

2 Les protocoles médicaux

2.1 L'administration des médicaments en crèche

Selon le décret 2021-1131 du 31 août 2021 et à l'ordonnance n°2021-611 du 19 mai 2021

Les conditions d'administration des soins et traitements médicaux sont expliqués aux représentants légaux de l'enfant lors de son admission.

Les EJE, ASPE, APU et assistantes maternelles sont autorisées à la demande des représentants légaux à administrer les traitements qui relèvent d'un acte de la vie courante sur prescription médicale (sans prescription de l'intervention d'un professionnel de santé). Le, la professionnelle administrant le traitement maîtrise la langue française.

Conditions d'administration :

Aucun médicament, y compris l'homéopathie, les crèmes, ne peut être donné à un enfant, sans ordonnance en cours et autorisation écrite des parents ou sur avis du 15 dans le cadre de l'urgence. Les protocoles médicaux élaborés par les médecins de crèche sont consultables par les équipes dans chaque unité.

Avant la première administration, l'ordonnance doit être lue en présence des parents qui fournissent les explications nécessaires à l'administration du traitement. Sont vérifiés les points suivants :

- ☐ L'identité de l'enfant sur la prescription médicale
- ☐ La date de la prescription médicale
- ☐ L'absence de prescription d'intervention d'un auxiliaire médical
- ☐ Le nom et la dilution du ou des médicaments
- ☐ Les dates de péremption des médicaments,
- ☐ Le mode d'administration et la présence du matériel nécessaire (chambre d'inhalation, pipette et ou cuillère mesure adapté au traitement...)
- ☐ Le mode de conservation du traitement (température ambiante ou frigo)
- ☐ La date et l'heure de début du traitement (si commencé à domicile)

La prescription doit être vérifiée par les **responsables santé**. La photocopie ou le duplicata sera visé et conservé dans le registre individuel d'administration des traitements jusqu'à la fin du traitement puis classé dans le dossier médical de l'enfant.

Si la direction et la personne chargée de la continuité santé sont absentes, prévenir par téléphone les parents de l'impossibilité de la prise du médicament et leur proposer de venir l'administrer. En cas d'impossibilité des parents, la prise du médicament sera décalée au soir.

Dans tous les cas, le coupon d'autorisation complété et signé par le ou les représentants légaux sera agrafé au duplicata de l'ordonnance, l'original étant rendu à la famille.

Sur les flacons des médicaments sont notés :

- ☐ Le nom et le prénom de l'enfant,
- ☐ La date du début du traitement,
- ☐ Le mode de conservation (frigo ou température ambiante)

Sur le registre d'administration des traitements sont notés clairement sur la fiche individuelle de l'enfant, en lettre capitale dans les cases prévues à cet effet : le nom du médicament, sa posologie, la date et l'heure d'administration, les nom, prénom et signature de l'administrateur, ce à chaque prise jusqu'à la date de fin du traitement. Le 1er jour de l'administration du traitement à la crèche est précisé par paraphe que la responsable a bien visé l'ordonnance. Ces éléments sont réglementairement indispensables pour la traçabilité des médicaments.

Pour faciliter le lien dans l'équipe, la professionnelle qui administre le traitement précise sur le cahier de transmission le nom du traitement, la bonne administration du médicament, (ex : Doliprane ☐)

En cas de doute sur la préparation, la posologie du médicament, les modalités d'administration ou tout autre question vous devez vous référer aux responsables santé.

Les doses prescrites matin et soir seront administrées au domicile de l'enfant.

Aucun médicament pouvant être donné à la maison ne doit être administré à la crèche, excepté par le parent.

L'administration d'antipyrétique (Doliprane, Efferalgan, paracétamol), en cas de fièvre ne peut se faire sans l'autorisation des responsables de santé, et après vérification de l'ordonnance médicale en cours. Le parent signera une autorisation d'administration suite à la transmission du document médical d'entrée. En l'absence de document médical et en cas de fièvre mal tolérée, soit le parent viendra récupérer son enfant, soit le SAMU pourra donner l'autorisation ponctuelle d'administrer le paracétamol.

Les traitements à conserver au frais, le seront dans la porte du frigo de l'unité de la biberonnerie ou de celui réservé à cet effet. Ne pas utiliser celui de la cuisine ou de la salle du personnel.

Le traitement sera rendu à la famille dès la fin du traitement.

Nota :

- ☐ Les antipyrétiques seront fournis par les parents à chaque rentrée, grâce à l'ordonnance fourni par le médecin autorisant l'administration du Doliprane
- ☐ Un seul flacon est ouvert à la fois par unité avec inscription de la date d'ouverture. Le flacon pourra être conservé 6 mois après son ouverture.
- ☐ Un ensemble de pipettes spécifiques à l'antipyrétique sera disponible afin de disposer d'une pipette par dose administrée. Si la dose poids à administrer est supérieure à la graduation maximale de la pipette : **utiliser 2 pipettes** afin d'éviter toute contamination du flacon.
- ☐ Après usage, les pipettes sont lavées au savon et rincées puis passées au lave-vaisselle.

Nota :**Petit point produit sans ordonnance :**

- ☐ Pour les crèmes solaires non médicamenteuses ne nécessitant pas d'ordonnance, le titulaire de l'autorité parentale fournit un tube non entamé. Il a préalablement rempli et signé l'autorisation prévue à cet effet et signalé tout risque d'allergie. Il sera conseillé aux parents l'achat d'un tube écran total minéral.
- ☐ Il sera demandé aux parents de crémér leur enfant le matin avant de venir, une seconde application sera faite par les agentes, au besoin avant exposition extérieure
- ☐ Hors PAI médicalement justifié, l'anti moustique ne sera pas appliqué en crèche car peut être efficace pendant 8h. Il pourrait donc être appliqué par les parents à domicile le matin
- ☐ Pas d'application de produit type gingival ou d'homéopathie (seuls les médicaments sur prescription médicale seront administrés)

2.2 Tableau des maladies qui entraînent une éviction avec déduction financière

(En référence au document national édicté par le haut conseil de la santé publique)

EVICTIONS	
MALADIES	EVICTIONS (EN JOURS CALENDAIRES)
BRONCHIOLITE aiguë sévère à VRS	3 jours
COQUELUCHE	3 ou 5 jours après le début du traitement selon l'antibiotique
GALE	3 jours après début du traitement
GASTRO-ENTERITE aiguë à E COLI ou SHigelles	2 jours Si Shigelles (DO) retour possible après deux coprocultures négatives
IMPETIGO/ PYODERMITE	• 3 jours après le début du traitement antibiotique si lésions non protégées • pas d'éviction mais traitement antibiotique si lésions protégées
INFECTION à streptocoque A (angine, scarlatine)	48 heures après début du traitement antibiotique
ROUGEOLE	5 jours après début de l'éruption
OREILLONS	9 jours à partir du début de l'apparition de la parotidite
STOMATITE herpétique	5 jours
TEIGNE	• Éviction si pas de traitement • pas d'éviction si présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté
TUBERCULOSE	au cas par cas suivant indications du Centre antituberculeux
GRIPPE	3 jours
HEPATITE A	10 jours après le début de l'ictère
MENINGITE AIGUE	Retour après autorisation du médecin traitant

2.3 La pharmacie en crèche

Une procédure de contrôle est à définir afin de remplacer les produits manquants ou périmés tous les 3 mois.

2.3.1 Pharmacie enfant dans l'unité:

- ☐ Paquets de Compresse stériles
- ☐ 1 boîte de Pansements
- ☐ 1 Thermomètre médical
- ☐ Pipette de Sérum physiologique 5 ml
- ☐ Au frigo : poches de froid de petite taille
- ☐ Au frigo : Anneaux de dentition
- ☐ Paracétamol sirop
- ☐ Paracétamol suppo

2.3.2 Pharmacie « centrale » : (dans le bureau de la directrice adjointe)

- ☐ 1 désinfectant
- ☐ Paquets de compresses
- ☐ 1 boîte de pansements
- ☐ 1 couverture de survie
- ☐ 1 Micropore
- ☐ 2 Bandes (1 grande et 1 petite)
- ☐ 1 sachet de Stéristrip
- ☐ 1 paire de ciseaux à bout rond
- ☐ 1 Pince à écharde
- ☐ 1 sac de type congélation
- ☐ 1 tire tique
- ☐ 1 poche de froid

2.3.3 Trousse de secours lors de sortie : (dans le sac à dos de sortie)

- ☐ Mémo numéros de téléphone (secours, responsable, centre anti poison...)
- ☐ PAI de l'enfant qui sort
- ☐ 1 flacon de désinfectant
- ☐ Traitements d'urgence des enfants qui ont un PAI et qui sortent
- ☐ Sérum physiologique
- ☐ Compresse stériles
- ☐ 1 boîte de pansement
- ☐ 1 couverture de survie
- ☐ 1 paire de gants
- ☐ 1 flacon de GHA
- ☐ 1 poche de froid instantané

2.3.4 Trousse en cuisine : (matériel spécifique en + des éléments identiques à la pharmacie centrale)

- ☐ Doigtiers
- ☐ Pansements étanche
- ☐ Pansement hémostatique

2.4 Les conduites à tenir si signes infectieux, petits traumatismes, douleur

2.4.1 Cas particuliers (maladie à l'arrivée, plâtre...)

2.4.1.1 L'enfant arrive malade à la crèche

Décision concernant son accueil :

- ☐ Quand le la responsable est présente, la décision est prise par le la responsable
- ☐ Quand le la responsable n'est pas présente :

SOIT l'enfant a été vu par le médecin :

- ☐ Vérifier qu'il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse avec éviction (**Cf. 2.2. Tableau des maladies qui entraînent une éviction avec déduction financière.**)
- ☐ Demander aux parents les traitements reçus, l'état de l'enfant et la température du matin pour avoir un point de départ (état général, comportement, appétit...)
- ☐ Eviction possible de l'enfant si fièvre avec inconfort qui ne cède pas sous paracétamol.
- ☐ Appliquer l'ordonnance du médecin traitant apportée à la crèche après validation de la responsable (**Cf. 2.1.L'administration des médicaments en crèche**)
- ☐ **En cas de doute, toujours joindre la responsable santé.**

SOIT l'enfant n'a pas été vu par le médecin :

- ☐ Si la température est bien tolérée, que l'enfant ne manifeste pas d'inconfort et ne présente pas de signes inquiétants (éruptions, vomissements, diarrhée, gêne respiratoire...) et que le PARACETAMOL est efficace sur la fièvre : l'enfant peut être accueilli. Si la fièvre dure plus de 3 jours il doit impérativement être vu par son médecin.

2.4.1.2 Cas de pose aérateurs trans-tympanique (diabolos) :

Retour possible le lendemain.

Attention : pas de jeu en piscine ni de lavage de cheveux

2.4.1.3 Cas des suites d'intervention chirurgicale :

Au cas par cas à voir avec les responsables santé, selon l'état général et local de l'enfant avec anticipation et certificat médical de retour si besoin.

2.4.1.4 Cas de l'enfant plâtré :

L'enfant sera gardé à domicile 24h le temps du séchage. Récupérer, s'il y a, la feuille de surveillance sous plâtre transmise par l'hôpital.

En l'absence de ce document, les consignes en crèche sont les suivantes :

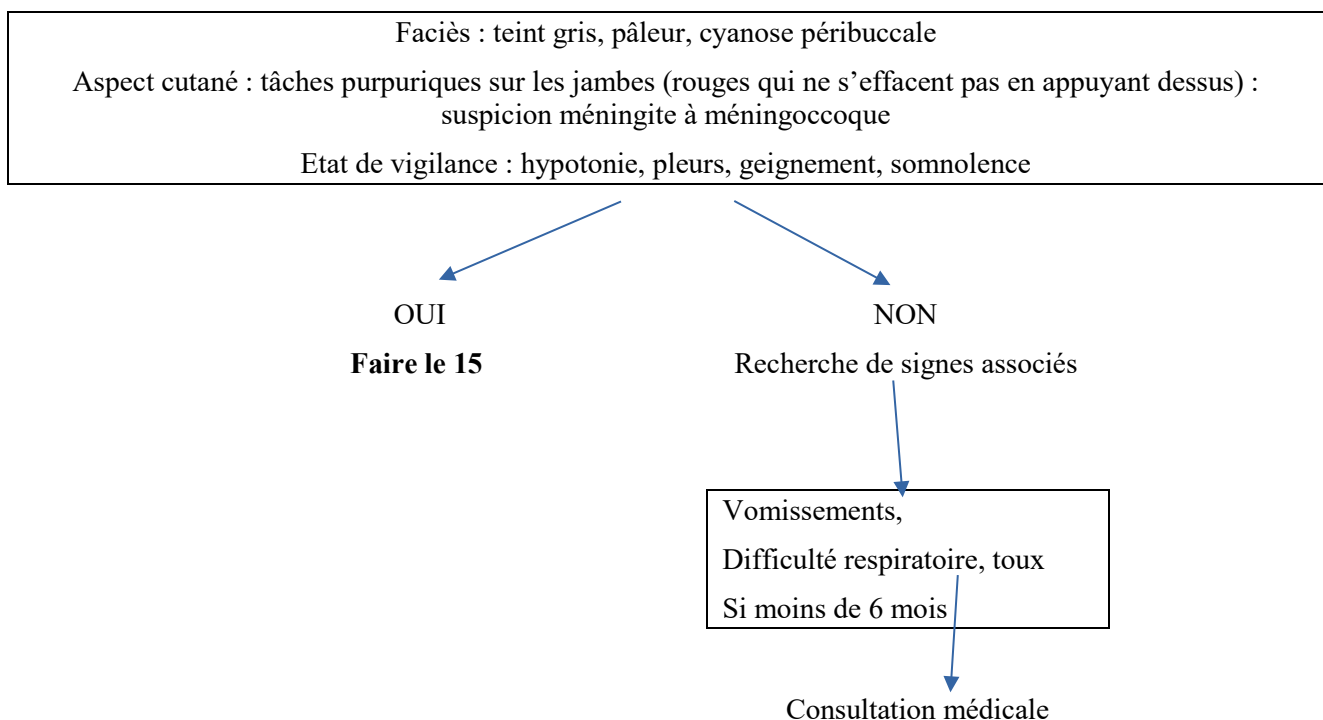
- ☐ Ne pas mouiller ou immerger le plâtre contrairement aux résines, ce qui le fragiliserait.
- ☐ Ne pas introduire de corps étranger sous le plâtre (vigilance chez les enfants)
- ☐ Surélever le membre immobilisé, les premiers jours, pour réduire l'œdème.
- ☐ Mobiliser les articulations laissées libres pour prévenir la fonte musculaire
- ☐ Vérifier auprès des parents si l'appui est autorisé si l'enfant marche
- ☐ Vérifier que l'enfant n'ait pas de fourmillements, d'engourdissements, des douleurs de l'extrémité. Chez un tout petit, pincer légèrement l'extrémité pour vérifier la sensibilité » du membre plâtré ainsi que sa coloration modifiée et un refroidissement de la peau. **La responsable santé préviendra les parents pour une consultation urgente à l'hôpital (lieu où le plâtre a été posé).**

2.4.2 En cas de la fièvre

Suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS 2016)

En cas de fièvre, supérieure à 38,5°C (38°C si enfant de moins de 6 mois)

- ☐ Recherche de **signes de gravité en déshabillant l'enfant**



- ☐ Vérifier l'existence d'un **PAI (convulsions, drépanocytose...)**

Protocole en cas de suspicion de fièvre

- ☐ Evaluer l'état général de l'enfant : Inconfort ? Comportement inhabituel ? (Pleurs, douleurs, gémissements de l'enfant...)
- ☐ Prendre la température en axillaire, (**Cf. 3.11.Fiche de soin « prendre la température »**)
- ☐ Déshabiller l'enfant
- ☐ Le faire boire
- ☐ Surveiller son état général (comportement, signes d'aggravation...)

Pour les enfants de plus de 6 mois : si le comportement de l'enfant est habituel (il joue, communique...), avec une température comprise entre 38.5 et 38.8°, mais bien tolérée, ne pas donner de médicament antipyrétique et évaluer l'évolution. **A partir de 38°8 et quelque soit la clinique : donner l'antipyrétique**

Sauf si antécédent de crise convulsive hyperthermique : donner dans ce cas du Doliprane dès 38,2°C en plus des recommandations suivantes :

- Ne pas sur habiller si frissons
- Donner à boire
- Prévenir les parents pour les informer de la situation et de la potentielle évolution sans leur demander pour autant de venir chercher leur enfant

Pour les enfants de moins de 6 mois : l'antipyrétique sera donné dès 38° quelque soit la clinique

Quelque soit l'âge de l'enfant et sa clinique, il sera demandé aux parents de venir chercher leur enfant à partir de 39,5)

- ☐ **Si l'enfant a un comportement inhabituel et présente un inconfort :**

La décision du traitement à donner est prise par les responsables santé.

L'agente qui administre le traitement doit se renseigner sur :

- Le poids de l'enfant
- L'absence d'allergie au paracétamol
- L'heure de la dernière prise d'antipyrétique

Il n'y a pas de parallélisme entre le degré de fièvre et la gravité de la maladie.

La fièvre est un mécanisme de défense de l'enfant.

Les enveloppements frais et les bains sont à proscrire car ils entraînent une vasoconstriction qui entrave la thermolyse,

- ☐ Prévenir les parents
- ☐ Donner une dose de PARACETAMOL¹, en fonction du poids de l'enfant
- ☐ Ne pas le sur habiller
- ☐ Faire boire l'enfant souvent
- ☐ **Pas de reprise systématique de la température** : à ne reprendre que si l'état général s'aggrave
- ☐ Le délai entre 2 doses de Doliprane peut être raccourci à 4h si besoin, sans dépasser la dose journalière
- ☐ En cas d'apparition de signes de gravité : prendre l'avis du **SAMU**

Pour la sieste : Couchage dans son lit, ne pas le couvrir, **pas de confinement en poussette, ni de drap sur la poussette en prévention des MIN** (cf surveillance dortoir+ fiche de soins couchage)

¹ Donné après vérification du document médical d'entrée rempli par le médecin traitant ou après appel du 15

Dans la mesure du possible, préférer les antipyrétiques oraux qui agissent plus rapidement (30 minutes après l'ingestion) que les suppositoires.

☐ **Les sirops au paracétamol à partir de 6 mois**

DOLIPRANE suspension buvable à 2,4% :

Sirop avec une mesurette graduée en demi-kilogramme, adaptée aux enfants de 3 à 13 kg :

Donner 1 dose correspondant au poids de l'enfant.

Renouveler la prise au bout de 6 heures, sans dépasser 4 prises par 24 heures ou

EFFERALGAN MED 30 mg/ml solution buvable pédiatrique : 90 ou 150 ml

Sirop avec un système doseur gradué en fonction du poids de l'enfant (4kg, 6 kg 8kg, 10 kg 12kg et 16kg) adapté aux enfants de 4 à 32kg (dosage à vérifier).

Donner 1 dose correspondant au poids de l'enfant.

Renouveler la prise au bout de 6 heures, sans dépasser 4 prises par 24 heures.

☐ **Pour information :**

Un flacon de sirop ouvert se conserve 6 mois à température ambiante. Idem pour les flacons laissés chez les assistantes maternelles.

Il faut donc utiliser un flacon après l'autre en notant la date d'ouverture, avoir plusieurs pipettes (a nettoyer à l'eau et au savon puis passage au lave-vaisselle en fin de journée pour limiter le risque de contamination du produit). Pour les enfants de plus de 13 Kg, prendre 2 pipettes différentes pour ne pas replonger la pipette utilisée dans le flacon.

Dès lors que le médecin a prescrit du Doliprane, cela valide les 2 voies d'administration (orale et rectale)

☐ **Les suppositoires au paracétamol avant 6 mois**

A utiliser en cas de vomissements ou convulsions

☐ **Conduite à tenir pour administrer un antipyrétique :**

Vérifier présence de l'autorisation parentale

Vérifier la dose en fonction du poids de l'enfant

Prévenir le responsable santé qui appellera les parents pour accord et vérification de l'horaire de la dernière prise

Se laver les mains

Pour la prise de suppositoire :

Préparer le matériel : suppositoire, gants, haricot et crème de change

Installer l'enfant dans un endroit calme et sécurisé en respectant son intimité

Placer l'enfant jambes repliées sur le dos ou sur le côté

Ouvrir le suppositoire et lubrifier le bout carré avec la crème de l'enfant (introduction par le côté opposé de la pointe). La lubrification peut aussi se faire avec un peu d'eau chaude pour les plus grands qui n'ont pas forcément de crème de change.

L'introduire avec un gant et maintenir les fesses fermées quelques secondes pour éviter l'expulsion.

Se laver les mains

Dans tous les cas : Noter l'heure d'administration, la dose, le nom du médicament et le nom de la personne ayant administré le médicament dans le registre d'administration des médicaments et dans le cahier de transmissions.

Poids de l'enfant	Posologie
<i>de 3 à 4,9 kg</i>	DOLIPRANE 100mg Donner 50 mg soit 1/2 suppositoire à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 demi-suppositoires par 24 heures.
<i>de 5 à 7,9 kg</i>	DOLIPRANE 100 mg Donner 1 suppositoire à 100 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par 24 heures.
<i>de 8 à 11,9 kg</i>	DOLIPRANE 150 mg Donner 1 suppositoire à 150 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par 24 heures.
<i>de 12 à 14,9 kg</i>	DOLIPRANE 200 mg Donner 1 suppositoire à 200 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par 24 heures.
<i>de 15 à 24 kg</i>	DOLIPRANE 300 mg Donner 1 suppositoire à 300 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par 24 heures.

L'Ibuprofène peut être donné uniquement en 2ème intention, seulement dans le cas d'une prescription médicale ou dans le cadre de PAI.

Etre vigilant pendant les périodes d'épidémie de varicelle où l'ibuprofène est INTERDIT.

Par ailleurs, **toute fièvre de plus de 3 jours**, hors signes de gravité, nécessite une recherche de sa cause, ce qui pourra conduire à une consultation médicale et/ou un traitement spécifique.

2.4.3 En cas de suspicion d'hypothermie (fièvre < à 36°C)

A noter que les thermomètres ne peuvent mesurer que des températures supérieures à 36, 5°, toute valeur en dessous n'est pas mesurable avec précision.

Les symptômes sont :

Marbrures, peau pâle, bleutée, frissons possibles, froideur de la peau, des extrémités, respiration lente, accélération du rythme cardiaque, tétées difficiles.

Les causes peuvent être un environnement froid, des vêtements inadaptés, une baignade prolongée, Les infections virales peuvent donner des fluctuations hyper et hypothermie.

Attention il faut éliminer une infection bactérienne grave et rechercher des signes de gravité : arrêt des frissons, (chez les plus grands), respiration rapide, hypotonie, somnolence, ralentissement du rythme cardiaque.

Appeler le **15** si un de ces signes est présent.

Il faut couvrir l'enfant (**la tête ; les extrémités et le corps**), ne pas laisser une couche humide, réchauffer l'environnement (pièce la plus chaude), lui faire boire des boissons tièdes ou chaudes.

2.4.4 En cas de troubles digestifs : diarrhée et/ou vomissements (cf. annexe n°10)

2.4.4.1 Diarrhées :

Qu'est-ce que c'est ?

Plus de 3 selles liquides dans la journée.

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ Prévenir les responsables santé
- ☐ Rechercher **des signes de gravité** en pesant l'enfant, en prenant la température, en l'observant :

Nourrisson de moins de 4 mois

Intolérance alimentaire (vomissements, diarrhées à chaque tentative d'hydratation)

Perte de poids supérieurs à 5 % du poids de référence de l'enfant

Signes de déshydratation : yeux cernés, enfoncés dans les orbites, fontanelle déprimée, bouche sèche, enfant mou, inactif, couches sèches...

Fièvre associée à 39°C

ABSENCE DE SIGNES DE GRAVITE

Prévenir les parents
 Surveillance

SIGNES DE GRAVITE

Prévenir les parents pour consultation urgente
 Ou faire le **15** si urgence

- ☐ Si vomissements associés, voir protocole vomissements.

- ☐ Intensifier les mesures d'hygiène : lavage des mains et utilisation de gants à usage unique, nettoyage des tapis de change. Nettoyage des points de contact. Lavage des jouets utilisés par l'enfant.
- ☐ Régime normal si pas de facteur de gravité. Lait sans lactose uniquement si diarrhées prolongées dans le temps.

L'eau pure, les boissons à base de cola, les boissons sucrées sont déséquilibrées en sels minéraux et ne remplacent pas les solutés de réhydratation.

- ☐ Consulter le médecin si pas d'amélioration.

2.4.4.2 Vomissements :

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ Prévenir les responsables santé
- ☐ Rechercher **des signes de gravité** en pesant l'enfant, en prenant la température, en l'observant :

Nourrisson de moins de 4 mois

Proximité du repas ? antécédents ? allergie ? PAI ?

Contexte : traumatisme crânien, maux de tête ? hypotonie (enfant « mou ») ?

Perte de poids supérieurs à 5 % du poids de référence de l'enfant

Signes de déshydratation : yeux cernés, enfoncés dans les orbites, fontanelle déprimée, bouche sèche, enfant mou, inactif, couches sèches...

Fièvre associée à 39°C

ABSENCE DE SIGNES DE GRAVITE

Prévenir les parents
Surveillance

SIGNES DE GRAVITE

Prévenir les parents pour consultation urgente
Ou faire le **15** si urgence

- ☐ Recherche de diarrhées associées car c'est un facteur de déshydratation ajouté, voir protocole diarrhées.
- ☐ Intensifier les mesures d'hygiène : lavage des mains et utilisation de gants à usage unique, Nettoyage des tapis de change et des points de contact. Lavage des jouets utilisés par l'enfant.

2.4.5 En cas de conjonctivite

Qu'est-ce que c'est ?

La conjonctivite est un état inflammatoire de la conjonctive de l'œil (œil rouge). Elle peut être virale, allergique ou bactérienne. Seule la conjonctivite bactérienne nécessite un collyre antibiotique.

- L'enfant présente les signes suivants (un œil ou les 2 yeux) :

MDPE - Protocoles de Santé, d'Hygiène et de Sécurité validés Novembre 2025

Œil rouge, qui gratte, avec écoulement plus ou moins purulent

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ Laver les yeux plusieurs fois par jour au sérum physiologique à l'aide de compresses stériles (une compresse par œil) pendant 48 heures (par exemple matin et soir par les parents et à chaque change en crèche) **Cf. 3.5.Fiche de soin «le soin des yeux »**
- ☐ Pas de collyre antiseptique oculaire sans ordonnance
- ☐ Associer un lavage du nez au sérum physiologique si nécessaire
- ☐ Lavage des mains de l'adulte avant et après et port de gants recommandé (contagiosité +++)
- ☐ Pas d'éviction de la crèche en cas de conjonctivite
- ☐ Si les signes persistent au-delà de 48h sans amélioration, si l'enfant est « grognon », si signes de douleur à l'oreille associés, une consultation avec le médecin traitant sera conseillée.
- ☐ **Critères de gravité** nécessitant une consultation le jour même :
 - Le chémosis : c'est-à-dire le gonflement de la conjonctive (partie blanche de l'œil) qui fait comme un bourrelet.
 - Un œdème très important de l'œil avec écoulement intense et purulent.

2.4.6 En cas de muguet

Qu'est-ce que c'est ?

Le muguet est une mycose (champignon *candida albicans*) qui se présente sous l'aspect d'un dépôt buccal blanchâtre, à l'intérieur des joues, sur les gencives ou sur le voile du palais. Il peut s'étendre rapidement dans la bouche.

Y penser si l'enfant refuse de manger, s'il mange moins, s'il pleure lors de la prise du biberon.

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ **Prévenir les responsables santé.**
- ☐ Prévenir les parents afin que l'enfant soit vu par le médecin au plus tôt.
- ☐ Par prévention, renforcer les mesures d'hygiène, surtout le lavage des mains. Surveillance particulière sur les échanges possibles d'objets portés à la bouche (jouets, doudous...) et leur nettoyage fréquent.
- ☐ Vérifier si présence de lésions du siège qui peuvent être signes de mycose également : rougeur qui s'étend, bords non nets, dans les plis, dépôts blanchâtres, vésicules possibles.

2.4.7 En cas d'érythème fessier

Qu'est-ce que c'est ?

C'est une dermatite du siège due à une irritation de la peau. Il peut être présent dès la troisième semaine de vie et c'est entre 6 et 12 mois qu'il est le plus fréquent.

Il est en lien avec des facteurs d'agressions externes, des facteurs favorisant la macération (type de couche, absence de change régulier...) l'irritation (selles liquides acides...) et les interactions mécaniques (frottement avec la couche en position assise...).

Les rougeurs, les irritations touchent les zones convexes du siège en contact direct avec la couche respectant au début les plis (rougeur en forme de « W ») :

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ S'assurer que le coupon d'autorisation pour appliquer la crème soit remplie par les parents (**cf. annexe n°5**)
- ☐ **Rechercher des signes qui nécessitent une consultation médicale rapide**

Atteinte des plis, dépôts blancs, collerette pustuleuse émietée (bords non nets), rougeur autour de l'anus, croûtes, bulles, abcès, squames gras, jaunes, molluscum, verrues, desquamations.

- ☐ **Si oui**, prévenir les responsables santé et prévenir les parents de la nécessité d'une consultation médicale rapide.
- ☐ **Si non**, vérifier s'ils ont apporté le document médical d'entrée et/ou le coupon signé par les parents qui autorise l'application de la crème et transmettre aux parents le soir.
- ☐ Soins de siège (**Cf. 3.7.Fiche de soin « le change de l'enfant »**)

Exemples de crèmes de change :

Les pâtes à l'eau

Exemple : « Eryderm » (Biolane), « Eryplast » (Lutsine) , « Uriage bébé premier change », « Oxyplastine », « Aloplastine » ...

Rôle :

- Barrière non occlusive sur la peau
- Anti-enzymatique pour neutraliser les agents irritants
- Apaisant

Les compositions possibles :

- L'eau
- L'oxyde de zinc a des qualités isolantes et protectrices (limite la macération), calme les irritations de la peau et a des propriétés antibactériennes, cicatrisantes et purifiantes.
- L'ajout de glycérine optimise la capacité de rétention d'eau de la peau en l'hydratant de manière optimale
- La lanoline est issue de la laine de mouton. Elle se rapproche du sébum humain, et apporte ainsi des propriétés émollientes, hydratantes, apaisantes et réparatrices. (Il peut y avoir des allergies) On voit aussi cire d'abeille, beurre de karité.
- Huiles végétales (normalement les pâtes à l'eau ne contiennent pas d'huile, elles sont à base d'eau, mais ajout possible dans certaines comme « Uriage bébé »)

Quand ?

S'il y a des rougeurs, mettre à chaque change sur une peau propre et sèche, et mettre en prévention si les enfants sont très sensibles (surtout si selles acides, poussée dentaire, diarrhées).

Ne pas mettre si peau irritées, suintantes.

Le liniment :

Rôle : Il neutralise l'acidité de l'urine grâce au calcaire, il est gras et protecteur

Les compositions possibles : Eau de chaux, huile d'olive et un conservateur (le moins de composants possibles est le mieux)

Quand ?

En prévention (après nettoyage eau et savon s'il y a des selles)

Ne pas mettre si l'érythème est important car l'eau de chaux peut irriter.

Crème réparatrice :

Exemple : « Cicalfate » (Avène), « Cicaplast B5 » (La Roche Posay), « Dermalibour » (Aderma), « Barrierm Cica » (Uriage) ...

Rôle :

- Barrière, protection
- Réparation de l'épiderme
- Apaisant

Les compositions possibles :

- Le Cuivre et zinc limitent la prolifération bactérienne
- Le Zinc isole et protège
- Plantules d'avoine anti irritante chez a derma
- Eau Thermale d'Uriage, Complexe breveté Poly-2P, Phytosqualanes, Phytostérols, Glycérine chez uriage
- Eau Thermale Avène

Quand ?

Si peaux rouges et érosives (à vif, petites plaies) et une fois par jour à midi si la crème contient du zinc

Ne pas mettre si érythème suintant, les parents devront consulter.

2.4.8 En cas de blessure au visage

2.4.8.1 Traumatisme de l'œil :

- ☐ Doigt dans l'œil,
- ☐ Objet dans l'œil : si l'œil reste rouge et douloureux, prévenir les parents pour qu'ils consultent aux urgences ophtalmiques dans les meilleurs délais.
- ☐ Sable dans l'œil :

Rincer abondamment l'œil avec un sérum physiologique ou à l'eau courante en utilisant une petite seringue pour créer une "pression".

Surveiller le larmoiement, si oui prévenir les parents pour consultation médicale.

Remplir une déclaration d'accident.

2.4.8.2 Plaie de l'arcade sourcilière :

- ☐ Prévenir les parents pour une consultation systématique.
- ☐ Si la puéricultrice ou l'infirmière est formée, elle peut mettre un stéri-strip sur une plaie superficielle, dans l'attente de la consultation médicale (après lavage eau + savon+ séchage avec une compresse).

A titre indicatif, points de suture si plaie supérieure à 1 cm ou profonde, au mieux dans les 6h après le traumatisme.

- ☐ Si grosse plaie : pansement compressif.
- ☐ Remplir une déclaration d'accident.

2.4.8.3 Traumatisme du nez :

- ☐ En cas de saignement, faire moucher si possible, comprimer 5 minutes, faire baisser la tête en avant et placer un glaçon enveloppé dans un linge sur la base du nez. Demander aux parents de consulter un médecin.
- ☐ Sans saignement : mettre un glaçon enveloppé dans un linge et surveiller l'œdème. Si œdème trop important : prévenir les parents pour consultation médicale.
- ☐ Si corps étranger dans les narines : ne pas essayer de l'enlever ou de faire moucher l'enfant.

Appel du **15** puis les parents pour qu'ils consultent selon l'avis du 15 : ne pas essayer de l'enlever ou de faire moucher l'enfant,

- ☐ Rédiger une déclaration d'accident

2.4.8.4 Traumatisme de la bouche :

- ☐ Les lèvres : mettre un glaçon dans un linge mouillé sur la plaie de lèvre.

Si la coupure est plus importante et/ou si saignements, appliquer en comprimant une compresse stérile et sèche. Prévenir les parents pour consulter le médecin traitant ou à défaut les urgences afin de discuter de la nécessité de points de suture.

- ☐ Les dents :

Toute dent traumatisée (enfoncée, cassée) doit être vu par un dentiste ou à défaut le médecin traitant, ce dans la journée.

Ne pas repositionner une dent tombée car cela pourrait entraîner une infection du germe de la dent définitive. Placer la dent dans un pot avec du sérum physiologique.

- ☐ La langue : si plaie importante prévenir les parents pour consulter un médecin.

Remplir une déclaration d'accident dans les 3 situations.

2.4.8.5 Traumatisme de l'oreille :

En prévention : interdire les boucles d'oreille pendantes et celles qui ne sont ni chirurgicales, ni vissées.

- ☐ Si corps étranger dans l'oreille : ne pas essayer de l'enlever, ne pas introduire d'instrument effilé dans les oreilles. Consulter le médecin traitant ou un O.R.L. ou les urgences dans la journée.

- ☐ Si traumatisme du lobe, appliquer un glaçon enveloppé dans un linge sur la plaie après lavage à l'eau et au savon. Désinfecter.
- ☐ Si plaie avec saignement important : comprimer avec une compresse stérile et sèche
- ☐ Rédiger une déclaration d'accident

2.4.9 En cas de blessure hors visage

Vérifier l'absence de choc à la tête, au visage (se référer aux protocoles correspondants si besoin)

Selon la chute, déshabiller l'enfant pour vérifier l'absence de plaies, d'hématomes, de fractures (déformation d'un membre, d'une extrémité, douleurs vives, œdème (enflure) , hématomes localisées, observer si l'enfant ne se sert plus d'un membre..) En cas de suspicion de fracture, ne pas donner à boire ou à manger.

En fonction de la localisation et l'intensité de la douleur, appel du **15**

2.4.9.1 Si douleur avec absence de plaie :

- ☐ Rassurer l'enfant
- ☐ Maintenir quelques minutes un glaçon enveloppé dans un linge mouillé ou une poche-de froid
- ☐ Donner du Paracétamol^{2*} en cas de douleur
- ☐ Soulager le membre touché si douleur ou inconfort

2.4.9.2 Si plaie :

- ☐ Mettre des gants
- ☐ Laver la plaie à l'eau et au savon, bien enlever les corps étrangers dans la plaie avec l'eau. (Possible avec une pipette de sérum physiologique pour effectuer une pression)
- ☐ Comprimer avec une compresse stérile et sèche si saignement plus important.
- ☐ Évaluer avec la responsable santé la profondeur de la plaie ainsi que la nécessité de consulter médecin traitant et dans quel degré d'urgence
- ☐ Si la puéricultrice ou l'infirmière est formée, elle peut mettre un Stéri-strip sur une plaie superficielle.
A titre indicatif : points de suture si plaie supérieure à 1cm ou profonde, au mieux dans les 6h après le traumatisme
- ☐ Mettre un pansement protecteur en attendant la consultation, ne pas mettre de pommade, ni de crème.

2.4.9.3 Dans tous les cas :

- ☐ Prévenir les parents.
- ☐ La responsable santé qui remplira une déclaration d'accident.
- ☐ Continuer à surveiller l'enfant, vérifier qu'il utilise tout son corps lors des jeux.

² Donné après vérification du document médical d'entrée rempli par le médecin traitant ou après appel du 15

2.4.10 En cas de morsure d'animal

- ☐ Laver abondamment la plaie à l'eau et savon.
- ☐ Désinfecter soigneusement la plaie (Chlorhexidine).
- ☐ Prendre le nom du propriétaire de l'animal (l'animal sera suivi durant 40 jours).
- ☐ Appeler le SAMU **15** pour connaître la démarche (consultation médecin traitant ou urgences suivant la gravité).
- ☐ Prévenir les parents.
- ☐ Remplir une déclaration d'accident.

2.4.11 En cas de douleur de l'enfant

- ☐ Rassurer l'enfant
- ☐ Localiser la douleur
- ☐ selon l'âge, l'évaluer : (**Cf. 3.1.Fiche de soin «évaluation de la douleur chez l'enfant »**)
- ☐ Rechercher le type de douleur : douleurs dentaires ? maux de tête ? otalgies ? (Douleurs à l'oreille), angine ? (Douleurs à la gorge en avalant et/ou en dehors des repas), douleurs au ventre ?
- ☐ Rechercher des signes infectieux : fièvre ? éruption ? toux ? fatigue ? baisse d'appétit ? diarrhées ? Vomissements ? Douleur à la mobilisation d'un membre ? ...
- ☐ Vérifier la présence ou l'absence de PAI
- ☐ Choisir le traitement adapté :

Il existe 2 types de traitements pour la douleur :

- **les traitements non médicamenteux** : l'écoute/le réconfort, le confort (l'installation), le chaud ou le froid, la distraction, le bercement, le portage, les massages locaux

En fonction du type de douleur, quelques exemples :

Chute (sans plaie et sans critère de gravité, cf. protocoles médicaux)	Froid
Douleur aux oreilles	Favoriser la position assise, surélever légèrement le matelas à la sieste avec un plan incliné trapèze adapté
Douleur à la gorge, aphtes	Privilégier une alimentation froide ou à température ambiante, et lisse (purée, compote, yaourt...)
Les poussées dentaires	Proposer un anneau de dentition réfrigéré

- **les traitements médicamenteux**, comme le paracétamol. Ils ne peuvent être administrés qu'après vérification du document médical d'entrée, après avis de la responsable santé et après information aux parents.

Malgré les idées reçues, les suppositoires ne sont ni plus efficaces, ni plus rapides. La voie orale (par la bouche) est donc à privilégier, sauf si l'enfant vomit ou convulse.

Ces 2 types de traitements sont à associer pour plus d'efficacité, et à adapter en fonction du type de douleur. Penser à réévaluer la douleur à distance (une heure) ; si l'enfant a toujours mal malgré le traitement, une consultation médicale s'impose.

Pour en savoir plus :

https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/N02/index.html

2.5 Les conduites à tenir si risque d'épidémie en collectivité

2.5.1 En cas de gale

Qu'est-ce que c'est ?

C'est une infection de la peau, contagieuse mais sans gravité. Elle est due à un parasite qui creuse des tunnels dans l'épiderme et y pond des œufs : le sarcopte. Cet acarien peut survivre au sol entre 2 et 8 jours si humidité et chaleur présentes. Les surfaces inertes ne sont pas contaminantes sauf le linge et le mobilier constitué de matériaux absorbants : literie, canapé,

Il existe deux formes de gale : la gale commune et la gale profuse (plus contagieuse)

Mode de contamination

Elle-se fait :

- ☐ Par contact cutané avec la personne porteuse du parasite, lors de contacts fréquents ou prolongés (15-20 minutes pour la gale commune).
- ☐ Par contact avec du linge ou des matériaux absorbants contaminés

L'incubation dure en moyenne 3 semaines (de 1 à 6 semaines selon l'importance de l'infestation) sauf en cas de ré-infestation où elle dure de 1 à 3 jours.

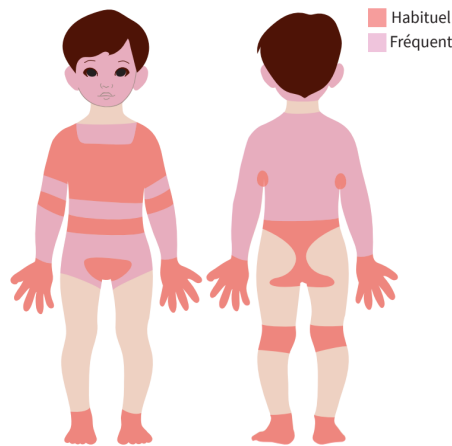
Signes cliniques

- ☐ Prurit intense, accentué la nuit.
- ☐ Lésions de grattages localisées sur les zones du corps où les démangeaisons sont les plus intenses :
- ☐ Espaces interdigitaux
- ☐ Face antérieure des poignets et des avant-bras
- ☐ Sur les plis des coudes
- ☐ Sur les plis axillaires
- ☐ Au niveau du nombril
- ☐ À l'intérieur des cuisses
- ☐ Au niveau des organes génitaux chez l'homme et des mamelons chez la femme
- ☐ Sur les fesses

Dans certains cas on peut observer des sillons scabieux, des vésicules perlées, des nodules scabieux.

Chez le petit enfant, les lésions cutanées sont souvent plus diffuses et contrairement à l'adulte, la gale peut atteindre le visage chez le nourrisson. L'aspect prend souvent celui d'un eczéma atopique, et peut ainsi gratter la journée. La présence de lésions vésiculeuses et pustuleuses sur la paume des mains et la plante des pieds est évocatrice de gale. Les lésions sont responsables de fortes démangeaisons.

Localisation des zones de lésions dues à la gale chez le petit enfant



Dans certains cas on peut observer :

- des sillons scabieus sur la peau visible plutôt entre les doigts et sur les poignets. Elles correspondent aux galeries creusées par le parasite.
- des vésicules perlées : petites ampoules translucides à l'extrémité des sillons scabieus, plutôt visibles entre les doigts. Elles renferment le sarcopte.

L'enfant peut également présenter des nodules scabieus dans la région des aisselles et sur le thorax.

L'enfant est souvent irritable, agité et s'alimente moins. Le caractère familial de la maladie représente un argument diagnostique important.

2.5.1.1 Conduite à tenir en crèche

Intensifier le lavage de mains avec de l'eau et du savon : l'utilisation du gel hydro-alcoolique n'est pas efficace pour limiter la transmission de la gale.

Veiller à éviter les échanges de vêtements, bonnets, écharpes, doudous, couchettes, draps, matelas, ...

1) Si 1 cas de gale

Prévenir dès le premier cas de gale : les agents de l'équipement, les responsables santé, le médecin de crèche (RSAI), et la PMI.

S'il n'y a qu'un seul cas, on considère que la transmission s'est faite à l'extérieur de la crèche : le foyer est considéré contact : l'enfant concerné et sa famille doivent suivre le traitement ; l'éviction de l'enfant concerné est de 3 jours à partir du début du traitement.

Un courrier d'information est à transmettre aux familles des enfants fréquentant le lieu.

2) Si deux cas de gale ou plus

Prévenir : les agents de l'équipement, les responsables santé, le médecin de crèche (RSAI), la PMI et l'ARS.

A partir de deux cas de gale, on considère que la transmission s'est faite au sein de la crèche : tous les enfants et les professionnels sont considérés avoir été en contact : l'ensemble des enfants et des professionnels doivent suivre le traitement.

Si possible, les responsables santé organisent rapidement une réunion afin de mettre en lien l'ARS et la PMI pour définir plus précisément la marche à suivre en fonction du contexte (par exemple dépistage généralisé par le médecin de PMI, commande globale du traitement dans une pharmacie, ...).

Prévenir les familles (par voie d'affichage et par mail) et leur demander de consulter leur médecin traitant.

Traitement

Le traitement de la gale doit concerner simultanément la personne atteinte et son entourage proche, ainsi que les locaux fréquentés par le cas, ses lieux de vie et environnement.

Il n'y a pas de guérison spontanée, le traitement est donc indispensable. Il est réalisé par voie orale ou par application cutanée (entre autre en fonction du poids de la personne), et se réalise en deux temps. Pour information, la guérison se fait en 2 ou 3 jours mais des démangeaisons peuvent persister pendant 2 à 3 semaines. Les parasites sont éliminés après le renouvellement complet de l'épiderme (6 semaines). En cas d'échec du traitement, il faut le reprendre à zéro.

Hygiène des locaux et de l'environnement

Poursuite du nettoyage habituel des locaux et du mobilier.

Hygiène du linge et des matériaux absorbants

La manipulation du linge potentiellement contaminé se fait avec des gants et un tablier ou une chasuble. Il faut traiter l'ensemble du linge ayant été en contact avec le corps depuis les 3 jours précédents : lavage en machine à 60° pendant 60 minutes.

Pour le linge trop fragile ou les matériaux absorbants ne pouvant être lavés à 60°C (matelas, coussin, doudou ...) : les maintenir en isolement dans un sac hermétiquement fermé, 4 à 5 jours en cas de gale commune, 8 jours en cas de gale profuse ; et veiller à les stocker à température ambiante (21° environ) S'il fait trop frais, rallonger la durée de l'isolement.

Un traitement identique est à mettre en place au domicile des personnes concernées.

Cas particulier de la gale profuse : l'enfant qui en est atteint ne peut reprendre la collectivité sans certificat de guérison. Il peut être alors envisagé que le médecin de crèche contacte le service de dermatologie du CHUGA afin d'obtenir un rendez-vous.

Sources :

ARS ARA (juin 2024)

Ameli (octobre 2023)

Santé Publique France (2008, mise à jour juin 2019)

2.5.2 En cas d'infestation par des punaises de lit

Qu'est-ce que c'est ?

La punaise de lit est un insecte parasite qui se nourrit de sang humain. Brune, avec un corps de forme ovale sans aile, elle ne saute pas.

La punaise de lit est présente partout dans le monde, dans tous les lieux de vie, quel que soit le climat. En crèche c'est le dortoir qu'il faut vérifier principalement (à la maison ce sont les chambres à coucher et le salon).

Les punaises de lit ne transmettent pas de maladie mais peuvent causer des démangeaisons importantes, voire des réactions allergiques (urticaire).

Leur taille est de 4 à 7 mm.



Comment reconnaître une infestation par les punaises de lit ?

Les punaises de lit sont difficiles à observer car elles fuient la lumière. Elles s'abritent dans les recoins des pièces où les personnes dorment et sortent la nuit pour se nourrir.

Il est possible d'observer :

- Des traces de sang sur les draps
- Des traces de leurs déjections (petits points noirs) au niveau : du matelas, des angles des murs, du sommier, du bois du lit, tapis, plinthes, prise électrique ...

Quels sont les signes ?

Les piqûres sont des taches rouges en relief (maculopapules), de 5 mm à 2 cm, avec, en leur centre, un point rouge hémorragique ou une vésicule de liquide clair. Ces papules sont responsables de démangeaisons (prurit) plus marquées le matin que le soir. Elles sont souvent le premier signe de la présence de punaises de lit. Des groupes de **3 à 5 piqûres, parfois en ligne**, apparaissent sur la peau pendant la nuit.

Elles ressemblent à des piqûres de moustique. Ces piqûres sont généralement situées sur les **parties découvertes** du corps (visage, cou, mains, bras, jambes).

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ **Prévenir les responsables santé.**

Attention les punaises de lit se multiplient très vite. Dès que leur présence est repérée, il est donc important d'intervenir rapidement, afin d'éviter au maximum l'étendue de l'infestation.

Lutter contre les punaises de lit sans recourir à des produits chimiques est indispensable, mais utiliser des moyens mécaniques

Par exemple :

- ☐ Transporter le linge de lit dans des sacs fermés jusqu'à la machine à laver et laver le linge infesté à plus de 60°. Séchez le linge au sèche-linge (mode chaud au moins 30 minutes).
- ☐ En dehors de la présence des enfants, passer l'embout fin de l'aspirateur (à filtre HEPA) sur la couchette et les objets environnants (table, livres, etc.) Comme les punaises de lit ne meurent pas dans le sac de l'appareil, il est indispensable d'ôter celui-ci (nettoyant vapeur). L'emballer dans un sac en plastique hermétique que vous jetterez dans une poubelle extérieure. Ensuite, nettoyez le conduit de l'aspirateur à l'eau savonneuse
- ☐ Pour traiter les recoins et tissus d'ameublement, le nettoyage à la vapeur à 120 °C est possible car il détruit les punaises

Prévenir le médecin de crèche pour évaluer si d'autres mesures sont nécessaires. Ne jamais utiliser d'insecticide soi-même.

Prévenir les parents par affichage et mail

Plus de conseils pratiques

sur le site de l'ARS : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/habitat-et-sante>

Conseils pour les familles

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/99775/download?inline>

<https://www.ecologie.gouv.fr/punaises-lit-letat-vous-accompagne-avec-des-affiches-avec-une-vidéo-explicative>

2.5.3 En cas de teigne

Qu'est-ce que c'est ?

La teigne anthropophile est une mycose de transmission interhumaine causée par certains dermatophytes (champignons filamenteux). Ce n'est pas une maladie grave.

Actuellement en France métropolitaine, les teignes à transmission interhumaine sont des pathologies d'importation (transmis par une personne venant d'un autre pays). Selon le genre et l'espèce, certains dermatophytes sévissent de façon endémique en Afrique noire (*Microsporum langeronii*, *Trichophyton soudanense* et *Trichophyton tonsurans*), ou (Trichophyton tonsurans) sur le continent Américain (zone Caraïbe, Guyane). Ce dernier se transmet plus facilement d'un individu à un autre et est plus souvent à l'origine d'épidémies locales au sein de communautés familiales, scolaires ou sportives.

La teigne anthropophile peut se transmettre par contact direct avec un malade ou indirect (vêtements : bonnets, écharpes, ou objets tels que brosse à cheveu ou peigne).

Pour compléter : les teignes zoophiles sont transmises par les animaux atteints (chat, chien, cochon d'inde, lapin, rat, ...) et ne se transmettent généralement pas de personne à personne) : le risque de contagiosité est très faible et n'implique pas de dépistage en collectivité.

Quels sont les symptômes ?

Lésions circulaires du cuir chevelu squamo-croûteuses, +/- alopéciantes (Chute des cheveux, cheveux cassés) avec possibilité de lésions érythémateuses (rougeurs) et/ou suppurées (avec du pus) .

La peau peut être atteinte avec le même type de lésions circulaires (chez les adultes, généralement pas de lésions du cuir chevelu).



2.5.3.1 Quelle est la conduite à tenir ?

Prévenir les responsables santé qui appliqueront les mesures suivantes :

1- Mesures concernant le(s) cas

- ☐ Essayer de connaître l'origine de la maladie :
 - Contact avec un animal malade ou suspect d'être malade (formes inapparentes ou discrètes) et si oui, inciter la famille à le faire examiner par un vétérinaire
 - Contamination par une personne atteinte de teigne lors d'un séjour dans un pays endémique
 - Contact antérieur avec une autre personne atteinte de teigne ayant voyagé dans un pays endémique.
- ☐ Demander les résultats des prélèvements réalisés le cas échéant : Prélèvements des lésions (à faire avant mise en route du traitement) ++ de la peau, des squames, des cheveux ou ongles atteints pour déterminer l'espèce du champignon (résultat définitif en 3-4 semaines). Les prélèvements avant traitement devraient être systématiques mais semblent rarement faits en routine.
- ☐ Récupérer si possible les coordonnées du médecin traitant.
- ☐ Essayer de vérifier la bonne observance du traitement sur la durée prescrite et rappeler les mesures d'hygiène préconisées. Pour information : Traitement local + traitement par voie orale pendant 6 semaines. La longue durée du traitement entraîne parfois des problèmes d'observance.
 - Traitement systémique : Terbinafine ou Itraconazole en comprimés / voie orale, adapté aux résultats du prélèvement.
 - Traitement local : solution, crème, shampooing antifongique actif sur le dermatophyte + désinfection des bonnets, capuches et instruments de coiffure avec un antifongique en poudre + coupe des cheveux infectés du pourtour des plaques.
- ☐ Inciter les membres du foyer du cas à se faire dépister par leur médecin, si cela n'a pas déjà été fait.
- ☐ Eviction de la crèche : pas de durée réglementaire. La fin de l'éviction est conditionnée à la présentation d'un certificat médical stipulant qu'un traitement adapté a été prescrit.

2 - Actions à mener dans la crèche fréquentée par le(s) cas :

Rester vigilant pendant 2 mois (durée maximale d'incubation).

☐ Hygiène Corporelle

Faire respecter les mesures d'hygiène (lavage régulier des mains, éviter l'échange de vêtements, ne pas partager de brosse à cheveux, chapeau, bonnets, écharpe...) et privilégier le papier essuie main à usage unique (comme précisé par le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS))

- ☐ Réaliser un dépistage visuel collectif (cuir chevelu++, peau glabre) des enfants et des professionnels en contact avec le(s) cas ou à défaut, orienter les contacts proches du cas vers leur médecin traitant. Contacts = enfants et adultes ayant eu des contacts étroits.

Suite au dépistage, si suspicion clinique de teigne, prendre contact avec le médecin de crèche/RSAI qui :

- Fera confirmer le diagnostic (prélèvements ++) en orientant les cas suspects vers leur médecin ou un dermatologue ou vers un service de dermatologie
- Récupérera les coordonnées des médecins traitants des autres cas suspects et orientés vers eux (une information spécifique à destination des médecins pourra s'avérer nécessaire : inciter aux prélèvements++ en laboratoire.

Les adultes s'occupant d'enfants atteints de teigne (proximité des contacts), doivent être aussi dépistés (dépistage collectif ou médecin traitant).

☐ Nettoyage de l'environnement :

Il concerne essentiellement les vêtements et les surfaces ou mobiliers et jouets (matelas, literie, coussins, peluches) qui ont été potentiellement en contact avec les lésions.

La responsable se rapprochera de l'adjointe de direction santé sécurité et du référent santé accueil inclusif pour les modalités pratiques.

Un renforcement des mesures d'hygiène collective et de nettoyage sur trois mois avec :

- Nettoyage régulier des plans de travail (détergent-désinfectant-fongicide), des lits, tapis de repos et draps ;
- Formalisation des modalités d'utilisation et d'entretien des locaux ;
- Vérification que chaque drap/couette/turbulette soit individuel

Prévenir les parents par mail et affiche

2.5.4 En cas de poux

Qu'est-ce que c'est ?

La pédiculose est l'infestation d'une personne par des poux.

Les poux sont des parasites présents exclusivement chez l'être humain. Ils mesurent entre 2 et 4 millimètres. Les poux s'accrochent solidement aux cheveux, poils et aux fibres des vêtements (contrairement aux pellicules ou croûtes qui peuvent s'enlever facilement); ils se nourrissent de sang. Ils peuvent vivre sur les cheveux pendant un à deux mois et se reproduisent vite ; mais ne survivent pas plus de 3 jours en dehors. Les lentes sont les œufs des poux, elles éclosent en 7 à 10 jours.

Les poux se transmettent par contact direct de cheveux à cheveux ou par les vêtements ou objets ayant été contact avec le cuir chevelu (bonnet, peluche, brosse, peigne, ...), ils ne sautent et ne volent pas.

La pédiculose touche principalement les enfants vivant en collectivité, ceux ayant les cheveux longs sont plus concernés.

Quels sont les symptômes ?

Aucun symptôme dans 40% des cas.

Dans les autres cas il s'agit de démangeaisons au niveau du cuir chevelu, des tempes, de la nuque, de l'arrière les oreilles, de jour, comme de nuit. Ces démangeaisons entraînent dans certains cas des lésions de grattage qui peuvent se surinfecter.

Pour confirmer la présence de poux ou de lentes, il faut rechercher leur présence en examinant le cuir chevelu et la chevelure.

Quelle est la conduite à tenir ?

Prévenir les familles des enfants fréquentant le lieu d'accueil par voie d'affichage afin que les parents effectuent une vérification de la chevelure de leur enfant.

Inciter la famille de l'enfant concerné à vérifier que les membres de l'entourage ne sont pas atteints de pédiculose.

Inciter les parents à attacher les cheveux de leur enfant s'il a les cheveux longs. En revanche ne pas couvrir les cheveux (foulard, bonnet, charlotte...) afin d'éviter l'accélération de la prolifération des poux.

Être vigilant afin qu'il n'y ait pas d'échange de bonnet, écharpes, ... entre les enfants.

Laver le drap de l'enfant concerné le jour-même à 60°C. Pour le linge fragile ou les objets (brosse par exemple) ne pouvant être lavés en machine : ils peuvent être placés dans un sac plastique fermé pendant 3 jours.

Pas d'éviction de la collectivité comme du domicile de l'assistante maternelle sauf si les lésions de grattage entraînent de l'impétigo.

Conseiller à la famille de vérifier régulièrement la chevelure à la fin du traitement afin de s'assurer de la disparition des poux et des lentes.

Sources :

Ameli (octobre 2023)

santebd.org

2.5.5 En cas d'oxyurose

Qu'est-ce que c'est ?

L'oxyurose est l'une des parasitoses intestinales les plus fréquentes chez l'enfant. Elle n'est pas grave. Elle est due à un ver intestinal, l'oxyure et se transmet par voie digestive (par les doigts contaminés mis dans la bouche en général).

Quels sont les symptômes ?

Souvent asymptomatique, elle peut toutefois causer des démangeaisons anales (grattage sous la couche surtout le soir au coucher ou la nuit), des diarrhées épisodiques, des douleurs abdominales et une certaine irritabilité (pleurs plus fréquents que d'habitude). On peut également retrouver des petits vers blancs dans les selles ou une rougeur de la vulve chez une petite fille, plus rarement une appendicite.

Quelle est la conduite à tenir ?

☐ Prévenir les responsables santé.

- ☐ Chercher si d'autres enfants de l'unité et /ou de la crèche présentent des symptômes ou ont été traités dans les 3 semaines précédentes.
- ☐ Pour éviter la propagation de l'oxyurose à la crèche, il est nécessaire de :
 - Laver à 60°C tout le linge qui a pu être contaminé : vêtements, literie, doudous. Eviter de les secouer pour ne pas les répandre dans l'air.
 - Renforcer les mesures d'hygiène autour du change et des repas.
 - S'assurer que les ongles de l'enfant soient coupés et qu'ils soient brossés tous les jours pour que les œufs du parasite ne se mettent pas dessous. Le transmettre aux parents si cela n'est pas fait. Essayer d'empêcher l'enfant de se gratter les parties intimes.
- ☐ Se renseigner si les membres de l'entourage de l'enfant avec ou sans symptômes ont été traités simultanément.
- ☐ S'il y a un seul cas en crèche, seul le traitement de l'entourage direct sera recommandé ainsi que les mesures d'hygiène ci-dessus ;
- ☐ S'il y a plus d'un cas dans la même unité : une affichette sera mise à l'entrée de la crèche.

Le traitement antiparasitaire, traitement vermifuge adapté aux oxyures en prise unique est accessible en pharmacie sans ordonnance. Ceci est envisageable pour les enfants sans antécédent médical connu et de plus de 1 an. Une consultation médicale sera à prévoir dans ces 2 situations.

Attention en raison du risque de recontamination, ce traitement est à répéter après 14 jours ou 21 jours au plus tard, (selon la notice du médicament).

Pour en savoir plus : <https://www.mpedia.fr/art-oxyures-vers-intestinaux/> et le [site Ameli](#)

2.5.6 En cas d'une intoxication alimentaire infectieuse collective

Qu'est-ce que c'est ?

Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est définie comme l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Les TIAC sont des maladies à déclaration obligatoire. Leur signalement permet de prendre des mesures rapides dans le cas de restauration collective. En France, la surveillance des TIAC est assurée par l'Institut de veille

sanitaire via la déclaration obligatoire (DO) et les données provenant du Centre national de référence (CNR) des salmonelles, une des familles de bactéries les plus fréquemment incriminées dans des TIAC.

Les principaux micro-organismes et toxines responsables des TIAC sont les Staphylocoque aureus via les entérotoxines qu'ils synthétisent, les Salmonelles, Campylobacter, Yersinia enterocolitica, Clostridium perfringens et Bacillus cereus et les virus entériques.

Une TIAC est généralement liée à l'utilisation de matières premières contaminées et/ou le non-respect des mesures d'hygiène et des températures (rupture de la chaîne du froid et du chaud) lors de la préparation des aliments, ou à la non maîtrise des contaminations croisées lors de la manipulation des aliments. (Source ANSES).

Signes d'appel :

- Nausées et/ou vomissements
- Douleurs abdominales
- Diarrhée
- Troubles nerveux : agitation, tremblements
- Fièvre

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ Si les signes ci-dessus sont isolés et de courte durée : surveillance de l'état général des enfants
- ☐ Si les signes ci-dessus sont associés, répétés, ou persistants :
 - Téléphoner au centre **15**
 - **Prévenir les responsables santé.**
 - Isoler les enfants
 - Rassurer les enfants, leur parler
 - Leur prendre la température
 - Conserver des selles
- ☐ Si plusieurs enfants sont atteints, prévenir la responsable santé qui préviendra le médecin de crèche qui donnera la conduite à tenir.
 - Préparer une liste des repas servis dans les heures et les jours précédents les symptômes.
 - Tenir à disposition de la Direction Départementale de la Protection de la Population les échantillons témoins des 7 derniers jours.
 - Préparer la liste des enfants ayant des symptômes similaires (nom, prénom, date de naissance, nature des symptômes, date et heure d'apparition des premiers symptômes)

Les informations seront communiquées à l'ARS et la DDPP par la responsable.

Coordonnées de l'ARS : 0 800 32 42 62* (numéro gratuit), ars69-alerte@ars.sante.fr

Coordonnées de la DDPP Isère: 04 56 59 49 99

La déclaration obligatoire est à remplir (cf. [cerfa_12211-02](#)) par le médecin de la crèche ou la responsable de la crèche

3 La prévention, les soins quotidiens, l'hygiène

3.1 Fiche de soin « l'évaluation de la douleur chez l'enfant »

Pour Quoi ?

La possibilité d'éprouver de la douleur est une faculté innée, inhérente à la vie, dès la naissance même très prématurée

La douleur est un signal d'alarme. Elle est définie par l'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain IASP, 1979) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient ».

Ce signal doit servir à réagir pour prendre des mesures protectrices : retirer une main d'une source de chaleur, repérer et soigner une blessure, adopter une position appropriée (maintenir une fracture par exemple).

Selon l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique, toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Il est donc primordial de l'évaluer pour pouvoir proposer une réponse adaptée

Pour Qui ?

Pour tout professionnel en lien avec les enfants

Quand ?

Devant tout changement de comportement d'un enfant

Avant et après l'administration d'un anti douleur (médicamenteux ou non médicamenteux)

Comment ?

En observant. En effet, les signes comportementaux sont des équivalents de la communication verbale pendant toute la petite enfance, et à tout âge en cas de déficience cognitive.

Ainsi, vous pouvez regarder :

- ☐ Son corps : est-il détendu ? agité ? Si oui est-ce transitoire ? Est-il crispé ? Les sourcils froncés ? A-t-il une position antalgique (corps replié...)? Un visage inexpressif ?
- ☐ Son sommeil : est-il perturbé ? Se réveille-t-il fréquemment ?
- ☐ Son comportement : cri ? contact difficile ? pleurs ? Absence d'intérêt pour ce qui l'entoure ? Refus de jouer ou de communiquer ?
- ☐ Son besoin de réconfort : y a-t-il un besoin particulier ? Se calme-t-il rapidement dans les bras ? Est-il inconsolable ?

En questionnant l'enfant pour montrer la zone douloureuse s'il est en âge de le faire.

Attention aux enfants « trop calmes » : immobilité, retrait, apparent refuge dans le sommeil, prostration, peuvent « masquer » la douleur : il s'agit de douleur souvent intense et installée.

Sources :

3.2 Fiche de soin « le couchage » (cf protocole de surveillance de sieste)

Pour Quoi ?

Bien dormir a des conséquences importantes sur la santé au quotidien.

En effet, le sommeil est indispensable au développement cérébral de l'enfant et il améliore la concentration, consolide les informations mémorisées pendant l'éveil et favorise l'apprentissage récent.

Le sommeil régule la production de plusieurs hormones : hormone de croissance, mais aussi cortisol, insuline, hormones de l'appétit. Les privations chroniques de sommeil pourraient expliquer en partie l'augmentation de l'obésité. Les sujets qui ne dorment pas assez grignotent davantage et ont plus faim. Des études ont démontré que les risques de surpoids semblent accrus chez les enfants qui ne dorment pas assez.

Le sommeil diminue le risque d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 à l'âge adulte et il est associé à une meilleure réponse immunitaire avec des conséquences probables sur la susceptibilité aux infections.

Pour Qui ?

Pour toute personne encadrant les enfants

Quand ?

Dès que le bébé montre des signes de fatigue :

- ☐ Il bâille ;
- ☐ Il se frotte les yeux ;
- ☐ Il pleure plus que d'habitude ;
- ☐ Il ne s'intéresse plus à ses jouets et aux personnes autour de lui ;
- ☐ Il veut être dans les bras plus que d'habitude ;
- ☐ Il n'arrive pas à garder sa tête droite, qui tombe vers l'avant ;
- ☐ Il est irritable.

Comment

- Pour les enfants de moins de 1 an :

Dans le dortoir, la température idéale est de **18 ou 19°C**, dans les mois où le chauffage est nécessaire. Un nourrisson dort mieux s'il fait frais que s'il a trop chaud. Découvrez le bébé les jours de grosses chaleurs.

Avec ou sans rot, il est préférable d'attendre 15 minutes avant d'allonger un nourrisson qui vient de boire son lait, afin d'éviter qu'il ne régurgite et s'étouffe, alors qu'il est déjà en position allongée.

La grande majorité des morts inattendues du nourrisson (MIN) survenant pendant le sommeil, il est primordial de limiter au maximum les risques d'étouffement quand le bébé est endormi. Voici quelques recommandations :

- ☐ Toujours coucher l'enfant sur le dos à plat
- ☐ Utiliser un matelas ferme et adapté au lit
- ☐ Pas de cocon, réducteur de lit, cale-tête, cale-bébé, support mou etc.

- ☐ Dans une turbulette qui doit être bien attachée, à la bonne taille, et adaptée à la saison.
- ☐ Pas d'oreiller, ni coussin, ni couette, ni drap, ni couverture, ni tour de lit
- ☐ Pas de bavoir, attache sucettes, colliers...
- ☐ Pas de grosses peluches : un seul petit doudou suffit et il dort aux pieds du bébé.
- ☐ Une surveillance régulière du dortoir toutes les 15 minutes, à noter par l'agent.e sur l'outil de suivi dédié.
- ☐ En cas de difficulté respiratoire, un plan incliné spécifique, trapèze adapté à la taille du matelas est possible après validation du responsable santé.
- ☐ Il est important de transmettre ces recommandations aux parents.

- **Pour les moyens :**

C'est autour de 18 mois que la sieste du matin disparaît, persiste une seule sieste dans la journée en début d'après-midi. Nous nous adaptons au rythme de chaque enfant pour respecter son besoin de sommeil en fonction de cette évolution physiologique. A cet âge l'enfant dort soit dans un lit à barreaux, soit dans des lits couchettes au sol.

- **Pour les grands :**

La sieste a lieu en début d'après-midi, généralement à partir de 12h30, elle peut être échelonnée en fonction du rythme des enfants. Pour ceux ne parvenant pas à s'endormir, (au bout de 30 min environ) il est proposé de profiter d'un temps calme dans le dortoir avant de se lever pour retourner dans la salle de vie. Les enfants vont devenir progressivement suffisamment autonomes pour se lever seul de leur couchette.

Pour des raisons de sécurité nous retirons avant la sieste, les colliers, barrettes, élastiques, attache sucette ... de vos enfants.

- **Pour l'organisation générale du dortoir :**

Il doit toujours y avoir une professionnelle dans la pièce où les plus grands dorment sur des couchettes. Les activités extérieures au travail type utilisation du téléphone portable, tricot, etc. sont interdites. Les activités décoration, découpages sont interdites pour des raisons de sécurité.

Une surveillance par Babyphone avec signal lumineux est autorisée pour les enfants dormant en lit à barreaux et ne dispensera pas de la surveillance dans le dortoir toutes les 15 min pour vérifier la bonne respiration de l'enfant. La surveillance par les oculi ne suffira pas.

Durant la sieste, la luminosité du dortoir sera partielle afin de faciliter la surveillance.

Les horaires des enfants couchés et levés seront consignés.

En rappel : le lit de l'enfant doit être ajusté à son âge et à son développement psychomoteur. Les barrières des lits à barreaux doivent être remontées et leur verrouillage vérifié lorsque l'enfant est couché.

Pour des raisons d'ergonomie, il est demandé de laisser la barrière descendue dès que le bébé est levé.

Entre 12h30 et 13h30, la circulation des parents dans la crèche doit être limitée sauf autorisation de la responsable ou de son adjointe.

Dans le respect des consignes en cas d'incendie, les enfants doivent toujours être regroupés pour évacuer rapidement si nécessaire. Ne pas isoler d'enfants dans des pièces annexes. Le lit servant à l'évacuation des enfants en cas d'incendie doit être identifié.

Bon à savoir :

Pour rappel : La « mort inattendue du nourrisson » (MIN) est définie comme « le décès subit d'un enfant âgé de 1 mois à 1 an jusqu'alors bien portant, alors que rien dans ses antécédents connus ni dans l'histoire des faits ne pouvait le laisser prévoir. »

Depuis que les pédiatres et les généralistes de tous les pays demandent aux parents de ne plus faire dormir Bébé sur le ventre, la mort inattendue du nourrisson a reculé de 75 % en moins de 20 ans. C'est donc très efficace !

Sources :

Sommeil de l'enfant : une évolution par étapes | ameli.fr | [Assuré](#)

Mort inattendue du nourrisson (MIN) | [Fiche santé HCL \(chu-lyon.fr\)](https://fiche.santé.hcl.chu-lyon.fr)

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/naitre-grandir-bebe-sommeil-dodo

3.3 Protocole en cas de forte chaleur

3.3.1 Qu'est-ce que la canicule ?

9°C la nuit et 34°C le jour pendant au moins 3 jours consécutifs

Les niveaux du plan national canicule sont les suivants :

Veille saisonnière	1^{er} juin au 15 septembre Déclenchement automatique. Les températures sont estivales sans être inhabituelles.
Pic de chaleur	Niveau de vigilance météorologique jaune Chaleur intense de courte durée (un ou deux jours) ou températures élevées pendant plusieurs jours mais sans atteindre les seuils de canicule.
Alerte canicule	Niveau de vigilance météorologique orange Chaleur intense pendant au moins 3 jours et 3 nuits consécutifs, les seuils départementaux sont atteints : 19°C la nuit et 34°C le jour pendant au moins 3 jours consécutifs pour le département de l'Isère.
Alerte canicule extrême	Niveau de vigilance météorologique rouge Canicule exceptionnelle (intensité, durée, étendue géographique, impact sanitaire) avec effets collatéraux (sécheresse, approvisionnement en eau/électricité, saturation des hôpitaux, incendies...) Déclenchement en accord avec le Ministre de la santé.

En cas d'alerte canicule (niveau 3) déclenchée par le Préfet, la ville de Grenoble transmet l'information à une liste de diffusion qui alerte les services accueillant des publics sensibles.

Les fortes chaleurs sont souvent accompagnées d'une mauvaise qualité de l'air.

Les ultraviolets sont émis par le soleil. Ils peuvent provoquer des coups de soleils, des cancers de la peau et des maladies oculaires. Consulter l'indice UV et se protéger en fonction (www.soleil.info)



Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/canicule> et informations sur le [site de la ville](#)

Pour s'informer de l'évolution de la vague de chaleur: www.meteofrance.com

3.3.2 Quels sont les risques ?

Pour les jeunes enfants :

L'organisme des jeunes enfants a beaucoup de mal à s'adapter aux fortes chaleurs,
 Le corps transpire beaucoup pour se maintenir à la bonne température,
 L'enfant perd de l'eau et le risque principal est la déshydratation,

Le risque de coup de chaleur dont les symptômes sont les suivants : somnolence, enfant abattu, ou au contraire agité, irritable, température du corps élevée, respiration rapide.

Pour les professionnelles :

MDPE - Protocoles de Santé, d'Hygiène et de Sécurité validés Novembre 2025

Les signes d'alerte : crampes, fatigue inhabituelle, maux de tête, vertiges, nausées, fièvre, malaise

Pour information : à l'intérieur de la crèche, l'exposition aux températures extrêmes ne conditionne pas un droit de retrait.

3.3.3 Quels sont les bons gestes ?

- ☐ Maintenir le plus possible les bâtiments au frais : aérer tôt le matin et tard le soir. Fermer les fenêtres dès que la température extérieure augmente, occulter les fenêtres en fonction de l'ensoleillement (stores, volets). Supprimer les sources de chaleur ou différer leur utilisation (sèche-linge, four, ...).
- ☐ Boire et faire boire régulièrement de l'eau, privilégier les repas froids. Choisir des aliments qui contribuent à l'hydratation (fruits, légumes.)
- ☐ Mouiller et ventiler le corps des enfants plusieurs fois par jour : jeux d'eau à l'ombre, tuyaux percés, vaporisateurs, éventails...
- ☐ Contrôler la température des locaux à différents moments de la journée pour identifier les pièces les plus fraîches. Noter les températures sur un tableau récapitulatif pour suivi et propositions d'améliorations
- ☐ Si la Climatisation s'avère nécessaire, ne jamais descendre en dessous de 26°C.
- ☐ Veiller au port de vêtements légers, clairs et couvrants et du chapeau en extérieur. Préférer les habits à base de coton.
- ☐ Pas de sorties extérieures aux heures les plus chaudes (entre 12h et 16h), en dehors de ces horaires privilégier les endroits ombragés, limiter les activités physiques intenses. Si la cour est bétonnée, les sorties après 17h seront à éviter car le béton aura emmagasiné la chaleur tout au long de la journée.
- ☐ Si l'état général de l'enfant ou du professionnel se dégrade, prévenir la responsable santé à défaut l'agent en continuité de direction et si besoin appeler le [SAMU](#)
- ☐ Sensibiliser les familles par des affichages si besoin et échanges verbaux,
Mettre à disposition les cartes mentionnant les espaces fraîcheurs (bâtiments et parcs)

3.4 Fiche de soin « l'hygiène des mains »

Pour Quoi ?

L'hygiène des mains est une mesure essentielle pour réduire la propagation des infections.

En effet, sur la peau des mains, des milliers de micro-organismes sont présents. Certains sont naturels (endogènes), il s'agit de la flore cutanée résidente. D'autres, sont acquis au cours des contacts avec l'environnement (exogènes) comme les êtres humains, les objets, etc ... Il s'agit alors de la flore cutanée transitoire. C'est cette dernière qui est responsable de la propagation d'épidémies virales telles que la gastro-entérite, la grippe ou la bronchiolite. Selon Santé publique France, 80% des microbes se transmettent par les

mains soit par contact direct, soit en touchant des objets et des surfaces contaminées puis en portant la main au visage.

Par ailleurs en limitant le nombre d'infection, l'hygiène des mains permet aussi de diminuer la transmission de bactéries et ainsi l'utilisation d'antibiotiques contribuant à la lutte contre l'antibiorésistance.

Pour Qui ?

Au quotidien tout le monde est concerné par l'hygiène des mains, le personnel, comme les enfants. L'hygiène des mains est l'affaire de tous pour limiter la transmission d'infections.

Quand ?

- ☐ Pour les professionnels : A l'arrivée en crèche. Après chaque geste sale et avant chaque geste propre : avant un contact alimentaire, avant chaque repas, avant et après chaque change, à chaque contact avec un produit biologique (urine, selles, sang, ...), après avoir mouché un enfant, après être allé aux toilettes, s'être mouché, coiffé, après avoir fumé
- ☐ Pour les enfants : avant chaque repas, après être allé aux toilettes, après avoir manipulé des objets souillés ou contaminés (terre, animal, ...)

Comment ?

- ☐ Avec de l'eau et du savon :

Bon à savoir :

Le port de gants est indiqué en cas de :

- ☐ Contact avec du sang, des vomissements ou des selles débordantes ou diarrhéiques,
- ☐ Lésions au niveau des mains des professionnelles
- ☐ Suspicion d'affection cutanée de type impétigo, mycose, ...

Enlever les gants dès le change terminé, attention de ne pas contaminer l'environnement avec les gants souillés (poignées de porte, table de linge,). Toujours se laver les mains avant de mettre les gants et après les avoir enlevés.

Le port de gants n'empêche pas d'avoir une bonne hygiène des mains. Mieux vaut avoir des mains propres que des gants sales !

Pour une hygiène des mains optimales, il est préconisé :

- ☐ L'absence de bijou sur les poignets et les mains ;
- ☐ Des ongles courts, sans vernis ni résine ;
- ☐ Des manches courtes.



Sources :

[L'hygiène des mains : un rempart contre les maladies | gouvernement.fr](#) Hygiène des mains - Notre page de questions dédiées [preventioninfection.fr](#)

3.5 Fiche de soin « le soin des yeux »

Pour Quoi ?

Le nettoyage des yeux de bébé vise à retirer les petites croûtes jaunes (parfois blanches) qui se forment assez fréquemment aux coins de ses yeux. En plus d'être particulièrement désagréables, elles peuvent s'infecter et doivent donc être retirées.

Quand ?

Si impuretés au niveau des yeux, yeux « collés » au réveil

Comment ?

Préparer le matériel nécessaire :

- ☐ Des compresses stériles
- ☐ Une pipette de sérum physiologique

Déroulement du soin :

- ☐ Expliquer le soin à l'enfant et l'installer sur la table de change
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Ouvrir le paquet de compresses sans en toucher le milieu
- ☐ Mettre du sérum physiologique au centre des compresses
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Prendre la première compresse en rabattant les quatre coins dans ses doigts
- ☐ Nettoyer l'œil avec du sérum physiologique, en partant de l'angle interne vers l'angle externe (pour éviter de boucher le canal lacrymal)
- ☐ Renouveler l'opération si besoin (une compresse=un passage)
- ☐ Faire de même pour l'autre œil
- ☐ Évacuer les déchets à la poubelle
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Raccompagner l'enfant dans l'unité
- ☐ Noter le soin sur le cahier de transmissions

Bon à savoir :

Si les symptômes persistent plus de 2 à 3 jours, une consultation médicale est nécessaire

Sources :

Les bons gestes santé : changer un bébé et faire sa toilette | ameli.fr | Assuré

DEAP, éditions Foucher

3.6 Fiche de soin « le soin du nez »

Pour Quoi ?

Le mouchage permet au bébé et à l'enfant de dégager les voies aériennes supérieures en éliminant la congestion nasale et ainsi de faciliter la déglutition au moment du repas et d'assurer une meilleure qualité de sommeil.

Pour Qui ?

Pour tous les enfants qui ne se mouchent pas seuls

Quand ?

Dès que l'enfant présente des signes d'obstruction nasale :

- ☐ Avant chaque repas
- ☐ Avant la sieste

Comment ?

Avec des pipettes de sérum physiologique

Liste du matériel :

- ☐ Des pipettes de sérum physiologique
- ☐ Un linge

Avant le soin :

- ☐ Se laver les mains
- ☐ Prévenir, rassurer et expliquer le soin à l'enfant

Déroulement du soin :

- ☐ Allonger l'enfant sur le côté avec la tête maintenue sur le côté.
- ☐ Introduire délicatement l'embout de la pipette dans la narine supérieure (celle qui ne repose pas sur le tapis de change).
- ☐ Appuyer sur la pipette pour en vider le contenu tout en fermant la bouche et la narine supérieure de l'enfant de manière à ce que le liquide ressorte de l'autre côté.
- ☐ Essuyer la narine avec un linge
- ☐ Renouveler l'opération si besoin.
- ☐ Tourner l'enfant de l'autre côté puis répéter les étapes précédentes.

Après le soin :

- ☐ Jeter les pipettes utilisées
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Noter le soin sur le cahier de transmissions

3.7 Fiche de soin « le change de l'enfant »

Pour Quoi ?

Le change est un soin indispensable lors de la journée de bébé. Il permet d'assurer une bonne hygiène de l'enfant et ainsi éviter l'inconfort et l'érythème fessier (rougeur ou irritation du siège). C'est aussi un moment privilégié entre le/la professionnel/le et l'enfant, propice aux échanges verbaux et non verbaux.

Pour Qui ?

Pour tout enfant qui n'a pas encore acquis la propreté

Quand ?

Dès lors que l'enfant a une couche souillée. Ce soin peut aussi être ritualisé : avant de manger, avant la sieste, au lever de la sieste, etc... En dehors de ces périodes, il faut se fier aux signes d'inconfort de l'enfant (pleurs, enfant « grognon ») et/ou à son comportement (enfant qui pousse, qui s'arrête de jouer)

Comment ?

Pour l'enfant qui ne tient pas encore debout ou qui n'a pas encore débuté l'apprentissage de la propreté

Liste du matériel :

- ☐ Une couche
- ☐ Une serviette propre
- ☐ 1 gant (si urines) ou 2 gants de toilette (si selles)
- ☐ Un linge
- ☐ Une table à langer avec un matelas de change
- ☐ Un point d'eau à proximité
- ☐ Du savon et crème de change si nécessaire
- ☐ Une poubelle pour évacuer la couche
- ☐ Un bac de linge sale
- ☐ Des gants à usage unique si selle abondante, diarrhée, présence de sang dans les selles ou mycose (ou si femme enceinte)

Avant le soin

- ☐ Prévenir son/sa collègue que l'on va partir en soin pour pouvoir s'organiser et assurer une surveillance constante des autres enfants,
- ☐ Prévenir l'enfant et expliquer le soin,
- ☐ S'assurer que tout le matériel nécessaire est à portée de main,

- ☐ Vérifier la température de l'eau (en passant son poignet sous l'eau).

Déroulement du soin

Attention : Un enfant ne doit jamais être laissé seul sur la table de change, et il doit toujours être maintenu (en posant votre main sur son torse lorsque vous voulez attraper quelque chose par exemple) afin d'éviter le risque de chute.

- ☐ Protéger le matelas de linge avec une serviette propre
- ☐ Allonger l'enfant sur le matelas
- ☐ Déshabiller le bas du corps du bébé en remontant ses vêtements sur son torse (pour les bodys ou les salopettes par exemple)
- ☐ Si besoin mettre des gants
- ☐ Ouvrir la couche, essuyer l'excédent de selle si il y en a (du haut vers le bas) et rouler la couche sous les fesses du bébé
- ☐ Observer son contenu :
 - Présence d'urines et/ou de selles,
 - Consistance (selles moulées, molles, « compote », liquide avec ou sans matières),
 - Couleur des urines (foncées ou non) et des selles (signaler si couleur inhabituelle),
 - Quantité (selles débordantes, peu d'urines, changes fréquents),
 - Aspect : présence de résidus, d'aliment ou de glaires, présence de sang.
- ☐ Nettoyer à l'eau si présence d'urines uniquement, à l'eau et au savon si présence de selles, en commençant par le bas de l'abdomen, puis en continuant par les plis inguinaux, la partie externe des organes génitaux (en allant du pubis vers l'anus) et en terminant par les fesses (cela évite la transmission des germes vers les zones sensibles que sont les organes génitaux, et limite donc le risque d'infection urinaire).
- ☐ Mettre le gant de toilette sale dans la pаниère à linge dédiée, puis rincer soigneusement avec le deuxième gant ;
- ☐ Si besoin, enlever et jeter ses gants sans rien toucher ;
- ☐ Sécher soigneusement en tamponnant avec un linge propre, ne pas oublier les plis ;
- ☐ Observer la peau de l'enfant : rougeur, irritation, dépôt blanchâtre, lieu des lésions (plis, fesses, zones de contact avec la couche...) et adapter son soin en fonction;
- ☐ Glisser la couche propre sous les fesses de l'enfant en faisant basculer son bassin d'un côté, puis de l'autre (cela évite de le soulever par les pieds) et éliminer la couche sale ;
- ☐ Fermer la couche en s'assurant qu'elle ne soit ni trop lâche, ni trop serrée ;
- ☐ Rhabiller l'enfant ;
- ☐ Se laver les mains ;
- ☐ Le raccompagner dans l'unité.

Après le soin :

- ☐ Eliminer le linge sale (serviette) puis nettoyer le tapis de change
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Noter si besoin ses observations dans le cahier de transmission

Pour l'enfant qui tient debout et qui a démarré l'acquisition de la propreté

Le change debout peut être intéressant pour les enfants qui ont un désir d'autonomie croissant. En effet, il permet à l'enfant d'effectuer ses propres soins, sous le regard bienveillant et encourageant de l'adulte.

Liste du matériel :

- ☐ Une couche
- ☐ Une serviette propre
- ☐ Gant (si urines) 2 gants de toilette (si selles)
- ☐ Un linge
- ☐ Un point d'eau à proximité
- ☐ Du savon et des produits de soin si nécessaire (liniment oléo calcaire, pâte à l'eau, ou crème réparatrice)
- ☐ Une poubelle pour évacuer la couche
- ☐ Un bac de linge sale
- ☐ Des gants à usage unique si selle abondante, diarrhée, ou présence de sang dans les selles (ou si femme enceinte)

Avant le soin :

- ☐ S'assurer que tout le matériel nécessaire est à portée de main
- ☐ Vérifier la température de l'eau (en passant son poignet sous l'eau)
- ☐ Prévenir son/sa collègue que l'on va partir en soin pour pouvoir s'organiser et assurer une surveillance constante des autres enfants
- ☐ Prévenir l'enfant et expliquer le soin

Déroulement du soin :

- ☐ Proposer à l'enfant de se déshabiller seul et l'accompagner dans ses gestes (chaussures, chaussettes, pantalon...). Le body peut être relevé et boutonné au-dessus de l'épaule pour éviter de le salir ou qu'il ne gêne lors du soin
- ☐ Si besoin, mettre des gants
- ☐ Maintenir la couche pendant que l'enfant (ou l'adulte) enlève les scratches pour ne pas qu'elle tombe au sol

☐ Observer son contenu :

- Présence d'urines et/ou de selles,
 - Consistance (selles moulées, molles, « compote », liquide avec ou sans matières),
 - Couleur (urines foncées, selles vertes/jaunes/noires),
 - Quantité (selles débordante, peu d'urines, change fréquent)
 - Aspect : présence de résidus d'aliment ou de glaires, présence de sang
- ☐ Evacuer la couche
 - ☐ Nettoyer à l'eau si présence d'urines uniquement, à l'eau et au savon si présence de selles, en commençant par le bas de l'abdomen, puis en continuant par les plis inguinaux, la partie externe des organes génitaux (en allant du pubis vers l'anus) et en terminant par les fesses (cela évite la transmission des germes vers les zones sensibles que sont les organes génitaux, et limite donc le risque d'infection urinaire).
 - ☐ Eliminer le gant de toilette sale dans la pаниère à linge dédiée, puis rincer soigneusement avec le deuxième gant (si selles);
 - ☐ Si besoin, enlever et jeter ses gants
 - ☐ Sécher soigneusement en tapotant avec un linge propre, ne pas oublier les plis
 - ☐ Observer la peau de l'enfant : rougeur, irritation, dépôt blanchâtre, lieu des lésions (plis, fesses uniquement,) et adapter son soin en fonction (voir le protocole sur l'érythème fessier)
 - ☐ Proposer à l'enfant de se rhabiller seul et l'accompagner dans ses gestes

Après le soin :

- ☐ Evacuer le linge sale dans la pаниère dédiée
- ☐ Se laver les mains et laver les mains de l'enfant
- ☐ Raccompagner l'enfant dans l'unité
- ☐ Ecrire ses observations dans le cahier de transmission

Bon à savoir :

Le linge souillé de selles doit être rincé par l'agent qui effectue le soin. Le linge sale en général doit être lavé dans un délai de 48h maximum (il doit donc être lavé avant le week-end). Pas toujours possible.

N'hésitez pas à expliquer, commenter vos gestes, par exemple en nommant les parties du corps, ou en décrivant les sensations que vous provoquez (« j'ai les mains froides », « le gant est chaud », « le gant est mouillé », le savon sent bon » ...). Ainsi, grâce à cette interaction, l'enfant prend conscience de lui-même et de ses émotions, et enrichi son vocabulaire

Sources : Annales corrigées CAP AEPE • L'assmat

3.8 Fiche de soin « préparation et administration d'un biberon »

Pour Quoi ?

Le lait, qu'il soit artificiel ou maternel, constitue l'aliment essentiel et unique du bébé de sa naissance à l'âge de 6 mois. Il contient tous les nutriments nécessaires à sa croissance et à la prévention des infections. Le biberon doit donc être bien dosé et sa préparation demande de respecter quelques règles simples afin d'éviter le développement des microbes dans le lait ou le risque de brûlure chez l'enfant.

C'est également un moment privilégié entre le/la professionnel/le et l'enfant, propice aux échanges de regard et à la communication verbale et non verbale.

Pour Qui ?

Pour tous les enfants nourris au biberon.

Quand ?

Lorsque l'enfant présente des signes de faim : agitation, pleurs, ouvre la bouche à l'approche de la tétine, porte ses mains à sa bouche..., tout en respectant le rythme de l'enfant.

Comment ?

Pour le lait artificiel

Liste du matériel :

- ☐ Un biberon propre
- ☐ Une boîte de lait infantile adaptée à l'âge de l'enfant
- ☐ La cuillère doseuse fournie avec la boîte de lait
- ☐ 1 bavoir

Avant le soin :

- ☐ Se laver les mains
- ☐ Nettoyer le plan de travail
- ☐ Préparer le matériel nécessaire
- ☐ Calculer le nombre de cuillère-mesure nécessaires à la confection du biberon (1 cuillère mesure de lait pour 30 ml d'eau) soit :

Nombre de cuillères mesure	Nombre de ml d'eau
2	60
3	90
4	120
5	150
6	180
7	210
8	240
9	270
10	300

- ☐ Vérifier l'intégrité du lait en poudre (couleur, aspect), sa date d'ouverture, ainsi que sa date de péremption
- ☐ Se laver les mains
- ☐ Verser de l'eau du robinet : si vous n'avez pas utilisé le robinet depuis plusieurs heures, laissez couler l'eau une à deux minutes avant de remplir le biberon. Sinon, trois secondes suffisent. Remplissez le biberon de la quantité souhaitée avec de l'eau froide (au-delà de 25°C, l'eau peut être davantage chargée en microbes et en sels minéraux)
- ☐ Selon la tolérance de l'enfant et le type de lait (lait épaissi par exemple), l'eau peut être chauffée avec un chauffe biberon. N'hésitez pas à prendre conseil auprès des parents concernant les habitudes de leur enfant.
- ☐ Ajouter les cuillères mesure de lait, rases (à l'aide du rebord prévu à cet effet) mais non tassées
- ☐ Reposer la Cuillère Mesure en veillant si possible à ce que le manche de la dosette ne soit pas en contact avec la poudre (à la verticale) ou dans le « clip » prévu à cet effet
- ☐ Refermer la boîte de lait
- ☐ **Les recharge de lait ne seront pas acceptées pour des raisons d'hygiène (non hermétique et matériel non adapté pour araser le lait, traçabilité...)**
- ☐ Mélanger en roulant le biberon entre les mains pour homogénéiser en prenant soin de bien refermer le biberon au préalable
- ☐ Vérifier qu'il n'y ait pas de grumeaux
- ☐ Si le biberon a été chauffé, s'assurer que la température est adaptée en versant une goutte sur l'intérieur de son poignet

Pour le lait maternel

Liste du matériel :

- ☐ Le biberon de l'enfant
- ☐ 1 bavoir

Avant le soin :

- ☐ Se laver les mains
- ☐ Sortir le biberon du réfrigérateur et vérifier le nom de l'enfant, ainsi que la date de péremption du lait maternel (cf protocole de conservation du lait maternel)
- ☐ Le réchauffer au chauffe biberon
- ☐ S'assurer que la température du lait est adaptée en versant une goutte sur l'intérieur de son poignet

Déroulement du soin :

- ☐ Expliquer le soin à l'enfant
- ☐ S'installer confortablement, et au calme. L'enfant doit être en position demi-assise, dans les bras du/de la professionnel/le
- ☐ Lui mettre le bavoir
- ☐ Lui donner le biberon en observant son comportement (reflexe de succion, positionnement de la bouche, ...)

- ☐ Adapter la façon d'administrer le biberon au besoin (faire des pauses si l'enfant boit trop vite ou si il a du mal à respirer, adapter le débit si tétine à plusieurs vitesses, adapter la position du biberon pour éviter qu'il avale de l'air ...)

Après le soin :

- ☐ Garder l'enfant en position verticale une quinzaine de minutes pour éviter les reflux et favoriser la digestion (rot)
- ☐ Jeter le lait non consommé
- ☐ Rincer le biberon à l'eau froide
- ☐ Noter la quantité bue sur le cahier de transmission
- ☐ Laver le biberon : utilisez de l'eau chaude avec du liquide vaisselle et un écouvillon (sorte de brosse allongée). Rincez soigneusement et laissez sécher le biberon tête en bas, sur un égouttoir, démonté et à l'air libre. N'utilisez pas de torchon qui apporte des microbes pour sécher le biberon et la tétine. Vous pouvez également nettoyer le biberon, la bague, le capuchon et la tétine au lave-vaisselle une fois par semaine. Dans ce cas, utilisez un cycle complet à une température de lavage d'au moins 65°C, avec séchage. Les tétines en caoutchouc ne peuvent pas être lavées en machine, elles doivent être nettoyées et rincées à la main.

En ce sens, nous demanderons aux parents de rapporter chaque vendredi le biberon de leur enfant, en plus des sucettes et doudou pour un lavage au lave-vaisselle à la maison ou stérilisation.

- ☐ **En cas de période épidémique de gastro-entérite aigüe, prévoir de reprendre la stérilisation des biberons.**
- ☐ Ranger ensuite le biberon dans le placard.

Bon à savoir :

Tout biberon préparé à température ambiante doit être consommé dans l'heure, dans la demi-heure pour les biberons qui ont été chauffés.

Pour connaître la durée de conservation du lait après ouverture, se référer aux indications du fabricant. Afin d'éviter les erreurs, bien noter la date d'ouverture sur la boîte (et non sur le couvercle, qui peut être interchangeable) au feutre indélébile.

Sur les dosettes de lait amenées par les parents, doivent être mentionnés :

- Le nom et le prénom de l'enfant
- Le nombre de cuillères mesures par dosette
- Le nom du lait ainsi que la date d'ouverture de la boîte

Sources :

[Alimentation enfant de 0 à 3 ans : premiers mois de bébé, du lait uniquement | ameli.fr | Assuré](#)

[Mpedia](#)

[La préparation d'un biberon de lait en poudre - Cours soignants \(espacesoignant.com\)](#)

[Biberon : comment le préparer et le conserver ? | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](#)

3.9 Protocole de conservation et de réchauffage du lait maternel à l'intention des professionnels

Avant tout apport de lait maternel à la crèche, la famille devra signer auprès du ou de la responsable un document pré rempli.

La réception du lait :

Le lait doit avoir été transporté dans une glacière ou un sac isotherme avec un pack de refroidissement.

Pour des raisons de sécurité sanitaire, le parent n'apportera la ration que pour une journée.

- ☐ Vérifier que sont bien notés sur le biberon ou le sachet prévu à cet effet:

- Les nom et prénom de l'enfant,
- La date et l'heure du recueil de lait,
- La date de congélation et de décongélation le cas échéant

- ☐ Vérifier que ces informations sont bien conformes avec les recommandations ci-dessous :

La conservation du lait :

Lait maternel	Réfrigérateur (+4°C maximum)	Congélateur (-18°C)
Fraichement tiré	48h	4 mois
Décongelé au frigo mais non chauffé	24h	Ne pas recongeler
Reste de biberon	A jeter	
Observations	Ne pas conserver dans la porte du frigo, ni au freezer	Remplir le biberon ou sachet PUMP&SAVE au ¾

La conservation du lait en crèche :

Après vérification des éléments précédents, les biberons de lait seront immédiatement rangés dans le réfrigérateur de l'unité (et non laissé dans le sac de transport). Celui-ci sera nettoyé 1 fois par mois et la température vérifiée tous les matins pour une conservation entre 0 et 4°.

Les biberons seront consommés le jour même.

Tout excédent de biberon préparé (c'est-à-dire chauffé ou laissé à température ambiante) sera jeté.

Les biberons non utilisés pourront être rendus aux parents en fin de journée. En revanche, le lait qui aura été rendu ne peut pas être ramené un autre jour à la crèche, il sera consommé au domicile de l'enfant.

Le réchauffage :

- ☐ Faire tiédir le lait en plaçant le biberon ou le sachet spécifique, au chauffe biberon (max 37°C)
- ☐ Ne pas réchauffer le biberon à l'aide d'un four à micro-onde pour éviter tout risque de brûlure, et de dénaturation du lait.
- ☐ Secouer délicatement le biberon afin d'homogénéiser les corps gras.

Le lait sorti du réfrigérateur doit être consommé dans l'heure qui suit (si laissé à température ambiante) et dans la demi-heure qui suit lorsqu'il a été réchauffé.

3.10 Protocole de recueil, de conservation et de transport du lait de mère à l'intention des parents

D'après le guide de l'allaitement maternel (santé publique France, janvier 2023)

Le recueil du lait :

- ☐ Lavez-vous soigneusement les mains.
- ☐ Nettoyez bien les récipients dans lesquels vous allez stocker le lait (pots en verre, pots en plastique rigide à usage alimentaire fermant hermétiquement et sacs de congélation spécifiques (type Pump and Save), mais vous n'êtes pas obligée de les stériliser. Avec de l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, lavez le biberon de recueil et les accessoires du tire-lait, rincez puis laissez bien sécher sans essuyer.
- ☐ Les accessoires peuvent être mis au lave-vaisselle en utilisant un cycle complet à 65°C, à l'exception des télines en caoutchouc.
- ☐ Notez la date et l'heure du recueil.

Le conditionnement :

Après recueil du lait, s'il est destiné à être conservé, fermez le biberon de manière étanche.

Si le volume de lait est recueilli en plusieurs étapes, ne versez pas le lait tiède dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau biberon au réfrigérateur avant de mélanger les deux contenus.

Prenez soin de remplir le biberon selon la quantité consommée par votre enfant car tout excédent ne pourra être conservé.

Le lait peut être congelé, mais il ne faut en aucun cas rajouter du lait réfrigéré dans un récipient contenant du lait déjà congelé. Attention, si vous souhaitez congeler votre lait, faites-le immédiatement. Ne congelez pas du lait qui a déjà été conservé au réfrigérateur.

Avant leur conservation, notez :

- les nom et prénom de votre enfant,
- la date et l'heure du premier recueil de lait s'il y a eu mélange, sur le biberon ou le sachet prévu à cet effet,
- la date de congélation du lait ainsi que la date de décongélation.

La conservation du lait :

Lait maternel	Réfrigérateur (+4°C maximum)	Congélateur (-18°C)
Fraîchement tiré	48h	4 mois
Décongelé au frigo mais non chauffé	24h	Ne pas recongeler
Reste de biberon	A jeter	

Observations

Ne pas conserver dans la porte du frigo, ni au freezer.

Remplir le biberon ou sachet PUMP&SAVE au 3/4.

Le lait décongelé et chauffé peut se garder maximum ½ heure.

Pour des raisons de sécurité, vous n'apporterez la ration que pour une journée. Si le lait a été congelé, merci de le décongeler la veille au soir (à partir de 19h00).

Pour des raisons évidentes de temps de décongélation au frigo, nous n'accepterons pas le lait congelé à réception

Le lait doit être réfrigéré avant son transport.

Le transport :

Les biberons frais doivent être transportés dans une glacière ou un sac isotherme avec un pack de réfrigération. A l'arrivée à la crèche, ils doivent être immédiatement placés au réfrigérateur et seront consommés le jour même.

Le lait non consommé ET non chauffé peut vous être rendu à la fin de la journée, à condition qu'il soit transporté dans une glacière ou un sac isotherme avec un pack de réfrigération. En revanche, le lait rendu ne peut pas être ramené un autre jour à la crèche, et sera consommé à votre domicile.

CONSENTEMENT ECLAIRÉ :

Nom et prénom de la mère :

Nom et prénom de l'enfant :

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'allaitement de mon enfant à la crèche et m'engage à :

- respecter les règles d'hygiène
- respecter les conditions de conservation et transport des biberons
- étiqueter chaque biberon.

A Le..... ,

Signature :

3.11 Fiche de soin « prendre la température »

Pour Quoi ?

La fièvre est un symptôme, véritable signal qui indique que l'organisme se défend contre un événement particulier : infection, inflammation, vaccination, poussée dentaire... Elle est très utile car elle aide le corps à se débarrasser de l'infection.

Pour Qui ? Quand ?

- ☐ Pour tout enfant présentant des signes évocateurs d'une fièvre : fatigue, abattement, yeux brillants, peau sèche et chaude surtout sur le visage et le dos, peau humide et légèrement froide sur les jambes et les bras, respiration accélérée, soif intense, marbrures (aspect de marbre sur la peau, rouge ou violacé).
- ☐ Pour tout enfant ayant un comportement inhabituel.
- ☐ Pour tout enfant présentant des signes d'hypothermie
- ☐ Avant de donner un doliprane en cas de douleur pour avoir un repère dans le suivi de l'enfant.

En cas d'urgence, se reporter aux protocoles d'urgence.

Comment ?

Liste du matériel :

- ☐ Un thermomètre électronique à embout souple de préférence

Avant le soin :

- ☐ Se laver les mains

Déroulement du soin :

- ☐ Expliquer le soin à l'enfant. Pour rappel, la prise de température est en axillaire et non en rectale afin de respecter l'intégrité de l'enfant
- ☐ L'installer confortablement (dans les bras, sur le tapis de jeu, en salle de change,)
- ☐ Soulever le bras de l'enfant et placer le thermomètre dans le creux axillaire (après avoir vérifié que l'aisselle soit bien sèche).
- ☐ Rabattre le bras de manière à ce que l'embout du thermomètre soit bien recouvert, et maintenir la position jusqu'à ce que le chiffre indiqué par le thermomètre se soit stabilisé (quelques minutes en général)
- ☐ Lire le chiffre indiqué, et rajouter 0,5 (par exemple, pour une température indiquée à 37,5, le chiffre retenu est 38)

Après le soin :

- ☐ Laver le thermomètre à l'eau et au savon, le sécher puis le ranger
- ☐ Noter la température sur le cahier de transmission
- ☐ Appliquer les mesures nécessaires en cas de fièvre (voir protocole médical)

Bon à savoir :

L'administration d'un antipyrétique (paracétamol) n'est pas systématique mais dépend de l'état général de l'enfant.

L'intensité de la fièvre n'est pas synonyme de dangerosité ni de risque de convulsion.

Un enfant dont la fièvre persiste au-delà de 3 jours nécessite d'être vu en consultation médicale.

En cas de doute, la température peut se prendre en rectal, elle représente la température centrale de l'enfant sans besoin donc de rajouter 0.5°.

Il faudra alors en plus du nettoyage à l'eau et au savon, le désinfecter à l'alcool à 70°. L'utilisation de la protection plastique est recommandée.

Sources :

Fièvre chez l'enfant - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL

[Comprendre et gérer la fièvre chez l'enfant | ameli.fr | Assuré](#)

4 Sécurité

4.1 Surveillance et encadrement à l'intérieur des locaux

L'enfant est placé sous votre responsabilité.

Vous devez évaluer les risques liés à l'environnement.

Vous êtes le garant de sa sécurité.

**Ne jamais laisser un enfant ou un groupe d'enfants seul sans surveillance
même en présence d'un(e) stagiaire ou agent en contrat d'insertion.**

ATTENTION :

- Prévenir les autres professionnels de l'unité avant de s'absenter pour quelque motif que ce soit.
- Ne jamais laisser un enfant seul sur une table à langer (veiller à afficher cette consigne au-dessus de chaque table à langer), toujours avoir une main posée sur lui lors des manipulations.
- Remonter les barrières des lits et vérifier leur verrouillage une fois l'enfant couché
- Ne pas isoler un enfant dans une pièce sans surveillance.
- Veiller à la bonne fermeture des portes et vérifier l'état des anti pince-doigts.
- Prévenir le risque de chutes des enfants et des adultes :
 - en veillant à maintenir le sol sec (notamment dans les salles de bain)
 - en utilisant les panneaux jaune « sol glissant » lors de l'entretien des sols
 - en limitant l'encombrement au sol par les jouets
 - en mettant les tabourets à roulette hors de portée d'usage par les enfants
 - en s'assurant que les professionnels et les parents n'enjambent pas les barrières
- Prévenir les risques de fausses routes liés à l'inhalation de corps étrangers : petits objets apportés de la maison, jouets défectueux, matériaux utilisés lors des jeux de transvasement ...
- Tenir hors de portée des enfants les médicaments, les produits d'entretien, les objets pointus et coupants.
- Une fois l'enfant installé dans un transat ou une poussette, toujours attacher les sangles même pour un court laps de temps et même si l'enfant ne bouge pas. Les chaises hautes ne seront plus autorisées dans le cadre de l'accueil collectif.
- Surveiller les dortoirs (**Cf protocole relatif aux siestes**).
- Vérifier l'installation de l'espace de vie avant de faire entrer un groupe d'enfants.
- Connaître à tout instant, le nombre exact d'enfants constituant le groupe. Les compter systématiquement à chaque changement d'espace.
- Ne pas boire de boissons chaudes en présence des enfants. La présence et l'utilisation des téléphones portables personnels sont interdites au sein des unités. Les temps de pause doivent être pris en salle du personnel pour tous les agents.

4.2 Surveillance et encadrement dans la cour

L'enfant est placé sous votre responsabilité.

Vous devez évaluer les risques liés à l'environnement.

Vous êtes le garant de sa sécurité.

**Ne jamais laisser un enfant ou un groupe d'enfants seul sans surveillance
même en présence d'un(e) stagiaire ou agent en contrat d'insertion.**

AVANT CHAQUE SORTIE DES ENFANTS :

Vérifier l'état du jardin. Éliminer tout objet dangereux ou susceptible de l'être.

Tout objet suspect repéré dans le jardin ou à proximité immédiate de celui-ci doit être signalé à la direction.

Vérifier la fermeture des portillons d'accès et de sortie du jardin sur l'espace public.

S'assurer qu'il n'y ait pas de travaux ou interventions des services techniques dans la cour.

AU MOMENT DE LA SORTIE

Compter le nombre d'enfants qui sortent et qui rentrent. Certains enfants peuvent demander une surveillance plus particulière et la vigilance de tous selon la configuration du jardin sera accrue. En aucun cas la surveillance ne doit être relâchée, en conséquence le personnel **doit se répartir dans l'ensemble du jardin**.

Les professionnelles restent vigilantes et se placent de manière à voir tous les enfants : si une seule professionnelle est dans la cour avec un groupe d'enfants, elle reste mobile afin de s'assurer que tout va bien.

Si plusieurs professionnelles sont ensemble dans la cour, elles se positionnent de manière à avoir vue sur l'ensemble de la cour et se déplacent auprès d'un ou plusieurs enfants dès qu'il y a besoin d'intervenir.

L'utilisation des bancs de la cour par le personnel est autorisée si la surveillance des enfants est pleinement assurée et que la sécurité du groupe est garantie.

Il doit toujours y avoir une personne à côté du jeu psychomoteur ou des jeux d'eau pour surveiller les enfants.

Surveiller que les enfants ne grimpent ou n'escaladent pas à des endroits inappropriés.

En été, lorsque la température est trop élevée, sortir le matin avant 11h et l'après-midi après 16h. Les professionnelles veillent à ce que les enfants aient un chapeau pour se protéger du soleil, de la crème solaire et boivent régulièrement.

En cas de pic de pollution signalée par les autorités préfectorales, ne pas sortir les enfants

Si une personne est amenée à quitter temporairement le jardin ou la terrasse, elle en informe ses collègues et leur confie le reste du groupe d'enfant. Le taux d'encadrement dans le jardin est identique à celui à l'intérieur des locaux.

4.3 Surveillance et encadrement des sorties extérieures en dehors de la crèche et de son jardin

L'enfant est placé sous votre responsabilité.

Vous devez évaluer les risques liés à l'environnement.

Vous êtes le garant de sa sécurité.

Ne jamais laisser un enfant ou un groupe d'enfants seul sans surveillance même en présence d'un(e) stagiaire ou agent en contrat d'insertion.

Les sorties à l'extérieur de la crèche sont organisées après accord du (de la) responsable et après validation de la fiche action. Vérifier que les parents ont signé l'autorisation de sortie (celle-ci peut-être annuelle ou ponctuelle)

- ☐ La fiche de sortie doit être donné au (à la) responsable avant la sortie sur laquelle sont notés clairement :
 - Les noms et le nombre d'enfants qui sortent,
 - Les noms et le nombre des professionnels encadrants (voir normes de sécurité ci-dessous)
 - Les noms des parents accompagnants ou personne habilitée et désignée par le parent
 - Le lieu et l'itinéraire de la sortie,
 - L'heure du départ et d'arrivée,
 - Le moyen de locomotion (à pied, poussettes, transport en commun...
- ☐ Sur le cahier de transmission des unités, noter que l'enfant participe à la sortie.
- ☐ Un rappel des règles et normes de sécurité doit être fait à tous les participant.es par le (la) responsable ou le (la) professionnelle qui organise la sortie.
 - Le personnel éducatif reste responsable des enfants même si l'enfant est accompagné par un de ses parents.
 - Le parent accompagnant aura en charge uniquement son enfant.
 - Les parents qui participent à la sortie ne peuvent être responsables que de leur enfant.
 - Le parent est présent du départ de la crèche jusqu'à la fin de l'activité. Si à l'issue de l'activité le parent souhaite repartir avec son enfant sans repasser par la crèche, il devra en informer les professionnel, les encadrants de la sortie. .
 - Les professionnelles qui partent à l'extérieur doivent impérativement prévenir la direction ou la continuité de direction et se munir de la liste des numéros de téléphone des parents des enfants accompagnés

☐ Normes d'encadrement :

Le décret 2021-1131 du 30/08/2021 précise : 1 professionnelle pour 5 enfants, le choix de la structure est d'être supplétif à la réglementation :

Une professionnelle pour 2 enfants dont une diplômée. Une professionnelle ne doit jamais sortir seul, excepté les assistantes maternelles.

Les stagiaires ne font pas partie du taux d'encadrement.

☐ Matériel :

Une trousse de secours et le sac à dos de sortie doit être impérativement emportée ainsi qu'un téléphone. Vérifier le sac à dos avant chaque sortie. Il doit contenir des couches, une bouteille d'eau, des lingettes, des verres et des gilets fluos. Penser à prendre les PAI

Vous êtes responsables des enfants que vous avez pris en charge au départ, durant les trajets et jusqu'à la fin des événements. Vérifier systématiquement le nombre d'enfants sortis et rentrés. Au retour à la crèche, informer l'unité si l'enfant est parti directement de l'activité avec son parent et

informer la responsable de votre retour.

4.4 Surveillance des dortoirs (cf. 3.2 : fiche de soins le couchage)

Afin d'assurer un cadre sécurisé, les membres de l'équipe veillent, dans la mesure du possible, à ce que les conditions de sommeil de la crèche ne soient pas différentes de celles de la maison (respect du rythme, choix du doudou et de la tétine, etc.).

Les dortoirs ont une température entre 19 et 20 degrés. Ils seront aérés matin et soir dès qu'il n'y a plus d'enfant dans les lits. Les fenêtres sont fermées pendant les siestes.

Vérifier qu'il n'y ait pas de chouchou ou barrettes dans les cheveux, ni bijoux autour du cou ou du poignet.

Les enfants ne peuvent en aucun cas être couchés avec un biberon.

Des hublots permettent de surveiller en permanence les dortoirs.

Chaque enfant a son lit. Le prénom de l'enfant est accroché au-dessus du lit correspondant ; Un plan de chaque dortoir est affiché sur la porte. ; celui-ci renseigne sur la disposition des lits.

Dortoir des bébés :

Une professionnelle référente est désignée pour le groupe des bébés. Pour des questions d'organisation du personnel, cette professionnelle peut être différente au cours de la journée.

Cette professionnelle référente des bébés se charge de leur couché échelonné selon leur besoin. Une ambiance détendue et un cadre sécurisé sont organisés par l'usage d'une musique douce ou d'une petite veilleuse si besoin. La professionnelle s'assure que rien n'entrave l'endormissement de l'enfant (accroche-tétine par exemple) et **relève systématiquement la barrière du lit**. La professionnelle référente des bébés porte une attention particulière à ceux qui connaissent des difficultés à l'endormissement. Elle reste près de lui jusqu'à ce qu'il soit calme ou endormi. Elle vérifie régulièrement le sommeil des bébés et se charge de les lever lorsqu'ils sont réveillés. Dans les dortoirs avec lits à barreaux, la présence d'une professionnelle en continu n'est pas nécessaire.

Un tableau de surveillance des dortoirs est **à remplir et à émarger toutes les 15 minutes**. (cf. annexe n°6 : « **feuille de surveillance des dortoirs** ») La professionnelle entre « en douceur » dans les dortoirs et s'assure de la respiration de chaque enfant.

Tous les lundis, une nouvelle feuille sera affichée sur la porte du dortoir.

L'heure d'endormissement et de réveil des enfants sera notifiée sur le cahier de transmission.

Si un enfant dort plus que d'habitude, vérifier régulièrement que tout va bien (respiration...)

Dortoir des grands :

Une professionnelle référente est également désignée pour le groupe des « grands ». Elle veille à l'endormissement et aux réveils des enfants

Un temps lecture est organisé pour les plus grands afin de ritualiser le moment de sieste

Après ce temps de lecture le groupe des grands se couche vers 12h30. Les couchettes présentes dans le dortoir permettent aux enfants de se coucher tout seul.

La professionnelle référente reste présente dans le dortoir pour assurer l'endormissement et pourra quitter le dortoir lorsqu'il ne restera que peu d'enfants endormis (environ 3). La surveillance de ces derniers étant supervisée par le baby phone.

La sieste n'est pas obligatoire mais un temps de repos est systématiquement proposé. Au-delà de 30 minutes, l'enfant sera accompagné à sortir du dortoir et rejoindre l'unité.

Situations particulières :

Un bébé qui ne sait pas passer seul en position dorsal ne pourra en aucun cas être couché sur le ventre ; même si à la maison il s'endort sur le ventre.

Aucun certificat médical autorisant la proclive ventrale ne sera prise en compte à la crèche, or PAI pour pathologies médicales spécifiques.

Certains bébés ayant besoin d'être contenus pour l'endormissement : des coussins d'enroulement pourront être utilisés pour favoriser le lâcher prise. Ils ne pourront être un support à positionner dans le lit de l'enfant.

Pour les enfants ayant des besoins spécifiques d'accompagnement, nous échangeons avec les familles afin de trouver des solutions favorables pour l'enfant : poussettes, bercements, endormissement en extérieur ...

4.5 Conduite à tenir en cas d'enlèvement ou de disparition d'enfant

Vous vous apercevez qu'il manque 1 enfant normalement présent ce jour et absent de l'unité :

- ☐ S'assurer que les autres enfants sont en sécurité et prévenir sa collègue
- ☐ Vérifiez le cahier de transmissions
- ☐ Vérifiez auprès des collègues de l'unité que l'enfant ne soit pas déjà parti
- ☐ Vérifiez le jardin et terrasses
- ☐ Vérifier les dortoirs
- ☐ Vérifier les salles d'activité, de psychomotricité et les autres unités
- ☐ Vérifier l'espace réservé au personnel (salle du personnel, vestiaire, buanderie, cuisine)
- ☐ Vérifier l'entrée immédiate de la crèche et le local poussette
- ☐ Vérifier les bureaux administratifs
- ☐ Vérifier les abords immédiats de la crèche

Si l'enfant reste introuvable :

- ☐ Téléphoner à la responsable ou voir l'agent en continuité de direction, en ayant vérifié au préalable le dossier de l'enfant (garde, autorité parentale)
- ☐ Téléphoner au dernier professionnel présent dans l'unité pour vérifier que le départ de l'enfant sur le cahier de transmissions a été oublié d'être notifié malgré son départ effectif
- ☐ Téléphoner au parent ou à la personne détenant l'autorité parentale pour vérifier la présence de l'enfant
- ☐ La direction ou les personnes chargées de la continuité de direction préviendront la police
 Pour ce faire expliquez bien la situation (identification de l'enfant, description, tenue vestimentaire, circonstances de la disparition et toutes informations pouvant aider les autorités compétentes)

4.6 Conduite à tenir en cas de présence d'adulte alcoolisé ou sous l'emprise de stupéfiants à l'intérieur de la crèche

- ☐ Evaluer le comportement de la personne d'une manière la plus objective possible :
 - Evaluer la différence entre le comportement habituel et le comportement actuel
 - Evaluer la cohérence des propos
 - Evaluer la motricité de la personne (agitation, tremblements, perte d'équilibre,)
 - Chercher d'éventuelles odeurs d'alcool
- ☐ Alerter la ou les responsables ou l'agent en charge de la continuité de direction.
- ☐ Inviter le parent ou l'agent à sortir de l'unité, et rester avec lui dans une pièce à part
- ☐ Essayer d'instaurer une communication bienveillante avec l'agent ou le parent :
 - Ne pas tenir de propos culpabilisants
 - Ne pas tenir de propos agressifs
 - Dire par ex « M ou MmX, je suis inquiète pour vous ! »
 « Vous ne me semblez pas en forme ? » Poser des faits : ex perte d'équilibre...

« Puis je vous aider ou contacter quelqu'un »

« Je ne peux pas vous laisser partir seul avec votre enfant. C'est ma responsabilité ! »

- Rassurer la personne et l'inviter à s'asseoir
 - Lui demander son moyen de locomotion pour rentrer
- Actions à mettre en œuvre dans le même temps par le ou les responsables ou l'agent en continuité de direction :
- Si le parent ou la personne venant chercher l'enfant n'est pas capable d'assurer sa sécurité :
 - Mettre en sécurité l'enfant et le reste du groupe et tenir des propos rassurants envers le ou les enfants
 - Appeler un parent ou à défaut une personne autorisée à venir chercher l'enfant pour l'informer de la situation
 - Convenir avec celui-ci de la personne qui viendra chercher l'enfant
 - Faire patienter la personne alcoolisée jusqu'à l'arrivée de la tierce personne
 - Lors de son arrivée, expliquer la situation sans dramatiser
 - S'il s'agit d'un parent ou de la personne amenant l'enfant :
 - Accueillir l'enfant comme d'habitude et le rassurer
 - Appeler l'autre parent pour expliquer la situation et organiser le départ du soir
 - A défaut d'un autre parent, rappeler dans la journée le parent alcoolisé pour évaluer la situation et organiser le départ du soir
 - S'il s'agit d'un membre du personnel :
 - Evaluer avec lui les difficultés de la situation et lui signifier son incapacité à assurer ses fonctions
 - Lui proposer d'appeler un membre de sa famille pour venir le chercher
 - Prévenir la direction.

Actions à mettre en œuvre dans les jours qui suivent par le responsable :

- Pour les parents :
 - Rencontrer les parents pour parler de cet incident et évaluer la complexité de la situation
 - Proposer aux parents une rencontre avec la psychologue petite enfance qui pourra orienter vers un partenaire ressource (association, PMI,)
 - Si refus de rencontrer la psychologue petite enfance, le ou la responsable proposera une orientation vers un partenaire ressource (association, PMI,)
 - Redonner le cadre de sécurité légal concernant leur enfant au sein d la crèche
- Pour les agents :
 - Rencontrer l'agent dès le jour de sa reprise avant sa prise de poste
 - L'écouter puis lui rappeler le cadre légal et ses obligations
 - Se rapprocher de sa hiérarchie pour évaluer la pertinence d'un accompagnement R

4.7 Conduite à tenir à la fermeture de la crèche

Rendre les enfants, surveiller les personnes qui circulent dans la crèche afin d'éviter tout incident est une lourde responsabilité que chacun doit assurer.

Les transmissions écrites doivent être accompagnée d'une transmission verbale, passage de consignes habituelles lorsque vous quittez votre unité.

Rappelez bien si nécessaire aux parents de ne pas emmener leurs enfants hors de la crèche sans vous prévenir. Si à leur arrivée vous êtes occupés auprès d'une autre famille, faites patienter les parents.

Vous avez l'obligation de rester deux professionnels jusqu'à la fermeture ultime des locaux.

Selon l'application du règlement de fonctionnement de la crèche : « La présence des parents à l'arrivée et au départ dégage la responsabilité du personnel envers l'enfant confié ». De plus : « Pour des raisons de sécurité, les frères et sœurs ne sont pas admis dans les unités de vie et le jardin. Pour les mêmes raisons de sécurité et de responsabilité, et pour préserver le travail du personnel : les familles ne sont pas autorisées à circuler ou à rester à l'intérieur du bâtiment ou du jardin lorsque l'enfant a été rendu ».

Dans le cas où l'enfant est récupéré par une personne que vous ne connaissez pas, vérifier son identité soit auprès d'autres collègues soit avec la procuration parentale et une pièce d'identité.

Toute personne qui quitte en dernier une unité, est responsable de sa bonne fermeture (fenêtre, porte, verrous). La personne qui assurera l'horaire de fermeture vérifiera à nouveau l'intégralité de la crèche avant son départ.

Avant de fermer, il conviendra de vérifier :

- ☐ Tous les cahiers de transmissions : après chaque départ, le nom de l'enfant doit être barré, l'heure de départ, ainsi que le nom de la personne autorisée et qui est venue chercher l'enfant si non habituelle.
Le fait de cocher vous permet de vérifier combien il reste d'enfants sous votre responsabilité et qui sont ces enfants.
- ☐ Tous les dortoirs, lits, poussettes, pièces de vie, pièces annexes et jardin afin de s'assurer qu'aucun enfant n'a été oublié
- ☐ Toutes les fermetures du bâtiment (stores, fenêtres, vasistas et portes)

Si les responsables sont absentes :

Si problème, appeler la personne chargée de la continuité de direction.

5 Respect des droits de l'enfant

5.1 La déclaration des droits de l'enfant

La Déclaration des droits de l'enfant repose sur dix principes :

- ☐ 1. Le droit à l'égalité, sans distinction de race, de religion ou de nationalité.
- ☐ 2. Le droit à une attention particulière pour son développement physique, mental et social.
- ☐ 3. Le droit à un nom et à une nationalité.
- ☐ 4. Le droit à une alimentation, à un logement et à des soins médicaux appropriés.
- ☐ 5. Le droit à une éducation et à des soins spéciaux quand il est handicapé mentalement ou physiquement.
- ☐ 6. Le droit à la compréhension et à l'amour des parents et de la Société.
- ☐ 7. Le droit à l'éducation gratuite et aux activités récréatives.
- ☐ 8. Le droit aux secours prioritaires en toutes circonstances.
- ☐ 9. Le droit à une protection contre toute forme de cruauté, de négligence et d'exploitation.
- ☐ 10. Le droit à la formation dans un esprit de solidarité, de compréhension, d'amitié et de justice entre les peuples.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/droits_enfants_declaration.pdf



Déclaration des droits de l'enfant

Principes

Principe premier

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

Principe 2

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

Principe 3

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

Principe 4

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

Principe 5

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Principe 6

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'Etat ou autres pour l'entretien des enfants.

Principe 7

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation.





et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents.

L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

Principe 8

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

Principe 9

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit.

L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

Source : Ministère de la santé et de la prévention, santégouv.fr

5.2 Le secret professionnel

Qu'est-ce que c'est ?

Le secret professionnel est défini par l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, il correspond à l'obligation pour les agents de la fonction publique, de ne divulguer aucune information concernant les usagers. Il s'applique donc à l'ensemble des professionnels exerçant en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant vis-à-vis des enfants et familles fréquentant le lieu d'accueil.

Les informations concernées par le secret professionnel sont l'ensemble des éléments recueillis par les professionnels au cours de l'exercice de leur fonction qu'ils aient été confiés, vus, lus, entendus, déduits ou compris. Il s'agit de l'ensemble des informations concernant la personne : informations sur la situation sociale, familiale, financière, médicale, les antécédents judiciaires, les coordonnées, et concernant la vie privée (situation, comportement,)

Le secret professionnel permet le respect de la vie privée et le droit au secret des informations concernant les usagers comme le prévoient l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique et l'article 9 du code Civil. Il permet d'instaurer et maintenir une relation de confiance avec les familles.

Le non-respect du secret professionnel peut faire l'objet de sanctions pénales, prévues par l'article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Notion de secret partagé

Selon l'article L1110_4 du Code de la Santé Publique : « un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.»

Aucune information ne peut être transmise par mail ou téléphone, sans avoir au préalable vérifié l'identité et la fonction de l'interlocuteur. Pour ce faire, vous pouvez demander le nom et la fonction de la personne, puis rappeler le service concerné pour la joindre.

Exceptions

Dans certains cas, la levée du secret professionnel est obligatoire si elle permet :

- ☐ d'assurer la protection de personnes (situation de maltraitance par exemple)
- ☐ la préservation de la santé publique (situation de maladie nécessitant une surveillance)
- ☐ la préservation de l'ordre public (dénonciation de crimes ou délits)
- ☐ le bon déroulement des procédures juridiques (témoignage en justice)

Art. L 1110 – 4 du Code de la santé publique

Art. 226 - 13 du Code pénal

www.service-public.fr

5.3 L'enfance en danger

5.3.1 Le repérage et la conduite à tenir

Le repérage

Pour Quoi ?

En 2022, 24 % d'un échantillon de 1 000 français de plus de 18 ans estimaient avoir été victimes de maltraitements graves au cours de leur enfance.

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

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

On distingue plusieurs types de violences :

- ☐ Les violences physiques : usage intentionnel de la force physique qui entraîne un préjudice pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner, faire suffoquer, administrer des soins brusques sans information ou préparation.
- ☐ Les violences sexuelles : participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui transgresse les lois et interdits de la société.
- ☐ Les violences psychiques ou morales : lorsque le donneur de soins ne fournit pas un environnement favorable au développement de l'enfant et que celui-ci fait habituellement l'objet : de langage irrespectueux ou dévalorisant, d'insultes, de menaces verbales, de chantage, de terrorisations, d'intimidations, d'humiliations, d'isolement social, de rejet, d'absence de considération, d'abus d'autorité, de comportements d'infantilisation, de non-respect de l'intimité, d'injonctions paradoxales...Mais aussi d'exigences excessives et d'exposition au danger et à la violence.
- ☐ Les négligences lourdes : sont celles qui ont des conséquences graves sur la santé, la sécurité et le développement de l'enfant : absence de soins relatifs à la santé ou à la nutrition de l'enfant, mais aussi absence de prévention des blessures ou des accidents
- ☐ La violence conjugale : elle est exercée par un des conjoints sur l'autre, au sein d'un couple, s'inscrit dans un rapport de domination et se distingue des disputes conjugales entre individus égaux. Elle se manifeste par des violences verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, des menaces, des pressions, des privations ou des contraintes pouvant causer chez la victime des dommages psychologiques, physiques, un isolement social voire aller jusqu'à la mort

Une nouvelle définition au regard de la loi du 14 mars 2016 :

« La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social, à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.

Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. Une permanence téléphonique est assurée au sein des services compétents.

Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant.

Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concerne selon son degré de maturité ».

Par Qui ?

Par tout professionnel en lien avec les enfants.

Quand ?

Lorsque les besoins fondamentaux de l'enfant sont soit insatisfaits, soit compromis :

- ☐ les besoins physiologiques et de santé,
- ☐ le besoin de protection,
- ☐ le besoin de sécurité affective et relationnelle,
- ☐ le besoin d'expériences et d'exploration du monde,
- ☐ le besoin de cadre, de repère et de limites,
- ☐ le besoin d'identité,
- ☐ le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi.

Comment ?

Une observation fine et une connaissance particulière du jeune enfant sont indispensables pour le repérage des situations de danger ou à risque de danger. Par exemple, des changements comportementaux et émotionnels peuvent questionner. Ils peuvent également contraster avec le comportement antérieur et survenir de manière « soudaine », ce qui est d'autant plus alarmant.

Parmi les conséquences possibles, on retrouve :

- ☐ Les symptômes physiques et psychosomatiques : hématomes, griffures, brûlures, morsures, fractures, maux de ventre, vomissements, douleurs dorsales, fatigues inexpliquées, maux de tête, éruptions cutanées, plaies, lésions...
- ☐ Les signes comportementaux : trouble du sommeil (exemple : difficulté d'endormissement, cauchemars, réveil nocturne), trouble de l'alimentation (exemple : refus de manger, perte d'appétit, absence de satiété), trouble de l'attention, de la concentration, retard dans les apprentissages (exemple : langage, propreté), régressions (exemple perte de certains acquis, notamment dans les apprentissages), phobies, mise en danger, ...
- ☐ Les signes émotionnels : tristesse, pleurs plus fréquents, peurs inexpliquées, colère, agressivité, opposition marquée, isolement, repli sur soi, détachement, évitement, diminution des activités, refus de jouer, faible estime de soi, dévalorisation, recherche d'attention, d'affection, comportement « sage », « adapté », « passif », angoisse de séparation, hyper vigilance (exemple : en état d'alerte, dans l'observation), hyper maturation (exemple : très autonome) ...

Au-delà des symptômes que peut manifester un enfant (cf. : ci-dessus), les interactions avec un adulte ayant autorité (parents, membres et proches de la famille, professionnels de la crèche, etc.) peuvent alerter :

- ☐ Hostilité voire rejet de l'adulte envers l'enfant, indifférence
- ☐ Attentes et méthodes pédagogiques inadaptées (ex : discipline physique sévère)
- ☐ Exposition à des comportements effrayants ou traumatisants (ex : violences conjugales)
- ☐ L'adulte ne subvient pas aux besoins de l'enfant : alimentation, hygiène, abri, vêtements, éducation, santé
- ☐ L'enfant grandit dans un environnement dangereux, sans surveillance
- ☐ L'adulte a une proximité corporelle inadaptée avec l'enfant, parent intrusif

Enfin, certains éléments sont des facteurs de risques de maltraitance :

- ☐ Liés à l'environnement : isolement social, précarité financière, chômage, difficultés de logement, promiscuité, cohabitation intergénérationnelle, conflit familial, bas niveau d'éducation, déracinement culturel ou ethnique
- ☐ Liés aux personnes maltraitantes : alcoolisme et autres addictions, maladies mentales, troubles psychologiques, antécédents d'actes hétéro-agressifs, antécédents de maltraitance personnelle ou familiale, inaptitude à assumer les tâches nécessaires auprès d'une personne dépendante
- ☐ Liés aux caractéristiques de l'enfant : prématurité, né d'une grossesse multiple, né après un deuil (enfant de remplacement) né d'une autre union ou d'adultère (parentalité non désirée), de sexe non accepté, handicap physique ou mental, troubles du comportement (trouble obsessionnel compulsif, hyperactivité...)
- ☐ Liés aux événements de la vie de l'enfant : hospitalisation prolongée dans les premiers temps de la vie, irrégularité de la présence parentale (mode de garde chaotique...)
- ☐ Liés au contexte familial : famille nombreuse, monoparentalité, jeune âge des parents

L'intervention

Pour Quoi ?

Le droit réprime la non-dénonciation de crime aux autorités judiciaires ou administratives lorsqu'il est « encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes » (article 434-1 Code pénal). L'article 434-3 du Code pénal réprime, également, la non-dénonciation « de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger ». Ces obligations pèsent sur quiconque et visent à protéger tous les mineurs quel que soit leur âge.

Dans les hypothèses visées à l'article 223-6 du Code pénal, toute personne a l'obligation d'intervenir pour protéger le mineur d'une situation de danger, sans pouvoir se retrancher derrière le secret professionnel. À la différence des articles 434-1 et 434-3 du même code, l'article 223-6 ne prévoit pas d'exception pour les professionnels astreints à un secret.

Cet article sanctionne deux infractions d'abstention : l'omission d'empêcher une infraction (premier alinéa) et l'omission de porter secours (deuxième alinéa), plus communément désignée comme le délit de non-assistance à personne en danger.

Une obligation particulière de signaler des crimes ou des délits au procureur de la République, s'impose à toute personne ayant la qualité de fonctionnaire. L'article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale dispose que « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

La crèche concourt aux missions de Protection de l'Enfance (Information Préoccupante (II) ou signalement) au même titre que tout citoyen en son nom, elle doit :

« Transmettre sans délai au président du Conseil Départemental ou au responsable désigné par lui [...] toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil »

Par Qui ?

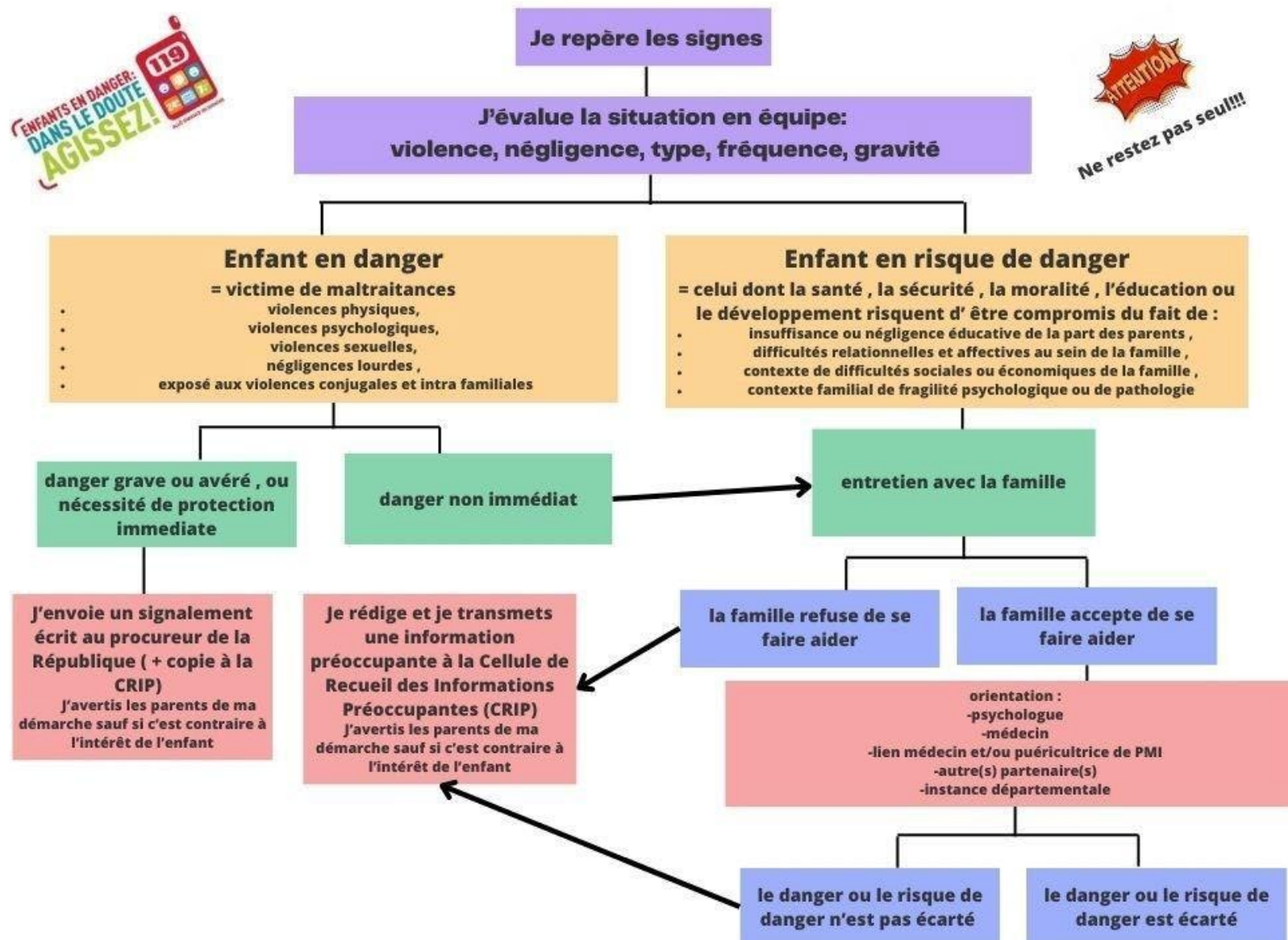
Le (la) responsable et/ ou son adjoint (e), le médecin de crèche, la psychologue, l'accompagnatrice en santé s'il y a, échangeront sur la conduite à tenir, en fonction des éléments relevés et des observations transmises par l'équipe. L'adjointe de direction santé sécurité sera personne ressource.

Quand ?

Dès qu'il y a suspicion de danger ou de risque de danger

Comment ?

Protocole d'intervention face à l'enfance en danger



5.3.2 L'information préoccupante

Tout élément d'information y compris médical susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide doit faire l'objet d'une information préoccupante.

Elle est constituée d'un fait grave isolé ou d'un faisceau d'éléments inquiétants de la vie quotidienne d'un enfant et de son environnement, préjudiciable à son développement affectif, physique, intellectuel ou social. Elle est rédigée puis transmise au service compétent (la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes CRIP lorsque les parents, seuls ou avec le soutien d'un professionnel ou d'une équipe ne parviennent pas à modifier la ou les problématiques de manière satisfaisante pour l'enfant.

Par conséquent, l'IP vise à protéger les enfants et à aider les parents.

L'IP est une évaluation pluridisciplinaire qui est signée et portée par le (la) responsable de la-crèche qui l'envoie à la CRIP.

C'est le (la) responsable et/ ou son adjoint (e), le médecin, la psychologue qui rédigent l'IP et qui apposent leurs signatures.

5.3.3 Le signalement judiciaire

Le terme de signalement est réservé à la saisine du procureur de la république. C'est un écrit professionnel.

Les motifs de saisine de l'autorité judiciaire :

Article L226-4 du CASF : Le signalement d'une situation d'enfant en danger à l'autorité judiciaire : le Président du Conseil Général doit aviser le Procureur de la République dès lors qu'un mineur est en danger et :

- qu'une ou plusieurs actions n'ont pas permis de remédier à la situation,
- que les actions ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille,
- qu'il est impossible d'évaluer cette situation,
- que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.

Pour-la crèche,-la saisine de l'autorité judiciaire (avec copie à la CRIP) se fait dans les cas suivants :

- l'enfant est en péril,
- il est gravement atteint dans son intégrité physique ou psychique,
- il est peut-être victime de faits qualifiables pénalement.

Dans ces situations les professionnels (elles) doivent immédiatement prévenir le responsable, à défaut le directeur délégué ou l'adjointe de direction santé sécurité pour savoir quelle est la conduite à tenir (restituer l'enfant ou pas, appel des forces de l'ordre, etc.)

Rappel de bonnes pratiques :

- ☐ Ne pas rester seul,
- ☐ Recueillir des **faits et uniquement des faits**, pas de jugements ou d'interprétations,

Les faits recueillis qui peuvent conduire à une IP sont :

- les observations directes de l'enfant pendant le temps d'accueil,
- les observations directes des parents dans les rencontres et échanges,
- les propos rapportés par l'enfant, ses parents, les professionnels de la structure,

- ☐ Ne pas poser des diagnostics qui sortent du cadre de compétence des professionnels (surtout pour les données médicales),
Exemple : ne pas dire « des ecchymoses ou des griffures mais des traces »,
- ☐ Les éléments portés dans l'IP sont accessibles aux parents dès lors qu'ils en font la demande au Service de l'Aide Sociale.

A partir du moment où la crèche décide de réaliser une IP ou un signalement, elle doit informer les parents des faits qui la conduisent à réaliser cette IP, sauf si ce n'est pas dans l'intérêt de l'enfant.

La direction informe également sa hiérarchie des faits et de son intention de réaliser une IP ou un signalement qui sera destinataire d'une copie de l'écrit d'IP ou du signalement.

En cas de risque de représailles sur l'enfant et / ou sur le personnel, la responsable se rapprochera de sa hiérarchie pour déterminer la stratégie à mettre en œuvre : quelles informations aux parents, quels dispositifs de protection...

Sources :

Enfance & Famille - Département de l'Isère (isere.fr) > alerter sur la situation d'un enfant en danger > [guide technique enfance en danger 2021](#)

Enfance & Famille - Département de l'Isère (isere.fr) > "Repérer protéger les enfants en danger"

Haute Autorité de Santé - Maltraitance chez l'enfant : [repérage et conduite à tenir](#) (has-sante.fr)

[Comment reconnaître les signes de maltraitance ?](#) | L'Enfant Bleu

6 Annexes

- 1 - Le Protocole d'administration des traitements médicamenteux**
- 2 - L'autorisation parentale pour l'administration d'un médicament**
- 3- Le registre d'administration des médicaments**
- 4- Accueil de l'enfant malade et sa prise en charge**
- 5- L'autorisation d'administrer de la crème solaire**
- 6- L'autorisation d'appliquer des crèmes (érythèmes fessiers...)**
- 7- Feuille de surveillance des dortoirs**
- 8 – L'autorisation concernant le matériel rapporté de la nature**
- 9 – Comment utiliser l'auto- injecteur EpiPen (Adrénaline)**

Envoyé en préfecture le 24/06/2026

Reçu en préfecture le 24/06/2026

Publié le



Annexe Z

ID : 038-213802499-20260617-01_01_2026_065-DE