



## EDITO

S'investir dans l'accueil de la petite enfance, c'est s'investir dans le quotidien des enfants et de leur famille, c'est partager des moments de vie dans leur pleine réalité quelle qu'elle soit.

Les milieux d'accueil sont confrontés à ces réalités changeantes où les besoins des enfants et de leur famille sont en pleine évolution, tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal.

Parfois, une organisation spécifique, un service structuré se met en place pour rencontrer avec une intensité particulière certains besoins. Tel est notamment le cas de l'accueil d'urgence, de l'accueil flexible et de l'accueil d'enfants malades à domicile.

C'est pour financer ce type de projets que le FESC<sup>1</sup> (Fonds d'Equipements et de Services Collectifs) a été créé en 1971 au sein de l'Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (ONAFTS).

Depuis plusieurs années, il était question de transférer le FESC aux Communautés compétentes pour l'accueil de l'enfance. C'est maintenant chose faite, avec la mise en œuvre de la 6ème réforme de l'Etat qui met fin au FESC à partir du 1er janvier 2015.

L'ONE prend le relais à partir de cette date.

C'est l'occasion de souligner le travail des professionnels de l'enfance actifs dans les structures qui dépendaient du FESC.

L'action de ces milieux d'accueil et d'autres qui se sont engagés dans des projets de ce type en dehors du FESC est toujours aussi nécessaire et gardera tout son sens dans les années qui viennent.

Le fait que l'ONE intègre le FESC est gage de continuité et ouvre de nouvelles perspectives en termes de synergies et de développement de cette offre de service particulière.

Ce sera un des chantiers important pour l'année 2015 qui nous offrira bien des occasions de collaborations pour bâtir ensemble l'avenir.

Comme celle de cet Edito, la page de 2014 se tourne déjà...

Aussi, toute l'Equipe du Flash accueil vous souhaite une heureuse année 2015, riche de rencontres, de partages et de beaux moments de joie, glanés au gré des chemins de vie qui se croisent au sein de vos milieux d'accueil.

Eddy Gilson  
Directeur Direction Accueil petite enfance

N°22 - 4<sup>ème</sup> trimestre 2014

## SOMMAIRE

### AU QUOTIDIEN P. 2-7

L'accueil des enfants de moins de 3 mois.

### SANTÉ P. 8-11

Evincer un enfant malade du milieu d'accueil ...

### ZOOM SUR ... P. 12-15

Etat de crise...Comment faire face ?

### JURIDIQUE P. 16-17

L'impartialité du milieu d'accueil dans les conflits parentaux.

### ACTUALITÉ P. 18-19

Transmission du virus Ebola.

### RECETTE P. 20-21

Savez-vous manger les choux... à la mode de chez nous ?

### À ÉPINGLER P. 22-24

La « Newsletter » du FURET

Collaboration  
ONE - AWIPH - service PHARE

**Votre avis nous intéresse !**

### FLASH-BACK P. 24



## L'ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 3 MOIS

L'accueil des enfants de moins de 3 mois est « délicat » et demande un investissement particulier, ainsi que la construction progressive d'un lien de confiance entre professionnel(s) et parents.

Les réalités socio-économiques peuvent amener de nombreuses familles à devoir chercher un lieu d'accueil pour leur tout-petit de moins de 3 mois, alors qu'être séparé si tôt ne répond pas au besoin de l'enfant. Certains parents n'ont pas d'autres solutions ou d'autres possibilités au sein de leur entourage. Un congé de maternité trop court, un statut d'indépendant ou encore le fait de devoir poursuivre des études, ne sont que quelques-unes des raisons qui amènent parfois à une séparation précoce entre le bébé et ses parents.

### LES ASPECTS « SANTÉ » CHEZ LES NOURRISSONS DE MOINS DE 3 MOIS (Y COMPRIS LES PRÉMATURÉS)

Plusieurs aspects liés à la santé de l'enfant doivent être pris en considération lors de l'accueil d'enfants de moins de 3 mois. Parmi ceux-ci, le suivi du plan de vaccination, l'observation de sa sensibilité aux infections éventuelles et l'observation de son sommeil. Une attention particulière sera portée sur l'enfant né prématurément.

#### Vaccinations

À 2 mois, on entame les vaccinations : le nourrisson n'a, en effet, qu'une protection partielle contre les infections. Elle lui est conférée par l'**allaitement maternel** s'il en bénéficie, ainsi que par les anticorps transmis par sa mère avant la naissance mais ceux-ci s'éliminent assez rapidement les tout premiers mois.

Si on stimule son propre système immunitaire en lui administrant des vaccins, l'enfant construira des **défenses** qui le protégeront efficacement et durablement

contre diverses **maladies graves** (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, méningite à haemophilus influenzae B et à pneumocoques, hépatite B, gastroentérites à rotavirus). Il faut cependant au minimum deux, voire trois doses de vaccins pour les protéger des maladies contre lesquelles ces vaccins permettent de les immuniser. En-dessous de 3 mois, ils ne sont donc pas (ou incomplètement) protégés.

Il est dès lors vivement recommandé à toute personne, en contact professionnel avec des nourrissons, de connaître son statut immunitaire, entre autres, pour la coqueluche, la rougeole, la varicelle et de se faire (re) vacciner, si nécessaire. La vaccination du personnel contre la grippe est, par ailleurs, également fortement recommandée.

#### Sensibilité aux infections

De manière générale, les **tout-petits sont plus sensibles aux infections** et celles-ci s'aggravent plus rapidement. Les signes d'infection et d'aggravation peuvent être très discrets. Ils se déshydratent plus rapidement, en cas de vomissements et/ou diarrhées ; ils sont plus facilement en détresse respiratoire ou sujets aux apnées (bronchiolites). Les infections locales (ORL, par exemple) se généralisent plus vite avec l'apparition de méningite, de septicémie (c'est-à-dire passage dans le sang des agents infectieux et dissémination en de multiples foyers secondaires d'infection), vu l'immaturation de leurs systèmes de défense.

C'est pourquoi, lorsqu'un enfant de moins de 3 mois présente de la fièvre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$  en rectal), il faut contacter les parents et leur recommander d'aller voir leur médecin sans tarder.

Si ceux-ci ne peuvent être joints, il s'agit de contacter le médecin de référence du milieu d'accueil.

### Sommeil et syndrome de mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN)

**Plus il est petit, plus les besoins en sommeil de l'enfant sont importants.** Il dort environ 18h par jour à l'âge d'un mois, 14 à 16h à l'âge de 3 mois, par tranches de plus en plus régulières de 3 à 4 heures (avec périodes de micro-éveils physiologiques). Les moments de veille durent environ 50 à 60 minutes chez le tout-petit et s'allongent progressivement.

Le syndrome de mort subite inexplicée du nourrisson constitue la première cause de décès entre 1 mois et 1 an (25% des décès dont 90% en-dessous de 6 mois). Actuellement, le taux de décès par MSIN en Belgique est de 0.5 à 0.7 /1000 naissances, ce qui correspond à 60 à 80 décès par an. Les garçons sont plus souvent atteints. Le risque est surtout important entre 2 et 4 mois d'âge, en période hivernale, plus qu'en été.

Diverses recommandations ont pour objectif de réduire le risque de MSIN. La plus importante est de **coucher le bébé sur le dos pour dormir.**

### Prématurité

Les bébés prématurés (nés avant 37 semaines de grossesse) ont souvent des **cycles veille/sommeil plus courts.** Les recommandations concernant le sommeil sont les mêmes que pour les enfants nés à terme. Il est d'ailleurs conseillé de les habituer à dormir sur le dos durant la fin de leur séjour en néonatalogie. Durant les premiers mois, ils bénéficieront plus souvent pendant leur sommeil d'une surveillance par monitoring cardiorespiratoire (surtout en cas de prématurité importante). Il est, dans ce cas, important de connaître le fonctionnement de l'appareil et de pouvoir réagir adéquatement en cas d'alarme.

Les vaccins doivent être faits en fonction de leur âge, sans tenir compte de leur naissance prématurée. Le schéma peut-être légèrement différent de celui d'un enfant à terme. En effet, il est conseillé d'administrer une dose supplémentaire de vaccin antipneumococcique à l'âge de 3 mois et d'avancer à 13 mois les vaccins prévus à 15 mois. De plus, certains prématurés reçoivent également des injections mensuelles d'anticorps (automne-hiver) pour les protéger de la bronchiolite à VRS<sup>1</sup>. D'autres reçoivent aussi le vaccin contre la grippe (par exemple, ceux qui ont eu des problèmes respiratoires importants).

**Certains prématurés sont plus vulnérables et/ou doivent recevoir des traitements parfois lourds.** Il est important d'organiser leur accueil en tenant compte de leurs besoins spécifiques. La collaboration du médecin du milieu d'accueil ou un lien fonctionnel avec le médecin de Consultation seront fort utiles pour identifier ceux-ci et envisager les traitements et prises en charge nécessaires.

### L'ATTACHEMENT ET LA PERSPECTIVE DE CONFIER SON ENFANT DANS UN MILIEU D'ACCUEIL

Des spécialistes comme Miriam Rasse, Directrice de l'Association Pikler-Loczy France et la psychanalyste Sylviane Giampino estiment que dans un milieu d'accueil, le bébé de 3 mois ou moins est « plongé dans un milieu inapproprié à son développement ». Cependant, l'organisation sociale, en France comme en Belgique, accepte d'accueillir les tout-petits et de surcroît, n'offre pas la possibilité aux parents de garder leur enfant plus longtemps. L'accueil des nourrissons en collectivité est surtout une véritable nécessité pour les parents.

*« Autrement dit, pour qu'un enfant, séparé de celle qui lui donne sécurité de base et sens de vie (où l'inverse) ne se réfugie pas sur ce qui le rassure – lui-même – l'enfermant progressivement dans une bulle étanche qui le protège – ou le coupe, le sépare – de tout ce qui l'entoure, il est impératif qu'un être humain assure le relais des soins, mais surtout de la relation humaine ».*<sup>2</sup>

Depuis les dernières décennies, cette thématique de l'accueil des enfants tout petits, est objet de réflexion des spécialistes et des professionnels de terrain, dans la **recherche des modalités permettant à l'enfant et à sa famille d'être accueillis de manière plus adéquate et d'évoluer dans un environnement sécurisant, adapté et respectueux des uns et des autres.**

La première étape de vie du nourrisson est celle où il va construire son individualité et cela se fait dans l'enveloppe familiale, dans le lien avec ses parents. Le bébé n'a pas encore la maturité psychique pour s'ouvrir à la collectivité : interagir avec l'autre, partager l'attention d'un adulte, s'attacher à plusieurs adultes (situation souvent rencontrée dans les milieux d'accueil collectifs). De fait, l'enfant avant 8, 9 mois n'a pas encore la conscience qu'il est une autre personne.

C'est la **connaissance et la compréhension** de chaque stade du développement de l'enfant qui pourra soutenir les professionnels dans la réflexion sur la manière de l'accueillir et d'« **humaniser** » la **collectivité**, en la rendant la plus adaptée possible aux besoins fondamentaux du nourrisson et de ses parents.

La **période de familiarisation** est un dispositif fondamental lors de l'accueil de tout enfant de 0 à 6 ans. Ce dispositif qu'on pourrait considérer comme « préventif », devrait s'adapter à la fois à chaque enfant et à chaque famille, en fonction de l'âge de l'enfant, du contexte familial, des attentes et besoins des familles.



1 Virus Respiratoire Syncytial

2 Fonds Houtman, Accueillir des tout-petits – Oser la qualité – Un référentiel psychopédagogique pour les milieux d'accueil de qualité, page 21

DE L'ANALYSE « THÉORIQUE »...

Les apports des scientifiques et notamment de Winnicott, nous aident à comprendre les enjeux essentiels de la relation précoce mère-enfant.

Ces apports nous permettent d'envisager les séparations et les conditions pour qu'elles puissent se dérouler sans engendrer de souffrances majeures et des conséquences néfastes pour l'enfant et pour sa famille. C'est pour cela qu'accueillir le tout-petit dans un milieu d'accueil exige, dès les premiers contacts, un investissement important autour de l'accueil des parents. Et ce, dans la mesure du possible, même avant la naissance du bébé.

Les processus de maturation en tout être humain permettent la structuration du moi, le développement affectif, la construction du « self » (la personnalité). C'est l'environnement (au début, la mère ou son substitut) qui va permettre ou pas le libre déroulement de ces processus. Par la « préoccupation primaire<sup>3</sup> », la mère va répondre aux besoins du nouveau-né qui est dans une situation de dépendance absolue. La mère est la personne capable de s'identifier à l'enfant pour le comprendre. Elle est en résonance avec les besoins du bébé : la maman et son bébé forment une « dyade » : **le lien d'attachement est en train de s'installer...**

« On sait l'importance du temps d'instauration et d'enracinement de **l'attachement** au cours de la grossesse, de la vie intra-utérine, puis l'intensité de l'investissement réalisé par les partenaires lors de la naissance et au cours des premières semaines postnatales. »<sup>4</sup>

« De nombreux cliniciens (Bowlby, Robertson, Winnicott) insistent, à juste titre, sur ce temps qui « fonde » et « enracine » l'attachement maternel, la capacité d'attachement de l'enfant et leur sentiment mutuel d'appartenance. »<sup>5</sup>

Ces auteurs nous confirment également la présence de troubles sérieux du bébé et de sa mère quand pour différentes raisons, ce premier lien d'attachement ne s'établit pas ou qu'il est rompu.

C'est dans ce sens que ce moment de vie familiale, parentale, doit à la fois être **reconnu, préservé, respecté et protégé** par ceux qui accueilleront et accompagneront ces parents et le bébé qui vient de naître.

Accueillir une maman<sup>6</sup> (ou son substitut), c'est être à l'écoute de sa sensibilité, de la connaissance qu'elle a de son bébé, de ses doutes : les capacités d'adaptation de la mère, observées au travers de la préoccupation maternelle primaire, ne relèvent pas d'une compréhension intellectuelle des besoins de l'enfant. Elle implique des qualités **de fiabilité et de continuité**. Au-delà de la relation avec ses parents,

toutes les attitudes des adultes qui prennent soin de lui, vont permettre à l'enfant de développer son sentiment d'unité et donc d'être « contenu »<sup>7</sup>, en sécurité.

En effet, **l'âge chronologique n'est clairement pas le seul indicateur du meilleur moment pour séparer le bébé de ses parents**. Cette étape est souvent marquée par l'assurance que ce lien d'attachement s'est établi : il peut être observé par le fait que l'enfant reconnaît la mère, le lui manifeste par le « sourire social » (Bowlby) et parvient à penser sa maman quand elle est absente. La dyade sera alors ouverte à la possibilité d'intégrer d'autres, de s'ouvrir ainsi, à la séparation au sein d'un nouveau lien qui va se tisser par l'intermédiaire de la mère (ou de son substitut).

Nous l'aurons compris : l'enfant ne peut se séparer que s'il est « attaché ». Après avoir développé un sentiment de sécurité interne suffisamment stable et sécurisé, l'enfant envisage d'explorer le monde qui l'entoure. Cependant, quand ce sentiment de sécurité n'est pas encore tout à fait établi, ou est encore très fragile, comment préparer l'accueil de cet enfant dont les parents sont dans l'impossibilité de le garder plus longtemps ?

« Notre milieu d'accueil a pour statut celui de halte accueil répondant à des demandes « urgentes ». Le petit Noé est arrivé dans la halte accueil à 15 jours de vie. Ses parents, étudiants, n'ont pas de famille en Belgique. Ils devaient absolument reprendre les cours, tous les 2. »<sup>8</sup>



3 C'est un état d'hypersensibilité qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, pour s'ajuster aux tout premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Cet état lui permet de mettre tous ses sens en éveil pour offrir à son enfant un environnement le plus propice à son développement.

4 Fonds Houtman, Accueillir des tout-petits - Oser la qualité - Un référentiel psychopédagogique pour les milieux d'accueil de qualité, page 29

5 Idem

6 Nous nous référons particulièrement à la « maman » (ou son substitut) vu les données de la littérature autour de cette première période de vie de l'enfant.

7 TFE « Quelle place pour le lien biologique dans les visites médiatisées de Maurice BERGER ? » de Maëlle HONOREZ, Institut Libre Marie Haps, 2013

8 Service d'accueil d'urgence Le Bilboquet à Liège, Témoignage de la responsable, Mme MESUREUR contactée par C. DE BROUWER, Coordinatrice accueil, le 27/08/14

### ...À LA MISE EN PLACE D'UN ESPACE PRIVILÉGIÉ AU SEIN DU MILIEU D'ACCUEIL

Avant même l'arrivée de bébé, il apparaît opportun de pouvoir **préparer** dès que possible l'accueil de l'enfant avec ses futurs parents : les recevoir quelques fois pour visiter le milieu d'accueil et échanger sur leurs préoccupations, leurs craintes, leur vécu.

Ces rencontres, dans la chaleur et l'empathie, offrent aux parents la possibilité d'entamer la construction de cette relation de confiance avec l'accueillant(e) qui va s'occuper de leur enfant : de parler de leur bébé, se sentir soutenus dans ce long et délicat processus de « devenir parents », de pouvoir envisager plus concrètement l'arrivée de leur bébé et de se centrer progressivement sur lui. Tout au long de cette période, le facteur temps est important pour leur permettre de « réaliser » leur bébé accueilli et ce, dans leur rythme et mesure, pouvoir se projeter dans le futur.

Rencontrer à nouveau les parents **quand l'enfant est né**, permet la rencontre de la dyade « mère-bébé », d'être ouvert à entendre ce que les parents ont envie ou ont besoin de partager autour de la naissance, de l'accueil futur de leur bébé.

Lors d'une formation, **une accueillante conventionnée** raconte son expérience :



« La maman est venue une première fois pour connaître ma maison. Elle m'a expliqué qu'elle allait devoir reprendre son travail très rapidement et que sa maman, étant gravement malade, ne pouvait pas l'aider avec le bébé. Pendant les mois qui ont suivi, elle passait au moins 1x/mois après le marché. A chaque fois on parlait de l'évolution de sa grossesse et j'avais l'impression que je faisais connaissance avec ce petit bébé.

Le papa, qui se trouvait en Belgique, m'a annoncé la naissance et le lendemain je suis allée les voir à l'hôpital. Pour moi, la familiarisation d'Elina a commencé depuis le premier jour où j'ai connu la maman. Deux semaines après sa naissance, la maman est venue chez moi et nous avons convenu qu'elle pouvait passer quand elle voulait. Nous nous sommes rencontrées plusieurs fois avant le démarrage de l'accueil. A 2 mois, Elina a commencé à faire partie du groupe d'enfants. D'abord, elle ne restait que la matinée et après 15 jours, elle passait toute la journée chez moi. De sa propre initiative, la maman m'a préparé un papier avec tous les détails sur les « habitudes » d'Elina : la meilleure position pour faire son rot, la manière de la porter quand elle avait mal au ventre,... J'avais très peur au départ et j'en ai parlé à mon assistante sociale qui m'a accompagnée pendant les premières semaines. En tout cas, ce qui m'a vraiment rassurée, c'était la confiance de cette maman vis-à-vis de moi et la connaissance progressive que j'ai pu faire avec cette petite. Il s'agit d'une des plus belles expériences de ma vie d'accueillante. »

Autant d'échanges qui vont permettre à l'accueillant(e) d'entourer cet enfant avec des mots qui auront du sens pour lui, en lien avec sa propre histoire. Des repères, des mots et des odeurs (le t-shirt de la maman, par exemple) qui vont aussi permettre au(x) professionnel(s) de rendre les parents présents pour l'enfant dans un **souci de continuité**.

### UNE CONCERTATION, UNE RÉFLEXION ENTRE PROFESSIONNELS...

Lors d'un accueil si « délicat », vu le moment de fragilité et de vulnérabilité de chaque acteur, **la réflexion et les échanges, avec l'assistante sociale du Service, l'Agent conseil ONE ou en équipe, est un moment incontournable** : un temps de travail préalable mais qui doit aussi se prolonger tout au long de la période de familiarisation.

- Comment voit-on l'accueil d'un tout-petit ?
- Quelle conscience et connaissance a-t-on, à la fois de la fragilité de ce moment et des réels besoins d'un nourrisson ?
- Dans quelle mesure chaque professionnel va pouvoir assurer la qualité de sa présence auprès de cet enfant (fonction « maternante ») ?
- Contrairement aux accueillant(e)s à domicile où c'est toujours la même personne qui prend le relais des parents, dans les milieux d'accueil collectifs, qui occupera le rôle de « référent(e) » de l'enfant afin de minimiser le nombre d'intervenants autour de lui mais aussi de pouvoir répondre à ses besoins de manière la plus juste (fonction « référente ») ?
- Quelle organisation sera mise en place afin de permettre la qualité des échanges avec les parents et également la qualité de l'observation quotidienne de l'enfant dans les différents moments de la journée (fonction « observante ») ?

En fonction de ces informations et de la réalité du groupe, il est nécessaire de **réfléchir l'aménagement des différents espaces pour** :

- Assurer une présence, une proximité ;
- Tenir compte, tout au long de la journée, du fait qu'un nourrisson a besoin de réponses et réactions rapides, vu que sa capacité à « attendre » est encore très limitée ;
- Aménager un espace de calme et moins exposé à la « collectivité », sans pour autant isoler l'enfant ;
- Garantir un espace sécurisé et sécurisant pour le repos de l'enfant (température, surveillance, présence, ...) ;

- Assurer un espace privilégié pour favoriser l'allaitement maternel.

« L'enfant était nourri au sein à la maison et au biberon de lait artificiel dans le milieu d'accueil. Parfois, la maman apportait du lait maternel. Alors que le Service dispose d'une chambre, le lit de Noé a été mis dans l'espace de vie afin que les accueillantes puissent le surveiller. Le fait d'être « dans l'animation et les bruits » ne semblait pas le gêner dans son sommeil.<sup>9</sup> »

- Comment gérer un investissement affectif si important, tout en tenant sa place d'accueillant(e), dans le respect et la reconnaissance de la place des parents ?
- Quelle organisation au sein de l'équipe pour l'accueil et l'accompagnement de ces parents le matin et le soir ?

## LA FAMILIARISATION



S'il n'y a pas de moment idéal pour se séparer, la familiarisation quel que soit l'âge de l'enfant est précieuse, tant pour le parent et l'enfant que pour le professionnel. C'est l'occasion de **prendre le temps de se connaître et de se reconnaître, de laisser le temps au parent de raconter son enfant**, de développer une empathie, tant envers le parent qu'envers l'enfant, de créer du lien...

Pour permettre à l'enfant de continuer à exister sans ses parents, il faut d'abord permettre que le lien professionnel-parents s'établisse dans le respect et la confiance, afin que la **condition première de sécurité**

**affective** pour cet enfant puisse exister. Il s'agit pour lui de se séparer de ses parents dans le lien qui est en train de se tisser avec l'accueillante qui va pouvoir décoder ses besoins, son rythme.

Si jeune, lorsqu'il perd sa « continuité d'être », le bébé ne peut s'exprimer « émotionnellement » qu'au travers de ses pleurs dans le meilleur des cas. Le « silence » du bébé qu'on croyait signe de « tout va bien » peut être plus inquiétant et peut souvent passer inaperçu. L'enfant peut aussi porter des angoisses liées à la séparation mais également liées à un sentiment d'abandon, qui peuvent se manifester par des cris, colère, tristesse, agrippement, enfermement, etc.

Il s'agit d'être particulièrement attentif aux manifestations de l'enfant, aux signes de détresse comme l'apathie, le refus systématique de se nourrir, des périodes inhabituellement longues de sommeil.

Tant que le bébé n'a pas intégré une continuité d'être et que la figure d'attachement ne s'est pas encore intériorisée, ces angoisses peuvent se manifester.

Rappelons que **la figure d'attachement principale pour le nourrisson est en général la personne qui s'occupe le plus du bébé.**

Quand la séparation est précoce et que le bébé passe autant, voire plus de temps, en milieu d'accueil que dans le cocon familial, **il apparaît essentiel pour le professionnel de réfléchir à la place qu'il occupe dans ce système.**

L'accueil d'un nourrisson est d'autant plus exigeant vis-à-vis du professionnel, vu qu'il doit s'investir affectivement, de manière particulière, dans cette relation si proche et privilégiée. Nous ne pouvons pas ignorer le risque de susciter de la rivalité, de la jalousie de la part des parents ou le sentiment des parents d'être dépossédés de leur enfant. Il nous semble important que le professionnel puisse compter sur les autres professionnels autour d'eux (l'assistant social du Service, l'Agent conseil ou son équipe), de manière à être soutenu dans son rôle de partenaire auprès des parents, en leur permettant d'exister pour le bébé et vice-versa, tout en restant dans une philosophie d'alliance et de collaboration.

« Au début, le personnel était inquiet de devoir soigner un si petit bébé dont la maman connaissait à peine les « habitudes ». L'équipe souhaitait éviter de « prendre la place » de la maman et craignait que cela arrive étant donné que c'était un si petit bébé qui passerait si vite autant de temps en milieu d'accueil (« quasi sa 1<sup>ère</sup> maison »). Et la maman était inquiète de devoir confier son bébé à des inconnus. Elle prenait d'ailleurs un très long temps chaque matin avant de se séparer du petit Noé. Ce que l'équipe acceptait très bien<sup>10</sup>. »

Il importe de **soigner les moments de transition maison/milieu d'accueil**, en laissant le temps au parent et au bébé pour se séparer et pour se retrouver.

<sup>9</sup> Service d'accueil d'urgence Le Bilboquet à Liège, Témoignage de la responsable, Mme MESUREUR contactée par C. DE BROUWER, Coordinatrice accueil, le 27/08/14  
<sup>10</sup> Idem

Un temps de communication sera dégagé du temps d'accueil du matin et de la retrouvaille du soir pour échanger sur le vécu de l'enfant et de ses parents dans ses deux lieux de vie. Le professionnel peut alors se réajuster en vue d'offrir une certaine **continuité de soin et affiner les liens avec le bébé**.

Par ailleurs, montrer une certaine souplesse quant à l'accueil, lors de ces échanges et inviter les parents à réfléchir à certaines stratégies pour **soutenir le lien avec leur bébé** est parfois nécessaire. Par exemple, quand c'est possible, réduire le temps d'accueil (passer à 1/2 journée, réduire les heures en venant le chercher plus tôt ...), sans que cela ne perturbe le rythme de bébé ni bouscule complètement la vie des parents, peut être un atout précieux.

*« Les parents montraient leur attachement à l'enfant ; ils venaient le chercher plus tôt à la halte accueil quand ils n'avaient pas cours. L'enfant a très vite montré du plaisir à retrouver ses parents et cela même donnait beaucoup de plaisir aux parents. Le lien Enfant/Parents semble s'être bien établi ! »<sup>11</sup>*

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- « Les enjeux de la séparation à 3 mois » extrait du Journal des Professionnels de la Petite Enfance n°89 –juillet-août 2014
- « Eclorre à la crèche » de Bernadette Vignolles, extrait ...Parents et bébés séparés
- Référentiel « Osez la qualité : accueillir des tout-petits »  
<http://tinyurl.com/p39p7g5>
- Les brochures repères : Brochure Famille, Repères 1,2 et 3  
<http://tinyurl.com/njwdqct>
- TFE « Quelle place pour le lien biologique dans les visites médiatisées de Maurice Berger ? » de Maëlle Honorez, Institut Libre Marie Haps, 2013

#### ET POUR CONCLURE...

Il s'agit de reconnaître et d'accueillir les difficultés des parents et de l'enfant à se séparer et d'apprendre à connaître « cette famille-là » dans son histoire propre. La question se pose alors de réfléchir à **comment accompagner cette famille d'une façon plus singulière**.

Tout ce qui sera mis en place dans ce **partenariat famille-milieu d'accueil** participe à la création du **lien entre le parent et le milieu d'accueil**. La confiance s'installe, ce qui permet d'aborder les difficultés et craintes qui entourent ce moment de séparation avec plus de profondeur et d'empathie. **C'est en gardant le lien avec la famille que l'équipe pourra porter l'enfant avec ses parents et vice-versa**.

L'accueillant apporte un soutien dans le processus de parentalité du parent envers son enfant et lui permet d'exercer sa fonction parentale sans qu'il puisse se sentir destitué.

De la même manière, l'idée est de pouvoir entourer, envelopper l'enfant avec des liens affectifs stables, significatifs, cohérents et bienveillants : un « nid » tissé pour lui permettre d'évoluer, de s'épanouir en sécurité.

*« Noé a presque 1 an actuellement et fréquente toujours le milieu d'accueil ; il est décrit comme un enfant habitué à être en contact avec d'autres personnes et ne manifestant pas de difficultés particulières à se séparer... L'équipe est prête à recommencer ... »<sup>12</sup>*

Chafia EL MIMOUNI  
Conseillère pédagogique ONE (Bruxelles)

Lucia PEREIRA  
Conseillère pédagogique ONE (Bruxelles)

Cathy DE BROUWER  
Coordinatrice Accueil ONE (Bruxelles)

Thérèse SONCK  
Conseillère médicale pédiatre ONE (Hainaut)

#### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Flash Accueil n°1, « Une familiarisation : pour qui et pourquoi faire »  
<http://www.one.be/index.php?id=2533>
- Emission Air de Famille n°363 du 13.02.12 « De bras en bras »  
<http://tinyurl.com/qxf7sdy>
- Emission Air de Famille n°464 du 22.09.14 « Allaitement, en milieu d'accueil ? Allaiter son enfant en crèche ou chez une accueillante, est-ce possible ? Bien sûr ! »  
<https://www.youtube.com/watch?v=FjUCp8TaDpk>
- Brochure Formation ONE : « Au revoir, à tout à l'heure – le bébé et « son » temps : la familiarisation, les temps de passage »  
<http://tinyurl.com/lc2cqng>



## EVINCER UN ENFANT MALADE DU MILIEU D'ACCUEIL ...

### POURQUOI ? QUAND ? COMMENT ?

Dans certains cas, les recommandations de l'ONE demandent l'éviction des enfants malades. Pourquoi cette mesure doit-elle être prise ? Quand et comment procéder ?

#### POURQUOI ?

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

- **Le mode de transmission de la maladie :**  
Ce sont surtout des maladies à transmission respiratoire et féco-orale que l'on rencontre dans les collectivités d'enfants ;
- **La survie de l'agent infectieux dans l'environnement :**  
Par exemple, le rotavirus, les rhinovirus, le virus de l'hépatite A, les kystes de giardia... et d'autres bactéries peuvent survivre plusieurs jours dans l'environnement sur les objets ;
- **L'hygiène des locaux et des personnes ;**
- **Le jeune âge des enfants :**
  - ➔ Ils ont des contacts proches et fréquents avec les adultes et les autres enfants ;
  - ➔ Ils n'ont pas le contrôle des urines et des selles ;
  - ➔ Ils explorent l'environnement avec la bouche.

Pour limiter la transmission des maladies, plusieurs mesures complémentaires sont nécessaires :

- Veiller à la vaccination des enfants ;
- Evincer certains enfants malades ;
- Renforcer les mesures d'hygiène ;
- Veiller à un environnement sain (aération, espace, groupes de vie, jouets, ...).

*L'éviction d'enfants atteints de certaines maladies doit donc être comprise comme une mesure parmi d'autres pour limiter la transmission de ces maladies, essentiellement lorsque celles-ci sont trop graves, sont trop contagieuses ou mettent la santé des autres enfants en danger.*

**QUAND ?**

Le tableau d'éviction<sup>1</sup> ci-après est en accord avec les recommandations internationales, selon le « Red book. Report of the Committee on Infectious Diseases ».

Elles sont réactualisées régulièrement par les Conseillers médicaux Pédiatres de l'ONE, en suivant l'évolution des recommandations.

MOTIF DE L'ÉVICTION	DURÉE DE L'ÉVICTION
Rougeole	Jusqu'à la disparition des symptômes – minimum 5 jours après le début de l'éruption.
Oreillons	9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.
Coqueluche	Au minimum 5 jours à partir de l'instauration d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical (traitement antibiotique à continuer 14 jours).
Gastro-entérites	Tant que les selles sont liquides et fréquentes (3 selles diarrhéiques). Retour possible dès que les selles sont molles ou normales, quel que soit le résultat de l'examen bactériologique (exception : shigella, coli pathogène O 157 H7).
Hépatite A	Jusqu'à guérison clinique et disparition de l'ictère, au minimum une semaine après le début des symptômes.
Pharyngite à streptocoques hémolytiques du groupe A ou scarlatine	24 heures à partir du début d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical.
Méningite à Haemophilus Influenzae B	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie par Rifampicine (élimine portage), ou Ciproxyne si l'infection n'a pas été traitée par céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération.
Méningite à Méningocoques ou Méningococcémie	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie par Rifampicine (élimine portage), si non traitée par céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération.
Tuberculose active potentiellement contagieuse	Jusqu'après l'instauration du traitement anti-tuberculeux ; retour avec certificat de non-contagion.
Varicelle - Zona	Jusqu'à ce que les lésions soient toutes au stade de croûtes (généralement 6 jours après le début de l'éruption).
Stomatite Herpétique	Jusqu'à la guérison des lésions.
Impétigo important	24 heures après le début du traitement.
Gale	48 heures après l'instauration du traitement.
Pédiculose massive	Jusqu'à l'instauration du traitement.

Plusieurs de ces maladies (/ex. la rougeole, la coqueluche) ne devraient jamais se rencontrer en milieu d'accueil puisque la vaccination y est obligatoire pour les enfants. Toutefois, l'obligation vaccinale ne vaut pas pour les professionnels de l'accueil.

**La vaccination des adultes est donc une recommandation très importante<sup>2</sup>.** En effet, certains professionnels pourraient être responsables de l'apparition de cas de coqueluche ou de rougeole par exemple et ce, malgré l'obligation vaccinale pour les enfants accueillis.

1 Brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance » - 2011, p.41 et Modèles de Règlement d'Ordre Intérieur pour les Maisons d'enfants (Annexe 7) et les Accueillant(e) autonomes (Annexe 6)

2 Voir aussi l'article du Flash Accueil N°16 «La vaccination cocoon, une vaccination altruiste »

**COMMENT ?**

L'éviction d'un enfant du milieu d'accueil n'est pas anodine. Les parents qui travaillent ou qui sont en formation ont souvent beaucoup de difficultés pour trouver une disponibilité suffisante au pied levé. Les ressources dans leur entourage familial font parfois défaut.

Dans certains cas, l'enfant sera gardé par les parents ou la famille proche. Dans d'autres cas, l'enfant va devoir changer d'environnement et se trouver confié à des personnes non familières.

Le milieu d'accueil informera les parents, dès l'inscription, de l'existence des services d'accueil d'enfants malades à domicile dans la région.

De façon habituelle, ***l'éviction d'un enfant malade doit se faire dans les limites du tableau d'éviction après consultation et diagnostic médical.*** Le tableau d'éviction doit être connu des parents et montré au médecin traitant pendant la consultation.

***L'information obligatoire des parents pendant la journée d'accueil*** sur les symptômes d'apparition ou d'aggravation d'une maladie chez leur enfant ne signifie pas qu'il faille évincer cet enfant de suite, avant même la pose d'un diagnostic.

Les parents doivent pouvoir consulter leur médecin traitant. Si le certificat médical ne permet pas de retour immédiat, ils envisagent les solutions qui sont à leur disposition.

Si l'état général de l'enfant est fort altéré, même si la maladie n'apparaît pas dans le tableau d'évictions, le milieu d'accueil conseille aux parents de consulter rapidement leur médecin. Dans ces situations, en accord avec les parents, l'avis du médecin du milieu d'accueil ou la consultation d'un médecin appelable dans le milieu d'accueil constituent des ressources utiles pour le milieu d'accueil.

**EN CONCLUSION**

L'accueil des enfants malades fait partie inévitablement du travail quotidien des milieux d'accueil. L'éviction de certains enfants n'est qu'une mesure parmi d'autres pour limiter la transmission des maladies les plus graves ou les plus contagieuses. Cette mesure doit être prise avec réflexion, en tenant compte des recommandations scientifiques et de l'intérêt de l'enfant. Les parents sont partenaires dans cette réflexion et dans l'organisation de l'éviction.

**POINTS D'ATTENTION****LA CONJONCTIVITE**

Il en existe plusieurs types (infectieuses, allergique...). Toutes ne sont pas contagieuses et c'est le médecin qui décide d'une éviction éventuelle.

**DES PETITES BÊTES GÊNANTES...** qui nécessitent un traitement, des mesures d'hygiène et une éviction de 24h<sup>3</sup> ...

**LA GALE**

**AGENT RESPONSABLE :** le *Sarcoptes scabiei* (famille des acariens)

**SYMPTÔMES :** démangeaisons qui prédominent aux poignets, mains et plis

**TRANSMISSION :** maladie très contagieuse, en recrudescence et souvent sous-diagnostiquée

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

**INCUBATION :** 2-6 semaines (quelques jours lors des rechutes)

**MESURES À PRENDRE :**

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

**REMARQUE :** Veiller à ce que chaque enfant ait sa propre literie. Le traitement préventif de l'entourage familial est quasi indispensable.

## LES POUX

**AGENT RESPONSABLE :** le pou du cuir chevelu

Il produit des œufs (lentes) qui éclosent 7 à 10 jours après la ponte.

**TRANSMISSION :** c'est le pou qui propage cette parasitose et non les lentes qui restent adhérentes au cheveu.

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

**MESURES À PRENDRE :**

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

**REMARQUE :** 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.

Les lotions (pédiculicides) sont déconseillées chez les enfants âgés de moins de 6 mois, certaines même chez les enfants de moins de 6 ans.

Un fascicule ONE est disponible et peut être distribué aux parents.



Dr. Marylène DELHAXHE  
Conseillère médicale pédiatre ONE (Liège)

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Flash Accueil N°6 : « L'accueil des enfants malades »  
<http://www.one.be/index.php?id=2543>
- Brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance », ONE - 2011  
<http://tinyurl.com/nmyemv9>





## ETAT DE CRISE...COMMENT FAIRE FACE ?

Accueillir l'enfant d'un autre est un métier passionnant qui demande l'entretien de nombreuses et trop méconnues compétences mais reste un métier à risque...

Tout milieu d'accueil ou tout(e) accueillant(e) peut être confronté(e) un jour à un événement générant une situation de crise. Un enfant qui décède ou est victime d'un accident pendant l'accueil, un(e) accueillant(e) agressé(e) par un parent, un(e) collègue objet d'une plainte, un accident ou un autre événement touchant une personne proche d'une famille ou d'un membre du personnel, ... autant de situations pouvant être à l'origine de cet état de crise.

### QU'EST-CE QUE L'ÉTAT DE CRISE ?

L'état de crise est le *sentiment de détresse intense qui fait suite à un événement au caractère imprévu, improbable ou imprévisible*. Le (la) professionnel(le) et l'entourage se retrouvent tout à coup dans une situation d'impuissance : ils se sentent dépassés, incompetents et perdent leur sentiment de sécurité : « Si « ça » est arrivé, alors tout peut arriver... ». Tout acteur ou spectateur de l'évènement peut se retrouver dans un état de choc menaçant sa santé physique et/ou psychologique.

### COMMENT FAIRE FACE ?

#### Il y a l'avant ...

D'une manière générale, c'est le caractère inopiné et imprévisible de l'évènement qui génère l'état de crise. S'y préparer, à défaut d'éviter la situation, en atténuera peut-être les effets au niveau de l'accueillant(e), de l'équipe, voire des autres acteurs dont les parents et les -autres- enfants accueillis.

On ne peut tout prévoir mais, dans la mesure du possible, il faut se préparer à faire face à toute situation provoquant un sentiment de détresse.

Ainsi, par exemple, de nombreux milieux d'accueil organisent des formations à la réanimation du nourrisson. La participation à ces formations alimente la confiance en soi des accueillant(e)s et du personnel des milieux d'accueil qui redoutent un peu moins, devant la survenue d'un tel drame, de manquer des gestes adéquats. En général, en situation de stress, comme la perte de conscience d'un enfant, les gestes appris reviennent, dopés par l'adrénaline et il s'avère presque toujours, après coup, que les réactions étaient adéquates.

*Dans la prévention, citons donc encore (pour faire face à tout type de situation) :*

- **Les formations...** au secourisme, à la relation aux parents, au travail d'équipe, à la gestion du deuil et des émotions, à la communication non-violente<sup>1</sup>, ...
- **La documentation** éditée par l'ONE, la Croix Rouge, l'Observatoire de la Santé et autres partenaires du réseau.
- **La sécurisation des espaces...** L'autorisation d'ouvrir un milieu d'accueil est liée à l'évaluation favorable des conditions matérielles d'accueil par les agents ONE, la commune, les pompiers et l'AFSCA, selon les différentes réglementations en vigueur.

Cette évaluation concerne l'adéquation de l'espace, son aménagement, le choix, la qualité et l'adaptation du matériel à l'accueil d'enfants.

<sup>1</sup> Voir aussi les autres intitulés de formations dans la brochure de formations continues de l'ONE

Cependant, même lorsqu'un aménagement ou un équipement a été autorisé par ces autorités, il se peut qu'à l'usage, il soit source d'inquiétude pour le milieu d'accueil. Dans ce cas, il doit être modifié, ajusté. En effet, sa présence peut générer chez le professionnel, un stress qui sera perçu par l'enfant et pourrait le faire douter de ses propres compétences, donc le mettre en danger.

Il y va ainsi pour certains modules ou tobogans, ... mais aussi pour certains aménagements qui inquiètent l'équipe (une porte coupe-feu sans frein, une armoire de rangement, par exemple).

Commencer par informer les autorités compétentes, l'ONE (Coordinatrice Accueil ou Agent conseil) et Pouvoir Organisateur (PO) est une première étape. L'accueillant(e) ou l'équipe n'est plus « seule ». La responsable et l'ONE veilleront ensuite à ce que ces craintes soient prises en compte par le PO et réfléchiront aux ajustements à apporter.

- **Le repérage des extincteurs**, l'affichage des numéros d'appel d'urgence, la composition de la pharmacie, ...
- **Les réunions d'équipe** où les situations de stress, appréhensions diverses, conflits d'équipe ou interpersonnels, peuvent être « déposés », partagés, ...
- **Tous les échanges avec les agents ONE dans le cadre de leur mission d'accompagnement du milieu d'accueil.**
- **Les rencontres et partages d'expériences** avec d'autres professionnels.
- **Des pratiques réfléchies** et questionnées par l'observation afin d'anticiper les potentielles sources de danger/difficulté (exemple : surveillance visuelle de la sieste, mettre les objets potentiellement dangereux hors de portée des enfants, ...).

### Il y a le « pendant »

En toute circonstance, un des premiers réflexes est de dépasser le sentiment de stupeur et selon la situation, d'appeler les services d'urgence : pompiers, ambulance ou police. Pour s'y aider, les numéros de ces services doivent être affichés dans le milieu d'accueil. Les professionnels du **112** sont formés à l'écoute, à la gestion du stress : n'hésitez pas à y recourir... !

Il faut aussi avoir sous la main les numéros de téléphone des parents, le médecin du milieu d'accueil, des médecins traitants, le service d'aide aux victimes, ... Puis solliciter l'aide et le soutien de l'agent ONE, Coordinatrice accueil ou Agent conseil mais aussi Conseiller médical pédiatre ou pédagogique.

Ces agents seront à vos côtés pour gérer l'évènement et surtout « l'après-évènement », période où surviennent les sentiments de solitude et d'abandon, d'incompétence et de peur, ...



*Une fiche de signalement (« Evènement médical important en milieu d'accueil ») sera complétée avec l'agent ONE et transmis au Conseiller Pédiatre afin d'étudier les circonstances de l'incident. Celle-ci permettra entre autres d'émettre des recommandations aux bénéficiaires de tous les enfants accueillis et d'aider les milieux d'accueil à la mise en place d'un environnement sain.*

### Il y a l'après ...

D'une manière générale, l'évènement amène l'état de crise et après sa survenue, tout un processus de restauration du sentiment de sécurité et de confiance va devoir se mettre en place. Il permettra la poursuite sereine de la mission d'accueil pour les professionnels mais aussi pour les autres acteurs (collègues, parents, enfants, ...).

L'organisation rapide d'un débriefing qui autorisera la prise en compte du vécu de l'évènement par chacun est indispensable quelle qu'en ait été l'issue.

Le **Service d'aide aux victimes** est un service formé à gérer les situations de crise et il faut y faire appel. Si le service est indisponible, il faut contacter les **centres de santé mentale**.

Leur intervention concernera l'accueillant(e), l'équipe et tous les témoins plus ou moins proches de l'évènement : les collègues impliqués à des degrés divers (cuisinière de la crèche ou enfants de l'accueillant(e), ...) mais aussi parents et autres enfants accueillis. Il faut insister sur l'intérêt de prendre en compte le vécu de chacun, y compris des absents éventuels. Les conséquences psychologiques de l'évènement peuvent apparaître tôt ou tard. Il n'est pas rare qu'une irritabilité, un sentiment de dépassement ou de stress permanent, la persistance d'un état d'hypervigilance (angoisses de réédition de l'évènement ou d'un autre) persiste ou apparaisse des mois après l'évènement, signant par là, une détresse qui n'avait pas été prise en compte.

*Après la survenue d'un évènement imprévu et/ou violent, l'organisme humain risque des réactions préjudiciables à la santé physique ou psychologique des intervenants et à leurs activités, qu'elles soient professionnelles ou autres.*

Citons entre autres, dans le cadre de l'accueil :

- les risques de rester sur la défensive dans un état dit d'« hypervigilance ». Dans cet état de stress domine l'anxiété de la répétition de l'évènement mais aussi, la crainte diffuse « que quelque chose arrive » ;
- les risques liés aux culpabilisations : ils génèrent, chez les accueillant(e)s ou les responsables, des sentiments d'incompétence qui insécurisent les enfants qui leur sont confiés ;
- les réactions d'évitement (refuser d'accueillir des bébés monitorés après un décès ou les enfants de moins de un an, par exemple).

Toutes ces réactions sont typiquement **normales** face à un évènement **anormal** mais pourront être dépassées ou atténuées par un débriefing conduit par quelqu'un **d'extérieur** au milieu d'accueil et formé à ce type d'intervention ET l'accompagnement dans le temps par l'ONE...

L'accompagnement, par l'intervenant du Service d'aide aux victimes, par l'ONE et/ou autres partenaires, comme des opérateurs de formation, permettra l'indispensable travail de reconstruction. Il passera par diverses étapes (sidération, colère, recherche de coupable, culpabilisation,...) pour aboutir à l'acceptation de l'évènement.

Dr. WAROQUIER  
Conseillère médicale pédiatre ONE (Hainaut)

Pierre PETIT  
Conseiller pédagogique ONE (Hainaut)

Céline VILAINE  
Agent Conseil ONE (Hainaut)

*« Nous faisons un métier à risque ;  
ce qui s'est passé pourrait se reproduire,  
voilà comment nous allons nous en protéger ... »*

#### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Article Flash accueil N°10 « Les situations d'urgence médicales : comment s'y préparer ? »  
Le service 100 est à remplacer par le 112.  
<http://tinyurl.com/l46of2z>

**SERVICES D'AIDE AUX VICTIMES DE LA PARTIE FRANCOPHONE DU PAYS**
**ARLON (6700)**

Place des Fusillés, bloc II B , bureau 401  
063 60 23 32

**HERSTAL (4040)**

Rue St-Lambert, 84  
04 264 91 82

**BRUXELLES (1000)**

Rue Marché au Charbon, 33 - 1000 Bruxelles  
02 279 77 37 (7j/7 - 24h/24)

**LIBRAMONT (6800)**

Avenue de Bouillon,45  
061 29 24 95

**BRUXELLES (1060)**

Chaussée de Waterloo, 281  
02 537 66 10

**MARCHE (6900)**

Rue Notre Dame de Grâce, 13, bte 1  
084 44 56 86

**CHARLEROI (6000)**

Rue Léon Bernus, 27  
071 27 88 00

**MONS (7000)**

Avenue de l'Hôpital, 54  
065 35 53 96

**DINANT (5500)**

Rue Camille Henry, 77-79  
082 22 73 78

**NAMUR (5000)**

Rue Armée Grouchy, 20 b  
081 74 08 14

**HUY (4500)**

Rue Rioul, 22-24  
085 21 65 65

**NIVELLES (1400)**

Avenue du Burlet, 4A  
067 22 03 08

**LIEGE (4020)**

Rue du Parc, 79  
04 340 37 90

**TOURNAI (7500)**

Rue des Puits de l'Eau, 2-10, Bte 3  
069 77 73 43

**VERVIERS (4800)**

Rue de la Chapelle, 69  
087 33 60 89





## L'IMPARTIALITÉ DU MILIEU D'ACCUEIL DANS LES CONFLITS PARENTAUX AYANT UNE INCIDENCE SUR LA GARDE OU L'HÉBERGEMENT DE L'ENFANT

L'accueillant(e) participe au développement et à l'épanouissement de l'enfant et donc, incidemment, à la vie de sa famille. Mais qu'en est-il lorsque les parents, ensemble ou séparés, manifestent des désaccords pouvant affecter la qualité de l'accueil s'il y a des incompréhensions, suite à une communication devenue complexe ?

Le plus souvent, les problèmes émergent lorsque les parents se séparent et qu'en l'absence d'une décision judiciaire concernant les modalités de garde ou d'hébergement, le milieu d'accueil se retrouve embarrassé par des demandes et déclarations contradictoires.

Le personnel du milieu d'accueil ou l'accueillant(e) est alors inévitablement impliqué(e) dans ces situations familiales conflictuelles notamment, lorsqu'un parent vient chercher l'enfant à la place de l'autre parent.

### COMMENT DOIVENT S'ARTICULER LES RELATIONS/ RÉACTIONS ENTRE L'ACCUEILLANT(E) ET LES PARENTS AUTOUR DU CONFLIT ?

Il peut parfois être tentant pour l'accueillant(e) de prendre position pour l'un ou l'autre parent, par conviction personnelle ou par le biais d'une pression extérieure. Il convient cependant de rester modéré, en attente d'une décision officielle qui tiendra compte de l'intérêt de l'enfant.

Le point central de cette problématique est le **principe de l'autorité parentale**.

Tant que le milieu d'accueil ne dispose pas d'un document émanant d'une juridiction disant le contraire,

***l'exercice de l'autorité parentale est réputé conjointe pour tout tiers***, que les parents soient mariés ou non, qu'ils vivent ensemble ou non.

Par conséquent, le père et la mère doivent prendre ensemble les décisions importantes concernant leur enfant et ce, même en cas de séparation. Ce principe général est tempéré par un mécanisme de présomption d'accord qui permet à l'accueillant(e) d'être dispensé(e) de demander la présence des deux parents pour toutes les décisions. Toutefois, l'accueillant(e) est invité(e) à rester vigilant(e) et prudent(e) lorsqu'il(elle) a connaissance d'un désaccord entre les parents ou lorsqu'il(elle) a des raisons de croire en l'existence d'un tel désaccord.

### LA DÉCISION JUDICIAIRE

Lorsque le milieu d'accueil exige un écrit des parents émanant d'une instance judiciaire pour connaître la position à adopter, ceux-ci peuvent faire valoir la longueur des procédures<sup>1</sup>.

Dans ce cas précis, le milieu d'accueil peut informer les parents de leur possibilité de faire appel à un juge devant le Tribunal de la famille afin qu'ils prennent des mesures provisoires urgentes relatives à l'enfant.

<sup>1</sup> Introduites avant le 1er septembre 2014, devant le Tribunal de première instance ou après le 1er septembre 2014, devant le Tribunal de la famille

Généralement, la décision ainsi actée contient un schéma d'hébergement et/ou de garde qui établit clairement et précisément les droits de chacun, les horaires à respecter, etc. Le milieu d'accueil est contraint d'en demander copie afin de pouvoir le respecter et le suivre à la lettre.

Tant qu'il n'y a pas de décision officielle, la présomption de l'exercice conjoint de l'autorité parentale reste d'application.

### LE DROIT À L'INFORMATION

Tout parent dispose du droit à l'information pour tout ce qui concerne son enfant. Ce droit à l'information existe indépendamment de l'exercice exclusif ou conjoint de l'autorité parentale ou de l'hébergement de l'enfant. Ainsi donc, si le parent appelle ou passe dans le milieu d'accueil pour demander des renseignements ou consulter le carnet de l'enfant, le personnel ou l'accueillant(e) est tenu de les lui fournir, sauf décision du tribunal stipulant le contraire.

Toutefois, le milieu d'accueil n'a pas pour rôle de servir d'intermédiaire entre les parents. Pour obtenir les informations concernant le milieu d'accueil, comme pour toute autre information concernant l'enfant, le parent doit s'adresser en priorité à l'autre parent. Les milieux d'accueil n'ont donc pas obligation de transmettre les informations et documents aux deux parents. Cependant, lorsqu'une rupture de communication est constatée, le milieu d'accueil peut décider d'en effectuer un double envoi.

Les différentes attitudes que doit adopter le milieu d'accueil (l'accueillant(e)) sont d'importance puisqu'il est responsable de l'enfant dont il a la garde.

Pour conclure, il est nécessaire pour le personnel du milieu d'accueil de faire preuve d'objectivité et de ne pas s'impliquer personnellement dans le conflit. Il doit respecter la règle générale de l'autorité parentale conjointe ainsi que les termes du jugement qui lui ont été présentés.

Inès SPRINGUEL et Liliane-Déborah UMUTONI  
Juristes – Direction juridique ONE

#### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Flash Accueil N°10 : L'autorité parentale  
<http://www.one.be/index.php?id=2569>





## TRANSMISSION DU VIRUS EBOLA

### FICHE D'INFORMATION DE L'ONE CONCERNANT L'INFECTION PAR VIRUS EBOLA

#### Attitudes à prendre dans le cadre de l'ONE (Milieux d'accueil et Consultations pour enfants) vis-à-vis des personnes revenant d'un pays concerné par l'épidémie d'Ebola :

Si la personne revenant d'un pays touché par l'épidémie présente de la fièvre endéans les 21 jours de son retour, il y a lieu de le référer vers un service hospitalier afin d'évaluer la notion de contact avec une personne malade et de poser un diagnostic. Par contre, si la personne ne présente aucun signe de la maladie (voir ci-dessous ; particulièrement une température supérieure à 38°) il n'y a aucune contre-indication à l'accueil d'un enfant revenant d'un pays à risque en milieu d'accueil ou en consultation ONE.

**La fièvre hémorragique à virus Ebola (filovirus)** est une maladie grave, souvent mortelle chez l'homme qui connaît une épidémie actuellement dans les pays suivant : la Guinée Conakry, le Libéria, le Sierra Léone et le Nigéria.

Des données épidémiologiques à jour peuvent être obtenues via ce lien :

<http://www.who.int/csr/don/en/>

#### LES SYMPTÔMES

Les symptômes peuvent apparaître entre 2 à 21 jours après le contact avec un malade. Les patients ne sont **PAS** contagieux avant l'apparition des symptômes.

**En premier lieu, les symptômes rencontrés sont les suivants :** température corporelle supérieure à 38°C, maux de tête, douleurs musculaires, faiblesse, diminution de l'appétit ...

**Ensuite, après quelques jours,** apparaissent des signes digestifs (diarrhées, vomissements, douleurs

abdominales), puis des hémorragies internes ou externes peuvent apparaître pouvant mener à une défaillance multi-viscérale. Il n'existe à l'heure actuelle pas de vaccin ni de traitement spécifique.

#### LA TRANSMISSION

Les personnes peuvent être contaminées lors du contact direct avec du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le virus (salive, sueur, selles, vomissements, urines). Le risque de transmission est faible au début de la maladie, il augmente lors de l'aggravation de l'infection. Le virus Ebola n'est pas stable dans l'environnement et est éliminé par la désinfection et ne survit que très peu de temps sur des surfaces.

Le risque de transmission du virus est extrêmement faible dans les régions affectées par l'épidémie tant que les personnes n'ont pas été directement exposées aux fluides corporels d'un malade ou d'une personne décédée de la maladie. Des contacts dans des lieux publics avec des personnes qui n'apparaissent pas malades ne représentent pas de risque de transmission de la maladie ; celle-ci n'est pas transmise par la manipulation de documents ou encore en nageant dans une piscine.

### RISQUE AU NIVEAU EUROPÉEN

Le risque d'être contaminé par le virus EBOLA en Europe est très faible ; jusqu'à présent, aucun cas n'a été détecté parmi les voyageurs revenant des pays à risque. Aucune des précédentes épidémies à filovirus ne s'est propagée en Europe. Cependant, les autorités sanitaires doivent être préparées à l'éventualité d'un retour vers l'Europe d'une personne infectée.

Si un cas survenait dans le contexte européen, le risque de transmission est très limité, compte tenu des procédures de contrôle des infections et des standards de soins actuels dans nos institutions hospitalières et lorsque des procédures de prévention sont mises en place et respectées.



Communiqué réalisé par la Direction médicale de l'ONE, en collaboration avec le Collège des pédiatres, le médecin inspecteur d'hygiène de la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'Institut de Santé Publique, en réponse à des questions qui ont été posées par plusieurs milieux d'accueil.





## SAVEZ-VOUS MANGER LES CHOUX... À LA MODE DE CHEZ NOUS ?

Malgré ses grandes qualités nutritionnelles, le chou, au goût légèrement amer, n'est pas toujours apprécié des petits bouts de chou ! Pour le leur faire découvrir, incorporez-le à des recettes alléchantes.

Il est de tradition d'associer les choux aux mois d'hiver mais la diversité des choux est telle qu'on en trouve durant toute l'année. Les crucifères sont particulièrement riches en fibres et en vitamine C qui protègent de certains cancers.

Les choux ne sont généralement pas très appréciés par les enfants mais comme pour tous les aliments, laissez-leur le temps de les découvrir en diversifiant vos recettes.

Pour leur faire apprécier les choux au goût plus fort, comme le chou vert ou le chou de Bruxelles, pensez à les incorporer dans une quiche, un crumble, dans un gratin ou à les associer aux pâtes, comme dans les lasagnes.

Saviez-vous que le dégoût pour l'amertume est inscrit dans notre patrimoine génétique ? On estime qu'un européen sur deux est très sensible à l'amertume d'une molécule odorante (PTC, phénylthiocarbamide) présente dans certains aliments comme les choux de Bruxelles ou les brocolis, alors que d'autres ne la perçoivent pas du tout. Nos gènes dictent donc aussi notre menu mais gardez toujours à l'esprit que le goût

s'apprend et que la familiarisation au goût des aliments prend du temps. Il est parfois nécessaire de goûter de nombreuses fois (10 à 15 fois) le même aliment pour finir par l'apprécier à l'âge adulte.

Pour le rendre plus digeste et diminuer l'odeur de cuisson liée à la présence de composés soufrés, il est conseillé de les blanchir (plonger dans l'eau bouillante) durant 5 minutes, de les rincer à l'eau froide pour conserver la couleur et d'ensuite poursuivre la cuisson, selon la recette choisie.



**SOUPE AU CHOU BLANC - POUR 4 À 6 ENFANTS**

Temps de préparation : 20 minutes

Difficulté : Très facile

Temps de cuisson : 25 minutes à l'autocuiseur et 45 minutes à la casserole

**Ingrédients**

1 chou blanc

un bouquet garni composé de feuilles de laurier, de brindilles de thym et de romarin

1 gousse d'ail

de l'eau

**Le saviez-vous ?**

Pour assembler les herbes aromatiques qui serviront au bouquet garni, il est indispensable d'utiliser une ficelle à usage alimentaire.

Cette ficelle de cuisine garantira l'absence de danger pour la santé du consommateur et préservera le goût de la préparation.

**Préparation**

- Rincer le chou blanc et le couper en fins morceaux
- Placer le chou en morceaux dans une casserole et remplir celle-ci d'eau jusqu'à 5 cm au-dessus du niveau des choux
- Ajouter la gousse d'ail pressée, ainsi que le bouquet garni
- Cuire le tout pendant 45 minutes. Si un autocuiseur est utilisé, le temps est réduit à 25 minutes, à compter du sifflement de la soupape
- En fin de cuisson, retirer le bouquet garni et mixer afin d'obtenir un potage lisse

Source : [www.marmiton.org](http://www.marmiton.org)**FLAN AU CHOU-FLEUR - POUR 4 À 6 ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS**

Temps de préparation : 20 minutes

Difficulté : Très facile

Temps de cuisson : 45 minutes

**Remarque : ce plat peut se préparer à l'avance mais il est préférable de le déguster tiède.****Ingrédients**

300 g de chou-fleur (un demi chou-fleur)

300 g de yaourt à la grecque ou de fromage blanc

50 g de fromage emmenthal ou de parmesan

20 g de farine fluide

20 g de maïzena

2 œufs

1 c à s de ciboulette

de la noix de muscade râpée (3-4 tours de moulin)

1 pincée de poivre

**Préparation**

- Laver et couper le chou-fleur pour ne garder que les fleurs
- Placer les bouquets de chou-fleur cru dans le mixer et les mixer pendant quelques minutes pour obtenir une semoule
- Retirer au fur et à mesure la semoule de chou-fleur obtenue.
- Préchauffer le four à 160°C
- Dans un saladier, ajouter le yaourt à la grecque, la farine, la maïzena, le parmesan et la ciboulette. Mélanger au fouet pour obtenir une texture homogène
- Ajouter les œufs et mélanger à nouveau
- Incorporer la semoule de chou-fleur
- Ajouter la noix de muscade et le poivre et mélanger le tout
- Verser la préparation dans des moules à pâtisserie individuels (cup-cakes)
- Enfourner à 160°C et laisser cuire 45 minutes

**Idées d'accompagnement :** quelques tomates cerise, des haricots princesses, une petite salade de lentilles, diverses crudités, ...

**Bon appétit !**Amal ALAUI et Nathalie CLAES  
Diététiciennes pédiatriques ONE



## LA «NEWSLETTER» DU FURET UNE DIVERSITÉ D'EXPÉRIENCES ET D'ACTIONS À PARTAGER!

La lettre électronique du « Furet » est une ressource unique et dynamisante pour le secteur de la Petite Enfance à explorer sans modération !

L'association française « Le Furet » existe depuis 1988.

Son objectif est de lutter contre les phénomènes d'exclusion, de discrimination et de promouvoir l'intégration, notamment dans le secteur de l'Enfance et de la Petite Enfance.

Elle édite de nombreuses publications, dont la revue « Le Furet ».

Le Furet diffuse mensuellement et gratuitement une « **Newsletter** » électronique sur l'actualité nationale et internationale, en matière de Petite Enfance dans les domaines liés tant à la psychologie, la psychopédagogie, la sociologie, l'anthropologie, qu'à l'ethnologie, la pédiatrie, le droit, ...

La Newsletter ambitionne de créer un **relais de liaison entre différentes structures et personnes ressources**, ayant pour vocation d'organiser et de dynamiser des échanges autour des thématiques dans lesquelles l'association est impliquée. Elle permet également de capitaliser un certain nombre d'expériences et d'actions, telle qu'une activité d'éveil culturel et artistique ou un projet intergénérationnel, qui peuvent être mises au service de l'ensemble du réseau.

La richesse de la Newsletter et de son réseau de diffusion en constante évolution, réside dans la grande variété des positionnements professionnels et institutionnels des partenaires qui la nourrissent, la lisent et participent à sa diffusion.

Parmi ceux-ci, citons le **VBJK**, centre de recherche et de ressources sur la Petite Enfance et l'Education, basé à Gand et l'association française **ANTHEA** qui a pour ambition de participer activement à la communication du savoir et des idées, au bénéfice des professionnels de l'Enfance et de la Famille.

### COMMENT S'INSCRIRE ?

La diffusion de la Newsletter s'ouvre gratuitement à toute personne en faisant la demande, via l'adresse mail : [contact@lefuret.org](mailto:contact@lefuret.org) ou via le site internet, à l'adresse suivante : <http://www.lefuret.org/EDITION-la-newsletter>

Outre l'inscription en ligne, [www.lefuret.org](http://www.lefuret.org) offre également un archivage des anciennes Newsletters, soit un accès permanent aux informations, documents et liens diffusés depuis 2008.



Equipe Supports  
Direction Milieux d'Accueil 0-3 ans

## COLLABORATION ONE - AWIPH - SERVICE PHARE ETAT DES LIEUX CONCERNANT LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DE 0 À 12 ANS

Tous les enfants ont droit de pouvoir bénéficier d'un lieu éducatif complémentaire au lieu éducatif familial et dès lors, avoir l'opportunité de fréquenter un milieu d'accueil. Quoi de plus normal, dès lors, que de veiller à ce que les conditions d'accueil soient mises en place, pour tous, quelles que soient les particularités, dès le premier accueil et tout au long de l'enfance ?

Afin de travailler ensemble dans cette direction, l'ONE a signé des protocoles d'accord avec les organisations responsables, au niveau régional, de la mise en œuvre de la politique d'inclusion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap. Il s'agit plus précisément de l'**AWIPH** (Région Wallonne) et du service **PHARE** (Région Bruxelloise). Ces collaborations visent à renforcer le travail de réseau dans tous les lieux de vie fréquentés par les enfants en situation de handicap et leur famille (milieux d'accueil 0-3 ans et 3-12 ans, consultations pour enfants, lieux de rencontre enfants et parents, etc.).

Pour appréhender au mieux les différentes facettes de la réalité de l'accueil de ces enfants, les trois organismes ont réalisé récemment un état des lieux approfondi de la situation des enfants en situation de handicap et de leur famille à différents moments charnières de leur vie (l'annonce du handicap, l'entrée dans un milieu d'accueil, le début de la scolarité, l'accueil extrascolaire, etc...). Les résultats obtenus mettent clairement en avant un certain nombre de constats.

Sur base de ceux-ci, sept perspectives de travail pour les années à venir ont pu être dégagées :

- Un meilleur accès à l'information
- Une amélioration de la visibilité et la lisibilité de l'offre de services
- L'accompagnement des parents au long cours
- Le soutien aux services existants
- Le renforcement du travail de collaboration et de réseau et la création de nouvelles initiatives

- La formation et l'accompagnement des professionnels (m/f) de l'enfance
- Une meilleure connaissance des besoins des familles

*Vous trouverez dans la prochaine édition du Flash Accueil prévu en mars, un article qui présentera plus en détail le rapport. Cette présentation mettra le focus sur les éléments recueillis concernant le secteur de l'Accueil de l'enfance.*

### PRÉSENTATION OFFICIELLE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Le 7 novembre dernier, l'ONE, l'AWIPH et le service PHARE ont présenté le résultat de leurs travaux de recherche aux parlementaires de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce fut l'occasion d'encourager la coordination des diverses politiques en faveur de l'inclusion des enfants en situation de handicap et de l'accompagnement à offrir à leur famille.

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Sur le site internet de l'ONE – [www.one.be](http://www.one.be)  
Partie « parents » : cliquer sur l'onglet « L'enfant et le handicap »  
Partie « professionnels » : cliquer sur l'onglet « Inclusion et handicap »
- [www.awiph.be](http://www.awiph.be)
- [www.phare.irisnet.be](http://www.phare.irisnet.be)

Gaëlle ROGIER

Chargée de recherche pour la Task Force Handicap  
Cellule soutien à la parentalité - Direction Etudes et Stratégies - ONE

## FLASH ACCUEIL : votre avis nous intéresse !

Le Comité de rédaction réfléchit à l'amélioration de la qualité du Flash Accueil afin de répondre au mieux à vos attentes.

Le Flash Accueil se veut un outil participatif qui veille à apporter des pistes de réflexion et des témoignages sur les préoccupations quotidiennes des milieux d'accueil.

**Participer à l'enquête de satisfaction ne vous prendra que quelques minutes !**

Rendez-vous sur le site de l'ONE Pages « Professionnels – Milieux d'accueil 0-3 ans et plus - Flash Accueil » pour remplir le formulaire en ligne. Si vous ne disposez pas d'une connexion internet, prenez contact avec nous pour nous faire part de votre avis en direct.

Votre avis est essentiel, merci pour votre contribution !

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- [www.one.be](http://www.one.be)  
Pages « Professionnels – Milieux d'accueil 0-3 ans et plus - Flash Accueil »

**Enquête de satisfaction ouverte jusqu'au 31 janvier 2015 !**

Votre correspondante : Najad JERROUDI : 02 542 15 80



Le Comité de rédaction  
du Flash Accueil

## FLASH-BACK



Cette rubrique vous permet de jeter un coup d'œil dans le rétroviseur pour voir que vous avez bien reçu les dernières communications envoyées aux milieux d'accueil 0-3ans.

Il vous en manque une ? Elle est disponible sur simple demande par courriel [flashaccueil@one.be](mailto:flashaccueil@one.be).

### SAEC :

- *Recommandations en matière de sécurité incendie auprès des accueillantes d'enfants*
- *Volet 2 - Modalités spécifiques 2015 pour les SAEC*

### MASS :

- *Participation Financière des Parents 2015*

Pour recevoir la version électronique : [flashaccueil@one.be](mailto:flashaccueil@one.be)



ONE.be

CONTACT  
[flashaccueil@one.be](mailto:flashaccueil@one.be)  
02 542 15 72

### ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

ALAOUI Amal  
ANZALONE Sylvie  
BOCKSTAEL Anne  
CLAES Nathalie  
DE BROUWER Cathy  
DEHEUY Harielle  
DELHAXHE Marylène  
EL MIMOUNI Chafia  
FORTEMPS Anne  
GEERTS Bernard

GILSON Eddy  
GOETGHEBUER Tessa  
JERROUDI Najad  
LALOUX Florence  
PEREIRA Lucia  
PETIT Pierre  
ROGIER Gaëlle  
SONCK Thérèse  
SPRINGUEL Inès  
UMUTONI Liliane-Déborah  
WAROQUIER Laurence

### Remerciements au Comité de rédaction

MISE EN PAGE  
Corinne DUJARDIN  
Dominique VINCENT

### EDITEUR RESPONSABLE

Benoît PARMENTIER  
Chaussée de Charleroi 95  
1060 Bruxelles

TIRAGE  
5500 exemplaires

N° D'ÉDITION  
D/2014/74.80/73