

1. Les protocoles d'urgence

1.1. La procédure d'appel du 15

Pour Quoi ?

Le 15 est un numéro d'urgence unique et national attribué à la Santé en 1978. Il répond 24h/24 aux besoins de santé de la population et permet d'être mis en relation avec la régulation médicale du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).

Ce numéro, que l'on peut composer d'un téléphone fixe comme d'un portable, est un moyen simple, unique, gratuit, mis en place par l'État, à la disposition de la population en cas d'urgence sanitaire.

Par qui ?

Par tout professionnel devant tout problème de santé nécessitant un avis médical rapide (se référer aux protocoles médicaux ou aux PAI)

Comment ?

Composer le 15 (ou 0+15 pour appel vers l'extérieur)

Donner les renseignements dans l'ordre suivant :

Je m'appelle :

Je travaille à la crèche (nom de la crèche)

La crèche se trouve au

Le numéro de téléphone est le :

Et le code d'accès est le

Je vous appelle au sujet de l'enfant :

Sa date de naissance :

Décrire les circonstances de l'accident (si concerné) :

Décrire les symptômes :

Préciser si le motif de l'appel est en lien avec une pathologie préexistante et connue, ayant donné lieu à l'élaboration d'un PAI

Si ce n'est pas le cas, préciser si l'enfant a des antécédents connus (PAI), ou si vous avez connaissance de la prise de médicaments récents (antibiotiques...)

• J'ai déjà réalisé les soins suivants :

• A la crèche, nous disposons : de Paracétamol et d'autres médicaments disponibles en fonction des PAI

• Son dernier poids connu date du et était dekg

Malgré le stress lié à la situation, rester calme, parler lentement et clairement, et suivre les directives données par le médecin régulateur qui font office de prescription (chaque appel est systématiquement enregistré, ce qui permet d'en assurer la traçabilité)

ATTENTION !

Ne raccrocher que lorsque le REGULATEUR vous l'indique (Bien raccrocher le téléphone et le garder à proximité en cas de rappel)

En parallèle, prévenir la responsable, à défaut la personne en continuité de direction, qui appellera les parents.

Une fois l'événement terminé remplir le formulaire de déclaration d'accident

Bon à savoir :

Votre premier interlocuteur est un assistant de régulation médical. Il prendra tout d'abord vos données administratives (nom, lieu...) puis vous orientera vers le médecin régulateur dans un deuxième temps.

Sources :

Le SAMU et le SMUR (sante.gouv.fr)

SAMU-Urgences de France

1.2. La victime s'étouffe

a) **Obstruction totale des voies aériennes**

L'air ne peut plus atteindre les poumons. La respiration n'est plus efficace ou impossible.

Signes :

L'enfant est en train de manger ou de jouer avec un jouet porté à la bouche. Brutalement il ne peut plus parler, garde la bouche ouverte, fait des efforts pour respirer, ne peut plus tousser.

Conduite à tenir chez le nourrisson :

1) Désobstruer les voies aériennes en donnant 5 claques dans le dos entre les 2 omoplates avec le plat de la main de façon vigoureuse.

Avant l'âge d'un an (si l'enfant tient sur l'avant-bras),

Coucher le nourrisson tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras, la face vers le sol,

La tête doit être plus basse que le thorax pour faciliter la sortie du corps étranger,

Maintenir la tête avec les doigts de part et d'autre de la bouche tout en évitant d'appuyer sur la gorge.



2) En cas d'inefficacité chez l'enfant de moins d'un an, il faut le retourner sur le dos et réaliser 5 compressions thoraciques.

Après les 5 claques dans le dos, retourner l'enfant sur le dos en l'allongeant sur votre avant-bras et votre cuisse avec la tête basse puis effectuer 5 compressions sur le devant du thorax avec 2 doigts au milieu de la poitrine, sur la moitié inférieure du sternum sans appuyer sur la xiphoïde (partie inférieure du thorax). La position des doigts est identique à celle des compressions thoraciques lors de l'arrêt cardiaque du nourrisson).



Après les 5 claques et les 5 compressions thoraciques, vérifier que le corps étranger n'est pas dans la bouche, le retirer délicatement s'il est accessible.

La méthode est efficace si le corps étranger se dégage progressivement avec apparition de toux, expulsion du corps étranger et reprise de la respiration.

Après expulsion, demander un avis médical au SAMU (15).

Si le corps étranger n'est pas expulsé, continuer les cycles successivement en alternant les 5 claques et les 5 compressions thoraciques. Appeler le 15 et poursuivre les cycles jusqu'à l'expulsion du corps étranger ou l'arrivée de l'équipe médicale du SAMU.

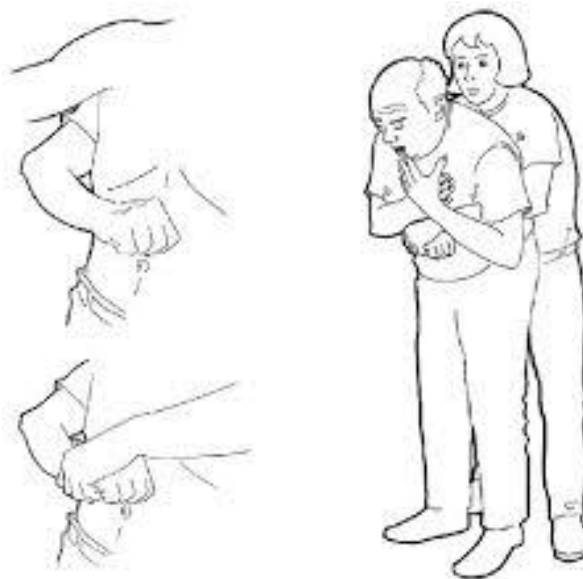
Conduite à tenir chez l'adulte et l'enfant :

Laisser la victime dans la position où elle est (debout ou assise).

Constater l'obstruction totale, et donner 5 claques dans le dos en le faisant se pencher en avant afin que le corps étranger ne retourne pas dans les voies aériennes après la désobstruction.

**En cas d'inefficacité, réaliser 5 compressions abdominales selon la **méthode de Heimlich** :**

- se placer derrière la victime, contre son dos (en fléchissant les genoux pour être à la même hauteur),
- passer les bras sous les siens de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen,
- faire pencher la victime en avant, ne pas appuyer sur les côtes,
- mettre le poing fermé au creux de l'estomac juste au-dessus du nombril, à l'horizontal, le dos de la main tourné vers le haut,
- mettre l'autre main sur la première, les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes et exercer une pression vers l'arrière et le haut.





Le corps étranger devrait se débloquer et sortir de la bouche.

Vérifier qu'il n'est pas resté dans la bouche.

Si le corps étranger n'est pas débloqué, répéter la manœuvre jusqu'à 5 fois.

Si l'obstruction persiste :

Refaire le cycle avec 5 claques vigoureuses puis 5 compressions abdominales jusqu'à la désobstruction.

Si l'enfant perd connaissance :

Accompagner l'enfant au sol puis :

- faire alerter ou appeler les secours ;
- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire ;
- rechercher la présence du corps étranger dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions thoraciques. Le retirer prudemment s'il est accessible ;
- poursuivre les gestes de réanimation jusqu'à ce que l'enfant respire normalement ou jusqu'au relais avec les services de secours.

Si les manœuvres de désobstruction sont efficaces :

- installer l'enfant dans la position où il se sent le mieux ;
- le réconforter en lui parlant régulièrement ;
- desserrer les vêtements ;
- surveiller l'enfant.

Dans tous les cas, remplir les formulaires de déclaration d'accident.

b) Obstruction incomplète des voies aériennes

L'enfant peut parler, crier, tousser et respirer, parfois avec un bruit surajouté.

En cas d'obstruction incomplète des voies aériennes (effort de toux, sifflement respiratoire, syndrome de pénétration) laisser l'enfant dans la position où il est le mieux, le plus souvent assise et appeler le SAMU (15).

Ne pas faire de manœuvre de libération des voies aériennes, ni de vomissement provoqué.

Ne pas faire boire l'enfant, encourager l'enfant à tousser;

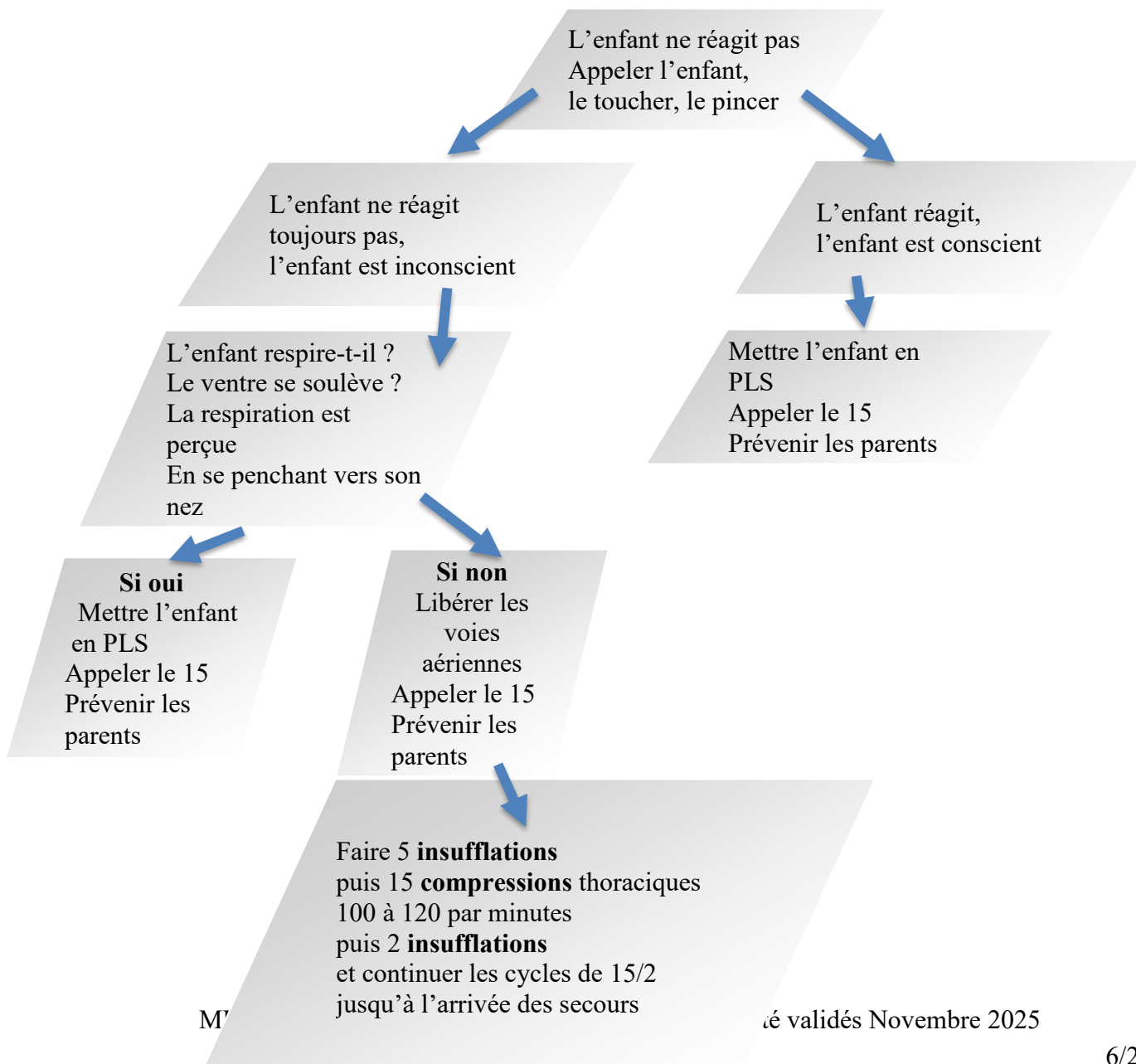
Ne pas tenter d'extraire l'objet s'il est au fond de la gorge au risque de l'enfoncer plus profondément

Surveiller attentivement l'enfant : Si la toux devient inefficace et que l'enfant montre des signes de fatigue, il convient alors d'appliquer la conduite à tenir devant une obstruction complète.

Prévenir les responsables santé et à défaut la personne responsable de la continuité de direction qui préviendra les parents, et remplira la déclaration d'accident.

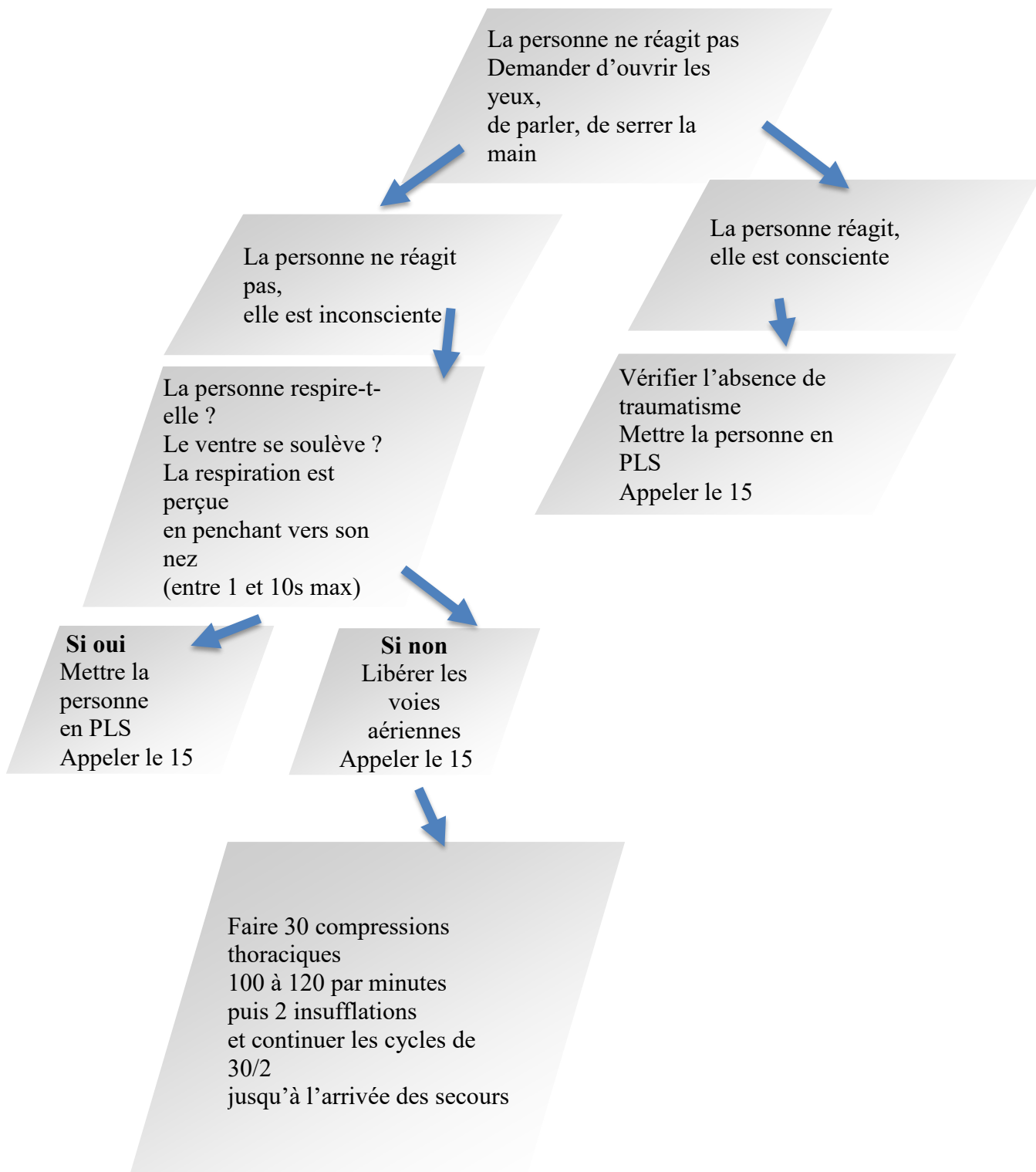
1.3 Schémas d'urgences enfants et adultes

a) Schéma d'urgence enfants



é validés Novembre 2025

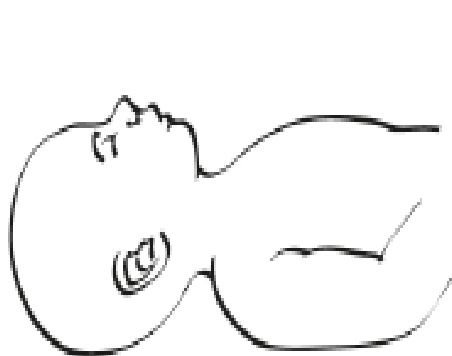
b) Schéma d'urgence adultes



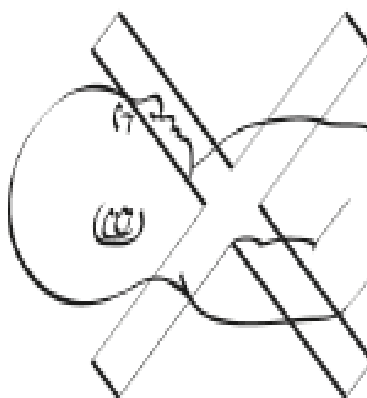
1.4 Les gestes techniques d'urgence

a) Libération des Voies Aériennes Supérieures :

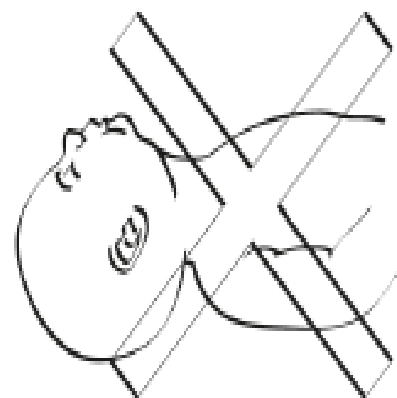
- Basculer la tête en arrière en mettant une main sur le front et lever le menton avec 2 ou 3 doigts de l'autre main chez l'adulte et l'enfant.
- Chez le nourrisson, amener doucement la tête du nourrisson en position neutre dans l'alignement du torse et élever le menton tout en évitant une bascule excessive susceptible de provoquer une extension du rachis cervical et une gêne de la ventilation.
- Ouvrir la bouche et retirer un éventuel corps étranger.



Correct



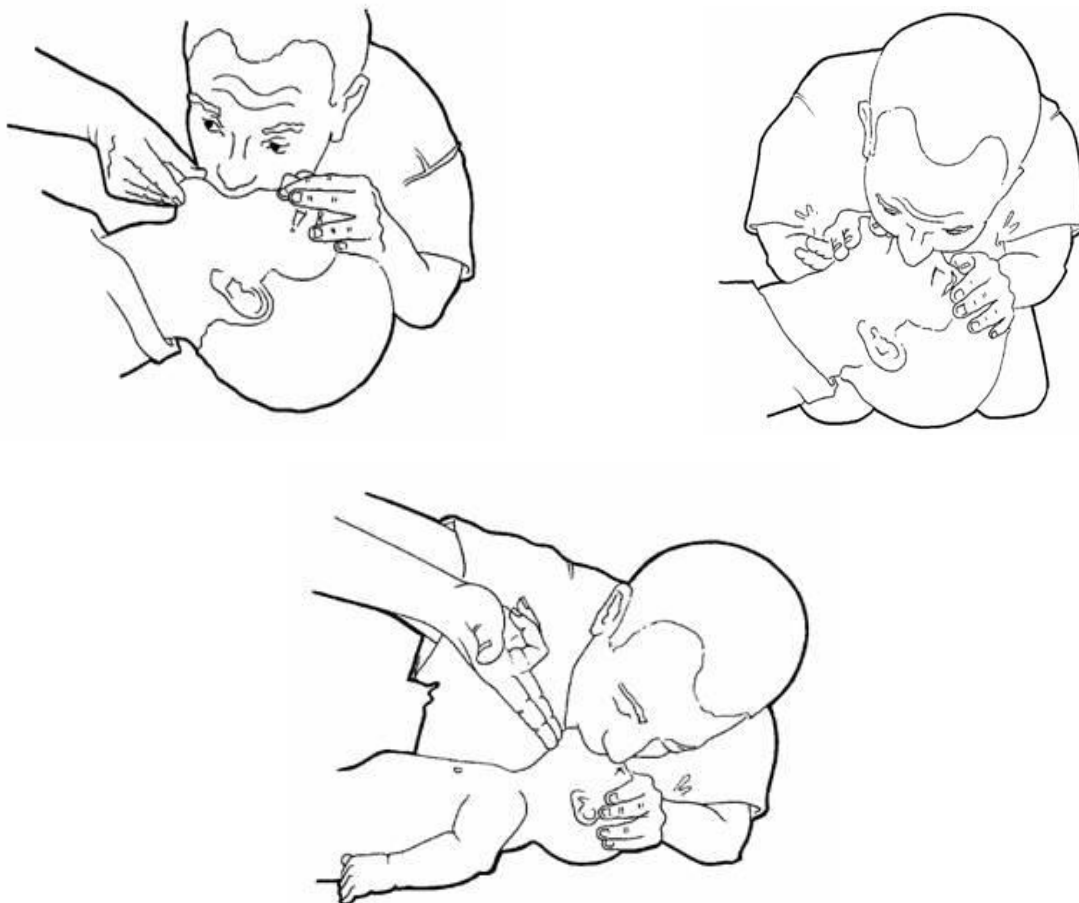
Incorrect



Incorrect

b) Les insufflations

Faire immédiatement 5 insufflations efficaces en utilisant le bouche-à-bouche chez l'enfant ou le bouche à-nez chez le nourrisson.



Bouche à bouche : Pincez le nez. Après avoir inspiré, appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant pour éviter les fuites.

Bouche à nez : Le sauveteur englobe la bouche et le nez du nourrisson.

Le volume des insufflations est plus faible.

L'efficacité de la ventilation se vérifie par le soulèvement et l'abaissement du thorax.

c) Technique des compressions thoraciques ou massage cardiaque externe chez le nourrisson (moins de 1 an)

- Allonger le nourrisson sur un plan dur,
- Localiser le sternum du nourrisson et placer la pulpe de 2 doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne imaginaire réunissant les deux mamelons.
- Comprimer le sternum avec la pulpe des 2 doigts d'environ 2 cm et avec une fréquence de 100 par minute.
- Après **15 compressions**, basculer la tête du nourrisson en arrière, élever le menton et réaliser **2 insufflations (1 s)**. L'arrêt du massage le temps de l'insufflation doit être inférieur à 5 s.

Les insufflations sont importantes chez l'enfant, car les causes d'arrêt sont respiratoires dans la majorité des cas et peuvent entraîner un arrêt cardiaque.

- Replacer la pulpe des 2 doigts sur le sternum et reprendre les compressions thoraciques en alternant 15 compressions thoraciques avec 2 insufflations.



d) Technique des compressions thoraciques ou massage cardiaque externe chez l'enfant de 1 à 8 ans

Allonger l'enfant sur un plan dur,

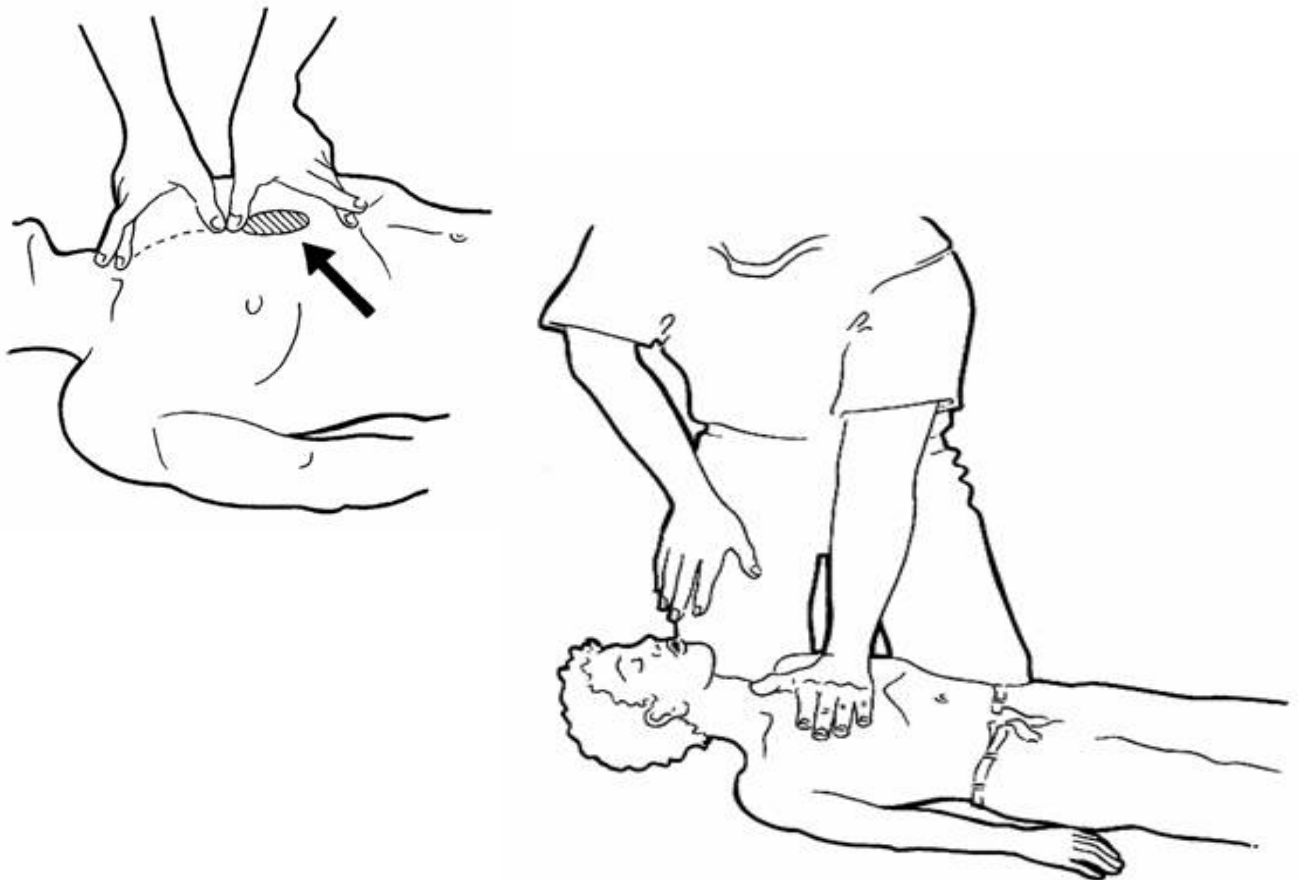
A cet âge, les compressions thoraciques sont réalisées avec un seul bras.

La zone d'appui est identique à celle de l'adulte : repérer la longueur totale du sternum, déterminer la moitié de cette longueur et placer l'appui juste en dessous du milieu repéré.

Bien relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes.

Se placer au-dessus de l'enfant et avec le bras tendu comprimer le thorax de 3 à 4 cm avec une fréquence de 100 par minute. Après 15 compressions, basculer la tête de l'enfant en arrière, élever le menton et réaliser une insufflation.

Continuer en alternant **15 compressions sternales avec 2 insufflations.**

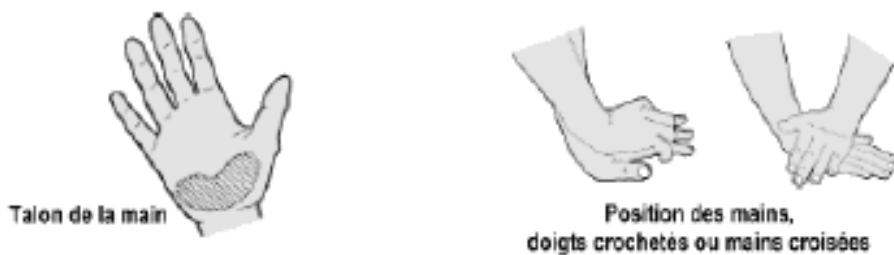


e) Technique des compressions thoraciques ou massage cardiaque externe chez l'adulte

Placer la personne sur un plan dur et déterminer la zone d'appui sur le sternum.

Placer le talon d'une main sur le haut de la moitié inférieur du sternum. L'appui se fait strictement sur la ligne médiane du thorax, sur le sternum et jamais sur les côtes.

Placer l'autre main au-dessus de la première en relevant les doigts pour qu'ils n'appuient pas sur les côtes.



Réaliser des compressions sternales de 4 à 5 cm en restant bien vertical au-dessus de la victime, les avant-bras bien tendus dans le prolongement des bras.

La durée de la compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax, la fréquence est de 100 à 120 par minute.

Intercaler **2 insufflations toutes les 30 compressions** du sternum. Les insufflations sont toujours recommandées mais ne sont pas obligatoires si la personne n'y est pas entraînée.

Après les insufflations, les mains seront placées directement sur le sternum sans nouvelle recherche de la zone d'appui.

Tous les 5 cycles : (un cycle = 30 compressions et 2 insufflations) chez l'adulte, interrompre la réanimation moins de 5 secondes pour rechercher une respiration spontanée.

Si le pouls et la respiration sont présents, mettre le malade en PLS (Position Latérale de Sécurité) et surveiller son pouls et sa respiration pour être prêt à reconduire la réanimation si besoin.



f) La mise en Position Latérale de Sécurité (PLS)

La position latérale de sécurité permet de maintenir libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge.



Chez le nourrisson :

Placer le nourrisson sur le côté, le plus souvent dans les bras du sauveteur, dos du nourrisson contre lui.

Chez l'adulte ou l'enfant :

1er temps : Préparer le retournement de la personne. Pour cela :

- ☐ Retirer les lunettes de la victime si elle en porte
- ☐ Rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe du corps
- ☐ Placer le bras de la personne, situé du côté sauveteur, à angle droit de son corps
- ☐ Plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la victime tournée vers le haut
- ☐ Se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime, au niveau de son thorax ;
- ☐ Saisir le bras opposé de la victime et amener le dos de la main de la victime sur son oreille, côté sauveteur
- ☐ Maintenir le dos de la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume ;
- ☐ Attraper la jambe opposée de la victime, avec l'autre main, juste derrière le genou
- ☐ Relever la jambe de la victime, tout en gardant le pied au sol
- ☐ S'éloigner du thorax de la victime afin de pouvoir la retourner sans avoir à reculer.

2^e temps : Retourner la personne. Pour cela :

- ☐ Tirer sur la jambe relevée de la victime afin de la faire pivoter vers le sauveteur, jusqu' à ce que le genou touche le sol, sans brusquerie et en un seul temps ;
- ☐ Dégager doucement la main du sauveteur située sous la tête de la victime, tout en préservant la bascule de la tête en arrière, en maintenant le coude de la victime à l'aide de la main du sauveteur précédemment située au genou.

1. L'alignement des jambes et la position du membre supérieur anticipent la position finale.
2. Lors du retournement, le maintien de la main de la victime contre son oreille permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel.
3. La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.
4. Le maintien de la main sous la tête de la victime limite les mouvements de la colonne cervicale.

3^e temps : Stabiliser la personne. Pour cela :

- ☐ Ajuster la jambe de la victime située au-dessus :
- ☐ En maintenant d'une main le bassin ;
- ☐ Et de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit ;
- ☐ Ouvrir la bouche de la victime sans mobiliser la tête et sans rabattre le menton sur le sternum ;

Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident.

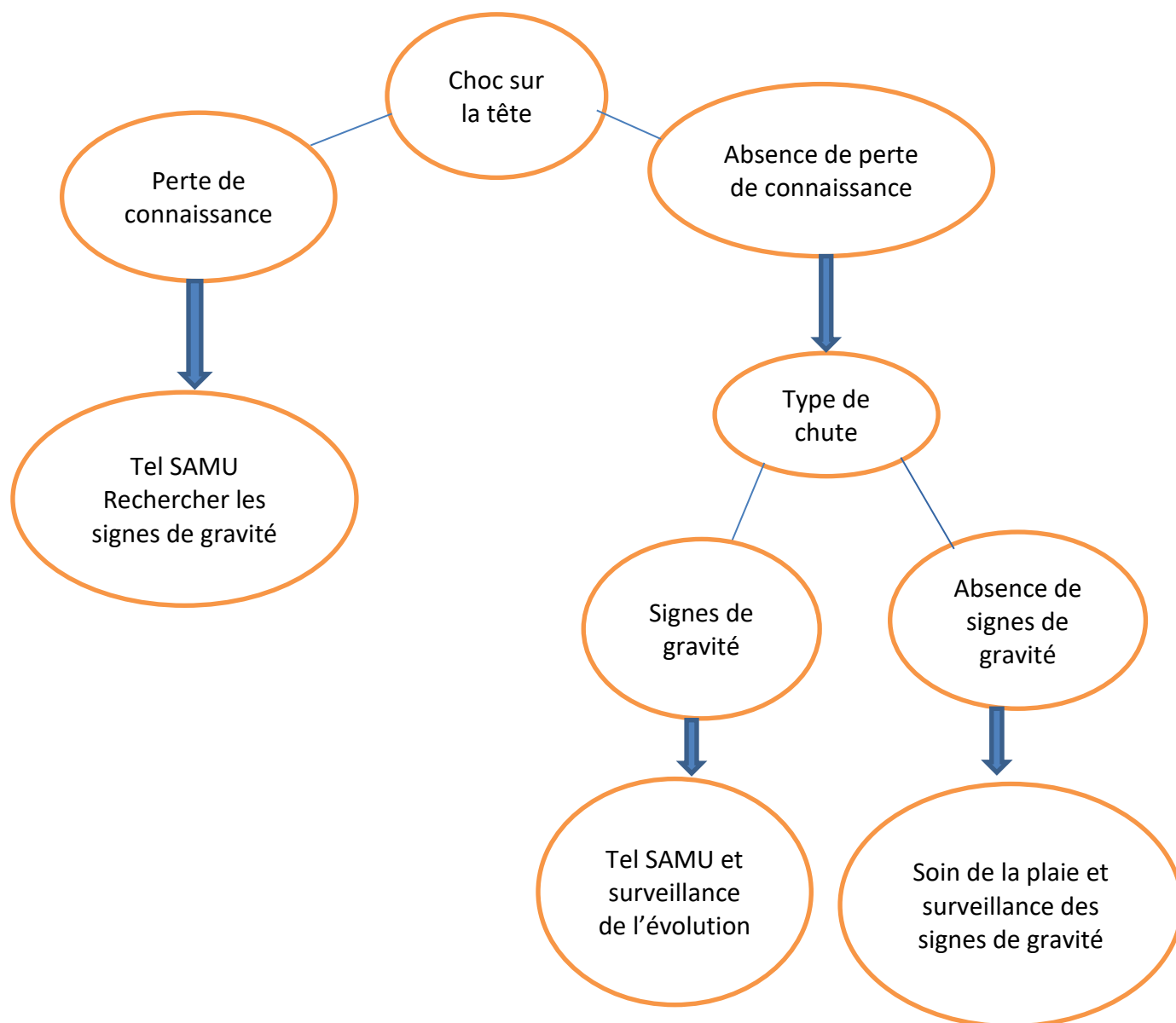
1.5 En cas de chute

a) En cas de choc sur la tête

Laisser l'enfant se relever.

Surveiller son comportement et son teint.

Recherche des signes de gravité qui nécessitent un appel du SAMU urgent



Signes de gravité

Type de chute

S'il vomit en jet ou vomissements répétés

S'il a mal à la tête,

Si irritabilité inhabituelle (pleure plus que d'habitude, voire geignements),

S'il saigne ou écoulement du nez ou de l'oreille,

S'il a un comportement inhabituel,

Si sa démarche est instable,

S'il y a une somnolence inhabituelle,

Si les pupilles se dilatent ou présentent une asymétrie,

Si hématome du cuir chevelu chez un enfant de moins de 2 ans

S'il perd connaissance secondairement, s'il devient pâle ou bleu, convulsions

Dans tous les cas les parents seront prévenus et consulteront leur médecin traitant ou les urgences suivant la gravité + déclaration d'accident

Type de chute :

Gravité si chute d'une hauteur sup à 90cm pour enfant de moins de 2 ans, 1m50 chez l'enfant de plus de 2 ans et/ou vitesse importante (ex : enfant qui court vite et tape une vitre)

Si petit choc avec hématome (sans facteur de gravité) :

- ☐ Rassurer l'enfant
- ☐ Maintenir quelques minutes un glaçon enveloppé dans un linge mouillé sur l'hématome.
- ☐ Donner du Paracétamol¹ en cas de douleur, dose adaptée au poids de l'enfant
- ☐ En cas de plaie, mettre des gants, laver la plaie à l'eau et au savon (ne pas mettre de pommade), et comprimer avec une compresse stérile et sèche si saignement plus important.
- ☐ Surveiller l'apparition des signes de gravité durant 24 h

Demander aux parents de surveiller l'enfant le soir et de consulter le médecin si nécessaire.

Si l'enfant a eu un traumatisme crânien avec perte de connaissance à la maison : consultation chez un médecin obligatoire avant retour en collectivité ou chez une assistante maternelle après 24 heures de surveillance à domicile.

Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours (selon les critères de gravité), préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident.

b) En cas de chute sans choc à la tête

- **Observer :**
Si l'enfant **bouge bien** tous les membres et de manière **non douloureuse** : déplacement symétrique, utilisation des bras, mains...
S'il n'y a **pas de déformation** d'une partie du corps ou un **hématome** : fracture ? Attention il peut y avoir une fracture sans déformation visible surtout chez l'enfant.
- **Rassurer l'enfant, évaluer la douleur si besoin** selon la [fiche d'évaluation \(cf 3.1\)](#)
- **Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui préviendra les parents, remplira la déclaration d'accident (selon la gravité) et donnera du paracétamol si besoin.**
- **Si signes de gravité**, appeler le 15 , **rassurer l'enfant, immobiliser le membre** selon les indications du 15 si nécessaire, ne pas faire boire, ni manger selon les indications.
- **En cas de plaie**, mettre des gants, laver la plaie à l'eau et au savon (ne pas mettre de pommade), et comprimer avec une compresse stérile et sèche si saignement plus important.

¹ *donné après vérification du document médical d'entrée rempli par le médecin traitant ou avis du 15*

1.6 En cas de convulsions

Qu'est-ce que c'est ?

C'est un enfant qui a perdu connaissance, et qui est agité de mouvements saccadés de tout le corps ou d'une partie (membres, bouche). L'enfant peut avoir les yeux réversés.

Quelle est la conduite à tenir ?

1 personne prend en charge l'enfant, le rassure et le protège

1 autre personne prévient le 15

Et le reste de l'équipe prend en charge le reste du groupe d'enfants

Crise convulsive dans le cadre d'un PAI : se reporter au PAI

Si première crise convulsive :

1. Noter l'heure de début et la durée de la crise,
2. Le protéger en enlevant les objets dangereux,
3. Le mettre en Position Latérale de Sécurité au sol dès que possible,
4. S'assurer que l'enfant n'a rien dans la bouche, sans rien y introduire. Desserrer ses vêtements, surveiller sa respiration,
5. Demander à une personne d'appeler le SAMU et appliquer les consignes.
6. Prendre la température dès que possible et donner du paracétamol² en suppositoire si celle-ci est supérieure à 38 °C, dose adaptée au poids de l'enfant (et le découvrir)
7. Ne pas faire de bain, ni d'enveloppement frais
8. Prévenir les parents
9. Laisser l'enfant en PLS sous surveillance de l'adulte, en attendant l'intervention des secours.

Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours (selon les critères de gravité) et préviendra les parents.

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

1.7 En cas de spasme du sanglot

Qu'est-ce que c'est ?

Les spasmes du sanglot sont des malaises que font les nourrissons au décours des pleurs.

Ils surviennent chez environ 5 % des enfants entre 6 et 18 mois mais peuvent s'observer jusqu'à l'âge de 6 ans.

Ces malaises surviennent le plus souvent en présence d'une personne importante pour l'enfant (en présence des parents habituellement).

C'est très impressionnant, mais il n'y a pas de gravité, pas de conséquences pour l'enfant.

Quels sont les symptômes ?

Les spasmes du sanglot sont brefs (moins d'une minute) et comprennent quatre phases caractéristiques

- Ils sont déclenchés par un événement émotionnel tel que la frustration, la contrariété ou une colère. Cette séquence peut également être déclenchée par une douleur soudaine ou une frayeur.
- Ils débutent par des pleurs intenses et brefs (environ 15 secondes) ou parfois une sidération (il ne bouge plus, ne réagit plus aux stimulations).
- Ensuite l'enfant se tait, il interrompt sa respiration en expiration. Il devient rapidement bleu, mou et perd contact de manière brève. Dans la plupart des cas il perd connaissance, suivi occasionnellement d'une convulsion de quelques secondes. L'enfant se raidit et peut avoir des secousses des bras.
- Après moins d'une minute, il reprend connaissance. Il récupère rapidement et a un comportement normal et habituel.

Quelle est la conduite à tenir ?

• Si l'enfant a déjà eu des spasmes du sanglot, l'épisode est typique :

- Rester calme, attendre la fin de l'épisode
- Dans la forme typique ni aucun examen, ni aucun traitement ne sont nécessaires.
- **Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui préviendra les parents.**

• Si l'enfant n'a jamais fait de spasmes du sanglot ou si perte de connaissance avec chute ou convulsion alors que l'enfant a déjà fait un spasme du sanglot :

- Éloigner le groupe d'enfants
- Rester calme
- Mettre l'enfant en PLS, rester auprès de l'enfant
- Appeler le 15 et suivre les consignes
- **Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours et préviendra les parents.**

Ce qu'il ne faut pas faire : il ne faut pas secouer l'enfant

Existe-t-il des moyens de prévention ?

Il est conseillé d'aider autant que possible l'enfant à surmonter les frustrations et de ne pas prêter trop d'attention à ces épisodes. Vous ne devez pas renoncer aux mesures éducatives par peur de les déclencher ; il est important de signifier à l'enfant que l'on n'est pas d'accord avec son comportement.

D'après la fiche des Urgences pédiatriques médico-chirurgicales Service du Pr Carbajal, Hôpital Armand Trousseau 03/06/2018

1.8 En cas de doigt écrasé

1.8.1 Doigt pincé :

- Appliquer un glaçon enveloppé dans un linge mouillé pendant 5 minutes. Donner du Paracétamol³* si douleur importante.

Si aspect douteux (plaie, déformation, changement de couleur...), ne pas donner à boire et consultation médicale obligatoire.

Si l'ongle est bombé et bleu :

- Avertir les parents pour qu'ils consultent les urgences.
- Donner du paracétamol³ pour calmer la douleur.

Si le doigt est enflé et très douloureux :

- Avertir les parents pour qu'ils consultent les urgences.
- Donner du paracétamol* pour calmer la douleur.

1.8.2 Dans le cas extrême, de section du doigt :

- ☐ Appel SAMU
- ☐ Le fragment doit être enveloppé dans une compresse ou un tissu propre, dans un sac plastique, dans un bac de glace ; pas de contact direct entre le doigt et la glace.
- ☐ Faire une désinfection de la plaie + pansement compressif.
- ☐ Ne rien donner à boire et à manger.

Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident.

³ Donné après vérification du document médical d'entrée rempli par le médecin traitant ou après appel du 15

1.9 En cas de gêne respiratoire

a) Conduite à tenir

- ☐ Prévenir la responsable, son adjointe ou la personne chargée de la continuité santé
- ☐ Mettre l'enfant en position demi-assise et le garder près du personnel (surtout ne pas l'allonger).
- ☐ Desserrer les vêtements.
- ☐ Le rassurer.
- ☐ Prendre sa température.
- ☐ Vérifier l'absence de corps étranger dans la bouche.
- ☐ Surveiller l'évolution des signes.
- ☐ Vérifier dans le dossier s'il y a des antécédents d'asthme avec ou sans PAI, un protocole médical...
- ☐ Rechercher des signes de gravité :

- Cyanose péribuccale (lèvres bleues),
- Pâleur
- Geignements
- Battement des ailes du nez,
- Balancement thoraco abdominal (creusement du ventre)
- Tirage : on observe un creusement au niveau des côtes, au-dessus du sternum
- Cornage : sifflement et bruit inquiétant.

- ☐ En cas d'apparition de ces signes de gravité : APPEL DU SAMU

Prévenir la direction, à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui qui évaluera si les parents doivent être prévenus pour une consultation médicale.

- ☐ Traitement associé :

Le Salbutamol / Ventoline se donne à l'aide d'une chambre d'inhalation, type "babyhaler", propre à chaque enfant.

En cas de crise d'asthme, la VENTOLINE doit être administrée suivant l'ordonnance de l'enfant. Elle peut nécessiter un protocole spécifique (PAI) en cas de maladie chronique.

Le Spray de Ventoline/Salbutamol est utilisable jusqu'à sa date de péremption quelle que soit sa date d'ouverture.

Il est administré sur prescription médicale (ordonnance ou protocole de l'enfant, avis SAMU...).

c) Mode d'emploi de la chambre d'inhalation

- Installer l'enfant confortablement (sur vos genoux par exemple), en position assise, sans tétine. Il est préférable de ne pas administrer le traitement pendant le sommeil, mais c'est une option possible si on ne peut pas faire autrement.
- Secouer le spray pour homogénéiser le gaz propulsif et le produit actif. Si le spray est neuf ou n'a pas été utilisé depuis plus de 3 semaines : faire une pulvérisation « dans le vide ». Placer la VENTOLINE au bout de la chambre d'inhalation.
- Placer le masque hermétiquement sur le visage de l'enfant, recouvrant le nez et la bouche.
- Faire une première pulvérisation et compter au moins 6 respirations (10 dans une chambre d'inhalation longue). Les respirations peuvent être comptées en surveillant la valve inspiratoire si la chambre en a une, ou en plaçant la main sur le ventre de l'enfant. Inciter l'enfant à respirer calmement (en l'apaisant par exemple avec une chanson...).
- Faire la 2^e pulvérisation immédiatement après, compter les 6 à 10 respirations et ainsi de suite selon le nombre de bouffées prescrites (il n'est pas nécessaire d'attendre ou d'enlever la chambre entre les pulvérisations).
- Rincer le pourtour de la bouche à l'eau (seulement pour les enfants à la peau fragile).

La Ventoline est un bronchodilatateur. Ce n'est donc pas un corticoïde (comme le Flixotide à risque d'effet indésirable de candidose buccale). Il n'est donc pas nécessaire de rincer la bouche de l'enfant et de lui donner un verre d'eau.

d) Nettoyage de la chambre d'inhalation :

Séparer le masque et la chambre

Laver le masque une fois par jour à l'eau et au savon. Laissez sécher sur un plan propre

Laver la chambre une fois par semaine à l'eau et au savon. Laissez sécher sur un plan propre

Attention ne pas frotter la chambre pour l'essuyer pour ne pas créer d'électricité statique qui pourrait retenir les molécules contre les parois de la chambre.

Vérifiez régulièrement la bonne position des valves.

Une chambre doit être changée si le plastique est devenu opaque, si la paroi intérieure est rayée, si une fissure ou une attache cassée rend la chambre non étanche.

La chambre doit être rendue aux parents à la fin de l'année.

1.10 En cas de laryngite

Qu'est-ce que c'est ?

- ☐ Difficulté à respirer avec un bruit inspiratoire et sifflant
- ☐ Voix rauque, toux aboyante
- ☐ Signes de gravité :
 - Fièvre supérieure à 39 °C et mauvais état général
 - Tirage sus-sternal puis intercostal (on observe un creux au-dessus du sternum)
 - Battement des ailes du nez
 - Cornage (sifflement et bruit inquiétant)
 - Cyanose
 - Respiration rapide (supérieure à 40 / minute)

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ Laisser l'enfant en position assise
- ☐ Humidifier l'atmosphère (ex : faire couler l'eau chaude dans la pièce où est l'enfant)
- ☐ En cas de signe de gravité : Appeler le SAMU

1.11 En cas de brûlure

- ☐ Éteindre les flammes avec une couverture non inflammable (éviter une polaire)
- ☐ Appeler le SAMU et les parents.
- ☐ Ne pas chercher à enlever les vêtements s'ils sont collés.

Si brûlure peu étendue et superficielle (inférieure à 1 paume de main de l'enfant 1 % ; rougeur) :

Mettre sous l'eau tiède 15 minutes à 15 cm en amont de la brûlure pour éviter la douleur liée à la puissance du jet et permettre le ruissellement de l'eau (exemple, faire couler l'eau sur l'avant-bras à 15 cm en amont d'une brûlure de la main)

Donner du Paracétamol⁴ pour la douleur. Sécher en tamponnant sans frotter. Faire un pansement sec.

Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui préviendra les parents, qui conseillera de consulter un médecin pour un traitement adapté et qui remplira une déclaration d'accident.

Si la brûlure est étendue et/ou sur certaines parties de corps (visage, cou, main, plis, parties génitales) **et/ou non superficielles** (cloque, perte de sensibilité)

Mettre sous l'eau tiède 15 minutes à 15 cm en amont de la brûlure pour éviter la douleur liée à la puissance du jet et permettre le ruissellement de l'eau (exemple, faire couler l'eau sur l'avant-bras à 15 cm en amont d'une brûlure de la main) et **appeler le SAMU**.

Faire **boire** l'enfant selon les indications du 15

⁴Donné après vérification du document médical d'entrée rempli par le médecin traitant et après appel du 15

Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents, et remplira la déclaration d'accident.

1.12 En cas de réaction allergique

Qu'est-ce que c'est ?

Les signes cliniques peuvent aller de l'urticaire au choc anaphylactique.

Ils surviennent de quelques minutes à 2 h après l'exposition à l'allergène.

Quelle est la conduite à tenir ?

Rassurer l'enfant

- ☐ **En cas de PAI**, appliquer les consignes sans attendre (**CF Annexe n° 9 concernant l'EPIPEN**)
- ☐ **En cas de symptômes modérés** (urticaire localisée, piqûre d'insecte avec forte réaction locale) : appliquer du froid et prévenir les parents
- ☐ **En cas de signes cutanéomuqueux généralisés** (érythème, prurit, œdème, gêne respiratoire) ou s'il y a des signes de gravité à type de malaise sueurs profuses, troubles digestifs, détresse respiratoire, accélération du rythme cardiaque (choc anaphylactique) :
 - Allonger l'enfant jambes surélevées
 - Prendre impérativement l'avis du SAMU qui dictera la conduite à tenir
 - **Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident.**

1.13 En cas de piqûre (guêpes, abeilles)

- ☐ Rassurer l'enfant
- ☐ Essayer d'enlever le dard si piqûre d'abeille avec un objet non tranchant type carte vitale, il faut éviter la pince à épiler pour ne pas appuyer sur le sac à venin,
- ☐ Nettoyer à l'eau et au savon
- ☐ Mettre une compresse chaude sur le point de piqûre
- ☐ Surveiller l'enfant
- ☐ Donner du Paracétamol si douleur

En cas de signes cutanéomuqueux généralisés (érythème, prurit, œdème, gêne respiratoire) ou s'il y a des **signes de gravité à type de malaise** sueurs profuses, troubles digestifs, détresse respiratoire, accélération du rythme du rythme cardiaque (choc anaphylactique) ou si **piqûre dans la bouche** :

— Allonger l'enfant jambes surélevées, le rassurer et appeler le 15, qui dictera la conduite à tenir pour les médicaments à donner et **dans tous les cas, prévenir la direction et à défaut la**

personne chargée de la continuité santé qui préviendra les parents et remplira une déclaration d'accident.

1.14 En cas d'ingestion d'un corps étranger

Qu'est-ce que c'est ?

C'est le passage d'un corps étranger dans l'œsophage puis l'estomac. La variété des corps étrangers ingérés est grande, avec en première place les piles boutons, les pièces de monnaie, mais en fait tout petit objet laissé à la portée des jeunes enfants (perles, aiguilles, billes, bijoux, morceaux de verre, vis et clous, aimants, jouets inadaptés à l'âge, etc.). **80 % des corps étrangers sont expulsés dans les selles sans dommage**, dont une grande partie dont l'ingestion a été méconnue !

Quels sont les symptômes ?

Les **signes de blocage** dans l'œsophage sont :

- La gêne à la déglutition (pour avaler)
- La douleur thoracique,
- Le rejet permanent de salive. (bavage)

Si l'enfant tousse, il peut s'agir d'une inhalation de corps étranger

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ **Prévenir la direction et à défaut la personne chargée de la continuité de direction.**
- ☐ **Appeler le 15** qui vous guidera
- ☐ Quel que soit l'objet, s'il est **bloqué dans l'œsophage**, il s'agit d'une **urgence absolue** nécessitant l'hospitalisation immédiate de l'enfant, attention en cas de **toux, même passagère**, de douleur ou de sensation de blocage de la salive.
- ☐ **Ne faites pas vomir l'enfant** (nouveau passage dans l'œsophage, risque de passage vers les poumons, risque de mousse abondante...), **ne lui donnez pas à manger ou à boire.**
- ☐ S'il n'y a pas de signe d'un blocage dans l'œsophage, tout va dépendre de la taille de l'objet et de sa forme, un avis médical est nécessaire. **Avant cette consultation, l'enfant doit être laissé à jeun** (un repas même léger empêche de réaliser une endoscopie pendant 6 heures). Penser à donner un objet identique à celui ingéré pour aider les médecins à évaluer le risque. Précisez bien **l'heure de l'ingestion** et **l'heure du dernier repas**
- ☐ Prévenir les parents
- ☐ Surveiller les selles et l'apparition du corps étranger à distance si pas de gravité

Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents, et remplira la déclaration d'accident

Pour information : quels sont les risques ?

Dans l'œsophage, le risque est celui d'une **perforation**, gravissime, ce qui justifie une endoscopie en urgence.

Les piles boutons sont très dangereuses si elles stagnent dans l'œsophage. Dans l'estomac, les piles peuvent entraîner des ulcères ; il est possible de se donner quelques heures avant d'organiser une endoscopie, en particulier pour les piles de petite taille.

Les **corps étrangers volumineux** peuvent se bloquer et ne plus pouvoir sortir, ou sortir de l'estomac et se bloquer plus bas, à un lieu où seule la chirurgie est possible.

Les **corps étrangers agressifs** peuvent perforer le tube digestif (**aiguilles, épingles, épingles à nourrices ouvertes, grande écaille de verre à pied**).

Les aimants nécessitent une attitude particulière : un seul aimant ne fait courir de risque que dans l'œsophage, ou par sa taille, dans l'estomac. En revanche, **deux aimants** peuvent suivre un cheminement différent et se « retrouver » plus bas dans des anses digestives voisines et se solidariser en serrant les parois, entraînant une perforation. Certains jeux pour enfants contiennent des aimants très puissants qui sont particulièrement dangereux en cas d'ingestion multiple.

Les colliers d'ambre sont dangereux, surtout par le risque d'étranglement plus que par l'ingestion de perles.

Les corps étrangers non agressifs (bille, pièce, petites vis, fragment de verre « securit » ...) ont de bonnes chances de passer sans dommage par le transit et de se retrouver dans les selles. Au-delà de 3 semaines dans l'estomac, une endoscopie doit être organisée.

Une fois que le corps étranger a passé l'estomac, il est en général hors de portée de l'endoscopie. Il faut surveiller l'enfant et consulter en cas de symptômes (douleurs abdominales, vomissements) ou si l'objet n'est pas évacué dans les selles en 2-3 jours. Si l'objet est agressif (aiguille par exemple, deux ou plusieurs aimants) l'enfant sera gardé à l'hôpital

1.15 En cas d'intoxication liée à l'ingestion d'un produit toxique

Ne pas donner à boire, ni à manger, ne pas faire vomir.

Téléphoner au **centre antipoison 04.72.11.69.11 (Lyon, Rhône)** et suivre les consignes précises :

Préciser :

- La nature et la marque du produit
- La quantité absorbée
- L'heure d'absorption
- Le poids et l'âge de l'enfant
- Bien garder le reste du produit ingéré et si possible l'emballage et les vomissures s'il y a.

Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident

1.16 En cas d'inhalation de corps étranger

Qu'est-ce que c'est ?

L'inhalation (pénétration dans les **voies respiratoires**) de corps étranger chez l'enfant est une urgence. On en dénombre près de 700 cas par an en France. Elle touche notamment les enfants en dessous de 4 ans. Il existe plusieurs types d'accident avec les corps étrangers et chacun nécessite une conduite à tenir différente, il est donc important de savoir les différencier correctement.

L'inhalation consiste en la **pénétration brutale, fortuite et accidentelle** d'un corps étranger de **petite taille ou long et effilé**, qui, suite à une **inspiration** violente, a réussi à traverser les cordes vocales et se retrouve dans la trachée et très rapidement **dans une bronche principale**.

Avant 4 ans, cet accident arrive le plus souvent avec des **corps végétaux, des graines** (75 % des cas). On pense principalement aux fruits à coque mais en crèche il peut s'agir aussi de corps étrangers **métalliques ou plastiques, issus d'objets ou de jouets (nez de peluche, perles, œil de poupée, capuchon de stylo...)**.

L'inhalation se produit au cours du repas ou d'un jeu, sous l'effet d'un état de **surprise** (chute, choc, cris violents à proximité, aboiements...).

L'inhalation est un événement qui arrive de manière **soudaine** chez un enfant qui n'a pas de problème de santé en particulier. **Quels sont les symptômes ?**

C'est le **syndrome de pénétration** typique, avec une **toux immédiate, violente, prolongée**. L'enfant est **agité** et son visage prend une coloration **bleutée (cyanose)**.

Il arrive parfois que personne ne se rende compte de l'accident. L'enfant est seul, quand l'inhalation se produit, ou du fait de la relative brièveté de l'accès de toux, nous pouvons penser que l'enfant « a avalé de travers » et oublier l'incident : Dans ce cas des signes broncho-pulmonaires vont apparaître dans les 15 jours qui suivent, faisant évoquer une infection pulmonaire. Une consultation médicale sera nécessaire pour discuter des examens complémentaires.

Quelle est la conduite à tenir ?

- ☐ **Prévenir la direction et à défaut la personne responsable de la continuité de santé qui contactera les secours, préviendra les parents et remplira la déclaration d'accident**
- ☐ **S'il tousse, c'est qu'il respire. Il ne faut surtout rien faire dans l'immédiat.**
Malgré la durée de la toux, elle n'est pas « efficace ». Le corps étranger va donc continuer sa descente dans les voies respiratoires, avant de se bloquer dans une bronche intermédiaire. La toux cesse alors, l'enfant respire à nouveau normalement et rosit...

Il faut appeler le 15 pour un avis orl en urgence afin de retirer le corps étranger.

- ☐ **Si l'enfant ne tousse pas, ce n'est pas une inhalation**, le corps étranger va complètement obstruer le fond de la gorge, recouvrir la glotte (larynx) et entraîner une asphyxie immédiate avec arrêt respiratoire, cyanose intense, immobilité de l'enfant, qui a la bouche ouverte. **Il n'y a dans ce cas, jamais de toux.**

Il faut appeler le 15 et en même temps commencer les gestes d'urgence comme sur le protocole.