recouvrir cette main de l'autre main et faire un mouvement de dehors en dedans et de bas en haut.

L'enfant est ou devient **inconscient** :

Débuter la réanimation cardiopulmonaire selon le schéma d'intervention (voir page 5 à 8) et appeler le **112** après 1 minute.



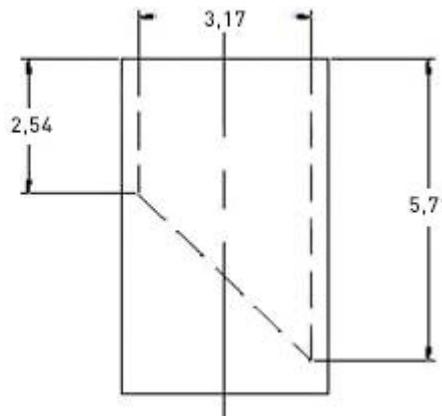
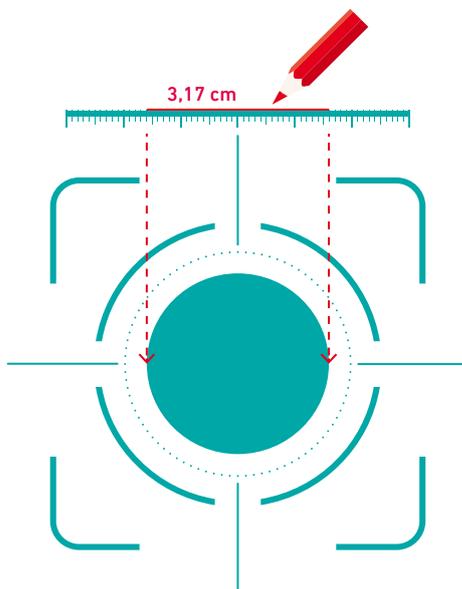
Consultation médicale indispensable : tout enfant ayant inhalé un corps étranger doit être vu par un médecin, même s'il a récupéré.

Appel du 112 indispensable si :

- Difficultés respiratoires ;
- Saignement important ;
- Altération de l'état général.

Pour déterminer si un objet présente un risque de suffocation chez le jeune enfant, il existe le test appelé « Small-Parts Test Fixture » (SPTF). Il s'agit d'un cylindre avec un diamètre de 3,17 cm qui représente la bouche et d'une profondeur variant entre 2,54 cm et 5,71 cm de profondeur qui représente le pharynx.

Un objet est considéré comme petit s'il peut s'introduire dans ce cylindre.



Le matériel informel plus petit ne pourra être utilisé que sous la vigilance accrue de l'accueillant-e.

Attention, ces schémas ne sont pas à l'échelle.

DANS LA NARINE

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- Si l'enfant est en capacité de le faire, boucher avec le pouce la narine non obstruée. Faire inspirer l'enfant par la bouche et bouche fermée, lui demander d'expirer en soufflant fortement par le nez ;
- En cas d'essai infructueux, prévenir les parents afin de prévoir une consultation rapide chez le médecin traitant ou chez un médecin ORL car l'objet doit être enlevé rapidement.

DANS L'OREILLE

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- Ne pas essayer d'enlever le corps étranger, cela risquerait de l'enfoncer plus profondément ;
- Vérifier l'absence de saignement en faisant pencher l'oreille atteinte vers le bas ;
- Prévenir les parents afin de prévoir une consultation rapide chez le médecin traitant ou chez un médecin ORL car l'objet doit être enlevé rapidement.



LA NOYADE

Un enfant en bas âge peut se noyer dans un seau d'eau ou dans une baignoire remplie de quelques centimètres seulement.

Prévention²³ :

- Barrière de 120 cm minimum autour des points d'eau.
- Aucun enfant de moins de 4 ans ou épileptique connu, ne sera laissé seul dans son bain ou dans une pataugeoire.
- Aucun enfant de moins de 12 ans ne sera laissé seul dans une piscine.

Quelles attitudes adopter et quels soins administrer ?

- Contrôler la respiration, la coloration, l'état de conscience ;
- Si nécessaire, entamer la réanimation cardiopulmonaire selon le schéma d'intervention (voir pages 5 à 8) et appeler les services d'urgence **(112)** ;
- Penser à immobiliser la colonne vertébrale en cas de doute par rapport à un traumatisme avant ou pendant la chute dans l'eau.

Consultation médicale indispensable
dans tous les cas.

