

PROTOCOLES SANTE ET RECOMMANDATIONS

Etablissement d'Accueil du
Jeune Enfant





Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

SOMMAIRE

PROTOCOLES D'URGENCE p.4

RECOMMANDATIONS DE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES MEDICALES.....	5
DETRESSE RESPIRATOIRE	6
CRISE D'ASTHME.....	7
CONVULSIONS	8
ETOUFFEMENT PAR UN CORPS ETRANGER....	9
METHODE HEIMLICH.....	10
ENFANT INCONSCIENT	11
ENFANT INCONSCIENT SANS RESPIRATION	12
REANIMATION CARDIO RESPIRATOIRE	13

PROTOCOLES MEDICAUX p.14

FIEVRE.....	15
DOULEURS	17
VOMISSEMENT.....	18
DIARRHEE.....	19
ERYTHEME FESSIER.....	20
CONJONCTIVITE.....	21
CHUTES	22
PIQÛRE D'ABEILLE/GUÊPE OU INSECTE	23
PLAIES	24
PRESENCE D'UN CORPS ETRANGER.....	26
SAIGNEMENT DE NEZ.....	27
BRULURES	28
DOULEURS DENTAIRE.....	29
INSOLATION	30
MORSURE DE TIQUE.....	31

CONDUITES A TENIR ET RECOMMANDATIONS p.32

LAVAGE DES MAINS	33
LAVAGE DU NEZ	35
ALLAITEMENT MATERNEL A LA CRECHE	36
PREPARATION DES BIBERONS	39
PREVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON	44
RAPPEL.....	46
MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE	47
TOXI INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE.....	48
FICHE TECHNIQUE – ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT SUR ORDONNANCE.....	52
PRECONISATIONS EN CAS DE FORTES CHALEURS.....	53
SPASME DU SANGLOT.....	54



Etablit en groupe de travail : M. Pecout, A. L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Liste des numéros de téléphone d'urgence

SERVICES LOCAUX

Pompiers : 18

Police secours : 17

Commissariat Central : 04 78 78 40 40

Police municipale - PC Radio : 04 72 10 39 00

Urgences personnes sourdes : 114

SANTE

URGENCES MEDICALES CENTRE : 15

SAMU : 04 72 68 93 00

CENTRE ANTIPOISON : 04 72 11 69 11

SOS LYON MEDECINS : 04 78 83 51 51

VEILLE SOCIALE

Enfance maltraitée

Assistance et accueil téléphonique

24h sur 24 : **119** numéro gratuit

PROTOCOLES



D'URGENCES



Etablit en groupe de travail : M. Pecout, A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

RECOMMANDATIONS DE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES MEDICALES

Appel d'urgence au SAMU

- Une personne reste à côté de l'enfant et applique les « consignes d'urgence »
- Une 2^{de} personne appelle le SAMU
- Une 3^{ème} personne s'occupe du groupe d'enfant.

Composer le 15

- Renseignements à donner dans l'ordre suivant :
- Je m'appelle :
- Je travaille :
- Le problème concerne :
 - Une allergie, une chute, une plaie, une brûlure, une crise d'asthme, un étouffement....
- L'enfant présente :
 - Convulsion avec ou sans traumatisme
 - Perte de connaissance avec ou sans traumatisme
 - Gêne respiratoire
 - Eruption généralisée, gonflement
 - ..
- A la crèche, il y a (nom des médicaments):
.....
.....
- Les médicaments donnés et à quelle heure.
- Répondre aux questions du Samu.

ATTENTION

**Bien raccrocher le combiné lorsque le médecin du Samu
vous le dit.**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

DETRESSE RESPIRATOIRE

Quel contexte ?

- ✓ Crise d'asthme chez asthmatique connu : PAI à disposition
- ✓ Bronchite asthmatiforme/bronchiolite/asthme non connu : contexte de rhino, toux, +/- fièvre
- ✓ Corps étranger : cf protocole
- ✓ Œdème de Quincke = réaction allergique aiguë (urticaire, gonflement et gêne respiratoire) : APPEL SAMU

Symptômes :

- Respiration rapide (polypnée)
- Sueurs
- Pâleur, yeux cernés
- Cyanose buccale (lèvres bleues)
- Tirage respiratoire (intercostal, susternal) = creusement du thorax lors de l'inspiration
- Mouvements respiratoires inversés (balancement thoraco-abdominal :
 - A l'inspiration : gonflement du thorax et enfoncement de l'abdomen
 - A l'expiration : effondrement du thorax et gonflement de l'abdomen)
- Battement des ailes du nez = dilatation de l'orifice des narines à chaque inspiration
- « Cherche son air »
- Geignements pour les plus petits
- Refus alimentaire

**ALLO
SAMU = 15**

CONDUITE A TENIR

- ✓ L'installer en **position demi-assise** (transat)
- ✓ **Isoler** l'enfant au calme
- ✓ *Lavage de nez si encombré*
- ✓ Prévenir le responsable de l'établissement
- ✓ Prévenir les parents, l'enfant doit pouvoir avoir une consultation médicale dans les meilleurs délais
- ✓ **Déshabiller l'enfant et le surveiller**
- ✓ **Rassurer** l'enfant et rester calme auprès de lui
- ✓ **NE PAS DONNER A BOIRE OU A MANGER !**



Etabli en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

CRISE D'ASTHME

Les manifestations de l'asthme peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée, mais elles surviennent surtout en pleine nuit ou au petit matin (la personne asthmatique se réveille parce qu'elle a du mal à respirer ou à cause de la toux).

SIGNES CLINIQUES DE LA CRISE D'ASTHME AIGUE

- ❖ Toux sèche, irritative
- ❖ Gêne respiratoire
- ❖ Essoufflement
- ❖ Respiration sifflante
- ❖ Cyanose péribuccale = contour des lèvres bleues
- ❖ Pâleur
- ❖ Battements des ailes du nez

SIGNES CLINIQUE DE LA CRISE D'ASTHME GRAVE

- Difficultés respiratoires
- Essoufflement intense
- Tirage à l'inspiration
- Cyanose, sueurs, tachycardie...



Bon à savoir : ces symptômes peuvent être déclenchés ou aggravés par le rhume, la grippe, la pollution, la fumée de cigarette, les parfums, les solvants, l'air froid, ou la pratique d'un sport.

Que faire ?

S'il y a un PAI, le suivre scrupuleusement.

Si absence de PAI ou ordonnance :

- **Rassurer** l'enfant, l'installer en **position demi-assise**, rester près de lui
- Composer le **15** et suivre les indications du médecin urgentiste
- Informé la responsable et les parents

**ALLO
SAMU = 15**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

CONVULSIONS

Agir rapidement et dans le calme. Eloigner le groupe d'enfants.

Il existe 2 contextes de crise convulsive : avec ou sans fièvre. Les crises convulsives avec fièvre se produisent généralement après une brusque variation de la température de l'enfant, ou en cas d'infections (virus, méningites...).

Elles sont fréquentes entre 12 mois et 6 ans. Dans le cas d'enfants ayant déjà présentés des crises convulsives hyperthermiques, un PAI doit être envisagé avec les parents et le médecin traitant.

SIGNES

**ALLO
SAMU =
15**

- ❖ Contractions musculaires involontaires et rythmiques, localisées ou généralisées
- ❖ Mouvements oculaires anormaux
- ❖ Perte de contact : l'enfant semble absent, ne répond pas, a les yeux fixes
- ❖ Possibilité d'une perte de connaissance initiale ou secondaire

➔ **Un seul de tous ces signes doit mettre en alerte les professionnels.**

QUE FAIRE ?

S'il y a un PAI, le suivre scrupuleusement.

- **Eloigner les objets** autour de l'enfant susceptibles de le **bless**er
- Mettre l'enfant au sol, et l'installer en **PLS**, surtout s'il est **inconscient**
- Appeler le **15** (dans l'idéal par une tierce personne)
- **Rester près de lui** et surveillez qu'il ne se blesse pas (vous pouvez lui soutenir la tête)
- **Enlever** sucette et lunettes
- **Surveiller** : l'état de conscience, les mouvements anormaux du corps
- **Ne pas donner à boire à l'enfant**
- **Attendre** l'arrivée du SAMU en **rester calme et rassurer l'enfant** même s'il paraît « absent »



Des convulsions sans fièvre sont un signe de gravité et d'urgence : à préciser aux secours si la prise de température est envisageable.

Mentionner s'il y a eu notion de traumatisme crânien dans les 48 dernières heures.

Surveiller attentivement les enfants pendant la sieste, surtout s'ils ont de la fièvre.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

ETOUFFEMENT PAR UN CORPS ETRANGER

SIGNES :

- ❖ Accès brusque de toux sèche
- ❖ L'enfant porte ses mains à la gorge
- ❖ L'enfant ne peut plus parler ni crier
- ❖ L'enfant ne peut plus respirer ou tousser
- ❖ Cyanose (coloration bleutée lèvres, oreilles, ongles)

ALLO
SAMU =
15

→ **SI L'OBSTRUCTION N'EST QUE PARTIELLE**, limiter les gestes, laisser l'enfant se placer dans la position qu'il souhaite (assis généralement) et encourager le à tousser.

Si l'obstruction est TOTALE :

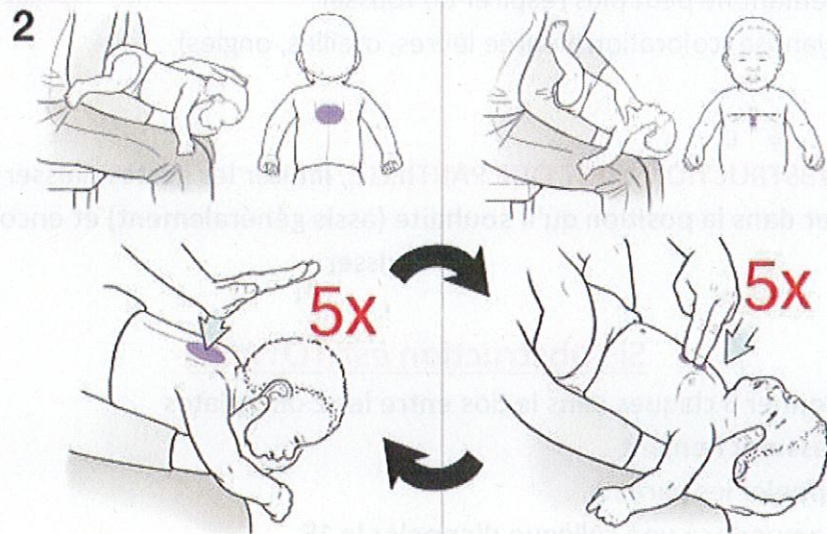
- Donner 5 claques dans le dos entre les 2 omoplates
- Rassurer l'enfant
- Appeler les parents
- Demander à une collègue d'appeler le 15

→ Si l'obstruction **PERSISTE**, pratiquer la **METHODE DE HEIMLICH** :
Placez-vous derrière l'enfant et réalisez 5 compressions abdominales : mettez le poing sur la partie supérieure de l'abdomen au creux de l'estomac et remontez d'un geste ferme en exerçant une pression vigoureuse vers le haut.

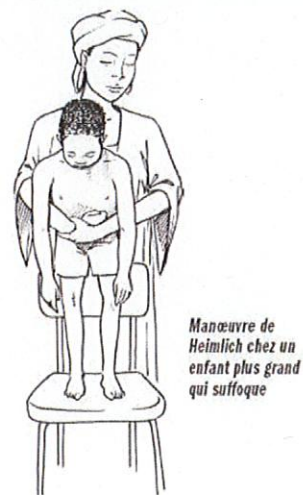


METHODES HEIMLICH

Nourrisson

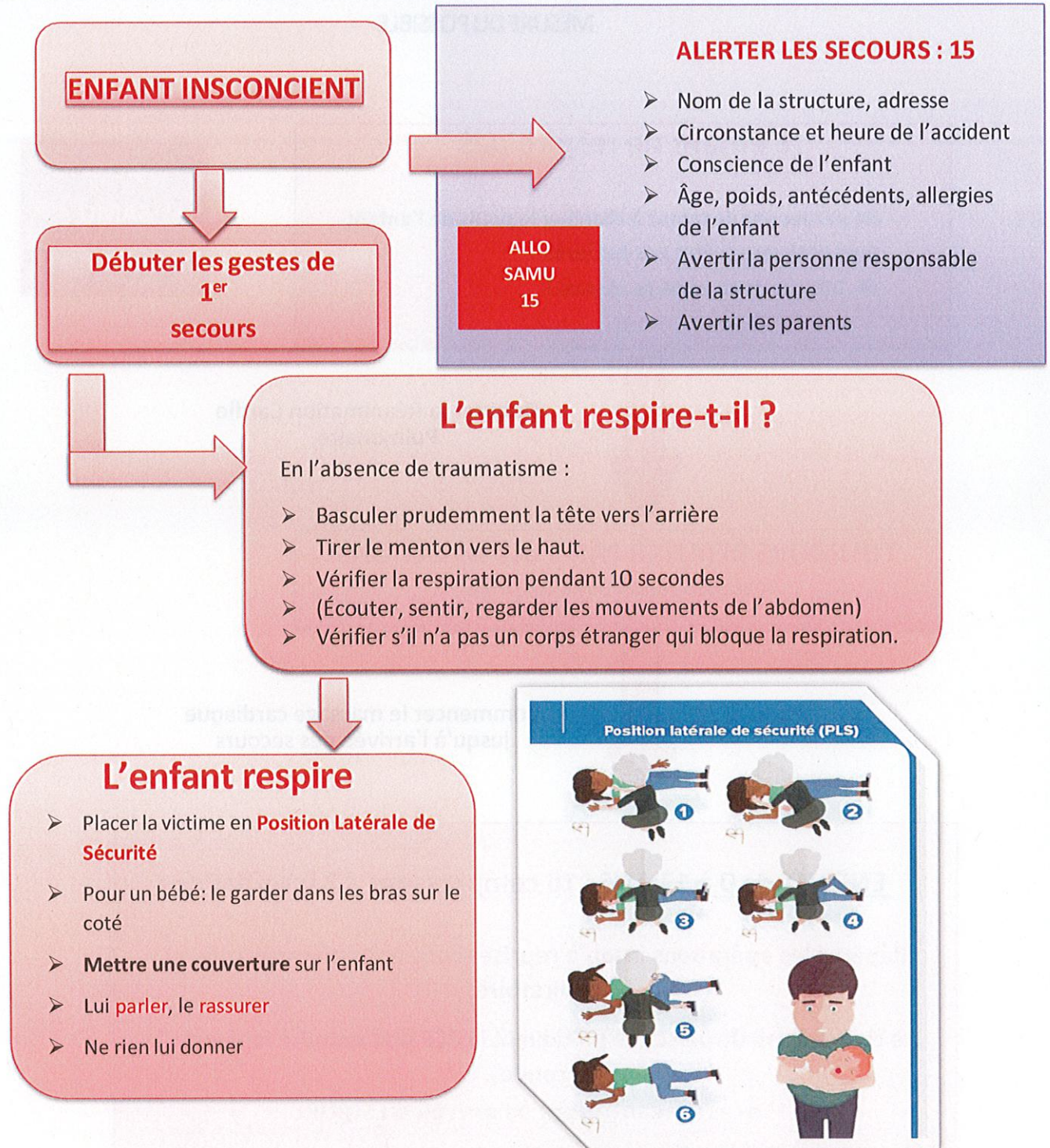


Jeune enfant



ENFANT INCONSCIENT

AGIR RAPIDEMENT ET DANS LE CALME





Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

ENFANT INCONSCIENT SANS RESPIRATION

1 PROFESSIONNEL(LE) AUPRES DE L'ENFANT, 1 CONTACTE LES SECOURS ET 1 S'OCCUPE DU GROUPE D'ENFANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE

L'enfant ne respire pas

Ne perdez pas de temps à chercher le pouls de l'enfant,
surtout si vous n'êtes pas habitués.

→ Difficile donc perte de chance !

ALLO

SAMU

15

Débuter la Réanimation Cardio
Pulmonaire

TOUJOURS DEBUTER PAR 5 INSUFFLATIONS

(Bouche à bouche ou bouche à nez)

Commencer le massage cardiaque
jusqu'à l'arrivée des secours

ENFANT de 0 à 13 ANS : 15 compressions / 2 insufflations

Répétez les opérations jusqu'à reprise d'une activité cardiaque ou
respiratoire.

Le changement de personne pratiquant la RCP doit prendre moins de 5
secondes.

Le cas échéant, jusqu'à l'arrivée du SMUR.

Premiers secours bébé

LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

1



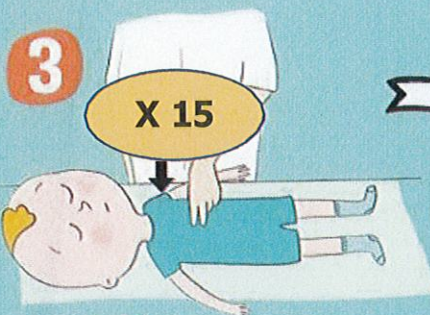
Allongez le bébé sur le dos, sur une surface ferme et plate. Débutez la RCR directement.

2



Placez vos deux doigts au milieu de sa poitrine, en dessous d'une ligne imaginaire entre ses deux mamelons.

3



X 15

Réalisez **15** compressions thoraciques rapides et profondes. Sa poitrine doit s'affaisser du tiers de son épaisseur à chaque fois, ou d'environ 4 cm. Laissez la poitrine revenir de manière naturelle après chaque compression.

4



X 2

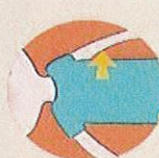
Donnez **2** insufflations (bouche-à-bouche) après chaque phase de **15** compressions.

Les doigts de la main sous le menton du bébé, l'autre main posée sur son front en basculant légèrement la tête vers l'arrière pour ouvrir les voies respiratoires.

Inspirez naturellement, et couvrez la bouche et le nez du bébé avec votre bouche.

Soufflez 1 seconde. Vous devriez voir la poitrine du bébé se soulever légèrement.

SI LES INSUFFLATIONS



soulèvent la poitrine du bébé

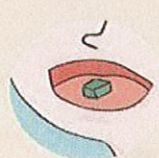
Réalisez de nouveau **15 COMPRESSIONS ET 2 INSUFFLATIONS**, et ce, jusqu'à ce que les secours soient présents, ou jusqu'à ce que le bébé reprenne sa respiration.



ne soulèvent pas la poitrine du bébé

Réalisez de nouveau **15 COMPRESSIONS**, et vérifiez qu'il n'y ait pas d'objet à l'intérieur de la bouche de l'enfant.

SI VOUS



observez un objet

RETIREZ-LE et faites **2 INSUFFLATIONS**. Recommencez les étapes 3 et 4 jusqu'à ce que les secours soient présents, ou jusqu'à ce que bébé reprenne sa respiration.



n'observez pas d'objet

Faites **UNE INSUFFLATION**.
SI LA POITRINE DE BÉBÉ SE SOULÈVE, recommencez les étapes 3 et 4 jusqu'à ce que les secours soient présents, ou jusqu'à ce que bébé reprenne sa respiration.
SI LA POITRINE NE SE SOULÈVE PAS, faites une deuxième insufflation.
SI LA POITRINE NE SE SOULÈVE TOUJOURS PAS, recommencez l'étape 3 et 4. Après chaque cycle de RCR, vérifiez que le bébé n'ait pas un objet dans la bouche.

WWW.HOPTOYS.FR

Validée par la Croix Rouge
RCR / Réanimation Cardiorespiratoire
Source : Naitre & Grandir
Révision scientifique : Dr Daniel Brody, urgentiste pédiatrique

PROTOCOLES



MEDICAUX



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

FIEVRE/HYPERTHERMIE

Le traitement de la fièvre n'est plus systématique, il doit être raisonné et dépend essentiellement de la tolérance de l'enfant. Le traitement antipyrétique est administré principalement pour améliorer le confort de l'enfant.

La prise de température sera effectuée avec un thermomètre électronique :
Prioriser la mesure en axillaire (sous l'aisselle) → vérifier la notice d'utilisation pour ajout de 0.5°. En cas de doute, la prise rectale reste la plus fiable.

Si la fièvre est inférieure à 38°5 et si elle est bien supportée	Si la fièvre est supérieure ou égale à 38°5 et /ou mal supportée (enfant geignard, douloureux, abattu...)
➤ Découvrir l'enfant ➤ Lui proposer de boire de l'eau ➤ Prévenir la responsable de l'établissement. ➤ Prévenir les parents pour les informer. ➤ Surveiller l'enfant, son comportement les signes de gravités.	➤ Appeler les parents et demander s'il y a eu une prise préalable de médicaments. Si oui, laquelle et à quelle heure. (Demander confirmation pour administrer le paracétamol.) ➤ Peser l'enfant ➤ Administrer le traitement antipyrétique : Paracétamol (Doliprane® sirop : 1 dose/kg) ➤ Si la température reste supérieure à 38°5, renouveler la prise toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 4 fois par jour. ➤ Déshabiller l'enfant pour contrôle de l'état cutanée. ➔ Noter et indiquer aux parents l'heure des prises de paracétamol.

**Nourrisson < 12 semaines :
prise de la température rectale**



**Si t° > 38 : Allo parents pour
consultation aux urgences.**

➔ Pas d'intérêt à reprendre la température avant 4h après la prise de paracétamol – sauf si aggravation de l'état clinique de l'enfant.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Signes de gravité - s'alarmer si l'enfant :

- A moins de 3 mois
- Est pâle, gris, a les extrémités froides, est prostré, hypotonique.
- A tendance à la somnolence.
- Pousse des cris plaintifs (geignard).
- A une pathologie chronique.
- Présente des tâches purpuriques (rouges qui ne disparaissent pas à la pression) → **déshabiller l'enfant et ne pas oublier de retirer la couche++++**
- Température > 40°5
- Fait des convulsions (voir la CAT)

**ALLO SAMU =
15**

Les parents doivent être informés de l'état de santé de leur enfant. Vous demandez aux parents de venir récupérer leur enfant :

- S'ils refusent l'administration de paracétamol à leur enfant ;
- Si l'enfant présente des signes de gravité ;
- Si l'enfant refuse la prise de paracétamol ;
- Si l'enfant tolère mal la fièvre ou que son comportement et son état semblent se dégrader au cours de la journée.

Consigne pour la prise de température :

- La prise de température peut être faite par toute personne de l'équipe éducative présente auprès de l'enfant quel que soit son statut ou sa fonction au sein de l'établissement.
- Si la t° est prise en rectal : mettre une protection à usage unique sur le thermomètre puis la jeter à la poubelle à la fin de l'acte.
- Faire un essuyage humide du thermomètre à l'aide d'un produit détergent/désinfectant ayant une norme bactéricide et virucide (NF14476).

L'administration de paracétamol doit être retranscrite sur le

« Registre de transmission d'administration de paracétamol ».



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

DOULEURS

Objectif : soulager la douleur.

Surtout en cas de traumatisme et/ou d'attitude algique spontanée de l'enfant :

1. Si doute sur la douleur potentielle d'un enfant, possibilité de se référer à **l'échelle de la douleur** ci-dessous.

Echelle de la douleur (FLACC)

Visage	Jambes	Comportement	Cris	Consolabilité
0 : pas d'expression particulière, sourire habituel	0 : position habituelle ou détendue	0 : position habituelle, allongé calmement, bouge facilement	0 : pas de cris	0 : content, détendu
1 : grimace ou froncement occasionnel des sourcils	1 : gêné, agité, tendu	1 : se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu	1 : gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle	1 : rassuré occasionnellement, peut être distrait
2 : froncements fréquents des sourcils, mâchoire serrée, tremblement du menton	2 : coups de pieds ou jambes recroquevillées	2 : arc-bouté, figé ou sursaute	2 : pleurs ou cris constants, sanglots, hurlements, plaintes fréquentes	2 : difficile à consoler ou à réconforter
				TOTAL =

2. Si l'évaluation de la douleur est **supérieure ou égale à 5 sur 10** :

- Administrer une dose de paracétamol (cf. protocole fièvre)
- Surveiller l'évolution et l'apparition de signes de gravité :
 - Persistance de geignements, pleurs
 - Persistance de l'attitude antalgique
 - Agitation ou apathie
 - Pâleur intense

En l'absence d'amélioration de la douleur après une dose de paracétamol ou de l'apparition de signes de gravité, appeler les parents pour qu'ils consultent.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

VOMISSEMENTS

Les vomissements ne sont pas synonymes de gastro-entérite. Ils peuvent survenir lors d'autres affections digestives (invagination intestinale, appendicite...), mais également lors d'infections ORL (angines...), d'affections neurologiques (méningites, traumatismes crâniens...) ou métaboliques (diabète).

- Prévenir la responsable
- Si vomissements répétés : **suspendre l'alimentation**
- **Prendre la température** et traiter la fièvre selon le protocole « fièvre/hyperthermie »
- **Si toléré par l'enfant : mélanger 4 c. de sucre dans 200 mL d'eau → donner en petite quantité à l'enfant**

- ➔ Si vomissement isolé, signaler aux parents
- ➔ Si vomissements répétés, appeler les parents pour venir récupérer l'enfant et orienter vers une consultation médicale.
- ➔ **Si l'état général se détériore, composer le 15**



Appeler le 15 dès l'apparition de l'un de ces signes de gravité :

- ❖ Léthargie (perte de tonus, enfant abattu)
- ❖ Cernes ou pâleurs
- ❖ Pli cutané persistant
- ❖ Dépression de la fontanelle pour l'enfant < 1 an
- ❖ Soif intense

Pour rappel : tous soins apportés aux enfants et tout incident médical doit être retranscrit dans le **tableau des incidents** (sauf traitement spécifique).



Etablit en groupe de t
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2025

DIARRHÉE

L'éviction n'est pas obligatoire sauf dans le cas de Gastro Entérite à Shigelles ou à Clostridium Difficile. Cependant sa propagation étant très virulente, il faut mettre en place les **mesures d'hygiènes complémentaires*** dès les premiers cas et inciter les parents à garder leur enfant durant la phase aiguë (environ 48h).

➔ **Il est conseillé d'informer les parents par affichage de l'apparition d'une épidémie de gastro entérite aiguë.**

Dès l'apparition de selles liquides profuses brutalement :

- Prendre la température et traiter la fièvre selon le protocole « hyperthermie »
- Surveillance de l'apparition de signes aggravants (fièvre, vomissement, teint grisâtre, modification du comportement...)
- Noter le nombre, la consistance, l'aspect et le volume des selles.
- Si l'enfant < 6 mois : **obligation pour les parents de venir chercher l'enfant** et le faire consulter par un médecin // Si l'enfant > 6 mois : **conseiller de garder l'enfant à la phase aiguë et inciter à consulter un médecin.**
- **Au moins 3 selles liquides sur une demi-journée : éviction de l'enfant.**



Mesures diététiques :

- Favoriser les aliments suivants : riz, féculents, carottes, bananes, coings, viande maigre, poisson cuit à l'eau en fractionnant l'alimentation. **L'inciter à boire de l'eau.**
- Le lait et les laitages ne sont plus supprimés mais peuvent être diminués.
- Laisser l'enfant manger ce qui lui donne envie, en éliminant les ingrédients riches en fibre : légumes verts, quinoa, blé...

Mesures d'hygiènes complémentaires* :

- Lavage des mains soigneux avant et après tout soin et changes – avant et après le port des gants jetables – avant et après les repas
- Port des gants à usage unique pour les changes + décontamination des matériels et surfaces utilisés.
- Le linge souillé doit être mis dans un sac occlusif.
- Lavage régulier des mains de l'enfant concerné – *dans l'idéal* décontaminer les jouets qu'il a utilisés.

Appeler le 15 dès l'apparition de l'un de ces signes de gravité :

- Léthargie (perte de tonus, enfant abattu)
- Cernes ou pâleurs
- Pli cutané persistant (peau qui ne se relâche pas après pincement)
- Dépression de la fontanelle pour l'enfant < 1 an
- Soif intense



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

ERYTHEME FESSIER

➔ **Irritation cutanée localisée ou éruption cutanée rouge qui se produit dans la zone en contact avec une couche telle que l'intérieur des cuisses, les fesses.**

- **Se laver les mains** avant et après avoir changé la couche
- **Changez la couche** fréquemment, surtout si présence de diarrhée
- Nettoyez les fesses avec du **savon doux** et rincez abondamment
- Pour les filles, **nettoyez d'avant en arrière** pour éviter de ramener des matières fécales sur la région génito-urinaire
- **Séchez** minutieusement **en tamponnant** et non en frottant, en insistant entre les plis
- **Appliquez** la **pâte à l'eau** ou le **Cytelium** (cf. « bon à savoir »)
- Ne serrez pas trop la couche et évitez les vêtements ou sous-vêtements trop ajustés (pantalons serrés, collants, bodys).

Bon à savoir :



- ➔ La pâte à l'eau protège la peau
- ➔ Le Cytelium assèche la peau : application 3x/jour maximum

L'utilisation de l'un ou de l'autre dépend de l'état cutané de l'enfant.

Tout autre crème à appliquer sera soumise à une ordonnance et à une autorisation parentale.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

CONJONCTIVITE

Si les yeux sont rouges, larmoyants :

- Accueil de l'enfant sous surveillance
- Soins avec du sérum physiologique (ou NaCl 0.9%) dosette unidose : faire un lavage de l'œil de l'intérieur vers l'extérieur avec une dosette et une compresse stérile. L'embout de la dosette ne doit pas toucher l'œil.
- Bien se laver les mains avant et après le soin.
- Appeler les parents en cas d'évolution pour qu'ils puissent prendre rendez-vous.

Si les yeux sont purulents :

- Renforcer les mesures d'hygiène
- Se laver les mains, désinfecter le plan de change et le matériel (ne pas oublier les jouets).
- Nettoyer à l'aide d'une compresse stérile chaque œil au sérum physiologique à chaque écoulement du plus propre au plus sale.
- Si l'enfant déclare sa conjonctivite à la crèche, prévenir les parents pour anticiper un rdv médical.
- Le retour de l'enfant en collectivité est conditionné à la présentation d'un traitement médical.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

CHUTES

Evaluer les conséquences : hématome, contusion, plaie ... Partie du corps touchée, puissance du choc. En fonction, se référer au protocole ci-dessous.

Que faire en cas de chute ?

- **Garder son calme** et **rassurer** l'enfant.
- Prévenir la hiérarchie
- Si l'enfant semble très douloureux → se référer au protocole douleur
- Noter l'heure de l'accident et les circonstances sur le registre
- Informer les parents

Si chute sur la tête :
de connaissance !

Si hématome sans plaie :

- **Appliquer une poche de glace** enveloppée dans un gant humide.

Surveiller l'apparition :

- D'un trouble de conscience (sommolence)
- De vomissements
- De changement de comportement (pleurs inhabituels, refus de s'alimenter...)
- De troubles de la marche (déséquilibre, titube), troubles à la préhension des objets, difficultés pour parler...

Un de ces signes apparaît :

- Appeler le **15**
- Prévenir la/le responsable
- Avertir les parents

Si chute sur la tête avec perte de connaissance

- Mettre l'enfant en **PLS** (s'il respire, ou **débuter un massage cardiaque (RCP) le cas échéant**)
- Appelez le **15**
- **Prévenir les parents**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout, A.L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

PIQUES D'ABEILLES/GUÊPES OU INSECTES

Que faire ?

- Passer de l'eau froide pour atténuer la douleur
- Essayer d'enlever le dard avec une pince à épiler en cas de piqûre de guêpe
- Appliquer **Baby Apaisyl** sur la zone piquée et/ou donner **Apis Mellifica 5 granules**
- Prévenir les parents

ATTENTION :

- Crise d'urticaire généralisée
- Gonflement du visage avec gêne respiratoire
- Malaise
- Piqûre au visage ou dans la bouche
- Allergies connues



**ALLO
SAMU =
15**

Pour rappel : tous soins apportés aux enfants et tout incident médical doit être retranscrit dans le **tableau des incidents** (sauf traitement spécifique).



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

PLAIES

Toujours rassurer et parler à l'enfant ; lui expliquer tous les gestes qui vont être faits.

PLAIES SUPERFICIELLES

- **Nettoyer à l'eau et au savon** à l'aide de compresses ou gants à usage unique
- **Sécher** en tamponnant
- **Couvrir** d'un pansement
- **Surveiller** si pansement tâché régulièrement
- **Inform**er la responsable et **prévenir les parents**

PLAIES GRAVES

Sont considérées comme graves, en raison du risque de séquelles fonctionnelles ou esthétiques, les plaies suivantes :

- Lorsque les bords ont besoin d'être rapprochés (suture nécessaire)
- Lorsque la plaie est longue et/ou profonde
- Lorsqu'elle est proche d'une articulation ou proche d'un orifice naturel
- Lorsqu'elle est située sur le visage
- Lorsqu'elle contient un ou des corps étrangers (ex : gravillons, morceaux de verre)

Que faire ?

- **Mettre des gants** dès qu'il y a du sang
- **Nettoyer la plaie** à l'eau et au savon avec des compresses
- **Sécher** en tamponnant
- **Comprimer la plaie** jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie
- **Laisser l'enfant** dans la position la plus confortable pour lui

ATTENTION : Allo 15 immédiatement

Si l'hémorragie ne cède pas (**comprimer jusqu'à l'arrivée des secours !**) **SAUF** si présence d'un corps étranger dans la plaie ou si fracture ouverte (**ne rien faire !**)

Dans tous les cas, lors d'une plaie grave :

- **Avertir les parents** afin qu'ils viennent chercher l'enfant pour l'emmener chez le médecin traitant ou aux urgences pédiatriques. Avis médical important.
- Si les parents sont dans l'impossibilité de venir chercher leur enfant, **composer le 15** = importance d'un avis médical immédiat. L'enfant doit, si possible, être accompagné par un professionnel de l'équipe éducative.
- **Remplir une déclaration d'accident ET la fiche d'incident à transmettre à la PMI.**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout, A.L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

PLAIE PERFORANTE DANS L'OEIL (coup de ciseaux, de branche, de crayons...)

- **Fermer l'œil** concerné et le recouvrir si possible avec des compresses maintenues par du sparadrap.
- Appeler le SAMU = **15**
- **Rassurer** l'enfant en lui parlant, en gardant son calme.
- **L'isoler** du groupe d'enfant.
- Appeler les parents et informer la responsable.
- **Remplir une déclaration d'accident ET la fiche d'incident à transmettre à la PMI.**

PLAIE DANS LA BOUCHE

- **Rincer** simplement à l'eau froide
- Si saignement important dans la bouche : mettre des gants à usage unique et **arrêter le saignement** en appuyant avec une compresse.

/!\ ATTENTION SI TRAUMATISME DENTAIRE

Si perte d'une dent :

- La conserver dans du sérum physiologique
- Ne pas chercher à la réimplanter
- Consultation dentaire à faire dans la journée

➔ Pour tout traumatisme dentaire, la consultation d'un spécialiste est nécessaire



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

PRESENCE D'UN CORPS ETRANGER

Que faire ?

Agir avec calme et rapidité - Rassurer l'enfant en lui parlant - L'isoler du reste du groupe pour effectuer les soins.

Corps étranger dans le nez ou l'oreille (cailloux, perle, graine, jouet ou insecte)

- Prévenir la responsable
- **Laisser** l'enfant dans la **position qu'il souhaite**
- Dans le nez, comme dans l'oreille, **ne pas utiliser d'instrument** pour sortir le corps étranger, **ne pas insister**.
- Prévenir les parents pour qu'ils conduisent l'enfant au service des urgences pédiatriques ou, **selon la gravité, composer le 15.**

Corps étranger dans l'œil (moucheron, poussière, grain de sable)

- ➔ L'enfant réagit le plus souvent en pleurant ce qui a pour conséquence l'élimination spontanée du corps étranger.

- Prévenir la responsable.
- **Nettoyer** l'œil avec du **sérum physiologique**, en plaçant l'œil vers le bas pour entrainer le corps étranger.
- **Eviter de frotter** l'œil.



Selon le corps étranger, il peut être nécessaire de demander aux parents de venir chercher leur enfant pour une consultation ophtalmologique (œil fermé, larmoyant ++ et douloureux)



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

SAIGNEMENT DE NEZ

Que faire ?

- Se **munir de gants** et **compresser les 2 narines**, à l'aide d'un tampon en lui maintenant la **tête penchée en avant** pendant quelques minutes, le temps que le sang coagule.
- A l'exception de maladie particulière, le saignement ne dure pas longtemps
- **Prévenir la responsable**

➔ **Si le saignement persiste, composer le 15 et prévenir les parents.**

Pour rappel : tous soins apportés aux enfants et tout incident médical doit être retranscrit dans le **tableau des incidents** (sauf traitement spécifique).



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

BRÛLURES

BRÛLURE SUPERFICIELLE

➔ Il s'agit d'une brûlure inférieure à la moitié de la paume de la main de la victime.

Que faire ?

- **Refroidir immédiatement** la brûlure avec de l'eau tiède (environ 15°) ruisselante pendant au moins 5 min (15min dans l'idéal)
- Prévenir la hiérarchie
- **Surveiller** l'enfant, le **rassurer** en lui parlant, isoler l'enfant du groupe si possible
- **Administrer du paracétamol** selon l'intensité de la douleur (cf. protocole douleur)
- Prévenir les parents qui doivent s'en référer à leur médecin traitant pour la suite des soins...

BRÛLURE GRAVE

➔ Aspect noirâtre, mains, visage, articulations, étendue de la brûlure...

Que faire ?

- Composer le **15** et prévenir la hiérarchie (qui se charge d'informer les parents)
- **Refroidir immédiatement** la brûlure en l'arrosant à l'eau tiède pendant au moins 20 min (si toléré par l'enfant).
- Déshabiller l'enfant mais **ne pas retirer les vêtements qui collent à la peau** et faire couler l'eau dessus (*sauf si brûlures par produits toxiques, dans ce cas découper les vêtements*)
- Si les vêtements sont enflammés : étouffer les flammes avec une couverture ou un vêtement
- Isoler l'enfant du groupe, l'allonger sur la région non-brulée, ou le mettre en **position assise s'il a des difficultés à respirer.**
- **Surveiller et rassurer** l'enfant jusqu'à l'arrivée des secours en **restant calme.**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

DOULEURS DENTAIRES

SIGNES CLINIQUES

- ✓ Joues rouges
- ✓ Hyper salivation
- ✓ Irritabilité
- ✓ Diarrhée
- ✓ Érythème fessier
- ✓ Etat subfébrile (autour de 38°)
- ✓ « Mordillage », « Mâchouillage »
- ✓ Sommeil et appétit perturbés

Que faire ?

- **Donner un anneau de dentition réfrigéré**
- **Si les douleurs persistent, se référer à l'échelle de la douleur et après avis des parents, possibilité de donner 1 dose poids de PARACETAMOL (Cf protocole fièvre/hyperthermie)**



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

INSOLATION

SIGNES CLINIQUES

- ✓ Rougeurs, notamment au niveau du visage
- ✓ Sueurs excessives
- ✓ Augmentation de la température corporelle
- ✓ Diarrhées, nausées...

Que faire ?

- Déshabiller l'enfant
- L'installer dans un endroit bien aéré et à l'ombre
- Le faire boire beaucoup
- Le rafraichir avec une application d'enveloppement froid
- Si t° > 38.5, administrer du paracétamol selon le protocole « fièvre/hyperthermie »
- **Si somnolence / vomissement / maux de tête : composer le 15**
- Prévenir les parents et la responsable



Etabli en groupe de travail : M. Pécout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

MORSURE DE TIQUE

Que faire si je vois une tique sur un enfant ?

Toutes les tiques ne sont pas porteuses de maladies. La première étape est d'enlever rapidement la tique. Pour rappel plus le contact avec une tique est long, plus le risque d'infestation est grande. Il faut donc extraire la tique sans attendre.

A la crèche :

- **L'enfant présente à son arrivée une tique** : ne pas accueillir l'enfant et rediriger les parents et les informer de l'obligation d'extraction de la tique avant le retour à la crèche (extraction par les parents, ou diriger vers la pharmacie, le médecin de famille ou les urgences).
- **La présence d'une tique est découverte fortuitement durant la journée à la crèche** : contacter les parents pour les informer afin qu'ils puissent anticiper un rdv médical si besoin. Dans tous les cas, il est vivement conseillé que la tique soit retirée au plus vite, pensez à informer les familles afin qu'ils récupèrent leur enfant plus tôt.

SURVEILLANCE

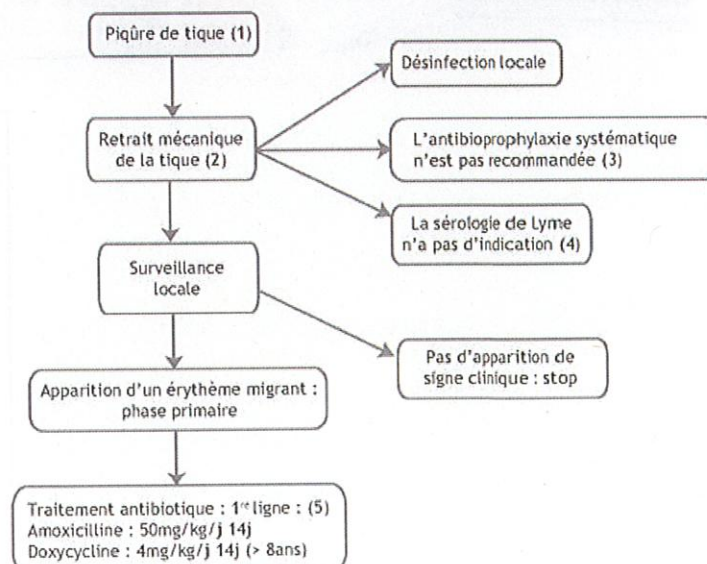
Dans les jours suivants une piqûre de tique, il est recommandé de surveiller :

- L'apparition d'une légère rougeur sur le point de morsure dans les 24 à 48 heures. Si cette rougeur reste limitée et disparaît ensuite, cela ne correspond pas à un érythème migrant et reste sans danger.
- Par contre, une rougeur de plus de 5 cm dans les jours ou semaines qui suivent une morsure et qui s'étend en présentant progressivement un centre pâle suggère un érythème migrant et nécessite une consultation dans les jours qui suivent chez votre médecin traitant pour exclure une maladie de Lyme.
- L'apparition de maux de tête intenses ou autres troubles neurologiques une semaine après piqûre de tique est compatible avec une encéphalite à tique et nécessite une consultation rapidement dans la journée.

Afin de suivre l'évolution: vous pouvez conseiller aux parents d'entourer au stylo l'endroit de la morsure.

Arbre décisionnel : conduites médicales

Source : pas à pas en Pédiatrie
[Conduite à tenir devant une piqûre de tique chez l'enfant / Pas à Pas en Pédiatrie \(pap-pediatrie.fr\)](#)





Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

CONDUITES A TENIR ET PROTOCOLES DIVERS





Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

LAVAGE DES MAINS

Quand se laver les mains ?

- 1- En arrivant dans l'établissement
- 2- Dans les situations suivantes :
 - Avant et après chaque change
 - Avant de préparer un repas ou un biberon
 - Avant et après le repas des enfants
 - Après être allé aux toilettes
 - Après tout acte de ménage
 - Avant et après un soin
 - Avant et pendant l'élaboration de repas

Comment se laver les mains ?

- Se mouiller les mains
- Savonner avec le savon mis à disposition surtout entre les doigts pendant 30 secondes
 1. Savon désinfectant en cuisine
 2. Savon doux dans les salles de change, les sanitaires, la buanderie...
- Bien rincer
- Se sécher les mains avec soin avec une ou plusieurs serviettes à usage unique en fermant le robinet avec la serviette

Situations particulières

Il est impératif de porter des gants à usage unique dans les situations suivantes :

- Vos mains sont abîmées
- Vous êtes en contact avec du sang
- Vous êtes en contact avec des selles contaminées ou des vomissures
- Vous effectuez un soin (collyre, désinfection d'une plaie, etc...)

L'hygiène des mains



L'hygiène des mains

POURQUOI ?

Une bonne hygiène des mains permet de réduire la propagation de virus et de bactéries ainsi que le risque d'infection. Le port de gants ne remplace pas le lavage des mains.

QUAND ? Plusieurs fois par jour

- Si vos mains sont visiblement souillées, lavez-les au savon et rincez-les à l'eau.
- Après avoir toussé ou éternué en tenant les mains contre la bouche, ou s'être mouché.
- Après être passé aux toilettes, avoir été en contact avec des fluides corporels.
- Avant et après : toucher de la nourriture, boire, manger, effectuer un soin, rendre visite à des personnes malades...
- Après : avoir manipulé des éléments sales tels que déchets, poubelle, wc, torchons, animaux...

Utilisez une solution hydroalcoolique lorsque les mains sont visiblement propres. Toujours privilégier le savon et l'eau même si vous souhaitez vous désinfecter les mains avec un produit hydroalcoolique ensuite.

Pour une meilleure efficacité, retirez vos bagues et autres bijoux.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

LAVAGE DU NEZ

- Effectuez le lavage de nez avant les repas et avant les couchers
- Se laver soigneusement les mains avant et après la DRP
- Expliquer le geste à l'enfant
- Chercher sa participation et son adhésion au soin

TECHNIQUE DE DESOBSTRUCTION RHINO PHARYNGEE

DRP CLASSIQUE : utiliser une dose de 5mL de sérum physiologique par narine

1. Allonger l'enfant sur un plan dur et sécurisé. Lui tourner la tête sur le côté
2. Déboucher une pipette. Mettre la pipette en contact avec les bords de la narine supérieure.
3. Laver la narine par une pression sur la pipette. Le lavage est efficace lorsque le liquide injecté ressort aussi vite par la narine opposée.
4. Tourner l'enfant de l'autre côté et laver l'autre narine de la même façon.

DRP par seringue avec embout spécifique : 5mL/narine < 6 mois puis augmenter le volume de 5 à 10mL à partir de 6 mois.

1. Laisser l'enfant assis (si position acquise), ou le porter face au monde pour les plus petits.
2. Mettre l'embout adapté à l'entrée de la narine et pousser sur le piston de la seringue de façon « rapide » mais non brusque.
3. Avec la pression, le sérum physiologique ressort par l'autre narine.
4. Répéter pour la seconde narine.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

L'ALLAITEMENT MATERNEL EN CRECHE

L'entrée à la crèche n'est pas synonyme de sevrage. L'allaitement maternel d'un nourrisson en crèche est possible. Par ailleurs, vous pouvez également allaiter dans les locaux de la crèche.

CONSEILS AUX PARENTS POUR LE RECUEIL, LA CONSERVATION ET LE TRANSPORT DU LAIT MATERNEL

1 - RECUEILLIR SON LAIT

L'hygiène au moment du recueil : un temps primordial

- ✓ Avant toute manipulation, un lavage soigneux des mains est indispensable : utiliser du savon, rincer puis sécher vos mains avec un linge propre ;
- ✓ Installez-vous dans un endroit propre ;
- ✓ Posez le biberon et le tire-lait sur un plan de travail bien nettoyé ;
- ✓ Le lait recueilli va devoir être conservé pendant plusieurs heures, c'est pourquoi l'hygiène requise est importante : une douche par jour est nécessaire ainsi que le change de sous-vêtements quotidien.
- ✓ Le tire-lait ainsi que les biberons de recueil et de transport nécessitent un nettoyage soigneux : après chaque utilisation le biberon doit être vidé puis rincé immédiatement à l'eau froide, ensuite il doit être lavé avec du liquide vaisselle, associé à un brossage puis rincé et laissé à l'air libre pour sécher.

L'usage du lave-vaisselle avec un cycle amenant l'eau à 65°C est efficace et autorisé mais ne dispense pas d'un nettoyage soigneux au préalable.

Recueillir puis conserver le lait :

Un premier biberon sert uniquement à recueillir le lait (ou 2 biberons en double recueil).

Un second biberon est utilisé pour le conserver au réfrigérateur et pour le donner au bébé (c'est le biberon que vous apportez à la crèche). Un bouchon obturateur ainsi qu'un capuchon sont indispensables pour bien le fermer avant de le placer au réfrigérateur (rondelle plastique à disposer à la place de la tétine).

Technique à respecter :

Un biberon entamé ne peut pas être conservé. Evitez tout gaspillage en réalisant des biberons d'un volume adapté à la consommation de votre enfant (vous pouvez prendre conseil auprès de la directrice de la crèche ou de votre médecin).

Si vous recueillez, dans un biberon, le volume souhaité en une seule fois : fermez-le (obturateur + capuchon) et placez-le directement au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C.

Si le volume souhaité de lait est recueilli en plusieurs fois, ne mélangez pas le lait tiède directement dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau recueil au réfrigérateur pendant au moins 1h avant de le verser dans le biberon de conservation et de transport.

Pour tout recueil de lait **noter sur le biberon** de conservation et de transport, **le nom et le prénom de l'enfant** ainsi que **la date et l'heure du premier recueil de lait**.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

2 – CONSERVER LE LAIT MATERNEL

Conservation au réfrigérateur :

- ✓ Le lait doit être mis au réfrigérateur immédiatement après le recueil.
- ✓ Le lait doit être stocké à une température inférieure ou égale à 4°C pendant une durée de conservation n'excédant pas 48h.

Vous conserverez les biberons sur les étagères du réfrigérateur et non dans la porte.

Au préalable, vous aurez pris soin de vérifier que la température est bien inférieure ou égale à 4°C.

Attention : le froid ne se répartit pas de manière identique en tout point du réfrigérateur !

- Procédez à un repérage en plaçant toute une nuit un thermomètre dans le réfrigérateur
- Choisissez la zone la plus froide pour entreposer vos biberons (inférieur ou égal à 4°C). En général, sur l'étagère la plus haute du réfrigérateur.
- Réglez le thermostat si nécessaire.

Durée totale de conservation au réfrigérateur : 2 jours maximum

Jour 1 : recueil et stockage au domicile

Jour 2 : transport et consommation à la crèche

Conservation au congélateur :

Si le lait maternel doit être conservé plus de 48 heures, congelez-le à -18°C dès que vous l'avez recueilli en suivant les précautions suivantes :

- Vérifiez la température de votre congélateur (-18°C)
- Ne stockez pas le lait au freezer ou dans le compartiment à glaçons
- Veillez à ne remplir le biberon qu'aux trois quarts

Le lait maternel ainsi stocké peut être conservé pendant 4 mois au congélateur (-18°C)

Pour décongeler le lait maternel :



- Placez-le au réfrigérateur au moins 6 heures avant l'heure prévue pour la consommation. Le lait maternel ainsi décongelé doit être **conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures**, sinon il doit être jeté.
- Noter l'heure de mise au réfrigérateur pour décongélation sur le biberon.
- Le lait décongelé ne doit pas être recongelé.
- Il ne faut pas ajouter de lait fraîchement recueilli à un biberon de lait congelé

Rappel norme congélateur :

Un congélateur capable de maintenir un produit à une température de -18°C est muni d'une fonction congélation (****). Il permet de congeler les aliments par un abaissement rapide de leur température en les exposant à un froid plus intense (-24°C). Seuls ces modèles sont en mesure de congeler un aliment.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

3 – TRANSPORTER LES BIBERONS

Il faut éviter toute rupture de la chaîne du froid, le lait doit donc être transporté **dans un biberon de transport** du domicile à la crèche, dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de glace et le temps de transport ne doit pas excéder une heure.

A l'arrivée à la crèche, donnez le sac contenant les biberons étiquetés au personnel qui se chargera de le placer immédiatement au réfrigérateur pour les tétées du jour.

En fin de journée, le biberon vous sera restitué vide et propre. Il sera nécessaire de le nettoyer de nouveau avant une prochaine utilisation.

Je soussigné Madame

- autorise le personnel de la crèche... à donner le lait maternel que j'ai fourni pour
- mon enfant
- atteste avoir pris connaissance du protocole de recueil de conservation et de transport du lait maternel
- m'engage à l'appliquer scrupuleusement



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

PREPARATION DES BIBERONS

1 – Lieu

La biberonnerie :

Secteur spécifique qui doit permettre d'effectuer la préparation, la manipulation et la conservation des biberons

Ces locaux doivent répondre à une logique organisationnelle selon : le concept de la « marche en avant », qui permet le cheminement des denrées, du matériel et les déplacements de personnel afin de respecter les principes d'hygiène de fabrication.

Les surfaces doivent être bien entretenues, faciles à nettoyer et/ou à désinfecter, constituées de matériaux étanches, non absorbants, lavables et non toxiques,

L'installation sanitaire doit être équipée d'eau chaude et froide, si possible à commande non manuelle, et aussi de matériel pour le nettoyage et pour le séchage des mains dans le respect des règles d'hygiène.

Les locaux utilisés doivent être entretenus, nettoyés et/ou désinfectés selon un plan de nettoyage (voir plan de nettoyage cuisine) adapté à leur agencement et à leur conception. Ils doivent prévenir ou réduire la contamination aéroportée

En structure d'accueil de la petite enfance, les enfants accueillis sont en bonne santé et uniquement exposés au risque infectieux de toute collectivité : il s'agit d'un risque infectieux de bas niveau. Il n'y a donc pas lieu, dans ces structures, de stériliser les biberons.

2 – Conditions de préparation des biberons :

Tenue vestimentaire :

La propreté corporelle et le port de vêtements de travail adéquats et propres constituent les fondements de la tenue de base. La tenue de travail est à changer tous les jours.

La tenue de protection se compose :

- d'une blouse
- d'une coiffe ou d'un calot enveloppant la totalité de la chevelure

Rappel des règles d'hygiène de base :

- Tenue à manches courtes
- masque
- Cheveux propres, courts ou attachés
- Absence de montre et de bijoux (mains et poignets),
- Ongles courts

Lorsque la préparation des biberons a démarré, il convient de limiter les entrées des personnes dans le secteur de préparation.

En cas de lésions cutanées, le port de gants à usage unique (en boîtes distributrices) est recommandé lors de la préparation des biberons. Le lavage des mains s'impose avant de débiter la préparation.

La préparation du biberon doit impérativement être réalisée dans un endroit propre et sur un plan de travail préalablement nettoyé



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

Conditions techniques préalables à la préparation

Hygiène de la tenue : tenue de protection, coiffe cachant tous les cheveux

Hygiène des mains : lavage simple des mains pendant 30 secondes avec un savon doux liquide

Hygiène du plan de travail : nettoyé et désinfecté selon le protocole défini avec les produits adéquats

3 – Préparation du biberon :

Objectif

Assurer une préparation de qualité sur le plan microbiologique et nutritionnel du biberon de lait (en poudre ou prêt à l'emploi sous forme liquide) ou du biberon contenant du lait de femme ou de mère, préparé dans un local spécifique ou un office alimentaire.

Recommandations pour la reconstitution des biberons

Matériel et produits nécessaires

- Un biberon muni de tétine, capuchon, et bague propres.
- Un couteau (pour le lait en poudre) ou une paire de ciseaux (pour le lait prêt à l'emploi sous forme liquide) propres.
- Une étiquette avec nom et prénom de l'enfant ainsi que la date et heure de préparation du biberon.
- Le lait en poudre (vérifier les dates de péremption et d'ouverture du produit : **conservation**

15 jours à un mois après ouverture selon les préconisations du fabricant) ou le lait prêt à l'emploi sous

forme liquide (vérifier les dates de péremption après ouverture selon les préconisations du fabricant)

- Une assiette plate.
- Eau de distribution publique, à défaut **eau embouteillée provenant d'une bouteille ouverte depuis moins de 24h**



➔ Si le lait est apporté par la famille, la boîte doit être neuve et fermée.

Déroulement de la technique

- S'assurer visuellement de la propreté du plan de travail, de la boîte de lait et le cas échéant de la bouteille d'eau.
- Vérifier la date de péremption de la boîte de lait et de tout produit diététique ajouté.
- Effectuer avant l'ouverture de toute boîte de lait un essuyage humide à l'aide d'une solution détergente agréée « contact alimentaire » (sans rinçage) avec un carré d'essuyage.
- Garder la boîte dans le même local avec sa date d'ouverture mentionnée.
- Mettre la charlotte
- Se laver les mains
- Préparer le matériel et les produits vérifiés, sur le plan de travail nettoyé.

Technique de reconstitution des biberons

L'eau

Pour reconstituer du lait à partir de poudre, l'eau du robinet convient sauf si elle est adoucie ou filtrée.

Toutefois : **utilisez seulement l'eau froide** (attention à la position du mélangeur),
Laissez couler l'eau 1 à 2 minutes si vous n'avez pas utilisé votre robinet récemment.
Dans le cas contraire, 3 secondes suffisent.

Si votre robinet est équipé d'un diffuseur à son extrémité, pensez à le détartrer régulièrement (tous les 15 jours). Dévissez le diffuseur et placez le dans un verre de vinaigre blanc. Compléter une feuille de traçabilité.

En cas d'utilisation d'eau en bouteille, assurez-vous qu'elle convienne à l'alimentation des nourrissons.





Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Lait en poudre

- Retirer les accessoires du biberon et les déposer sur l'assiette propre
- Verser la quantité d'eau dans le biberon : remplir le biberon d'eau.

Précautions pour la reconstitution avec du lait en poudre :

Eviter que le goulot de la bouteille d'eau entre en contact avec le goulot du biberon.

Eviter le contact de la cuillère-mesure de lait avec le bord du biberon.

- Prélever la poudre de lait sans tasser à l'aide de la cuillère en respectant **1 cuillère mesure pour 30 ml d'eau**, mesure de la boîte, en évitant de toucher les parois intérieures de la boîte.
La cuillère-mesure doit être arasée avec le dos du couteau (partie droite du couteau).
- Verser dans le biberon les N cuillères-mesure arasées de lait en poudre (s'assurer que la reconstitution écrite sur la boîte est bien 1 cuillère-mesure dans 30 mL d'eau et que la cuillère-mesure est bien celle de la boîte de lait). Si le nombre de cuillères-mesure est important, il faut mettre les cuillères-mesure en deux temps (mélanger une 1^{ère} fois le lait au milieu de l'opération).
-Le volume obtenu est égal ou supérieur à N x 30 mL.
Par exemple : pour un biberon « de 150 mL », mettre 150 mL d'eau (soit 5 x 30 mL d'eau). Ajouter 5 cuillères-mesure de poudre de lait. Le volume obtenu est d'environ 165 mL en fonction du lait utilisé.
- Refermer le biberon avec la tétine, la bague et le capuchon.
- Mélanger en roulant le biberon entre les mains.
- Identifier le biberon en mettant une étiquette avec nom, prénom de l'enfant et date et heure de préparation du biberon.
- Remettre la cuillère mesure propre et sèche dans la boîte de lait « tête » en bas et tige en l'air (laisser la partie de préhension en dehors du lait en poudre, facilement accessible) et refermer la boîte de lait.
- Mettre les biberons au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C

Pour un biberon à plusieurs composants (farines, épaississants...) :

Toute substance ajoutée à la préparation en poudre pour nourrissons, à usage médical ou non, doit respecter les critères microbiologiques réglementaires applicables à la poudre elle-même.

Matériel : une cuillère à soupe ou à dessert selon le besoin.

Technique : identique en respectant l'introduction des denrées des plus liquides aux plus épaisses, en respectant les quantités de produits utilisés et en notant la composition du biberon sur l'étiquette.

→ **Compléter la fiche de traçabilité de préparation des biberons avec le nom, prénom de l'enfant, la date et heure de préparation ainsi que le nom, numéro de lot et date de péremption de la boîte de lait.**

Lait prêt à l'emploi sous forme liquide

Remplir le biberon de la quantité de lait désirée.

- Refermer le biberon avec la tétine, la bague et le capuchon.
- Mettre une étiquette avec nom, prénom, date et heure de préparation du biberon
- Mettre les biberons au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C.

4 – Conservation, réchauffe et utilisation du biberon

Le réchauffage du biberon conservé à une température inférieure ou égale à 4°C doit être rapide pour atteindre la température souhaitée (par exemple la température ambiante).

La consommation doit intervenir immédiatement ou au maximum dans les 60 minutes qui suivent la sortie de l'enceinte réfrigérée.

Cas du lait apporté congelé

Après décongélation, le lait, gardé à une température inférieure ou égale à 4°C sans rupture de la chaîne du froid, doit être utilisé dans les 24 heures.

Si le lait décongelé a été laissé à température ambiante, il doit être utilisé dans un délai d'1 heure suivant la décongélation.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

Conservation

Le délai maximal autorisé pour la conservation des biberons en enceinte réfrigérée avant consommation est de 24 heures.

Les enceintes réfrigérées doivent assurer le maintien de la chaîne du froid.

La température intérieure doit y être inférieure ou égale à **4°C** et être enregistrée et contrôlée quotidiennement.

Fiche de traçabilité obligatoire sur réfrigérateur

Réchauffage du biberon

Si un réchauffage du biberon est effectué, il doit être rapide pour atteindre la température souhaitée.

Il doit alors être effectué au chauffe-biberon mais en aucun cas en le laissant à température ambiante, en raison du risque de développement microbien

Remarques

Il est recommandé de :

- Rincer les chauffe-biberons à eau tous les jours et de les laisser sécher
- Changer l'eau à chaque utilisation
- Détartrer si nécessaire

Le détartrage est important car un appareil contenant du tartre n'est jamais propre, et favorise la prolifération des micro-organismes hydrophiles.

Si un appareil de réchauffage avec de l'eau est utilisé, **il doit être vidé de son eau après chaque usage, séché et nettoyé au moins une fois par 24 heures.**

L'utilisation du four à micro-ondes est totalement proscrite. En effet, il peut exister une très grande hétérogénéité de températures au sein du biberon de lait qui sort du four à micro-ondes. Celle-ci peut engendrer, en cas de température excessive, un risque élevé de brûlures de la bouche et de la gorge, et de diminution de la qualité nutritionnelle du lait (dégradation des vitamines et dénaturation des protéines)

Consommation du biberon

Conduite à tenir

- Les biberons ne doivent être sortis de l'enceinte réfrigérée de conservation qu'immédiatement avant leur utilisation
- **Tout biberon sorti de l'enceinte réfrigérée doit être consommé dans un délai d'1 heure.**
- Le réchauffage d'un biberon avant sa consommation ne s'impose qu'en cas de conservation à une température inférieure ou égale à 4°C. **Si le biberon est réchauffé, ce délai de consommation est ramené à 30 minutes.**
- Après le début de sa consommation par l'enfant, tout biberon non terminé dans un délai d'1 heure doit être jeté.

Quel que soit le mode de réchauffage éventuellement utilisé, il est essentiel d'agiter le biberon pour homogénéiser la température du lait et de vérifier cette dernière en mettant quelques gouttes sur la face interne de l'avant-bras de la personne qui alimente l'enfant avant de proposer le biberon à l'enfant.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

5 – Nettoyage

Pour le nettoyage des biberons on peut utiliser un lave-vaisselle de type domestique, en veillant à ne pas mélanger les biberons et le petit matériel annexe de préparation avec tout autre matériel.

Après utilisation, le biberon est vidé de son éventuel contenu résiduel, rincé à l'eau du réseau puis nettoyé avec un écouvillon propre avant d'être mis au lave-vaisselle.

Ensuite il doit être **lavé en lave-vaisselle en utilisant un cycle spécifique complet (haute température à 65°C au minimum et séchage impératif)**.

Les bagues, les capuchons et les tétines en silicone peuvent également être mis au lave-vaisselle.

Les tétines en caoutchouc ne peuvent pas être mises au lave-vaisselle, elles sont rincées et nettoyées minutieusement avec un écouvillon propre en les retournant. Laisser sécher sans essuyer.

Dans le cas d'un délai d'attente avant la mise dans le lave-vaisselle, l'immersion des biberons dans de l'eau contenant un détergent type liquide-vaisselle peut se justifier.

Les dispositifs à micro-ondes ou les « stérilisateur » du commerce sont déconseillés.

En effet, les caractéristiques techniques de ces derniers ne leur permettent pas, au sens de la normalisation européenne (CEN) ou française (AFNOR), d'être qualifiés de procédés de stérilisation.

En l'absence de données concernant la reproductibilité de ces procédés (en ce qui concerne leurs paramètres d'activité, le maintien de la température et/ou la production de la vapeur), ils sont également déconseillés.

6 – Stockage

Le stockage des biberons après nettoyage est une étape importante puisqu'il est impératif de stocker les biberons dans un endroit propre afin d'éviter toute contamination du biberon.

Plusieurs possibilités de stockage sont possibles avant leur prochaine utilisation :

- Stocker le biberon démonté avec un séchage naturel à l'air libre. Pour cela, le biberon doit être placé tête en bas, sur un présentoir vertical, et dans un endroit propre et sec (éviter l'évier ou le placard sous évier).
- Stocker les biberons dans un placard propre fermé en hauteur et identifié spécifiquement pour le stockage des biberons.
- Stocker le biberon remonté avec ses annexes, lavé et rincé au réfrigérateur.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivier
Mise à jour : Avril 2026

PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

La mort inattendue d'un nourrisson est définie par le décès d'un nourrisson, jusque-là considéré comme bien portant, alors que rien dans son histoire ne permettait de l'anticiper. Le décès survient le plus souvent durant le sommeil. C'est la première circonstance de décès des nourrissons avant l'âge d'un an.

Le couchage :

- Coucher bébé toujours sur le dos, dans son propre lit, jamais sur le ventre, ni sur le côté.
- Installation sans couverture, ni couette, ni oreiller ni tour de lit, ou peluches sauf doudou « à taille correcte » (Attention au doudou-couverture)
- Dans une gigoteuse adaptée à son âge ;
- Pas de chaînes ni de cordons autour du cou
- La surveillance des dortoirs de tous les âges, toutes les 10 minutes est indispensable à la prévention de la mort inattendue du nourrisson. Cette surveillance doit être tracée et archivée.



Toute position inclinée (proclive) est soumise à une prescription médicale.

Les signes d'alerte de la mort inattendue de nourrisson :

- Pâleur
- Absence de respiration
- Absence de conscience ou de réponses aux stimulations

Que faire ?

- Libérer rapidement les voies aériennes
- Prévenir un autre professionnel pour alerter le SAMU 15 et la directrice
- Mettre l'enfant sur le dos et un plan dur
- Pratiquer une réanimation cardio-respiratoire (cf protocole p. 13), jusqu'à l'arrivée des secours

CONSEILS PREVENTIFS AUX PARENTS

Dans quelle position
coucher votre bébé?Dès mes premiers jours de vie et
pendant ma première année :

Je fais dodo sur le dos

- Son visage reste dégagé, il respire à l'air libre.
- Il peut mieux lutter contre la fièvre.
- Il ne risque pas de s'enfouir.
- Ne l'installez pas sur le côté.
- Ne vous endormez pas avec lui dans votre lit.

Respectez le sommeil de votre bébé :
un bébé privé de sommeil est plus
fragile et plus vulnérable.

Dans quelle literie?

- Dans un lit rigide à barreaux,
- Sur un matelas ferme, bien adapté aux dimensions du lit,
- Sans oreiller, ni coussin
- Sans couverture, ni couette
- Sans cale-bébé
- Ne rajoutez jamais de matelas dans un lit pliant type parapluie

Vous éviterez ainsi le
risque que votre bébé :

- Se glisse sous la couette,
 - S'enfouisse le nez dans l'oreiller,
 - Se coince entre matelas et paroi du lit,
- car les conséquences peuvent être fatales.

En modifiant nos habitudes,
nous pouvons éviter de nombreux
cas de morts subites du nourrisson.Préférez l'allaitement maternel
dans la mesure du possible.Quelle température
dans sa chambre?

18 à 20°

C'est suffisant.

- Un surpyjama, une gigoteuse, ou une turbulette dont l'épaisseur variera avec la saison convient très bien.
- Ne couvrez pas trop votre bébé, surtout :
 - Si vous mettez le chauffage en voiture,
 - les jours de grosse chaleur.
- En cas de fièvre, pensez à le découvrir.

La fumée de cigarette est mauvaise
pour la santé de votre bébé.

PROTÉGEZ-MOI

TOUT AU LONG DE MA JOURNÉE

NE ME LAISSEZ JAMAIS
SEUL

- Sur ma table à langer (risque de chute)
 - Dans mon bain (risque de noyade),
 - Dans une pèlerine avec un animal même félin,
 - Dans la voiture,
 - Sous la surveillance d'un autre enfant.
- L'écoute bébé ne remplace jamais la présence des adultes.



SOYEZ ATTENTIF

- Ne me laissez pas boire seul mon biberon (risque de fausse route)
- Protégez-moi du soleil, je risque de me déshydrater et de prendre des coups de soleil
- Évitez les chaises et colliers autour de mon cou, ainsi que les attaches sucette pendant mon sommeil (risque d'étouffement)
- N'utilisez pas le trotteur (risque de chute ou autres traumatismes)

NE ME SECOUÉZ PAS

Parfois mes pleurs deviennent difficiles à supporter.
Demandez alors de l'aide (famille, amis, médecin traitant, PMI, urgences). Évitez de crier et surtout ne me secouez pas (risque de décès ou de handicap à vie).

PROTÉGEZ-MOI

LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

Je suis mieux dans un landau, puis dans une poussette en fonction de mon âge, sous le regard de mes parents.

POUR LE TRANSPORT
EN VOITURE

- Je dois être attaché :
- Soit dans un siège auto adapté à mon âge,
- Soit dans une nacelle.

La coque est un moyen de transport et non un lieu de sommeil (risque de malaise et d'aplatissement de la tête).

www.securite routiere.gouv.fr



EN ECHARPE OU PORTE-BÉBÉ

- Ma tête, mon nez et ma bouche sont bien dégagés et à l'air libre.
- Je suis en position verticale, la tête soutenue.



PROTÉGEZ MON SOMMEIL

EN PRÉVENTION DE LA MORT
INATTENDUE DU NOURRISSONDès la naissance, je dors uniquement
sur le dos tant que je ne me retourne
pas tout seul

- Jamais sur le ventre (risque d'asphyxie), ni sur le côté (risque de basculer sur le ventre), bien à plat dans une turbulette à matelas et adaptée à la saison.

Si je supporte mal la position sur le dos pour dormir, mes parents doivent en discuter avec mon médecin.



JE DORS DANS MON LIT DE BÉBÉ, RIGIDE À BARREAUX

- Sur un matelas ferme, aux dimensions du lit, sans tour de lit, pour ne pas risquer de m'étouffer.
- Si je dors dans un lit parapluie, de façon occasionnelle, ne jamais rajouter de matelas, car je risquerai de me coincer.

JE DORS SEUL DANS MON LIT

- Jamais dans le lit de mes parents même quand je suis malade (risque d'étouffement).
- Je dors dans la même pièce que mes parents pendant mes 6 premiers mois.
- Je suis en sécurité : sans cale-tête, cale-bébé, oreiller, coussin, cocon, peluches, couverture, chaîne, collier d'ambon, ou autre objet (risque de gêner ma respiration).

L'HIVER, JE DORS DANS UNE PIÈCE ENTRE 18 ET 20°C.
QUAND IL FAIT CHAUD, ON ME DÉCOUVRE.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

RAPPEL

Vaccinations obligatoires

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)
- Infections invasives à pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe A, C, W, Y
- Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)
- Infections invasives à Haemophilus influenza de type b
- Hépatite B
- Coqueluche

Maladies à évictions obligatoires réglementées

❖ Gastro-entérite à Shigelles	❖ Gastro-entérite à E.Coli	❖ Tuberculose	❖ Scarlatine
❖ Rougeole	❖ Oreillons	❖ Infections invasives à méningocoque	❖ Impétigo (si lésions étendues)
❖ Hépatite A	❖ Coqueluche	❖ Angine à streptocoque	

➤ La décision d'éviction et de retour dans la collectivité se fait sur avis médical.

Pour **certaines pathologies** dont l'éviction n'est pas réglementée, la fréquentation de la collectivité **est déconseillée** à la phase aiguë de la maladie. Cette décision, prise au cas par cas, est du ressort du responsable de structure et doit être conditionnée par le **confort de l'enfant** notamment si les symptômes sont sévères, et/ou par le risque d'épidémie que la pathologie représente.

Liste non exhaustive des pathologies pouvant nécessiter une éviction au moment de la phase aiguë ou si les symptômes sont sévères :

- | | |
|----------------|--------------------|
| - Bronchiolite | - Méningite virale |
| - Gale | - Rubéole |
| - Herpès | - Roséole |
| - Teignes | - Poux |
| - Varicelle | |



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

Définition :

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des intoxications, des infections ou des maladies diagnostiquées par un médecin ou confirmées par un laboratoire qui doivent être obligatoirement déclarées aux autorités de santé publique.

Liste des maladies potentiellement rencontrées en collectivité :

- Hépatite A
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Rougeole
- Toxi infection alimentaire collective
- Rubéole

Conduite à tenir :

1. Diagnostic annoncé par une famille

- S'assurer que la famille a consulté un médecin.
- Dès l'annonce du diagnostic (ou de la suspicion), prévenir le/la directeur(ice) de l'établissement ou d'astreinte ou la coordinatrice santé qui informera la Référente Santé et Accueil Inclusif ainsi que la responsable du service petite enfance ainsi que la PMI.

2. Diagnostic annoncé par un professionnel (médecin, ARS...)

- Le professionnel donnera la conduite à tenir à la directrice de l'établissement qui en informera immédiatement la responsable du service petite enfance.

3. Communication avec les familles

- Affichage conseillé
- Dans tous les cas, lorsqu'un diagnostic de maladie à déclaration obligatoire est confirmé, l'ARS est immédiatement prévenue et se charge de donner les instructions sur les mesures à prendre.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Toxi Infection Alimentaire Collective

Fiche technique – conduite à tenir

Suspicion de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) dans un ou plusieurs établissements livrés par le service de restauration de la ville : écoles, Caluire Juniors, Centre sociaux Parc de la jeunesse et Berges du Rhône, Marie Lyan, crèches.

Qu'est ce qu'une Toxi Infection Alimentaire Collective ?

Une TIAC est définie par l'apparition, au même moment et de façon brutale, de symptômes le plus souvent digestifs (diarrhées, vomissements...) sur au moins deux enfants ayant consommé le même aliment. Ces symptômes apparaissent souvent de quelques heures à 3 jours après l'ingestion de l'ingrédient contaminé, de manière collective et dans un temps rapproché.

Attention, ces symptômes ressemblant fortement à ceux de la gastroentérite, il convient de tenir compte des périodes épidémiques de gastro entérite, ainsi que d'éventuels cas déjà présents dans l'établissement. Pensez à vérifier les vaccinations des enfants malades : si certains enfants concernés par les symptômes ont été vaccinés contre le rotavirus (Rotarix®, Rotateq®), privilégiez la suspicion de TIAC.

Les principales bactéries responsables des TIAC :

- **E. Coli** : se trouve principalement dans les produits animaux ou produits laitiers mal cuits ou consommés crus.
 - Début des symptômes : 3 à 4 jours après l'ingestion.
 - Symptômes alarmants : diarrhées sanglantes.
- **Salmonelle** : se trouve principalement dans les produits alimentaires crus principalement (viande, œuf, lait, fromage).
 - Début des symptômes : 1 à 2 jours après l'ingestion.
 - Symptômes alarmants : fièvre associée aux symptômes digestifs.
- **Listeria** : aliments mal conservés (chaîne du froid cassée)
 - Début des symptômes : variable : de quelques jours à 90 jours après l'ingestion.
 - Symptômes alarmants : fièvre, douleurs musculaires.

Les actions préventives en crèche

- Toutes les températures sont tracées quotidiennement (frigo, congélateur, livraison des repas, réchauffe...) sur la fiche « Contrôles en office ».
- Toute modification des menus de la crèche doit être tracée dans la case « remarque » sur la fiche « Contrôles en office ».
- Cette fiche de traçabilité est archivée 13 mois au sein de l'établissement.
- Seuls les gâteaux industriels sont autorisés pour d'éventuels événements (anniversaires...). Le numéro de lot, la DLC et la liste des ingrédients doivent être conservés durant 3 mois.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Que faire en cas de suspicion de TIAC ?

ALERTER	PAR QUI ?
Si les symptômes sont importants (signes de déshydratation, enfant léthargique, vomissements importants) appeler le Samu (15) pour une prise en charge médicale. Informers les parents des enfants concernés uniquement. Ne pas diffuser d'information relative à la suspicion. Informers la DGA Service à la population et le responsable de service concerné.	Directeur(trice) crèche / responsable d'équipement Directeur(trice) crèche / responsable d'équipement
Information DGS Mise en place de la cellule de crise : maire, dgs, dga service à la population, responsable restauration municipale pour les repas en gestion directe.	DGA Service à la population

ACTIONS IMMEDIATES	PAR QUI ?
Réunir les informations concernant les malades auprès de tous les services d'appel de la mairie et équipements. Les synthétiser dans le tableau « FICHE REFLEXE » (p.50). Transmettre ces informations à la DGA Service à la population pour déclaration.	Directeur(trice) crèche / responsable d'équipement
Déclaration de la suspicion de la TIAC à l'ARS Tél : 0800 32 42 62 Ars69-alerte@ars.sante.fr Le médecin de l'ARS donne les premiers éléments pour la communication aux proches/parents et les premières actions à mettre en œuvre pour éviter une diffusion de la contamination. L'ARS contacte la DDPP pour enquête conjointe.	DGA Service à la population
Retirer du circuit de distribution les produits issus des mêmes lots du jour en cuisine centrale et dans les satellites et les conserver dans l'attente de l'enquête. Conserver les échantillons témoins jusqu'au passage des services de l'Etat chargés de l'enquête.	Responsable de la cuisine centrale Responsable service restauration Responsable qualité service restauration Responsable de proximité
Si nécessaire, mettre en place un numéro d'urgence pour répondre aux sollicitations des parents. Transmettre aux chefs d'établissements des consignes (hygiène) et/ou de l'information à diffuser aux parents.	DSIT DGA Service à la population et cellule Relations publiques



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

Si nécessaire, mettre au point le communiqué pour les médias selon la gravité de l'intoxication.

DGS et Cellules Relations publiques

Réunir les éléments d'information complémentaire des responsables d'équipement pour les 5 jours précédents les premiers symptômes :

- Menu des 5 derniers jours
- Nombre de convive pour chaque repas servi
- Liste des personnels en service aux cuisines
- Composition des repas + éléments de traçabilité

Responsable de la cuisine centrale
Responsable service restauration
Responsable qualité service restauration
Responsable de proximité
Simplicité



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

FICHE TECHNIQUE

ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT SUR ORDONNANCE

RECEPTION DE L'ORDONNANCE

- **Ordonnance** : réceptionnée par le professionnel présent – **complétée en présence du parent**. La date de fin du traitement est calculée : du jour de la prescription en ajoutant la durée prescrite.
Si le traitement a été débuté plus tardivement par les parents, noter la date de début, ajouter la durée prescrite à cette date de première administration. **Faire signer** la feuille de traitement spécifique et garder une copie de l'ordonnance.
- **Modalité spécifique** : pensez à demander au parent si l'enfant a déjà pris le médicament prescrit auparavant. /!\ *Dans le cas contraire, aucun traitement ne sera initié à la crèche (le risque allergique ne doit pas engager la responsabilité de la crèche).*
- **Réception du médicament** : le médicament doit être dans son emballage d'origine, avec la cuillère mesure ou la pipette correspondante au flacon. Les parents, à chaque fois que cela sera possible, fourniront les médicaments non ouverts.
 - Mettre **le nom et prénom complet** de l'enfant sur la boîte **ET** le flacon ; et la **date d'ouverture du flacon** (ou la date de reconstitution le cas échéant).
 - **Vérifier la date de péremption** du produit.
 - **Ranger** le médicament dans la **pharmacie ou la bannette attitrée** ou dans le **réfrigérateur** le cas échéant.
- **Reconstitution du médicament** : dans la mesure du possible, le médicament sera reconstitué et conservé dans l'établissement. Si les parents n'ont pas pu se faire délivrer le traitement en double, il convient de remplir scrupuleusement la mention « transport » et « reconstitution ». Qu'il s'agisse du parent ou d'un professionnel, la date et le nom de la personne ayant reconstitué le traitement doivent être indiqués sur la fiche de traçabilité.
- **Transport** : si le médicament fait des allers-retours entre la crèche et la maison, il doit être transporté dans une pochette isotherme si besoin.

En cas de non-respect des consignes ci-dessus, la direction aura la possibilité de refuser d'administrer le traitement, auquel cas elle en informera immédiatement les parents.

ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

- Se munir de la feuille de traitement individuel : **vérifier la posologie, l'heure et les modalités d'administration**.
- **Administrer à l'enfant** : expliquer le geste à l'enfant, soyez rassurant(e), cherchez le consensus. Essayer d'être dans un endroit calme pour ne pas être déconcentré(e).

TRACABILITE

- Une fois le traitement donné, **remplir la feuille de traitement individuel** : date, heure, nom du professionnel.
- Cette fiche est individuelle et doit être complétée pour chacun des traitements spécifiques. Lorsque le traitement est terminé, cette fiche doit être archivée dans un **registre dédié** à l'administration des traitements.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

PRECONISATIONS EN CAS DE FORTES CHALEURS

LA CANICULE

La canicule est définie comme un niveau de très fortes chaleurs, le jour et la nuit, pendant au moins trois jours consécutifs. La nuit, la température ne descend pas ou très peu.

LES RISQUES LIES AUX FORTES CHALEURS :

Le corps transpire beaucoup pour se maintenir à la bonne température et les jeunes enfants peuvent se déshydrater très vite. Le coup de chaleur chez le jeune enfant est une urgence médicale.

Pour les nourrissons, surveiller l'apparition des signes suivants, révélateurs de déshydratation débutante ou « coup de chaleur » avéré :

- Couche sèche après la sieste (dans ce cas, donner un biberon d'eau et laisser boire à volonté),
- Fièvre,
- Troubles du comportement.

QUE FAIRE ?

Devant toute apparition des signes suivants : fièvre, vomissements, somnolence, couleur anormale de la peau, comportement inhabituel, malaise :

- Déshabiller l'enfant (en couche),
- Humidifier l'enfant avec un linge mouillé (geste à répéter si nécessaire),
- Appeler le 15 et les parents.

CONDUITES A TENIR POUR MAINTENIR UNE PIECE TEMPEREE

- Ouvrir et aérer les locaux aux moments les plus frais de la journée. Fermer les fenêtres et volets ou stores les plus exposés au soleil quand la température extérieure est supérieure à la température intérieure.
- Vérifier la température intérieure avec un thermomètre par pièce et apporter des mesures correctives (refroidissement, climatisation...) si besoin.
- Utiliser les climatiseurs (attention, pour ces derniers, les régler à 5°C/6°C de différence seulement avec la température extérieure).
- Proposer à boire régulièrement aux enfants, même en l'absence de demande.
- Déshabiller les enfants, en laissant un vêtement léger, large et en coton et pour les plus petits (nourrissons), supprimer les bodys.
- Utiliser des jeux d'eau.
- Humidifier l'enfant avec un linge mouillé et répéter si nécessaire. Rafrâchir l'enfant avec spray, brumisateur.
- Ne pas sortir aux heures les plus chaudes (entre 12h et 16h).
- Éviter les activités extérieures pendant les pics de chaleur, a fortiori si pic de pollution.
- Tenir les parents informés de ces préconisations : panneau d'affichage, contacts avec les professionnels.

A L'ATTENTION DES RESPONSABLES DE STRUCTURE

- Le gestionnaire doit signaler auprès du chef de service santé de la Maison de la Métropole de Lyon (MDML) ou de son adjoint les incidents repérés auprès des enfants et mettre en place immédiatement des mesures de correction adaptées.
- Le responsable de la structure, en lien avec le gestionnaire, peut envisager la fermeture de l'établissement si les moyens de rafraîchissement ne sont pas réalisables ou inefficaces et si la température intérieure dépasse 30°C, notamment dans les dortoirs.
- Il est possible également de préconiser la réduction de temps de présence des enfants dans la structure.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

LE SPASME DU SANGLOT

Un spasme du sanglot est une situation durant laquelle l'enfant arrête involontairement sa respiration et perd connaissance pendant une courte période.

Le spasme du sanglot arrive immédiatement après un événement déplaisant comme la contrariété, la surprise, la peur ou la douleur.

Ce phénomène touche environ 5 % des tout petits âgés de 6 mois à 5 ans et est plus fréquent entre 1 et 3 ans.

Il existe 2 formes de spasmes du sanglot :

- La forme **cyanotique (bleue)** : la plus fréquente

Se produit lors d'un accès de colère, en réponse à une remontrance ou à un autre événement bouleversant.

L'enfant crie, a de plus en plus de mal à reprendre sa respiration qui se bloque parfois dès le deuxième sanglot, il expire puis arrête de respirer. Peu après sa peau prend un teint bleuâtre et il perd connaissance. Une crise convulsive brève peut survenir.

Après quelques secondes, la respiration redémarre, la couleur de la peau redevient normale et l'enfant reprend conscience.

- La forme **pâle** :

Se produit après une expérience douloureuse telle qu'une chute avec choc sur la tête mais peut aussi survenir après des événements tels que la peur ou l'effroi.

L'enfant se tait, interrompt sa respiration, perd connaissance rapidement et devient pâle et hypotonique (mou).

Une convulsion peut se produire

Après quelques secondes, il reprend sa respiration, reprend connaissance, récupère rapidement et a un comportement normal et habituel.

PEUT-ON EVITER LA CRISE ?

Les colères qui constituent souvent des spasmes du sanglot, peuvent être prévenues en distrayant l'enfant et en évitant des situations déclenchant des crises. Il est conseillé autant que possible, d'aider l'enfant à surmonter les frustrations et à ne pas prêter trop d'attention à ces épisodes. Il arrive que l'enfant amorce simplement certaines crises en mettant en avant quelques signes comme moyen de pression : une respiration qui se fait plus lente, la tête qui se renverse en arrière, les jambes qui s'affaissent... Si vous ne prêtez pas attention à son attitude, la crise a des chances de cesser. Au contraire, si vous accordez de l'importance à cette mise en condition, l'enfant n'hésitera pas à récidiver.

QUE FAIRE EN CAS DE SPASME DU SANGLOT ?

- Prenez l'enfant dans les bras ou restez près de lui s'il est allongé au sol.
- Surélevez ses pieds et tapotez-lui doucement les joues et les cuisses, pour l'aider à reprendre sa respiration.
- Vous pouvez aussi lui souffler légèrement sur le visage ou tamponner son front d'un mouchoir imbibé d'eau fraîche.
- Noter l'évènement et si possible les circonstances d'arrivée.



Etablit en groupe de travail : M. Pecout ; A-L.
Chavent ; M. Diot ; C. Olivieri
Mise à jour : Avril 2026

/ ! \ Si l'enfant perd connaissance :

- Placer-le en Position Latérale de Sécurité et dégager les voies aériennes en lui ouvrant légèrement la bouche.
- Surveiller la présence de son pouls.
- Rester près de l'enfant et parlez-lui.
- Noter le temps d'inconscience de l'enfant.

Dans tous les cas, la perte de connaissance d'un enfant, même de courte durée, doit vous faire appeler le 15 pour avoir un avis médical.

/ ! \ Autres situations de vigilance qui nécessitent un avis médical immédiat :

- La survenue de convulsions à la suite d'une crise de spasmes du sanglot
- Un malaise prolongé
- Une perte de connaissance prolongée
- Un épisode de spasmes du sanglot qui ne se déroule pas de la manière habituelle pour l'enfant

Envoyé en préfecture le 02/07/2026

Reçu en préfecture le 02/07/2026

Publié le 02/07/2026



ID : 069-216900340-20260701-ARRPE116_2026-AR

FICHE TECHNIQUE

ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT SUR ORDONNANCE

RECEPTION DE L'ORDONNANCE

- **Ordonnance** : réceptionnée par le professionnel présent – complétée en présence du parent. La date de fin du traitement est calculée : du jour de la prescription en ajoutant la durée prescrite. Si le traitement a été débuté plus tardivement par les parents, noter la date de début, ajouter la durée prescrite à cette date de première administration. Faire signer la feuille de traitement spécifique et garder une copie de l'ordonnance.
- **Modalité spécifique** : pensez à demander au parent si l'enfant a déjà pris le médicament prescrit auparavant. /!\ *Dans le cas contraire, aucun traitement ne sera initié à la crèche (le risque allergique ne doit pas engager la responsabilité de la crèche).*
- **Réception du médicament** : le médicament doit être dans son emballage d'origine, avec la cuillère mesure ou la pipette correspondante au flacon. Les parents, à chaque fois que cela sera possible, fourniront les médicaments non ouverts.
 - Mettre le nom et prénom complet de l'enfant sur la boîte ET le flacon ; et la date d'ouverture du flacon (ou la date de reconstitution le cas échéant).
 - Vérifier la date de péremption du produit.
 - Ranger le médicament dans la pharmacie ou la bannette attitrée ou dans le réfrigérateur le cas échéant.
- **Reconstitution du médicament** : dans la mesure du possible, le médicament sera reconstitué et conservé dans l'établissement. Si les parents n'ont pas pu se faire délivrer le traitement en double, il convient de remplir scrupuleusement la mention « transport » et « reconstitution ». Qu'il s'agisse du parent ou d'un professionnel, la date et le nom de la personne ayant reconstitué le traitement doivent être indiqués sur la fiche de traçabilité.
- **Transport** : si le médicament fait des allers-retours entre la crèche et la maison, il doit être transporté dans une pochette isotherme si besoin.

En cas de non-respect des consignes ci-dessus, la direction aura la possibilité de refuser d'administrer le traitement, auquel cas elle en informera immédiatement les parents.

ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

- Se munir de la feuille de traitement individuel : vérifier la posologie, l'heure et les modalités d'administration.
- **Administrer à l'enfant** : expliquer le geste à l'enfant, soyez rassurant(e), cherchez le consensus. Essayer d'être dans un endroit calme pour ne pas être déconcentré(e).

TRACABILITE

- Une fois le traitement donné, remplir la feuille de traitement individuel : date, heure, nom du professionnel.
- Cette fiche est individuelle et doit être complétée pour chacun des traitements spécifiques. Lorsque le traitement est terminé, cette fiche doit être archivée dans un registre dédié à l'administration des traitements.

Envoyé en préfecture le 02/07/2026

Reçu en préfecture le 02/07/2026

Publié le 02/07/2026



ID : 069-216900340-20260701-ARRPE116_2026-AR

Protocole détaillant les conduites à tenir et les mesures à prendre en cas de suspicion de maltraitance ou de situation présentant un danger pour l'enfant

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1.1).

En raison de leur place privilégiée auprès des enfants, les professionnels ont un rôle essentiel et déterminant dans le repérage et la prise en charge des mineurs victimes et en danger.

Les professionnels ont une responsabilité dans le repérage des violences faites aux enfants et doivent transmettre l'information dès lors que des signes de maltraitements sont observés chez un enfant.

Ils doivent donc être informés des comportements à adopter lorsqu'une telle situation se présente.

Toute personne, y compris les personnes soumises au secret professionnel, peut être poursuivie pour non-assistance à personne en péril (article 223-6 du code pénal).

Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Qu'est-ce qu'une Information Préoccupante ?

Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur.

Lorsque la Métropole reçoit une information préoccupante, le service enfance évalue la situation de l'enfant dans un délai maximum de 3 mois. Si nécessaire, la situation peut être évaluée en urgence, ainsi que celle des autres enfants présents au domicile.

Pour évaluer la situation, les professionnels (travailleurs médico sociaux de la Métropole de Lyon) se rendent au domicile du mineur afin de rencontrer tous les membres de la famille et l'ensemble des adultes proches de l'enfant (enseignant, médecin, famille élargie...). Un accueil temporaire en établissement (ou en famille d'accueil) peut être ordonné par le juge des enfants afin de mettre l'enfant à l'abri du danger que sa famille fait ou pourrait faire peser sur lui.

Nota Bene : La Maison de la Métropole recueille et traite toutes les informations préoccupantes signalées concernant des enfants en danger ou en risque de danger.

QU'EST-CE QUI DOIT ATTIRER L'ATTENTION ?

SIGNES PHYSIQUES CHEZ LE MINEUR DE MOINS DE 6 ANS

- Lésions : ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures...
- Répétition de fractures ou d'accidents,
- Négligences : manque d'hygiène, de soins, de nourriture
- Saignement génital, traumatisme génital,
- Absences répétées.

TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 6 ANS

- Changement brutal de comportement (tristesse, agitation, hyperactivité, agressivité, opposition, prostration, désintérêt pour le jeu, phobie)
- Troubles de l'alimentation et du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars, fatigue, ...).
- Comportements régressifs (démarche, propreté, langage)
- Troubles somatiques répétés (douleurs diverses : abdominales, maux de tête, malaise, ...)

SIGNES DANS L'ENTOURAGE DE L'ENFANT

- Absence de contact avec l'établissement et du suivi de documents le cas échéant
- Sanctions disproportionnées envers l'enfant.
- Comportement agressif d'un ou des parents.
- Incohérences avec changement de discours.
- Discordance entre la lésion observée et les explications données.

QUEL COMPORTEMENT ADOPTER ?

CE QU'IL FAUT FAIRE ET DIRE

- Ecouter et croire l'enfant.
- Etre compréhensif et rassurant.
- Le laisser parler ou lui dire « raconte-moi ».
- Dire à l'enfant que les violences subites sont interdites, que ce n'est pas de sa faute et qu'il n'a pas à avoir honte.
- Transcrire mot pour mot les paroles de l'enfant en écrivant l'enfant m'a dit que :
« ... »

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE NI DIRE

- Ne pas dire à l'enfant que nous l'écouterons plus tard.
- Ne pas minimiser les faits révélés.
- Ne pas poser de questions, laisser l'enfant parler, s'en tenir à la parole émise.
- Ne pas faire répéter l'enfant « car redire c'est revivre », afin aussi de ne pas contaminer sa parole.

Quelles actions doit-on mettre en place ?

En cas de danger grave ou avéré, contacter directement la police ou la gendarmerie (17) et effectuer, par écrit, un signalement au procureur de la République. Informer la PMI du signalement effectué.

En cas de doute sur une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être. Lorsqu'une parole ou un comportement dénigrant, une trace physique, un manque d'hygiène ou tout autre évènement, éveille un doute, une question, une suspicion de maltraitance :

1. En parler en équipe, informer le/la directeur(ice). Dans tous les cas il est important de ne pas rester seul/e.
2. Tous les professionnels s'occupant de l'enfant collaborent et remplissent un « carnet de bord » (cf. annexe) quotidiennement et sur un temps déterminé collégialement (minimum 1 mois).
 - a. **Informez la psychologue et la référente santé** pour prévoir leurs interventions en observation sur la structure auprès de l'enfant concerné.
 - b. **Informez la PMI et la responsable du service petite enfance par mail** de la situation rencontrée et des actions mises en place.
 - c. **Rencontre de la famille par la directrice** : exposition de la situation rencontrée, explications des mesures envisagées...
3. A l'issue du temps d'observation complétée dans le carnet de bord, si aucun changement et/ou inquiétudes persistantes : déclencher une **commission de situation difficile**.

A l'issue de la commission de situation difficile plusieurs propositions pourront être envisagées :

- Délai d'observation supplémentaire
- Orientation de la famille vers des professionnels spécifiques (médicaux, sociaux, associations...). Penser à proposer aux parents un rendez-vous à la PMI.
- Décision de rédiger une Information Préoccupante.

Déclencher une Information Préoccupante

1. **Informez la famille** : privilégiez l'entretien de la rédaction de l'Information Préoccupante ou par courrier recommandé le cas échéant.
2. **Complétez la « fiche de recueil d'une information préoccupante »** cf. annexe II.
3. **Envoyer la fiche** ainsi que le carnet de bord au service enfance de la Métropole de Lyon du territoire Plateau nord / Val de Saône.

Mail : cripvds@grandlyon.com

4. S'assurer de recevoir « l'accusé de réception de l'information préoccupante ».

Les numéros et liens utiles

Police ou gendarmerie : 17

Numéro national d'appel d'urgence gratuit et confidentiel pour toute situation d'enfant en danger : 119

Formulaire en ligne du 119 > www.allo119.gouv.fr/recueil-de-situation

Annuaire des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes > www.lavoixdelenfant.org/actualite/annuaire-des-cellule-des-recueil-des-informations-preoccupantes-crip

Associations

La Voix De l'Enfant : 01 56 96 03 00

L'Enfant Bleu : 01 56 56 62 62

Colosse aux pieds d'argile : 07 50 85 47 10

Enfance et partage : 01 55 25 65 65



Annexe I - Définitions

Le danger : « Lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé ou les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises alors il est en situation de danger. » (article 375 du code civil). Ce mineur peut subir (violences intra-familiales, institutionnelles...) comme il peut être acteur (fugue, pré-délinquance, délinquance).

L'urgence : une situation est qualifiée d'urgente quand un évènement imprévu, inhabituel, rapide, dommageable – ou sa révélation – implique la nécessité d'une protection et d'un éloignement immédiat du mineur. L'urgence de la situation fait référence au degré élevé de mise en danger du mineur, elle concerne l'action à entreprendre par les professionnels de la protection de l'enfance.

Le signalement judiciaire : le signalement judiciaire est l'ensemble des documents écrits, transmis à l'autorité judiciaire, afin de porter à sa connaissance des faits graves, des éléments de dangers avérés, compromettant le développement du mineur et sollicitant une mesure de protection judiciaire. Ces documents sont établis après évaluation pluridisciplinaire et si possible inter institutionnel, par des travailleurs sociaux ou médicaux-sociaux après leur validation par le responsable de l'aide sociale à l'enfance du département. Le signalement judiciaire fait suite, en général, aux informations préoccupantes après leur traitement administratif par les services du conseil général. En cas d'urgence, le procureur peut être saisi. Il en est de même dans le cas d'un fait de nature pénal.

Ainsi, il est nécessaire de distinguer les 2 démarches :

- Information à la métropole de Lyon (niveau opérationnel de la cellule départementale) en vue de la protection d'un enfant.
- Information directe de l'auteur de l'information auprès du parquet :
 - o En cas d'urgence et de fermeture du niveau opération de la cellule : la nuit, durant les week-ends et les jours fériés.
 - o Et/ou pour un motif de nature pénale.

Envoyé en préfecture le 02/07/2026

Reçu en préfecture le 02/07/2026

Publié le 02/07/2026



ID : 069-216900340-20260701-ARRPE116_2026-AR

Annexe VI

BARÈMES et TARIFS CAF au 1^{er} janvier 2026

Les ressources retenues pour le calcul de la participation familiales sont encadrés par un montant plancher et plafond définis chaque année par la Caisse Nationale d'Allocation Familiale.

Le montant de la participation de la famille est défini par un taux d'effort appliqué à ses ressources.

À compter du 1^{er} janvier 2026, un tarif horaire sera calculé à partir de vos revenus de l'année 2024 selon les barèmes suivants :

MONTANT DES RESSOURCES PLANCHER ET PLAFOND

Année d'application	Plancher	Plafond
1 ^{er} Janvier 2026	814,62 €/ mois	8 500 €/ mois

TAUX D'EFFORTS et TARIFS HORAIRES

Taux effort	0.0619%	0.0516%	0.0413%	0.0310%	0,0206%
Nombre d'enfants à charge	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 à 7 enfants	8 à 10 enfants
Tarif horaire minimum	0,50 €	0,42 €	0,34 €	0,25 €	0,17 €
Tarif horaire maximum	5,26 €	4,39 €	3,51 €	2,64 €	1,75 €



Annexe VI

BARÈMES et TARIFS CAF au 1^{er} janvier 2027

Les ressources retenues pour le calcul de la participation familiales sont encadrés par un montant plancher et plafond définis chaque année par la Caisse Nationale d'Allocation Familiale.

Le montant de la participation de la famille est défini par un taux d'effort appliqué à ses ressources.

À compter du 1^{er} janvier 2027, un tarif horaire sera calculé à partir de vos revenus de l'année 2025 selon les barèmes suivants :

MONTANT DES RESSOURCES PLANCHER ET PLAFOND

Année d'application	Plancher	Plafond
1 ^{er} Janvier 2027	821,13 €/ mois	8 500 €/ mois

TAUX D'EFFORTS et TARIFS HORAIRES

Taux effort	0.0619%	0.0516%	0.0413%	0.0310%	0,0206%
Nombre d'enfants à charge	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 à 7 enfants	8 à 10 enfants
Tarif horaire minimum	0,51 €	0,42 €	0,34 €	0,25 €	0,17 €
Tarif horaire maximum	5,26 €	4,39 €	3,51 €	2,64 €	1,75 €

Annexe VII

LISTE DES MALADIES CONTAGIEUSES ENTRAÎNANT UNE ÉVICTION DE LA COLLECTIVITÉ

Maladies à éviction obligatoire

L'éviction de la collectivité est réservée à 11 pathologies seulement
L'éviction de la collectivité est une obligation réglementaire pour certaines pathologies.

- L'angine à streptocoque
- La coqueluche
- L'hépatite A
- L'impétigo (lorsque les lésions sont étendues)
- Les infections invasives à méningocoque
- Les oreillons
- La rougeole
- La scarlatine
- La tuberculose
- La gastro-entérite à *Escherichia coli*
- La gastro-entérite à Shigelles

Pour chacune de ces pathologies, le retour en collectivité sera conditionné par la fourniture d'un certificat médical autorisant de nouveau l'accueil en collectivité.

Maladies à éviction conseillée selon le confort de l'enfant

Pour certaines pathologies ne nécessitant pas l'éviction, la fréquentation de la collectivité est déconseillée à la phase aiguë de la maladie. Cette décision, prise au cas par cas, est du ressort du responsable de structure et doit être conditionnée par le confort de l'enfant, notamment si les symptômes sont sévères (fièvre importante, fatigue, vomissement, diarrhée...).

Certaines maladies étant très contagieuses, le repos à la maison pourra être demandé afin de protéger les autres enfants et les professionnels.

- Conjonctivite
- Gastroentérite
- Bronchiolite
- Gale
- Varicelle

- Herpès
- Pied main bouche
- Grippe
- Roséole
- Covid 19
- Otite
- Angine
- Cytomégalovirus (CMV)
- Molluscum : il est conseillé de les couvrir par un vêtement ou un pansement mais pas d'éviction



ANNEXE VIII

AUTORISATION DE CONSULTATION DOSSIER ALLOCATAIRE

Je soussigné(e)

Nom et prénom du/des parent(s) :

Nom de l'enfant :

N° allocataire

Date : / /

Merci de cocher la case correspondant à votre choix

☐ **J'autorise** le Service Petite Enfance de la Ville de Caluire et cuire à consulter mes informations afin de calculer ma participation familiale.

- à la Caisse d'Allocations Familiales du Rhône en utilisant le service de consultation internet CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires) et à conserver une copie écran.

- Ou à la MSA via le télé service

Les renseignements consultables sont :

- N° allocataire
- Nom et prénom de l'allocataire / du conjoint
- Adresse postale
- Montant du quotient familial national – historique 24 mois
- Date de calcul
- Nombre de parts
- Régime de protection sociale (général ou particulier)
- Enfants et autres personnes à charge au sens des prestations de service, du logement et/ou du RSA : nom prénom, date de naissance.
- Base des ressources annuelles servant à calculer le quotient familial national
- Nombre d'enfants à charge au sens des prestations familiales.

☐ **Je refuse** la consultation de mes informations via le service CDAP. Dans ce cas, je m'engage à fournir l'avis d'imposition complet de l'année N-1 portant sur les revenus perçus en N-2.

À défaut de transmission des justificatifs demandés, le tarif plafond pourra être appliqué conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à Caluire et Cuire le
Pour servir et valoir ce que de droit

Signature(s)

Envoyé en préfecture le 02/07/2026

Reçu en préfecture le 02/07/2026

Publié le 02/07/2026



ID : 069-216900340-20260701-ARRPE116_2026-AR