



SIEPEA
DU PAYS
DE GLANE

CRÈCHE

« Malices et chocolat »

2 rue du Clos
87510 Saint-Gence
Téléphone : 05 55 75 64 27
Courriel : maliceschocolat@siepea.fr

Règlement de fonctionnement

Mise à jour juin 2023

CARACTÉRISTIQUES DE LA STRUCTURE

La Crèche « Malices et Chocolat » a une capacité d'accueil de 25 places (dernier agrément du 04/01/2021 délivré par le conseil Départemental).

Les horaires de fonctionnement sont **de 7h30 à 18h30 sans interruption, du lundi au vendredi**.

Différents accueils sont possibles : régulier, occasionnel, urgence, périscolaire.

La structure est accessible à tous les enfants du territoire (Peyrilhac, Saint-Gence, Veyrac). La condition d'activité professionnelle n'est pas obligatoire.

Les enfants scolarisés peuvent être accueillis en périscolaire le mercredi après-midi et pendant les vacances scolaires.

La Crèche a une période de fermeture de trois semaines au mois d'août et d'une semaine en décembre. D'autres jours de fermeture sont communiqués en début d'année scolaire.

MODALITÉS D'ADMISSION, INSCRIPTION ET DÉPART

L'attribution des places se fait lors d'une commission d'admission constituée d'un élu représentant de chaque commune, des responsables de la crèche, et du Directeur Général des Services.

Elle se fait en fonction des critères d'admission suivants :

- les places disponibles par groupe d'âge ;
- le type d'accueil prévu (jours et durée d'accueil) ;
- la commune de résidence afin de tendre vers des quotas respectant les populations respectives des trois communes de résidence, à savoir 20 % d'enfants habitant à Peyrilhac, 40 % à Saint-Gence, et 40 % à Veyrac ;
- la situation familiale ou financière (famille monoparentale et/ou bénéficiaires des minimas sociaux, en application du décret 2006-1153 du 23 décembre 2006) ;
- les fratries seront privilégiées dans la mesure du possible ;
- la date prévue de l'entrée à la crèche ;
- l'antériorité de la demande.

Deux commissions d'admission ont lieu : une en octobre pour un accueil au mois de janvier et l'autre au mois de mars pour un accueil prévu au mois de septembre.

Une fois la demande d'accueil enregistrée, elle est ensuite envoyée au Relais Petite Enfance (RPE) pour être centralisée avec les autres demandes des différents lieux d'accueil de notre territoire (ALSH, RPE et crèche).

En effet, cette centralisation des données, par le biais d'un enregistrement unique, alimente les tableaux de bord de l'Observatoire au Service de la Petite Enfance mis en place en 2011.

Cet observatoire a pour but d'analyser les besoins d'accueil sur le territoire afin d'adapter, dans la mesure du possible, l'offre à la demande.

Dans la mesure où les contraintes matérielles et géographiques ne nous permettent pas de répondre à toutes les demandes, nous réorientons alors les familles vers le RPE, l'ALSH ou d'autres modes d'accueil (autres multi-accueils, garde à domicile...).

En cas de refus, les demandes peuvent être maintenues sur une liste d'attente sur simple demande des familles.

- **Critères relatifs aux parents :**

La structure accueille **en priorité** les enfants dont les parents habitent les communes de **Peyrilhac, Saint-Gence, et Veyrac**. L'accueil des familles habitant hors de ces 3 communes se fait selon les places disponibles.

La structure est ouverte à toutes les familles.

- **Critères relatifs à l'enfant :**

La crèche Malices et Chocolat accueille les enfants âgés de 10 semaines à 6 ans. Nous sommes en capacité d'accueillir tous les enfants, y compris les enfants en situation de handicap.

L'activité professionnelle des parents n'est pas un critère d'attribution des places. Nous répondons ainsi aux familles engagées dans un parcours d'insertion sociale ou professionnelle.

Au moment de l'admission, l'enfant doit avoir répondu aux obligations vaccinales selon le calendrier vaccinal en vigueur, sauf contre-indication médicale. Un certificat d'aptitude à la vie en collectivité doit être établi par un médecin et fourni avant le 1^{er} jour d'accueil.

Le Référent Santé (Béatrice LEANDRIS) veille à l'intégration des enfants présentant un handicap, une maladie chronique et/ou une allergie alimentaire. Un complément d'informations est alors demandé aux parents pour une meilleure connaissance de l'enfant, ainsi que l'ordonnance et le traitement à administrer régulièrement ou en cas d'urgence. Le cas échéant, le médecin référent met en place un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou y participe.

- **Pièces administratives à fournir :**

Les parents doivent compléter et signer un dossier d'inscription et fournir les pièces suivantes :

- un certificat d'aptitude à la vie en collectivité ;
- la photocopie des vaccinations ;
- une ordonnance antipyrétique avec une autorisation parentale signée (validité 3 mois) ;
- une copie du livret de famille ;
- en cas de divorce : le jugement de divorce sera demandé pour les modalités de garde.

cf. dossier d'inscription en annexe.

- **Modalités de fréquentation des accueils occasionnels :**

L'accueil occasionnel signifie que l'enfant est inscrit dans la structure, accueilli sur une durée limitée, et ne se renouvelant pas à un rythme prévisible à l'avance. Les plannings d'accueil occasionnel sont établis en fonction des demandes et des places disponibles. Toute annulation de moins de 48 h sera facturée de plein droit.

- **Modalités de fréquentation des accueils réguliers :**

L'inscription de l'enfant se fait dans ce cas sur des temps d'accueil journaliers ou hebdomadaires, fixés à l'avance, quelle que soit l'amplitude d'accueil et de durée dans le temps.

Un contrat déterminant un forfait d'heures est établi entre la famille et la structure, après déduction des jours d'absences demandées et des jours de fermeture de la structure. Le contrat est établi sur la durée qui convient le mieux à la famille. De façon générale, les contrats sont établis de septembre à décembre, puis de janvier à septembre. Une mensualisation est alors établie.

Un document unique pour l'édition de votre contrat doit nous être rempli et transmis par courriel afin d'établir les plannings. Seul ce document devra être utilisé.

Toutes les modifications devront se faire uniquement par courriel.

Si la famille n'est pas en mesure de fournir un planning à l'avance, un contrat régulier "non mensualisé" sera proposé. La facture sera alors mensuelle et éditée à chaque mois échu. Elle comprendra le nombre d'heures réservées et les éventuelles régularisations (compléments d'horaires, déduction d'absences).

Le contrat peut être révisé par l'une ou l'autre des parties. Dans ce cas, le délai de prévenance doit-être d'un mois minimum.

Toutefois, pour toutes les demandes de modification importante de planning, une réévaluation sera nécessaire au sein de la structure et pourra conduire à une annulation de la place attribuée.

Dès lors que l'inscription à l'école est effectuée, la place d'accueil est considérée libérée. Une inscription pour un accueil en périscolaire peut alors être envisagée si besoin.

- **Accueil périscolaire des enfants :**

L'accueil se fait les mercredis après-midi et les vacances scolaires.

Le SIEPEA, pour les enfants inscrits le mercredi après-midi, assure le ramassage et le transport entre l'école et la structure. Les enfants prennent alors leur repas à la crèche à leur arrivée.

- **Modalités de l'accueil d'urgence :**

La crèche est susceptible d'accueillir un enfant n'ayant jamais fréquenté l'établissement si les parents présentent un problème urgent de mode de garde (congé ou maladie de l'assistant maternel ou fermeture du mode de garde, insertion professionnelle...). L'accueil d'urgence est possible sur une durée de 15 jours renouvelable 1 fois. Les besoins de la famille ne sont pas connus à l'avance et ne peuvent pas être anticipés. Il n'y a pas de contrat d'accueil.

La réglementation offre la possibilité aux gestionnaires de réserver une place ou d'accueillir en surnombre certains jours de la semaine, à condition que le taux d'occupation n'excède pas 100 % en moyenne hebdomadaire (art. R180-8 du décret du 1^{er} août 2000).

- **Information de l'établissement en cas d'absence de l'enfant :**

En cas d'absence de l'enfant, les familles doivent informer le plus rapidement possible la crèche.

Toute annulation de moins de 48 h sera facturée. En cas d'absence pour maladie, la déduction n'interviendra qu'au 2^{ème} jour de maladie sur présentation d'un justificatif médical. Cependant, les jours d'hospitalisation de l'enfant seront déduits dès le 1^{er} jour, sur certificat d'hospitalisation.

- **Personnes habilitées à récupérer l'enfant et conduite à tenir en cas de défaillance de celles-ci :**

Chaque famille doit remplir une autorisation pour l'ensemble des personnes habilitées à venir chercher l'enfant. Les personnes autres que les parents doivent se présenter avec une pièce d'identité.

En cas de séparation ou de divorce, une copie à jour du jugement relatif à l'accueil et à l'hébergement des enfants sera nécessaire.

Tout manquement à ces dispositions suspendrait les responsabilités de l'établissement.

- **Préavis de départ :**

Un préavis d'un mois est à respecter en cas de rupture du contrat d'accueil.

- **Règles de bonne conduite, respect du personnel :**

Tout comportement inapproprié de la part d'un parent, ou de toute personne habilitée à récupérer l'enfant, à l'encontre du personnel de la crèche (agression verbale, agitation excessive, violence physique...) est de nature à entraîner la suspension de l'accueil de l'enfant de façon temporaire, voire définitive.

FONCTIONNEMENT

L'équipe de direction :

La direction de la crèche est assurée par Mme Mathilde DUBAU, Éducatrice de Jeunes Enfants, qui est l'interlocutrice privilégiée des familles pour toutes les questions relatives au fonctionnement de la structure. La gestion administrative est assurée par Mme Béatrice LEANDRIS, directrice adjointe et Infirmière Diplômée d'État. Béatrice LEANDRIS est désignée comme référent Santé de la crèche.

En l'absence de ces personnes, les responsabilités des ouvertures et des fermetures de la crèche, ainsi que les décisions à caractère d'urgence seront déléguées aux personnes présentes titulaires d'un diplôme habilité.

L'équipe éducative :

L'équipe éducative est constituée de professionnelles titulaires d'un CAP Petite Enfance, d'un diplôme d'Auxiliaire de Puériculture, ou d'un diplôme d'Éducateur de Jeunes Enfants.

Le rôle de cette équipe est d'accueillir les enfants et leurs familles, d'assurer les soins des enfants au quotidien, de leur proposer des activités ludiques et d'éveil pour leur permettre de s'épanouir en collectivité tout en privilégiant leur bien-être. Le taux d'encadrement légal est respecté, à savoir 1 adulte pour 5 enfants qui ne marchent pas, et 1 adulte pour 8 enfants marcheurs.

L'entretien des locaux et la distribution des repas sont assurés par un agent dédié à ces missions.

Le référent Santé :

L'infirmière de la structure (Béatrice LEANDRIS) a été désigné Référent Santé et accueil inclusif de l'établissement.

Les intervenants extérieurs :

La crèche peut accueillir des stagiaires en formation petite enfance.

Une psychologue intervient dans le cadre de l'analyse de la pratique tous les deux mois auprès des professionnels.

Salim MENAD, percussionniste de l'association SOUS LE MANGUIER, intervient de façon hebdomadaire.

La Participation des parents à la vie de l'établissement :

Les parents sont consultés chaque année via une enquête de satisfaction.

Les parents sont conviés à différents moments dans l'année :

- « Les Ateliers en Famille » : la crèche propose différents ateliers auxquels les parents peuvent participer avec leur enfant : atelier Éveil et Signes, atelier portage, atelier « Découvrons ensemble », « C'est l'heure du conte ! » ;

- Les temps festifs : fête de l'été et de la rentrée. Les parents sont conviés pour partager un temps convivial qui est aussi l'occasion de faire des expositions, de parler des différents projets.

Les produits utilisés :

L'établissement assure la fourniture du matériel de puériculture nécessaire.

La crèche fournit les couches aux enfants ainsi que le nécessaire aux soins courants :

- couches Magic flexidry (éco labellisées)
- pommade Bepanthen
- savon Neutraderm

Les repas :

Les repas sont également fournis par la structure. La crèche fournit la marque de lait Gallia. Les familles peuvent apporter le leur si elles donnent un lait différent à leur bébé. Dans le cas de l'allaitement, nous pouvons aussi donner le lait maternel en suivant le protocole de recueil et de conservation. Un espace allaitement est aussi mis à disposition dans le cas où les mères voudraient allaiter pendant l'accueil de l'enfant.

Les repas mixés et en morceaux ainsi que les goûters sont fournis par la société ANSAMBLE. Ils sont préparés le plus naturellement possible, sans additif ni conservateur. Les repas sont livrés en liaison froide puis remis en température grâce à un four spécifique.

Les quantités et les textures sont adaptées suivant les âges des enfants. De ce fait, nous n'acceptons pas, hors PAI éventuel, les repas provenant du domicile, pour des raisons d'hygiène.

Les menus du déjeuner et du goûter sont affichés dans le hall d'entrée de la crèche ainsi que sur notre site internet : www.siepea.fr.

Les sorties :

Les sorties extérieures éventuelles des enfants sont prévues à l'avance et doivent s'accompagner automatiquement d'une autorisation écrite spécifique et signée par les parents.

La surveillance médicale des enfants :

L'administration des antipyrétiques ne se fait que sur ordonnance, à partir de 38,5 °C, pour faire baisser la fièvre de l'enfant en attendant l'arrivée des parents. Une ordonnance pour l'administration des antipyrétiques doit être fournie, établie par le médecin traitant, avec le poids de l'enfant et la posologie du médicament ainsi qu'une autorisation parentale signée. Elle doit être renouvelée tous les 3 mois afin qu'elle corresponde au poids réel de l'enfant.

Les médicaments sont à remettre impérativement aux professionnels.

En aucun cas, il ne doit y avoir de crèmes, lotions, suppositoires, médicaments ou produits pouvant être ingérés par les enfants dans les sacs se trouvant dans l'entrée, afin d'éviter tout risque pour les enfants qui peuvent avoir accès à cet espace.

Les enfants ne doivent porter aucun bijou (collier d'ambre, gourmette, chaîne, boucles d'oreilles) afin d'éviter tous dangers.

En référence au guide pratique « Collectivités de jeunes enfants et maladies infectieuses » de novembre 2006, **la structure n'accueille pas les enfants atteints de certaines maladies :**

- 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 Schigelle.

Pour le **bien-être de l'enfant**, d'autres évictions sont mises en place :

- **boutons de fièvre, impétigo, surinfection de boutons** : 72 heures d'éviction
- **conjonctivite** : 24 heures d'éviction après le début du traitement

- **bronchiolite** : 48 heures si l'état de l'enfant ne nécessite pas de kinésithérapie, 72 heures si l'état nécessite des séances de kinésithérapie
- **gastro-entérite** : 48 heures d'éviction à réévaluer par la suite selon l'état de l'enfant
- **syndrome grippal** : 48 heures d'éviction à réévaluer par la suite selon l'état de l'enfant
- **grippe** : 5 jours d'éviction
- **varicelle** : éviction selon l'étendue de l'éruption et fièvre supérieure à 39 °C
- **syndrome pieds mains bouche** : éviction si l'enfant présente des difficultés à s'alimenter et/ou si les mesures d'hygiène à mettre en place sont trop contraignantes pour la crèche
- **angine bactérienne** : 48 heures d'éviction après le début du traitement.

La structure peut demander le départ de l'enfant dans la journée si des signes associés (fièvre élevée, vomissement, diarrhée, éruption cutanée importante...) se manifestent pendant la période d'accueil de l'enfant.

Dans le cas de fièvre au-delà de 38,5 °C durant 48 heures, il sera demandé une consultation médicale aux familles pour pouvoir accueillir l'enfant le lendemain.

La structure peut recevoir les enfants en voie de guérison, non fébriles, sous traitement médical. Pour cela, les parents **doivent fournir impérativement l'ordonnance prescrite par leur médecin traitant, mentionnant la posologie des médicaments** et une autorisation parentale signée.

La présence d'une infirmière au sein de la structure permet l'aide à la prise des médicaments prescrits. Toutes les professionnelles sont habilitées à donner les traitements considérés comme un acte de la vie courante. Les professionnelles ne décident ni de la substance ingérée ni de ses quantités et se limitent à appliquer les prescriptions établies par le médecin.

Le médicament fournit doit correspondre exactement à l'ordonnance. Nous attirons l'attention des familles sur les médicaments **génériques. En effet, il est absolument nécessaire de faire noter par le pharmacien la substitution du médicament sur l'ordonnance, sinon le traitement ne pourra être donné à votre enfant.** (cf. fiche de rappel pour l'administration d'un traitement).

Chaque aide à la prise d'un médicament ou incident pouvant survenir dans la vie quotidienne de l'enfant au sein de la structure est systématiquement consigné sur une fiche de soins infirmiers individuelle.

Des protocoles médicaux pour des produits de la vie courante sans ordonnance ont été mis en place avec le médecin référent. Le personnel de Malices et Chocolat peut, avec l'autorisation parentale, être amené à faire des soins préventifs ou visant à soulager un enfant si des petits soucis de la vie courante surviennent (bosses, fesses irritées, nez qui coule, nez qui saigne, petites plaies, irritation de l'œil, irritation de la peau, protection solaire...).

La direction se réserve le droit de refuser l'accueil d'un enfant à son arrivée au regard de son état de santé.

Soins spécifiques occasionnels ou réguliers - Modalités d'intervention - PAI :

Pour les accueils qui le nécessitent, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) sera mis en place avec la famille, le médecin de l'enfant, le médecin généraliste et la PMI, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs si nécessaire.

Conduite en cas de maladie ou d'accident :

En cas de maladie, d'accident, ou de danger pour la santé de l'enfant, le médecin référent ou les services du SAMU 15 seront contactés. L'équipe est formée aux gestes de premiers secours. Le protocole sera alors déterminé avec les médecins du SAMU 15 pour les conduites à tenir. La famille sera prévenue le plus rapidement possible.

Procédures d'évacuation des locaux et de confinement dans l'établissement :

Un affichage dans le hall d'accueil ainsi que dans l'espace de vie des enfants a été mis en place afin de détailler les procédures.

Protocoles divers :

Afin de garantir la sécurité de tous, un livre des protocoles est mis en place et consultable sur demande au sein de la crèche. Ces protocoles sont par ailleurs annexés à ce règlement.

PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PARENTS

La tarification :

La structure accueille en priorité les enfants dont les parents habitent les communes de Peyrillhac, Saint-Gence, et Veyrac.

L'accueil des familles habitant hors de ces 3 communes se fait selon les places disponibles et seulement en accueil occasionnel. Il sera alors appliqué une majoration de 20 % du tarif horaire.

Pour les familles habitant sur le territoire, la facturation se fera comme expliqué ci-dessous, quel que soit le contrat d'accueil : régulier, occasionnel.

La tarification appliquée aux familles se fait obligatoirement en heures et selon un barème national déterminé par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF).

Pour déterminer le tarif horaire appliqué aux familles, il convient d'appliquer aux ressources annuelles imposables de N-2 ramenées au mois, le taux correspondant à la composition familiale (nombre d'enfants à charge).

Les participations financières des familles sont revues chaque année au 1^{er} janvier, lorsque nos partenaires CAF et MSA actualisent les ressources de leurs allocataires.

Avec l'autorisation signée des familles au moment de l'inscription et par le biais d'une contractualisation avec la CAF ou la MSA, la direction de la crèche peut avoir directement accès aux déclarations relatives aux ressources N-2, Quotient Familial, le nombre d'enfants à charge, enfant bénéficiaire de l'AEEH, évitant aux familles de transmettre chaque année une copie de leur déclaration d'impôts.

Le montant de la tarification appliquée aux familles ne peut pas être inférieur à un montant établi à partir d'un plancher mensuel de ressources, fixé annuellement par la CNAF. Pour déterminer le tarif plancher dû par la famille, il convient d'appliquer au plancher de ressources le taux correspondant à la composition de la famille.

A contrario, la CNAF laisse le gestionnaire de la structure libre d'appliquer ou non un plafonnement des ressources. **Le SIEPEA a fait le choix de ne pas dé plafonner.**

Le tarif horaire demandé aux parents permet ainsi une personnalisation de la facturation à partir du temps réel d'accueil.

Revenu net annuel ÷ 12 x taux d'effort = tarif/heure

Le barème national des participations familiales est le même pour toutes les familles qui fréquentent la structure. Il s'applique sur un taux d'effort, modulé en fonction du nombre d'enfants à charge.

	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants	6 enfants
Accueil collectif	0,06 %	0,05 %	0,04 %	0,03 %	0,03 %	0,03 %

Le tarif de l'accueil d'urgence est différent, la structure applique un tarif horaire moyen établi sur la moyenne des participations familiales calculée sur une année.

Pour les familles dont l'enfant est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance, nous appliquons le tarif plancher pour un enfant.

Pour les familles non-allocataires sans justificatif de ressources et reconnues en situation de fragilité, le tarif plancher sera appliqué.

Par ailleurs, pour les familles non-allocataires ne souhaitant pas transmettre volontairement leurs justificatifs de ressources se verront appliqué le tarif plafond instauré dans l'équipement.

La présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'AEEH) à la charge de la famille, même si ce n'est pas l'enfant accueilli à la crèche, permet d'appliquer le taux d'effort immédiatement inférieur.

Toutes les familles qui changent de situation doivent obligatoirement en informer la CAF. Ces changements sont alors pris en compte par la CAF qui modifie les informations contenues dans CDAP. Nous pouvons alors revoir le montant des participations pour l'accueil de leurs enfants dès le mois suivant.

En revanche, si l'un des parents change d'employeur au cours de l'année avec une diminution ou une augmentation de ressources, il ne sera tenu compte de cette modification de revenus qu'au 1^{er} janvier de l'année N+2.

La participation financière demandée à la famille comprend les repas et les soins d'hygiène.

Les subventions publiques octroyées par la Caisse d'allocations familiales aux gestionnaires des structures

d'accueil du jeune enfant sont basées en partie sur les heures de fréquentation réelle des enfants. Ces heures doivent être fiables, pour que les subventions publiques versées par la Caf correspondent au juste financement. Dès lors, le gestionnaire est tenu à la plus grande vigilance quant au correct enregistrement de ces heures. Les familles sont invitées à informer la direction de la structure de toute erreur dans le relevé d'heures de présence réelle qui leur serait transmis. Des contrôles peuvent être diligentés par la Caf.

La facturation :

La facturation est mensuelle, elle est basée sur le contrat établi avec la famille pour les accueils réguliers, ou en fonction du nombre d'heures réservées par la famille le mois précédent pour les accueils occasionnels. Toute annulation de moins de 48 h sera facturée.

L'heure d'arrivée et de départ de l'enfant sont dissociées et toute demi- heure entamée sera facturée. Une tolérance de 5 minutes est appliquée à tous.

Exemple à titre indicatif : Un contrat indique une arrivée à 8h30 et un départ à 18h00

Si l'enfant arrive à 8h07, la demi-heure entre 8h et 8h30 est comptabilisée en heure supplémentaire.

Si l'enfant repart à 18h13, la demi-heure entre 18h et 18h30 est également comptabilisée en heure supplémentaire.

Exemple à titre indicatif : Un contrat indique une arrivée à 8h00 et un départ à 17h00

Si l'enfant arrive à 9h00 mais repart à 18h00 : la présence de 17h00 à 18h00 sera comptabilisée en heure supplémentaire. Vous serez donc facturé sur la période prévue au contrat de 8h00 à 17h00 et de 17h00 à 18h00 en heure supplémentaire.

Les heures complémentaires seront facturées au même tarif.

Les heures d'adaptation effectuées en présence des parents ne sont pas facturées.

Une fois le contrat établi entre la famille et la structure, aucune déduction n'est possible.

Concernant les absences pour maladie, une déduction à compter du 2^{ème} jour d'absence sera effectuée en cas d'absence supérieure à 1 jour sur présentation d'un certificat médical. Le délai de carence comprend le 1^{er} jour d'absence de l'enfant.

Les factures sont établies à la crèche avant d'être transmises à la Trésorerie de Limoges Municipale. C'est celle-ci qui se charge de les faire parvenir aux familles.

En cas de litige, d'erreur, les familles peuvent s'adresser directement à la direction de la crèche.

Le règlement des factures au Trésor Public doit être accompagné du numéro de la facture ou du coupon à découper se trouvant au bas de celle-ci.

La CAF et la MSA subventionnent l'équipement petite enfance. Au bas de votre facture, il est indiqué la participation horaire qui est donnée par l'organisme pour l'accueil de votre enfant.

Le règlement :

Le règlement peut s'effectuer par :

- **paiement en ligne** à partir du site internet du SIEPEA : www.siepea.fr
- **virement bancaire** sur le compte dont les coordonnées figurent au bas de chaque facture
- **chèque bancaire** à envoyer à la Trésorerie de Limoges Municipale, 31 rue Montmailler, 87043 Limoges Cedex
- **chèque CESU***, à envoyer à la Trésorerie de Limoges Municipale, 31 rue Montmailler, 87043 Limoges Cedex

***Avant envoi des chèques CESU, la facture ainsi que les chèques doivent impérativement être tamponnés par la crèche.** Le montant des tickets ne doit pas dépasser le montant de la facture, si besoin un chèque peut être joint afin de compléter les tickets CESU et ainsi correspondre au montant exact à régler.

Dans la mesure où les règlements ne sont pas directement faits au multi-accueil, nous ne pouvons pas attester de ceux-ci et vous faire une attestation de frais de garde. Veuillez conserver vos factures et vos règlements correspondants afin de pouvoir réaliser votre calcul au moment de votre déclaration d'imposition.

ASSURANCE

La structure « Malices & Chocolat » est assurée auprès de la SMACL, garantissant les agents contre les conséquences de leur responsabilité civile à l'occasion des dommages qu'ils peuvent causer aux enfants, ou que ces derniers peuvent causer à autrui.

Le numéro de police d'assurance est le 092252/Z.

ENQUÊTE FILOUÉ

Notre établissement participe à l'enquête Filoué, menée par la CNAF depuis 2014.

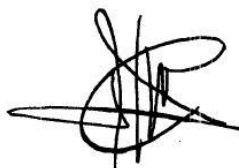
Cette enquête a pour finalité de produire un fichier localisé des usagers des EAJE permettant de suivre les caractéristiques des publics accueillis dans les structures.

Les parents doivent signifier leur accord pour cette transmission de données via le contrat d'accueil de leur enfant.

INFORMATION DES PARENTS SUR LE RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le présent règlement est remis aux familles avec le dossier d'inscription et considéré lu et approuvé par celles-ci en cas d'inscription effective de leur(s) enfant(s) au sein de la structure Malices et Chocolat.

Fait à Saint-Gence, le 21 juin 2023,
La Présidente du SIEPEA,
Nathalie Fontaine



Ampliation faite :

- au service de la Protection Maternelle Infantile de la Haute-Vienne ;
- à la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Vienne.

Protocole d'urgence

Face à une situation d'urgence, modalités d'intervention pour l'appel au SAMU par tous les professionnels.

RESTER CALME

* Observer l'enfant

- L'enfant répond-il aux questions ?
- Respire-t-il sans difficulté ?
- Saigne-t-il ?
- De quoi se plaint-il ?

* Isoler l'enfant si possible

* Une personne reste auprès de lui

ALERTER

* Accident sans mise en jeu du pronostic vital

- Appel du médecin de la crèche : **Dr POLLET/ Dr LEPRAT 05.55.08.02.78**

* Avec un pronostic grave - **alerte du SAMU - Composer le 15**

- Indiquer l'adresse détaillée
- Préciser le type d'évènement (chute...)
- Décrire l'état observé au médecin du SAMU (symptômes, âge de l'enfant...)
- Ne pas raccrocher le 1^{er}
- Laisser la ligne téléphonique disponible

APPLIQUER LES CONSEILS DONNÉS

* Auprès de l'enfant

- Couvrir et rassurer
- Ne pas donner à boire
- Rappeler le 15 en cas d'évolution de l'état
- Rassembler les renseignements concernant l'enfant (carnet de santé, autorisation d'hospitalisation, coordonnées des parents)

* Appeler les parents

* Prévenir les responsables

* Si les secours doivent intervenir, 1 agent doit attendre à l'extérieur pour les guider au plus vite

Protocole d'hygiène générale en cas de maladie ou contagieuse ou épidémie

L'objectif est de définir les précautions standard puis mettre en place ces mesures systématiques pour protéger les enfants et les professionnels.

La crèche est un établissement d'accueil collectif et non permanent d'enfants en bonne santé de deux mois à trois ans. Les enfants sont accueillis pour une durée de 8 à 10 heures en général. Ce n'est pas un établissement de santé. Les enfants sont exposés aux mêmes risques d'infections que dans les autres collectivités.

Les micro-organismes le plus souvent en cause lors de ces infections peuvent être des :

- Virus : virus respiratoire syncytial (VRS), virus herpétique, rotavirus (responsable de diarrhées épidémiques) ;
- Champignons : Candida albicans responsable du muguet buccal ;
- Bactéries : Staphylocoques et Streptocoques notamment.

Ces agents infectieux sont en partie éliminés par l'action mécanique du lavage et sont généralement peu thermorésistants au-delà de 65°, seuil à partir duquel on constate un effet de létalité sur la flore microbienne.

Le risque infectieux en crèche est considérablement diminué si les règles d'hygiène sont respectées.

HYGIÈNE DES MAINS DU PERSONNEL

Après chaque geste sale – Avant chaque geste propre :

À l'arrivée et au départ du lieu de travail, avant un contact alimentaire, avant chaque repas, avant et après chaque change, à chaque contact avec un produit biologique (urine, selles, sang...), après être allé aux toilettes, s'être mouché, coiffé, avant et après la prise en charge de l'enfant : change, administration de médicaments ...

TECHNIQUE :

Lavage simple en cas de mains souillées ou désinfection par utilisation d'un produit hydro alcoolique sur mains propres.

PRÉALABLE :

- Ne porter ni montre, ni bijou (bague ou alliance)
- Avoir les ongles courts, sans vernis ni faux ongles
- Avoir les avant-bras découverts

OU DÉSINFECTION AVEC UNE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE (SHA)

- Appliquer la solution SHA sur des mains sèches et visiblement propres
- Utiliser un volume de SHA pour permettre une friction d'une durée suffisante et de couvrir toute la surface des deux mains et des poignets
- Frictionner les mains en répétant les étapes jusqu'à séchage complet

HYGIÈNE DES MAINS DES ENFANTS :

Avant chaque repas, après être allé aux toilettes, après avoir manipulé des objets souillés ou contaminés (terre, animal...)

- Avec de l'eau et du savon liquide doux
- Temps de savonnage 15 secondes – durée totale : 30 secondes

HYGIÈNE DES LOCAUX

Les règles d'hygiène à appliquer en crèche est, en premier lieu, de limiter le nombre de produits d'entretien et d'améliorer la conception hygiénique des locaux.

- Les murs, sols, portes et surfaces de travail doivent être revêtus de matériaux lisses, durs, imperméables, lavables et imputrescibles
- Les fenêtres et plafonds sont eux aussi lavables et conçus pour éviter l'encrassement
- Les sanitaires doivent disposer d'un lave-main, d'un distributeur de savon et de papier jetable et être entretenus et nettoyés régulièrement

OBJECTIF :

Prévenir la transmission des germes par l'entretien des locaux et du mobilier par l'utilisation de produits adaptés au risque.

RECOMMANDATIONS :

Produit adapté à la nature des surfaces à traiter et à la sécurité du personnel, avec un bon pouvoir nettoyant répondant aux normes exigées pour les produits détergent-désinfectants (bactéricide, fongicide, virucide).

Il est recommandé de ne pas multiplier les produits afin d'éviter les mélanges et les mauvaises utilisations.

- Porter des gants
- Ne jamais mélanger les produits d'entretien entre eux
- Respecter les dilutions et les temps de contact
- Respecter les notices d'utilisation et la fiche de données sécurité du produit
- Tenir les produits hors de la portée des enfants

MESURES D'HYGIÈNE :

Prévenir la transmission des germes par l'entretien des locaux et du mobilier afin de préserver la santé des enfants et des professionnels.

Il faut nettoyer correctement et régulièrement les locaux, les surfaces de travail et les poubelles. Évacuer fréquemment les poubelles de couches et langes et les désinfecter 1 fois par jour.

Attention : les surchaussures ne contribuent pas à la diminution des risques infectieux mais elles peuvent le majorer lorsqu'on les met ou les enlève.

Pour le mobilier, surfaces hors sol :

Essuyage humide, dépoussiérants, détergents.

Matériel : lavettes à usage unique ou réutilisables avec entretien en blanchisserie.

Pour les sanitaires, lavabo, douche, baignoires, WC :

- Nettoyage suivi d'un essuyage humide avec désinfectant
- Détartrage des WC 1 fois par semaine au minimum

Matériel : lavettes à usage unique ou réutilisables (changées entre chaque local) avec lavage en machine.

Principes de nettoyage : du « plus propre » vers le « plus sale », du « haut vers le bas ».

Pour les sols :

- Balayage humide

Matériel : balai trapèze, gaze à usage unique avec changement entre chaque local, gaze enlevée au seuil du local

- Lavage manuel ou mécanisé

Matériel : lavage toujours précédé du balayage humide, lavage à plat avec bandeau de sol changé à chaque local et entretien en machine à 60° ou 90°

PROCÉDURE DE NETTOYAGE DES JEUX D'ENFANTS :

Il est indispensable d'instaurer des consignes claires de nettoyage et désinfection pour chaque type de matériel et de les afficher aux endroits adéquats pour qu'elles soient appliquées. Planning de nettoyage des jeux affiché dans la salle de bain.

Éliminer les jouets difficiles à entretenir.

Pour les autres jeux :

- peluches synthétiques, entretien au minimum hebdomadaire : lavage en machine à laver dans un cycle à 40°C.
- jouets immergeables, entretien deux fois par semaine : trempage de 15 minutes dans une solution de détergent désinfectant compatible avec l'usage alimentaire puis rinçage (pour diminuer le risque toxicologique) et séchage.
- les petits jouets à surface rigide peuvent être passés au lave-vaisselle. La désinfection n'est alors pas requise.
- jouets non immergeables, entretien quotidien : essuyage avec une lavette (à usage unique ou réutilisable changée quotidiennement avec lavage en machine) imprégnée d'une solution de détergent désinfectant compatible avec l'usage alimentaire avec un temps de contact de 15 minutes, rincer avec une nouvelle lavette propre imprégnée d'eau puis sécher.
- les vêtements de déguisement doivent être lavés après chaque utilisation.

LAVER SANS DÉLAI LES JOUETS OU PELUCHES PRÉSENTANT UNE SOUILLURE VISIBLE

ÉVITER DE PARTAGER LES JOUETS PORTÉS À LA BOUCHE TANT QUE CES DERNIERS N'ONT PAS ÉTÉ LAVÉS ET DÉSINFECTÉS.

AUGMENTER LA FRÉQUENCE D'ENTRETIEN DES JOUETS EN CAS D'ÉPIDÉMIE

TENUE PROFESSIONNELLE

En cuisine, la blouse et une charlotte sont obligatoires.

Les membres de l'équipe ont des chaussures crèche.

Pour encadrer les enfants, la tenue doit être pratique pour s'agenouiller, courir, se baisser, bouger tout simplement, elle doit permettre en cas d'accident de se changer immédiatement.

La tenue est aussi une question d'hygiène. Changée tous les jours, la propagation des maladies est limitée. Les cheveux sont attachés, les bijoux ne sont pas recommandés. Le vernis à ongles est interdit.

Port du masque pour protéger l'entourage sain personnel ou enfant en cas de symptômes ou si cas contact.

Port des gants si risque de contact avec du sang, les muqueuses ou la peau lésée de l'enfant et lors de la manipulation de matériel, couches et linge souillés, ou lorsque les mains du professionnel comportent des lésions.

Les gants doivent être changés entre deux enfants et/ou deux activités ou en cas de manipulation de produit chimique (détergent, désinfectant). Ils doivent être jetés dans une poubelle fermée, pratiquer ensuite une hygiène des mains.

GESTION DES DÉCHETS

Une hygiène des mains rigoureuse doit être effectuée après avoir manipulé les couches, déchets et linge sale. À appliquer pour tout enfant indépendamment de la connaissance de son état de santé, à adopter par tous, pour toute situation de la vie professionnelle.

L'évacuation des déchets ménagers et de la cuisine se fait régulièrement.

Stocker les couches sales et déchets dans une poubelle fermée et changée régulièrement.

L'évacuation des déchets organiques selles, urines... est immédiatement suivie du nettoyage et de la désinfection du matériel (pot, adaptateurs de WC).

BIBERON ET ALLAITEMENT MATERNEL

- Toute préparation doit être précédée d'un lavage des mains minutieux.

- Le lait maternel doit être transporté dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération.
- Ne pas dépasser 1 heure de transport.
- Replacer le lait dans le réfrigérateur à 4°C à l'arrivée (sur les étagères).
- Le biberon doit porter le nom et le prénom de l'enfant, le jour et l'heure du recueil.
- Le lait doit être consommé dans les 48 heures près le premier recueil (recommandations AFSSA).
- Le biberon doit être consommé dans l'heure qui suit la décongélation ou être replacé au réfrigérateur et consommé, il ne doit jamais être recongelé.
- Le lait reconstitué et le lait liquide entamé ne doivent pas être conservés au réfrigérateur plus de 24h.
- Les biberons doivent être stockés, immédiatement après la préparation dans un réfrigérateur réservé à cet usage, à température inférieure à 4°C à dégivrage automatique, équipé d'un thermomètre mini-maxi, avec une surveillance des températures.
- Le réfrigérateur doit être nettoyé et désinfecté de façon hebdomadaire avec un produit désinfectant agréé contact alimentaire.
- Le biberon (lait maternel ou préparation pour nourrisson en poudre) sorti de l'enceinte réfrigérée doit être consommé dans un délai d'1 heure. Tout reste de biberon préparé non consommé dans l'heure doit être jeté. La remise en température si elle est nécessaire doit avoir lieu dans les minutes précédant la consommation.

Protocole de soins spécifiques, occasionnels ou réguliers

Protocole en cas de fièvre (température supérieure à 38,5°)

Prendre la température						
Dévêtir l'enfant dès 38,5° Si l'enfant frissonne quand on le déshabille, lui remettre quelque chose de léger						
Repérer les signes de gravité : Léthargie Convulsions Raideur de la nuque Purpura : tâches cutanées non vitropressibles (tâches qui ne disparaissent pas à la pression) URGENCE						
Surveillance de l'enfant						
Faire boire l'enfant						
Bain antithermique INTERDIT						
Prévenir les parents						
Obligation d'avoir une ordonnance de moins de 3 mois pour administrer tout médicament						
S'assurer que l'enfant n'a pris aucun antithermique dans les 4 à 6 heures précédentes						
Vérifier les médicaments : remplir la fiche PDA (préparation/dispensation/préparation)						
Administrer un antithermique si la température est supérieure ou = à 38,5° ou si la fièvre monte très rapidement <ul style="list-style-type: none">➤ Soit PARACETAMOL (solution buvable) Donné à l'aide de la pipette graduée en KG (DOLIPRANE) ou avec une cuillère mesure Dosé en fonction du poids de l'enfant➤ Soit PARACETAMOL (suppositoire)<table><tr><td>½ suppositoire de 100 mg : 3 à 5 KG</td><td>1 suppositoire de 150 mg : 8 à 12 KG</td></tr><tr><td>1 suppositoire de 100 mg : 5 à 8 KG</td><td>1 suppositoire de 200 mg : 12 à 16 KG</td></tr><tr><td>1 suppositoire de 300 mg : 15 à 24 KG</td><td></td></tr></table>	½ suppositoire de 100 mg : 3 à 5 KG	1 suppositoire de 150 mg : 8 à 12 KG	1 suppositoire de 100 mg : 5 à 8 KG	1 suppositoire de 200 mg : 12 à 16 KG	1 suppositoire de 300 mg : 15 à 24 KG	
½ suppositoire de 100 mg : 3 à 5 KG	1 suppositoire de 150 mg : 8 à 12 KG					
1 suppositoire de 100 mg : 5 à 8 KG	1 suppositoire de 200 mg : 12 à 16 KG					
1 suppositoire de 300 mg : 15 à 24 KG						
Donner toutes les 4 à 6 heures , En fonction du degré de la température Ne jamais dépasser : 60 g/KG/24 heures soit 4 prises par 24h						
Noter sur la fiche individuelle le soin effectué, l'heure, la signature et l'observation clinique						
1 heure après la prise du médicament, reprendre la température pour voir si elle baisse Si la température reste élevée, mettre des enveloppements froids ou poches rafraîchissantes au niveau du front, aux plis de l'aîne ou sous les aisselles						

Protocole d'administration d'un soin occasionnel :

Les enfants de - 6 ans ne sont pas autonomes et ne peuvent pas consommer un médicament seul, sans l'aide d'un adulte.

Personnes habilitées	
Réceptionner un médicament	Toutes les professionnelles
Donner un médicament à usage occasionnel	Toutes les professionnelles

Prévenir la directrice, l'infirmière ou une éducatrice de jeunes enfants à l'arrivée d'un enfant ayant un traitement
Réception du médicament au moment de l'arrivée de l'enfant
La première prise du médicament prescrit doit être effectuée par les parents (effets secondaires)
Des conditions sont à respecter pour que le médicament soit administré à l'enfant : <ul style="list-style-type: none">➤ Avoir une ordonnance d'un médecin et l'autorisation parentale pour chaque ordonnance➤ Transport du médicament dans sa boîte d'origine➤ Dans une glacière avec un pack de glace si le flacon est entamé, avec décharge parentale➤ Nom de l'enfant noté sur la boîte du médicament➤ Poids de l'enfant➤ Nom et signature de la personne ayant donné la première fois le traitement➤ Inscription de l'heure et de la date d'ouverture➤ Vérifier date de validité du médicament➤ Inscription nécessaire de la durée du traitement sur la boîte➤ Heures auxquelles doit être donné le médicament Si ces conditions ne sont pas remplies, la professionnelle doit refuser d'administrer le médicament à l'enfant
Mettre au frais le médicament
Lire la notice avant son utilisation
Donner le médicament à l'enfant en respectant les recommandations écrites sur la notice
Remplir la fiche PDA et la fiche individuelle de suivi des prescriptions médicales avec ordonnances

Afin de faciliter la vie courante de l'enfant à la crèche, des protocoles médicaux ont été mis en place en accord avec le Dr POLLET, médecin au cabinet médical de Saint-Gence.

Le personnel de Malices et Chocolat peut, **avec l'autorisation des parents**, être amené à faire des soins préventifs ou visant à soulager votre enfant si des petits soucis de la vie courante surviennent.

***Protocole en cas de coup sans plaie :**

Application de glace (isolée de la peau par un gant ou une protection) environ 10 min.

Pour de l'arnica en granule ou en crème, il faudra nous fournir une ordonnance et le médicament ainsi qu'une autorisation parentale signée.

***Protocole en cas de coup AVEC petite plaie :**

Nettoyage à l'eau claire puis antiseptique, Chlorexidine, pansement si besoin.

***Protocole en cas de rougeurs du fessier :**

Appliquer : Bépanthène ou cicalfate suivant l'état de la peau.

Pour toute autre crème, il faudra nous la fournir avec l'ordonnance correspondante et une autorisation parentale.

***Protocole pour l'hygiène du nez et des yeux :**

Lavage du nez et des yeux au sérum physiologique.

***Protocole en cas de sortie extérieur au soleil :**

Crème solaire collective (indice 50+, peau sensible, sans paraben) hydratation, ombre.

Fiche Mémo

Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

Octobre 2014
Mise à jour Juillet 2017

Messages clés

- Y penser souvent :
 - la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
 - elle existe dans toutes les classes sociales ;
 - il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :
 - le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

Préambule

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

La présente fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être. Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitances sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : 1. les aspects législatifs et réglementaires ; 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

La situation

→ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

- ▶ **chez l'enfant :**
 - la prématurité,
 - des troubles du développement et/ou du comportement,
 - le handicap ;
- ▶ **chez les parents :**
 - tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
 - des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
 - des violences conjugales,
 - des addictions,
 - l'isolement social et surtout moral,
 - des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

L'anamnèse

→ Une maltraitance est à évoquer :

- ▶ **chez le nourrisson :** en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;
- ▶ **à tout âge devant :**
 - des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
 - une lésion pour laquelle :
 - ◀ il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
 - ◀ l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
 - un retard de recours aux soins,
 - des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
 - des antécédents d'accidents domestiques répétés,
 - une ou plusieurs tentatives de suicide,
 - des fugues et conduites à risque,
 - une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
 - des faits de maltraitance dans la fratrie.

Des signes physiques

Ecchymoses

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Des signes physiques (suite)

Brûlures

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
- brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Fractures

→ Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

► chez un nourrisson :

- toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;

• à tout âge :

- les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra).

Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Des signes de maltraitance psychologique

- **chez le nourrisson** : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- **à tout âge** : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Des signes comportementaux de l'entourage

→ vis-à-vis de l'enfant :

- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
- ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,
- parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;

→ vis-à-vis des intervenants :

- minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
- dénigrement ou accusation de l'enfant,
- refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
- ou attitude d'hyper recours aux soins,
- attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Que rechercher et comment ?

À l'examen clinique

→ Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :

- la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
- l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
- un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
- un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
- une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...) ;
- une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant

→ Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
- les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
- le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
- l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
- la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

Au cours de l'entretien avec l'enfant

→ Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :

- débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
- laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordances entre les lésions observées et les explications données.

Que rechercher et comment (suite) ?

À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier

- Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
 - ▶ chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :
 - fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
 - fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion) ;
 - ▶ à tout âge :
 - fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,
 - fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux),
 - décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
 - réactions périostées (par torsion),
 - fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde).

Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (outil de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

Décisions possibles pour protéger l'enfant

Quelques règles de base

- Le médecin est tenu de protéger l'enfant (art. 43 et 44 du Code de déontologie médicale [annexe 1.2]).
 - ▶ Il existe des situations où l'hospitalisation immédiate est nécessaire :
 - lorsque l'enfant est un nourrisson ;
 - lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
 - lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire.
- Le médecin peut être amené à rédiger un certificat médical initial (CMI) qui ouvrira des droits à réparation.

Décisions possibles

En situation d'urgence

- En cas d'urgence vitale, appel du SAMU centre 15 pour transfert de l'enfant à l'hôpital qui doit faire le signalement.
- En cas de danger important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec auteur présumé au domicile de l'enfant), il faut :
 - hospitaliser sans délai : prévenir le service des urgences et s'assurer de la venue effective de l'enfant ;
 - informer le procureur de la République par téléphone et adresser le signalement par fax et courrier en gardant une copie (annexe 2). Le signalement est réalisé, après concertation, soit par le médecin qui adresse l'enfant, soit par l'hôpital.

Décisions possibles pour protéger l'enfant (suite)

En dehors des situations d'urgence

- Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.
- Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.
- La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

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.

En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. [RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005](#)), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux).

Obligations et risques pour le médecin

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non-professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République ([voir annexe 1.2](#)).

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité ([voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 2](#)).

Cas particuliers

Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que, lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille

- En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15 :
 - il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15.

Cas particuliers (suite)

Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

→ Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :

- de procéder à un examen complet de l'enfant dénudé (noter les lésions cutanéo-muqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
- de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entretien si possible mené par le même intervenant et recherchant d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
- de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
- d'organiser une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
- de remplir une fiche d'intervention (lien RBP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
- d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
- de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant.

Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.).

Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (dont l'autopsie).

Établissement du certificat de décès

Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes.

→ Lors de la constatation du décès, compléter un certificat de décès à transmettre à l'état civil :

- **partie administrative** : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
- **partie médicale** : mentionner la cause la plus probable du décès.

→ Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.

Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

Signes orientant vers une atteinte neurologique

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plafonnement du regard, évoquant une atteinte grave avec hypertension intracrânienne aiguë, voire un engorgement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

Syndrome du bébé secoué (suite)

Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, souvent catalogués à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

Examen clinique

(complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires).

→ Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :

- association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
- association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;
- tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

Anamnèse

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

Conduite à tenir en urgence

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

Maltraitance sexuelle intrafamiliale

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

Le dévoilement du mineur

- Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.
- Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.
- Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou varier dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation.

Signes d'appel

- Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.
- **Signes généraux** : manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).

Maltraitance sexuelle intrafamiliale (suite)

→ Signes au niveau de la sphère génito-anaïe

- ▶ Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.
- ▶ Les signes les plus évocateurs sont : les saignements, les pertes génitales ; les irritations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.

→ Comportement du mineur : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle.

→ Comportement de l'entourage : être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

→ un syndrome psychotraumatique :

- des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flash-back* spontané ou provoqué par des événements, etc.),
- des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
- des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;

→ et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen physique

→ Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.

→ L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.

→ L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).

→ Les situations justifiant un examen en urgence sont :

- **médico-judiciaires** : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
- **médico-chirurgicales** : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).

Protocole Sortie à pieds

- Vérifier les **autorisations de sorties** pour les enfants concernés.
- Prévoir une **trousse de secours**, un **téléphone mobile** et emporter le classeur des **fiches des enfants. Pensez aux traitements en lien avec les PAI.**
- Noter sur la **feuille de sortie** le nom de chaque adulte avec les enfants dont il s'occupe durant la sortie : **l'adulte reste avec les mêmes enfants durant toute la sortie.**
- **Compter le nombre d'enfants** et d'adultes participants à la sortie : au début, durant la sortie et à la fin.
- **2 adultes doivent être présents pour toute sortie** : au moins **1 professionnel qualifié** (auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, infirmière...) et **1 professionnel non qualifié. 1 adulte ne peut s'occuper que de 2 enfants maximum.**
- Veillez à laisser assez de personnel dans la structure : 1 adulte pour 8 enfants marcheurs, 1 adulte pour 5 enfants non marcheurs.
- Un professionnel devra être à la tête et un autre à la fin de groupe dans la rue.
- **L'adulte doit tenir chaque enfant par la main et ne jamais le lâcher.**
Si un enfant doit être porté, l'adulte ne peut avoir à sa charge qu'un enfant.

Conduites à tenir en cas d'accident

Le comportement des personnes en cas d'accident doit respecter un certain nombre de règles :

- **Rester calme.**
- **PROTÉGER** sans se mettre en danger :
 - si l'enfant est encore en danger : le dégager
 - observer, essayer de comprendre ce qui s'est passé
 - préserver d'un danger supplémentaire
 - supprimer le risque (électrique, verre cassé, ...)
 - protéger également les autres enfants en les confiant à la responsabilité d'une autre collègue pendant le temps des secours.
- **REPÉRER** les causes de l'accident
- **POSER LES GESTES DE SECOURS**
- **INFORMER LES SECOURS : FAIRE LE 15**
- **PREVENIR** la direction : **05.55.75.64.27**
- Continuer de surveiller l'enfant
- Poursuivre les gestes de secours
- Rassurer l'enfant, le réconforter
- Veiller à son maintien de température (le couvrir)
- Consigner toutes les informations (soins médicaments évolution) sur la fiche accident
- Faciliter l'accès aux secours

Pour rappel :

- **Se Protéger**
- **Protéger et identifier**
- **Alerter**
- **Secourir**

Protocole Sortie en mini bus

- Vérifier les **autorisations de sorties** pour les enfants concernés.
- Prévoir une **trousse de secours**, un **téléphone mobile** et emporter le classeur des **fiches des enfants. Pensez aux traitements en lien avec les PAI.**
- Noter sur la **feuille de sortie** le nom de chaque adulte avec les enfants dont il s'occupe durant la sortie : **l'adulte reste avec les mêmes enfants durant toute la sortie.**
- **Compter le nombre d'enfants** et d'adultes participants à la sortie : au début, durant la sortie et à la fin.
- **2 adultes doivent être présents pour toute sortie** : au moins **1 professionnel qualifié** (auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, infirmière...) et **1 professionnel non qualifié.**
- Veillez à laisser assez de personnel dans la structure : 1 adulte pour 8 enfants marcheurs, 1 adulte pour 5 enfants non marcheurs.
- Veillez à la bonne mise en place des sièges auto (cf. schéma siège auto) et à attacher les ceintures de sécurité (être attentif aux réglages des sangles).
- Un professionnel devra être à la tête et un autre à la fin de groupe dans la rue.
- **L'adulte doit tenir chaque enfant par la main et ne jamais le lâcher.**
Si un enfant doit être porté, l'adulte ne peut avoir à sa charge qu'un enfant.

Seules les personnes habilitées à conduire le mini bus (ordre de mission) peuvent le conduire.

Le conducteur est le référent pour toute la période du transport (montée, trajet, descente). Il est garant de la sécurité des enfants et des adultes qu'il transporte et il peut prendre toute initiative pour y parvenir.

Le conducteur a pour rôle :

- D'assurer la conduite du véhicule,
- Il s'assure avant le départ du véhicule resté en stationnement qu'aucun enfant ne soit menacé par les manœuvres qu'il devra effectuer,
- Il ne démarre pas tant que tous les enfants ne sont pas assis, en sécurité, il veille au port de ceinture adaptée.
- Il n'immobilise pas brutalement le véhicule, il n'ouvre pas les portes avant l'arrêt total du véhicule.
- Il actionne les feux de détresse au moment de l'arrêt du véhicule.
- Il veille à la montée et descente des enfants en toute sécurité.

- Il veille à ce qu'il n'y ait pas de danger (enfants et autres) avant de démarrer.
- D'être garant des règles de sécurité.
- De respecter le code de la route.
- De respecter des arrêts et itinéraires formalisés.
- D'afficher les N° d'urgence dans le véhicule. Un bon partage des responsabilités et des tâches entre le chauffeur et l'accompagnateur est évidemment une des conditions du bon déroulement du transport.

Conduites à tenir en cas d'accident

En cas d'accident, la sécurité des enfants n'implique pas nécessairement une évacuation spontanée. **Sauf incendie, les enfants indemnes et surtout blessés sont presque toujours plus en sécurité à l'intérieur du véhicule qu'à l'extérieur en attendant les secours.**

Il appartient au conducteur ou, le cas échéant, à l'accompagnateur, de déclencher l'évacuation du véhicule et de prendre les mesures nécessaires pour alerter les secours.

La sortir immédiate du véhicule est impérative en cas d'incendie ou lorsque le véhicule est immobilisé sur un passage à niveau.

Le comportement des passagers en cas d'accident doit respecter un certain nombre de règles :

- Rester calme. Évacuer avec ordre, calme et sans cris
- Abandonner sacs, paquets et équipements divers
- Se regrouper à une centaine de mètres du véhicule et à l'écart de la route, afin d'éviter tout danger éventuel : ne jamais stationner sur la chaussée.
- Compter le nombre d'enfants.
- Prévenir les Services de secours : 112.
- Prévenir la direction : 05.55.75.64.27.

Pour rappel :

- **Se Protéger**
- **Protéger et identifier**
- **Alerter**
- **Secourir**

Protocole Surveillance Jardin

Avant toute sortie, un adulte doit aller vérifier que tout est sécurisé dans le jardin (portillons, état général, température extérieure).

- Un enfant ne doit jamais être seul dans le jardin.
- Si l'adulte est seul avec le groupe d'enfant, il est nécessaire de laisser la porte ouverte afin de pouvoir alerter facilement ses collègues en cas de problème.
- Les adultes doivent être placés dans l'espace de façon à observer tous les enfants. Aucun recoin ne doit être sans surveillance.
- Les enfants doivent être habillés de manière adaptée à la température extérieure.
- Les enfants doivent porter un chapeau et avoir de la crème solaire lorsque le temps le nécessite (cf. conduite à tenir forte chaleur).
- Si tous les enfants sont dehors sauf les dormeurs, il est essentiel de maintenir la surveillance des siestes. Il faut donc qu'un adulte reste à l'intérieur ou sur le palier de la porte du jardin.

Référent santé et accueil inclusif

Un référent « Santé et Accueil inclusif » intervient dans chaque établissement et service d'accueil non permanent d'enfants.

Le référent « Santé et Accueil inclusif » travaille en collaboration avec les professionnels mentionnés à l'article R. 2324-40, les professionnels du service départemental de la protection maternelle et infantile mentionné à l'article [L. 2112-1](#) et autres acteurs locaux en matière de santé, de prévention et de handicap. Il peut, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant, consulter le médecin traitant de celui-ci.

Les missions du référent « Santé et Accueil inclusif » sont les suivantes :

1° Informer, sensibiliser et conseiller la direction et l'équipe de l'établissement ou du service en matière de santé du jeune enfant et d'accueil inclusif des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique ;

2° Présenter et expliquer aux professionnels chargés de l'encadrement des enfants les protocoles prévus au II de l'article R. 2324-30 ;

3° Apporter son concours pour la mise en œuvre des mesures nécessaires à la bonne adaptation, au bien-être, au bon développement des enfants et au respect de leurs besoins dans l'établissement ou le service ;

4° Veiller à la mise en place de toutes mesures nécessaires à l'accueil inclusif des enfants en situation de handicap, vivant avec une affection chronique, ou présentant tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière ;

5° Pour un enfant dont l'état de santé le nécessite, aider et accompagner l'équipe de l'établissement ou du service dans la compréhension et la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé élaboré par le médecin traitant de l'enfant en accord avec sa famille ;

6° Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels, notamment en matière de recommandations nutritionnelles, d'activités physiques, de sommeil, d'exposition aux écrans et de santé environnementale et veiller à ce que les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux puissent être associés à ces actions ;

7° Contribuer, dans le cadre du dispositif départemental de traitement des informations préoccupantes mentionné à l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, en coordination avec le référent technique de la micro-crèche, le responsable technique ou le directeur de l'établissement ou du service, au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être et à l'information de la direction et des professionnels sur les conduites à tenir dans ces situations ;

8° Contribuer, en concertation avec le référent technique de la micro-crèche, le responsable technique ou le directeur de l'établissement ou du service, à l'établissement des protocoles annexés au règlement de fonctionnement prévus au II de l'article R. 2324-30 du présent code, et veiller à leur bonne compréhension par l'équipe ;

9° Procéder, lorsqu'il l'estime nécessaire pour l'exercice de ses missions et avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux, à son initiative ou à la demande du référent technique de la micro-crèche, du responsable technique ou du directeur de l'établissement ou du service, à un examen de l'enfant afin d'envisager si nécessaire une orientation médicale.

L'équipe de Malices et Chocolat

Conformément à l'article R.2324-33 du code de la santé publique, l'organisme gestionnaire des établissements et services d'accueil doit s'assurer, dans les conditions prévues à l'article 776 du code de la procédure pénale, que les personnes qu'il recrute pour exercer des fonctions à quelque titre que ce soit dans ces établissements et services, n'ont pas été condamnées pour les délits prévus à l'article L. 133-6 du code de l'action sociale et des familles.

QUALIFICATION DU PERSONNEL	NB PERSONNES PAR QUALIFICATION	TEMPS DE PRÉSENCE HEBDOMADAIRE (NB HEURES)		
		Fonction direction	Encadrement enfants	Autres fonctions
Direction : EJE				
DUBAU Mathilde	1	14h	21h	
Continuité fonction de direction : infirmière DE				
LÉANDRIS Béatrice	1	10h	10h	
Reste de l'équipe auprès des enfants (hors fonction direction) :				
Éducatrice de Jeunes Enfants CÉLÉRIER Charlotte YVELIN Solveig	2		35h 35h	
Auxiliaire de puériculture WARYN Maryse	1		35h	
CAP petite enfance CLÉMENT Christelle COULON Aude FIACRE Aurélie HAY Carole TRAVAILLARD Barbara	5		35h 35h 35h 28h 35h	
TOTAL =	10	24h	304h	
Autre personnel :				
Entretien des locaux LACHAUD Marie Shirley	1			35h cuisine + ménage
Référent santé accueil inclusif LÉANDRIS Béatrice, IDE	1			6h / trimestre
Psychologue en charge de l'analyse de la pratique MATL Véronique, psychologue du travail et médiatrice familiale	1			2h / 2 mois
Médecin référent le cas échéant	/			