

Envoyé en préfecture le 03/02/2025

Reçu en préfecture le 03/02/2025

Publié le

ID : 057-245701206-20250122-CGSDCC25006-DE

S²LOW



Règlement de fonctionnement des multi-accueils du *Saulnois*

Année 2025



Sommaire

I.	Préambule	3
II.	Présentation des 5 structures multi-accueils de la Communauté de Communes du Saulnois.....	4
A.	Présentation	4
B.	Rythmes d'accueils proposés	5
1.	Les modalités d'accueil en surnombre	5
C.	Agés des enfants accueillis	5
D.	Jours et horaires d'ouverture.....	5
E.	Périodes de fermetures annuelles	5
III.	Présentation du gestionnaire	6
A.	Dénomination.....	6
B.	Assurance	6
C.	Mode de fonctionnement	6
IV.	Équipe pluriprofessionnelle	6
A.	La directrice	6
B.	Continuité de la fonction de direction	7
C.	Modalités du concours du référent « Santé et Accueil Inclusif »	7
D.	L'équipe éducative	7
V.	Modalités d'inscription.....	8
A.	Lieu et modalités d'inscription	8
B.	Les pièces justificatives à fournir pour le dossier d'admission	9
VI.	Modalités d'admission et de séjour	10
A.	Obligations vaccinales	10
B.	Horaires et conditions d'arrivée et de départ des enfants	10
C.	Objets personnels.....	10
D.	Sécurité.....	10
E.	Conditions de radiation et motifs.....	11
VII.	Contractualisation et réservation.....	12
A.	Contrat d'accueil	12
1.	Accueil régulier	12
2.	Accueil occasionnel.....	13
3.	Accueil d'urgence.....	13
4.	L'accueil Relai Parental	13
VIII.	Consultation des données allocataires par le partenaire (CDAP)	13
IX.	Tarifcation et facturation en mode PSU.....	14
A.	Modalités de comptage des heures de présence	14

B.	Calcul des tarifs	14
1.	Barème national des participations familiales.....	14
2.	Majorations pratiquées.....	15
C.	Facturation	16
D.	Les particularités de facturation	16
1.	Facturation pour un enfant vivant en résidence alternée	16
2.	Facturation de l'accueil des familles dont l'un des enfants bénéficie de l'Aeeh, ou engagé dans un parcours de diagnostic.....	17
3.	Facturation de l'accueil des enfants placés en famille d'accueil au titre de l'Aide Social à l'Enfance	17
4.	Facturation de l'accueil d'urgence.....	17
5.	Facturation de l'accueil en Relai Parental.....	17
X.	Enquête FILOUÉ.....	17
XI.	Inclusion handicap.....	17
XII.	La place des parents au sein des multi-accueils.....	18
A.	Les transmissions.....	18
B.	Les temps forts du multi-accueil	18
XIII.	Respect du règlement	18
XIV.	Annexes	20
XV.	Annexe 1 : LA SANTÉ DE L'ENFANT	20
A.	Les problèmes de santé.....	20
B.	Le protocole d'accueil individualisé (PAI).....	20
C.	L'administration d'un traitement ou d'un antipyrétique.....	20
1.	L'administration d'un traitement.....	20
2.	L'administration d'un antipyrétique	21
D.	Les accidents et urgences.....	21
E.	Les maladies à éviction.....	21
F.	L'observation du jeune enfant	22
XVI.	Annexe 2 : le bien-être de l'enfant.....	22
A.	L'hygiène	22
B.	L'alimentation	23
C.	Le sommeil	23
XVII.	Exercice de l'autorité parentale et conditions de remise de l'enfant.....	24
XVIII.	Autres protocoles	25

Ce règlement de fonctionnement des 5 structures multi-accueils de la Communauté de Communes du Saulnois a été approuvé par l'Assemblée Communautaire en date du 22 janvier 2025.



I. Préambule

Le territoire de la Communauté de Communes du Saulnois est rural à faible densité de population et pour lequel l'enjeu est principalement de conforter une offre de services le rendant attractif pour la population et les entreprises. C'est pourquoi, suite à la prise de la compétence petite-enfance en 2004, 5 structures multi-accueils se sont construites comme suit :

- Pain d'Epices à Château-Salins : le 04/09/2007
- Anis et Diabolo à Delme : le 04/09/2007
- Les Petites Grenouilles à Francaltroff : le 03/01/2008
- La Ribambelle à Dieuze : le 17/03/2008
- Le Jardin du Mesny à Vic-sur-Seille : le 03/09/2009.

Pour cela, la CCS a pu bénéficier d'un soutien pour la réalisation de ses investissements de la part des partenaires institutionnels que sont :

- La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Moselle,
- L'Union Européenne,
- Le Conseil Régional,
- Le Conseil Départemental de la Moselle,
- Les communes d'implantation des multi-accueils.

Actuellement, pour assurer leur fonctionnement, les multi-accueils du Saulnois bénéficient d'un soutien technique et financier de la Caf de Moselle, et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), leur permettant, dans le cadre de la Prestation de Service Unique (PSU), de faire bénéficier aux parents d'un tarif horaire en fonction de leurs revenus et de leur composition familiale, actualisé chaque année selon un barème national.

Le personnel auprès des enfants ainsi que les directrices des multi-accueils du Saulnois seront pendant le séjour de votre enfant vos interlocuteurs privilégiés pour toutes les questions concernant les modalités d'accueil, la vie quotidienne de votre enfant et son temps de présence au sein de la structure.

Les multi-accueils ont pour mission d'accueillir les enfants de 10 semaines à 6 ans tout en veillant à leur santé, leur sécurité et à leur bien-être ainsi qu'à leur développement et à leur socialisation. Ils accompagnent également les parents dans l'éducation de leur enfant, et les aident à mieux concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle. Ils concourent à l'intégration sociale de l'enfant porteur de handicap en lien avec les partenaires locaux qui entourent le parcours de l'enfant.

Leur fonctionnement est conforme aux règles énoncées dans les décrets n° 2007-230 du 20 février 2007 et n° 2010-613 du 07 juin 2010.

Les missions et le fonctionnement des multi-accueils du Saulnois sont tournés vers un service de qualité rendu aux familles. Ils respectent la charte laïcité de la branche famille, et la charte nationale d'accueil du jeune enfant.

Les équipes des multi-accueils proposent également des activités variées au travers de leurs projets pédagogiques respectifs, développés dans chaque établissement.

Ce présent règlement a pour but d'énoncer les règles pratiques, qui, respectées par tous, doivent permettre un fonctionnement harmonieux de la structure pour le bien-être des enfants.

II. Présentation des 5 structures multi-accueils de la Communauté de Communes du Saulnois

A. Présentation

La Communauté de Communes du Saulnois (CCS) dispose de 5 structures multi-accueils répartis sur le territoire comme suit :



■ PAIN D'ÉPICES (25 places)
1, rue de la Tuilerie - 57 170 CHATEAU-SALINS
03 87 86 29 47
Mel : multiaccueil.chateausalins@cc-saulnois.fr

■ ANIS ET DIABOLO (25 places)
Rue Clémenceau (RD 90) – 57 590 DELME
03 87 86 45 04
Mel : multiaccueil.delme@cc-saulnois.fr

■ LA RIBAMBELLE (30 places)
2 rue des Bergeronnettes - 57 260 DIEUZE
03 87 86 08 95
Mel : multiaccueil.dieuze@cc-saulnois.fr

■ LES PETITES GRENOUILLES (20 places)
Rue des Jardins – 57 670 FRANCALTROFF
03 87 86 97 40
Mel : multiaccueil.francaltroff@cc-saulnois.fr

■ LE JARDIN DU MESNY (24 places)
3 bis Place du tripot – 57630 VIC SUR SEILLE
03 87 01 54 87
Mel : multiaccueil.vic-sur-seille@cc-saulnois.fr

B. Rythmes d'accueils proposés

L'accueil peut prendre la forme d'un accueil régulier (type crèche), occasionnel (type halte-garderie), ou d'urgence (pour des motifs exceptionnels).

1. *Les modalités d'accueil en surnombre*

Conformément à l'arrêté du 8 octobre 2021, les structures respectent les taux d'encadrement prévus par la loi (1 professionnel pour 6 enfants quel que soit l'âge des enfants, sauf au multi-accueil à Dieuze où le fonctionnement en section maintient un taux d'encadrement de 1 pour 5 bébés non marcheurs, et 1 pour 8 enfants marcheurs). Le calcul de l'accueil en surnombre se fait sur la base du volume horaire hebdomadaire qui ne doit pas excéder 100%.

C. Ages des enfants accueillis

Les enfants accueillis ont entre 10 semaines et 6 ans (jusqu'au mois anniversaire des 6 ans). Rappel : les enfants scolarisés sont accueillis au multi-accueil les mercredis et pendant les vacances scolaires dans le cadre d'un accueil occasionnel (sous réserve des places disponibles et sur demande). Si le multi-accueil fait face à de nombreuses demandes, la priorité sera donnée aux plus jeunes.

D. Jours et horaires d'ouverture

Les 5 structures ont une autorisation d'ouverture du lundi au vendredi de 07h30 à 18h30 (hors fermetures annuelles) et fonctionnent avec un agrément modulé sur les différentes tranches horaires de la journée en période scolaire et hors période scolaire validé par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la Moselle.

E. Périodes de fermetures annuelles

Le calendrier des fermetures annuelles est transmis aux familles en janvier de l'année N au plus tard.

Fermetures estivales	Fermeture exceptionnelle	Journées pédagogiques	Fermeture pour les fêtes de fin d'année
Du 15 juillet au 1 ^{er} août 2025 inclus pour les multi-accueils Les Petites Grenouilles à Francaltroff et Pain d'Épices à Château-Salins	Vendredi 30 mai 2025	Mercredi 26 février 2025,	Du lundi 22 décembre 2025 au vendredi 2 janvier 2026 inclus
Du 4 août au 22 août 2025 inclus pour les multi-accueils Anis & Diabolo à Delme, La Ribambelle à Dieuze, et Le Jardin du Mesny à Vic-sur-Seille		Mercredi 9 avril 2025, Vendredi 11 juillet 2025,	
		Mercredi 22 octobre 2025.	

*Durant la fermeture estivale/exceptionnelle du multi accueil fréquenté régulièrement par l'enfant, les familles pourront voir leur(s) enfant(s) accueilli(s) dans un autre multi-accueil du territoire, sous réserve des places disponibles. Dans ce cadre, un document sera à compléter par la famille concernant les jours et heures de réservation, remis par la directrice, pour le

multi-accueil qui accueillera l'enfant lors de ces périodes. Important : cet accueil fera l'objet d'une facturation supplémentaire et distincte (2 factures pour les enfants accueillis sous contrat régulier). Toute plage horaire réservée est due.

Par ailleurs, les établissements pourront être fermés occasionnellement pour des nécessités de travaux, formations, ponts... sur décision du gestionnaire uniquement. Le cas échéant, les familles seront prévenues à l'avance.

Pour faire suite à la crise sanitaire liée à la COVID-19, survenue en 2020 en France, les multi-accueils pourront fermer sans délai de prévenance selon les consignes de l'Agence Régionale de Santé et la Protection Maternelle et Infantile de la Moselle.

III. Présentation du gestionnaire

A. Dénomination

La Communauté de Communes du Saulnois (CCS) est un Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) composé de 128 communes. Son siège administratif se situe 14ter Place de la Saline à CHÂTEAU-SALINS (57170).

Les multi-accueils sont des structures communautaires gérées en régie, placées sous la responsabilité du Président de la CCS, Jérôme END.

La compétence Accueil de la Petite-Enfance et Vie Familiale est gérée au sein du « Pôle Affaires Sociales et Familiales » par la Vice-Présidente déléguée, Armelle BARBIER, Maire de Bourdonnay.

Contact du Pôle Affaires Sociales et Familiales : amandine.ziccarelli@cc-saulnois.fr
03 87 05 80 80

B. Assurance

Dans ce cadre, la CCS dispose de polices d'assurances nécessaires à son fonctionnement, ses locaux, ses agents et le public accueilli.

Responsabilité Civile Professionnelle – AREAS ASSURANCES : n°0R206024.

Assurance des bâtiments – dommages aux biens – CIADE : Police n°108553894.

C. Mode de fonctionnement

Les structures sont financées :

- ⇒ Par la Caisse d'Allocations Familiales de la Moselle directement par le biais de la Prestation de Service Unique (PSU) qui permet notamment la fourniture des couches et des repas aux enfants accueillis ;
- ⇒ Par la Mutualité Sociale Agricole ;
- ⇒ Par les participations familiales ;
- ⇒ Par la Communauté de Communes du Saulnois.

IV. Équipe pluriprofessionnelle

A. La directrice

Conformément à la réglementation en vigueur, la directrice de la structure est éducatrice de jeunes enfants, infirmière ou infirmière puéricultrice. Elle travaille sous l'autorité de la responsable du Pôle « Affaires Sociales et Familiales » de la CCS. Elle a autorité hiérarchique sur le personnel que constitue l'équipe pluridisciplinaire.

Elle a des missions administratives et des missions d'encadrement auprès des enfants.

Elle est garante :

- Du bon fonctionnement de la structure dans le respect des règles de sécurité et du bien-être des enfants accueillis et de leurs familles mais également des membres de l'équipe ;
- De la qualité de l'accueil, de l'accompagnement quotidien pendant la période d'accueil de l'enfant

Elle établit la facturation mensuelle à destination des parents et s'assure, en tant que régisseur, du recouvrement de celle-ci.

Elle a le souci d'établir de bonnes relations avec les parents et de les associer à la vie de la structure pour permettre la continuité dans la prise en charge des enfants.

Elle élabore le projet pédagogique en collaboration avec l'équipe, dans le respect du règlement de fonctionnement avec le Pôle Affaires Sociales et Familiales, et des décisions approuvées par l'Assemblée Communautaire.

B. Continuité de la fonction de direction

En cas d'absence de la directrice, la continuité des fonctions de direction est assurée par la directrice adjointe, et/ou par l'infirmière, l'éducatrice de jeunes enfants ou un agent titulaire du diplôme d'auxiliaire de puériculture.

Ces agents sont garants du bon fonctionnement de la structure. Elles doivent avoir une bonne connaissance du règlement de fonctionnement et du projet pédagogique.

C. Modalités du concours du référent « Santé et Accueil Inclusif »

Cette nouvelle mission est menée par l'infirmière ou l'infirmière puéricultrice de l'équipe.

Ces principales missions sont :

- Informer, sensibiliser et conseiller la direction et l'équipe en matière de santé du jeune enfant et d'accueil inclusif des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique,
- Présenter et expliquer aux professionnels chargés de l'encadrement des enfants les protocoles ;
- Apporter son concours pour la mise en œuvre des mesures nécessaires à la bonne adaptation, au bien-être et au bon développement des enfants et au respect de leurs besoins ;
- 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 ;
- Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès des professionnels et des parents.

D. L'équipe éducative

Chaque équipe est composée de la manière suivante :

- La directrice (éducatrice de jeunes enfants, infirmière, ou infirmière puéricultrice),
- La directrice adjointe ou les agents en relais de continuité de direction (auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, infirmière, ou infirmière puéricultrice),
- Les agents d'accueils (titulaire du CAP accompagnement éducatif petite-enfance ou auxiliaire de puériculture),

- Un agent de service.

Deux professionnelles au minimum sont toujours présentes dans les locaux dont au moins une est diplômée (auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, infirmière, ou infirmière puéricultrice). Tout au long de la journée, le taux d'encadrement est conforme à la réglementation en vigueur soit 1 professionnelle pour 6, et pour le multi-accueil La Ribambelle à Dieuze qui fonctionne en sections d'âges : 1 professionnelle pour 5 enfants qui ne marchent pas, et 1 professionnelle pour 8 enfants qui marchent.

La CCS emploie 2 apprenties au diplôme d'éducateur de jeunes enfants et accueille de nombreux stagiaires et étudiants tout au long de l'année. Ces accueils ne sont pas comptabilisés dans l'encadrement des enfants.

L'équipe bénéficie de 8 heures d'analyses de la pratique chaque année, animées par une intervenante extérieure, pendant les journées pédagogiques.

V. Modalités d'inscription

A. Lieu et modalités d'inscription

L'inscription d'un enfant s'effectue auprès de la direction du multi-accueil par l'un des 2 parents, ou représentant légal. Dans la mesure du possible, et en fonction des disponibilités, les admissions se feront selon l'ordre chronologique des pré-inscriptions, sachant que les situations sociales précaires et autres situations d'urgence sont considérées comme prioritaires. Les multi-accueils sont accessibles à tous, sans condition d'activité professionnelle ou assimilée des 2 parents ou du parent unique. Des places sont garanties pour l'accueil d'enfants dont les parents, bénéficiaires des minima-sociaux et engagés dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle.

Les établissements accueillent principalement des enfants résidant sur le territoire de la CCS. Puis, dans la limite des places disponibles, les enfants de parents habitant hors CCS mais y travaillant (sur justificatif) et également les enfants dont les parents ne résident ni ne travaillent sur le territoire de la CCS, moyennant une majoration.

a) Admission :

Les admissions se font principalement en septembre.

Pour les autres demandes, une réponse est faite dès que possible par la directrice selon les places disponibles. Un rendez-vous sera fixé pour établir ensemble la période d'adaptation, le dossier vierge sera alors donné à la famille.

Seules les familles dont l'enfant (ou les enfants) est (sont) admis viendront visiter la structure.

b) Inscription :

La remise du dossier d'inscription à la direction, dûment complété, vaut inscription définitive. Dans ce cadre, les parents et la direction définissent ensemble le contrat d'accueil personnalisé.

c) Période d'adaptation :

Lors de l'inscription, les parents et la direction définissent ensemble, une période d'adaptation pour faciliter la prise de repères et l'intégration de l'enfant. La période d'adaptation consiste en un temps de présence progressive. Ce dernier permet :

- Aux enfants et aux parents de trouver des repères sécurisants,

- Aux professionnelles de la structure d'apprendre à connaître l'enfant pour ensuite mieux s'adapter à ses besoins,
- Aux professionnelles et aux parents de se connaître pour exprimer les attentes de chacun.

Cette période d'adaptation se fait en général sur une semaine, elle est adaptée et adaptable en fonctions des besoins et des disponibilités de l'enfant et sa famille.

Lors de l'adaptation, la première heure, accompagnée d'un ou des parents, est gratuite.

B. Les pièces justificatives à fournir pour le dossier d'admission

Le dossier d'inscription doit être rempli, et remis à la direction, accompagné des pièces suivantes :

- ✓ Concernant l'enfant :
 - Un certificat médical permettant l'entrée en collectivité daté de moins de 2 mois attestant de l'absence de toute contre-indication à l'accueil en collectivité
 - Une ordonnance de prescription d'antipyrétique nominative,
 - La photocopie des vaccinations,
 - Un acte de naissance,
 - Le justificatif, pour les enfants présentant un handicap ou atteints d'une affection chronique, de :
 - Perception de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) ;
 - Ou intégration dans un parcours de diagnostic précoce (formulaire de « validation de l'entrée de l'enfant dans le parcours bilan/intervention précoce » délivré par la plateforme départementale de coordination et d'orientation) ;
 - Ou prise en charge régulière par un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (Camsp), ou notification de la MdpH vers une prise en charge en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ou en service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (Safep) ;
 - Ou attestation médicale, délivrée par un centre hospitalier ou le médecin de Pmi, précisant que l'enfant nécessite une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative compte tenu d'un développement inhabituel des acquisitions psychomotrices ou du diagnostic d'une pathologie ou d'une atteinte sensitive ou motrice grave.
- ✓ Autres :
 - Une attestation de domicile (copie d'une facture récente) et une attestation de l'employeur pour les personnes travaillant sur le territoire de la CCS et résidant dans une commune extérieure au territoire,
 - Une copie de tout acte de justice ayant une incidence sur l'exercice du droit de garde ou de l'autorité parentale,
 - Une photocopie de l'attestation responsabilité civile au nom de l'enfant,
 - Une photocopie de l'attestation d'assurance individuelle accident pour votre enfant (renouvelable chaque année) : cette souscription assure votre enfant pour tout accident survenu sans tiers. Dans le cadre d'un refus de souscrire à cette RC individuelle accident, une décharge sera à compléter.

Pour les familles habitant hors du département de la Moselle ou Meurthe et Moselle, ou non allocataires CAF/MSA :

- Une photocopie du dernier avis d'imposition (N-2), ou pour les étudiants un certificat de scolarité et une notification de bourse d'études ou une attestation de ressources (attestation pôle emploi, congé parental, ...)

VI. Modalités d'admission et de séjour

A. Obligations vaccinales

Les enfants doivent être à jour de leurs vaccinations selon la législation en vigueur.

Les contre-indications éventuelles relèvent de la stricte compétence du médecin traitant de l'enfant. Si la contre-indication est strictement médicale, l'enfant pourra être accueilli en collectivité. Le carnet de santé est à présenter à la direction après toute nouvelle vaccination ou rappel.

B. Horaires et conditions d'arrivée et de départ des enfants

Les enfants sont accueillis de 7h30 à 11h00 et de 13h00 à 18h30.

Pour une meilleure intégration de l'enfant dans le groupe, il est recommandé aux familles d'emmener l'enfant jusqu'à 10h. De 11h00 à 13h00, il n'est accepté ni départ ni arrivée afin de privilégier le temps du repas.

Pour la bonne organisation du service, les parents sont invités à respecter les horaires. Il est recommandé de se présenter au moins 10 minutes avant la fermeture de la structure afin d'assurer une transmission de qualité de la journée de l'enfant.

Si aucune personne ne se présente à la fermeture pour récupérer l'enfant, le personnel prendra toutes les dispositions nécessaires pour rechercher la famille et, à défaut, prévenir la gendarmerie.

Toute personne autorisée à venir chercher l'enfant devra être majeure et être signalée à l'inscription. Une pièce d'identité sera demandée aux personnes qui viennent occasionnellement chercher l'enfant.

La directrice de l'établissement est dans l'obligation de refuser tout enfant dépassant l'effectif prévu, cela pour des raisons de sécurité, d'encadrement et de bien-être.

C. Objets personnels

Par mesure de sécurité, le port de bijoux par les enfants est interdit, de même que les petits objets de moins de 3 cm (ex : barrettes, petites pinces crocodile ...).

Pour garantir la sécurité, le personnel de l'établissement est amené à retirer tous bijoux portés par un enfant et ne peut être rendu responsable de leur perte.

Il est interdit d'apporter dans l'établissement des jeux et jouets sauf les « doudous » ou « objets transitionnels » ainsi que les sucettes sans cordon d'attache.

D. Sécurité

Les parents, ou la personne autorisée (obligatoirement majeure), sont responsables de l'enfant jusqu'au moment où ils confient l'enfant à l'établissement. Ils sont également responsables de tout enfant qui les accompagne et donc de tout incident qui pourrait survenir.

Aucune personne n'est autorisée à pénétrer dans les locaux sans l'accord de la direction.

Parents et visiteurs sont priés de fermer les portes et portillons après leur passage, et de mettre les sur-chaussures dans les salles signalées.

Le personnel de la structure a reçu une formation aux gestes de premiers de secours et une formation incendie. Des exercices d'évacuation peuvent être pratiqués.

Des plans d'évacuation sont affichés dans différents endroits de la structure.

Il est rappelé qu'il est préférable d'éteindre son téléphone portable au sein de la structure.

Conformément à la circulaire ministérielle du 17 août 2016, un protocole de mise en sûreté a été réalisé avec les services compétents pour élaborer la préparation aux situations d'urgences particulières pouvant toucher les établissements d'accueil de jeunes enfants. Ce protocole est mis en place au même titre que l'évacuation incendie, il prévoit la mise en sécurité, le confinement ou l'évacuation.

En cas d'alerte, les familles ne doivent pas aller chercher leur enfant pour ne pas l'exposer, ni les exposer à toutes sortes de risques et éviter tout sur accident. Elles seront contactées dès que la situation le permettra.

Les familles ont un rôle d'observation important au niveau des entrées et des sorties, et sont priées de signaler tout dysfonctionnement à l'équipe. Aussi, seuls les agents sont habilités à ouvrir la porte aux personnes qui se présentent au visiophone.

E. Conditions de radiation et motifs

Les parents doivent informer par écrit la direction de l'établissement du départ de l'enfant un mois à l'avance. Les congés légaux de l'établissement ne sont pas compris dans le mois de préavis. Dans le cas du non-respect du préavis intégral, les jours de garde non effectués seront facturés.

Un retrait temporaire, justifié pour raison de santé de l'enfant ou des parents, ou par un congé maternité, peut être accordé sur demande écrite adressée à la direction du multi-accueil en respectant un préavis d'un mois. Ce courrier devra préciser si possible les périodes pendant lesquelles l'enfant sera absent de la structure. Une facture de régularisation sera émise au dernier mois de l'accueil.

La radiation d'un enfant pourra être prononcée par lettre recommandée avec accusé de réception par la direction de la structure :

- Avec un préavis d'un mois, dans les cas suivants :
 - Non-respect des conditions définies dans le contrat d'accueil individualisé,
 - Non-paiement de deux factures mensuelles (consécutives ou non) et ce sur l'ensemble des multi-accueils,
 - Retraits répétés de l'enfant après l'heure de fermeture de la structure,
 - Absence prolongée de plus de 15 jours consécutifs sans information préalable à la directrice de la structure.

- Immédiatement dans ces autres cas :
 - Manquements graves et répétés au règlement en vigueur,

- Menaces, violences, voies de fait, injures, diffamation ou outrage envers un ou plusieurs membres de l'équipe de la structure (loi n°83-634 du 13/07/1983 relative à la protection du fonctionnaire et s'appliquant par extension aux agents non titulaires).

VII. Contractualisation et réservation

A. Contrat d'accueil

Tous les accueils font l'objet d'un contrat qui permet à la famille une lisibilité sur la prise en compte de leurs revenus et le nombre d'enfants à charge retenus dans le cadre du calcul du tarif horaire.

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 réelles 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.

Quel que soit le contrat d'accueil :

- ❖ Il est établi en fonction des besoins réels de la famille.
- ❖ Tout engagement pris auprès de la direction est à respecter sous réserve de la facturation du mois en cours.
- ❖ L'enfant est accueilli minimum 3h si la réservation comprend le temps du repas afin de respecter le fonctionnement de la structure pendant cette plage horaire.

Cas d'avenants possibles au contrat (2 par an maximum) :

- Changement de situation familiale ou professionnelle prise en compte par la CAF et ayant une incidence sur le tarif horaire.
- Changement de planning professionnel des parents ayant une incidence sur les jours d'accueil ou les horaires d'accueil.
- La directrice a également la possibilité de proposer aux familles un ajustement, si elle constate une incohérence entre les heures réservées et les besoins réels des familles.
- Pour toutes autres demandes voir directement avec la directrice de la structure.

1. *Accueil régulier*

Les enfants sont connus et inscrits dans la structure selon un contrat établi avec les parents sur la base d'un nombre d'heures mensuelles, la régularité ne renvoyant pas à une durée mais à une récurrence.

Les familles dont les enfants sont accueillis régulièrement peuvent choisir entre un contrat d'accueil régulier mensualisé ou non mensualisé. Le contrat d'accueil est au maximum d'un an, mais il peut couvrir une période inférieure.

Le nombre de congés annuels est défini lors de la signature du contrat. Une facturation de régularisation se fera en fin d'année ou de contrat (pour une durée inférieure à une année) si elles ne sont pas toutes consommées sur la période.

Les familles s'engagent à prévenir la Direction au moins 4 jours avant des congés.

a) Accueil régulier mensualisé

Il est établi sur la base d'un nombre d'heures mensuelles étalées sur une durée pouvant aller jusqu'à 12 mois selon le calendrier annuel rempli et transmis par la famille.

Dans ce cas, tout accueil en dehors des plages horaires réservées et acceptées par la direction fera l'objet d'une facturation supplémentaire.

b) Accueil régulier non mensualisé

Il est établi sur la base du planning mensuel ou annuel fourni par la famille.

2. Accueil occasionnel

L'enfant est inscrit dans la structure, les besoins de la famille sont connus à l'avance, sont ponctuels et ne sont pas récurrents.

L'accueil occasionnel est établi en fonction des places disponibles au sein de la structure et oblige une concertation entre la direction et la famille.

Les heures réalisées sont facturées.

Toute plage horaire accordée est réservée à la famille, et ne peut être transposée à un autre jour.

Pour bénéficier d'une déduction, toute absence doit être prévenue dans un délai de 4 jours.

3. Accueil d'urgence

Il s'agit de l'accueil d'un enfant dont les parents sont confrontés à une situation inattendue, du jour au lendemain (hospitalisation, urgences sociales...) et n'ont pas d'autre mode d'accueil. Dans ce cas, aucune pré-inscription ne sera demandée. L'enfant est admis automatiquement sans période d'adaptation. Cette situation est de courte durée. Seule la constitution d'un dossier d'inscription minimal sera demandée (justificatif d'embauche, d'hospitalisation, accession à un emploi ou formation etc...).

Les heures réalisées sont facturées aux familles.

4. L'accueil Relai Parental

Dans le cadre du schéma départemental des services aux familles « Bien Grandir en Moselle », les institutions partenaires ont pris l'engagement de faciliter l'accueil des publics vulnérables dans les services aux familles dans une logique d'équité d'accès et de prévention. La CCS est signataire d'une charte pour l'accueil en Relai Parental au sein de ses structures et respecte ses engagements.

L'enjeu principal du dispositif est de proposer à l'enfant un environnement sécurisant, stimulant et ludique et au(x) parent(s) des temps de répit afin de prévenir et/ou d'agir sur la dégradation des situations familiales à travers une démarche concertée.

VIII. Consultation des données allocataires par le partenaire (CDAP)

Le tarif horaire sera calculé sur la base des informations délivrées par le service CDAP dans le cadre de la convention passée par chaque multi-accueil avec la CAF. Seule la directrice et son adjointe disposent des codes leur permettant d'accéder à ces informations confidentielles.

Le service CDAP est un service qui permet un accès direct à la consultation des dossiers allocataires Caf (ressources, nombre d'enfants à charge). Il fait l'objet d'une mise à jour en temps réel. Il respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'un avis favorable de la

CNIL. Chaque multi-accueil conserve une copie d'écran des données personnelles des allocataires de CDAP.

Afin de pouvoir consulter les ressources des familles via la CDAP, les parents doivent signer l'autorisation de consultation sur le site dans le dossier d'inscription.

Pour les ressortissants du régime agricole, les directrices sont également signataires d'une convention avec la Mutualité Sociale Agricole leur permettant d'accéder directement par internet aux ressources des familles.

A défaut de pouvoir utiliser la CDAP, la structure prend en compte les ressources N-2 de la famille afin de calculer le tarif horaire.

IX. Tarifification et facturation en mode PSU

A. Modalités de comptage des heures de présence

La facturation s'effectue à la demi-heure, toute demi-heure commencée étant due, tant dans les heures facturées que dans les heures réalisées.

Par exemple : Madame et Monsieur B souhaitent que leur enfant soit inscrit du lundi au jeudi de 8h15 à 18h15. Le contrat, et la plage horaire réservé pour l'accueil de leur enfant, sera de 8h à 18h30.

Le pointage des départs et arrivées de l'enfant se fait par le marquage sur une tablette reliée au logiciel de gestion Aiga/Noé avec une tolérance de 5 minutes suivant l'heure de début ou de fin d'accueil.

Par exemple : Madame C a une réservation pour l'accueil de son enfant jusqu'à 18h00 ; elle peut arriver jusqu'à 18h05, passée cette heure, une demi-heure supplémentaire lui sera facturée.

Les heures supplémentaires sont facturées sur la base du barème national des participations familiales.

Les familles sont invitées à contacter le multi-accueil pour informer l'équipe de tout retard exceptionnel.

Le départ d'un enfant en dehors des horaires d'ouverture de l'EAJE, imputable au retard de la famille, entrainera la facturation d'un temps de présence supplémentaire au taux horaire prévu dans le contrat et en application des mêmes règles d'arrondi à la demi-heure.

B. Calcul des tarifs

Le tarif horaire est fixé individuellement pour chaque famille en fonction de ses ressources et de sa composition selon le barème obligatoire de la CNAF.

Tout changement de situation professionnelle et/ou familiale doit être signalé auprès de l'établissement et des services de la CAF car cela peut entraîner une modulation de la tarification.

1. Barème national des participations familiales

Dans le cadre d'un accueil régulier ou occasionnel, pour des enfants âgés entre 0 et 6 ans, le calcul du tarif horaire se fait sur la base du tableau présenté ci-dessous :

Nombre d'enfants à charge	1	2	3	4 à 7	8 à 10
Taux d'effort du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2025	0,0619%	0,0516%	0,0413%	0,0310%	0,0206%

Explication du calcul des participations familiales :

Le salaire mensuel moyen de la famille est calculé sur la base suivante :

(Revenu avant déduction + tout autre revenu entrant dans le foyer) / Divisé par 12 mois.

Le tarif horaire est déterminé en multipliant le revenu mensuel imposable par le taux d'effort imposé par la C.A.F (Cf. tableau ci-dessus).

Calcul du tarif horaire : Exemple pour un couple avec deux enfants, dont le salaire mensuel moyen brut s'élève à 3.500,00€ :
Salaire mensuel moyen brut x Taux d'effort
Tarif horaire = 3.500,00€ x 0,0516
Tarif horaire = 1,81€

Le tarif ainsi calculé sera valable toute l'année civile, excepté en cas de changement de situation familiale ou professionnelle prise en compte par la CAF, ou de mise à jour de barèmes par la CAF.

Le montant des ressources à prendre en compte est encadré par un plancher et un plafond revalorisé par la CNAF :

	Montant mensuel	Tarif horaire	Majoration (15%)
A compter du 1^{er} janvier 2025			
Plancher (minimum)	801,00	0,50€	0,58€
Plafond (maximum)	7 000,00€	4,33€	4,98€
A compter du 1^{er} septembre 2025			
Plancher (minimum)	801,00€	0,50€	0,58€
Plafond (maximum)	8.500,00€	5,26€	6,05€

Lorsque la famille ne fournit pas les documents permettant d'établir la facturation (n° allocataire ou avis d'imposition N-2), le tarif plafond sera appliquée.

La régularisation ne pourra se faire qu'en cas de transmission des données demandées avant le 31 octobre de l'année en cours. Passée cette date, la Communauté de Communes du Saulnois ne procédera à aucune régularisation.

2. Majorations pratiquées

Pour les familles accueillies qui ni ne travaillent ni n'habitent le territoire de la CCS, une majoration de 15% sur leur tarif horaire est appliquée.

C. Facturation

La facturation est mensuelle. Elle est établie par la directrice de la structure à terme échu.

Les couches, les produits d'hygiène et les repas (collations et goûters compris) sont fournis par l'établissement sans surfacturation aux familles. Lorsque le repas ou les couches sont amenés par les familles, il n'y aura pas de déduction sur le tarif horaire.

Le tarif est calculé sur une base horaire. Toute heure réservée est due (sauf déductions éventuelles).

Les éventuelles déductions pouvant être appliquées sont limitées à :

- La fermeture exceptionnelle de la structure (ex : travaux, panne de chauffage) dès la première heure de fermeture,
- L'hospitalisation de l'enfant à partir de la date fournie par le justificatif d'hospitalisation,
- Dès le premier jour d'une maladie avec remise d'un certificat médical dans les 48H. Sans présentation d'un certificat médical, l'absence sera facturée dans la limite des 3 jours de prévenance.
- Une maladie, dès le premier jour d'absence, dans le cadre des maladies à éviction dans l'annexe 1.

Le règlement est à effectuer auprès de la directrice ou directrice-adjointe de la structure.

Le règlement peut s'effectuer en espèces, par chèque, par Chèque Emploi Service Universel (CESU), ou par un paiement en ligne et devra intervenir au plus tard le 15 du mois suivant.

Vous pouvez utiliser le mode de paiement par internet depuis un ordinateur fixe en acceptant les cookies du site :

- En vous connectant au site internet de la CCS <http://www.cc-saulnois.fr/> dans la rubrique Affaires Sociales et Familiales > Les multi-accueils > « Payer ma facture en ligne »,
- En demandant à la directrice un mail automatique de première connexion, ou en entrant votre identifiant (mail) et en indiquant « mot de passe oublié » ; ainsi votre mot de passe vous sera envoyé par mail dans le respect de la loi RGPD.

En cas de non-paiement de deux factures (consécutives ou non) et sans avoir pu trouver d'arrangement auprès de la Communauté de Communes du Saulnois, l'enfant ne pourra plus être accueilli.

Le paiement en trésorerie ne peut être justifié que par des circonstances exceptionnelles. En cas de non-paiement des factures mensuelles, les parents s'exposent aux poursuites opérées par la Trésorerie pouvant aller jusqu'à une saisie de leurs allocations familiales.

L'attestation fiscale sera éditée sur la base des factures réglées.

D. Les particularités de facturation

1. *Facturation pour un enfant vivant en résidence alternée*

En cas de séparation des parents avec résidence alternée, la charge de l'enfant en résidence alternée est prise en compte pour chacun des parents.

2. Facturation de l'accueil des familles dont l'un des enfants bénéficie de l'Aeeh, ou engagé dans un parcours de diagnostic

La structure appliquera le taux d'effort immédiatement inférieur en cas de présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'Aeeh), à charge de la famille, même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli au sein de l'établissement. La mesure s'applique autant de fois qu'il y a d'enfants à charge et en situation de handicap dans le foyer.

Par exemple, une famille de trois enfants dont un est porteur de handicap, verra son taux d'effort appliqué pour une composition familiale de 4 enfants.

3. Facturation de l'accueil des enfants placés en famille d'accueil au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance

Le tarif horaire appliqué est le tarif plancher en vigueur.

4. Facturation de l'accueil d'urgence

Les accueils d'urgence seront facturés au tarif horaire plancher.

5. Facturation de l'accueil en Relai Parental

Dans le cadre du Schéma Départemental des Services aux Familles « Bien Grandir en Moselle », le tarif appliqué est le tarif plancher en vigueur pendant les 6 premiers mois aux enfants accueillis dans le cadre du dispositif.

X. Enquête FILOUÉ

La Caisse d'Allocations Familiales, soutien financier et technique des établissements d'accueil du jeune enfant, souhaite mieux connaître le profil des enfants et des familles qui les fréquentent.

L'enquête s'intitule FILOUÉ (Fichier LOCALisé des enfants Usagers d'ÉAJE). Elle est obligatoire pour l'ensemble des structures à compter de 2020. Elle porte sur les données recueillies en n-1, et a pour but de mieux connaître les enfants et les familles qui utilisent le multi-accueil par diverses statistiques rendues anonymes avant leur utilisation par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF).

Elle est facultative pour les familles et repose sur la base du volontariat.

Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, de suppression des données qui vous concernent en prenant contact **avec la directrice du multi-accueil**.

XI. Inclusion handicap

La CCS œuvre pour l'inclusion de tous les publics au sein de ses structures. Ainsi les enfants en situation de maladie chronique, et/ou d'allergie, et/ou porteur de handicap, peuvent être accueillis sur avis du médecin traitant, du gestionnaire et à condition que les contraintes soient compatibles avec la vie en collectivité.

Dans ce cadre, un projet d'accueil individualisé, si une prise en charge particulière est nécessaire et compatible avec l'accueil d'enfants sains en collectivité, sera mis en place en partenariat avec la directrice, les parents, le médecin traitant, et les professionnels accompagnant l'enfant.

Concernant les enfants porteurs d'un handicap ou d'une maladie chronique, et après concertation avec les parents et la directrice de la structure, la structure communautaire peut les accueillir dans la mesure où ils viennent accompagnés d'un adulte ou que leur prise en charge ne nécessite pas une surveillance permanente et/ou une disponibilité permanente d'un agent.



XII. La place des parents au sein des multi-accueils

Les parents entrent souvent pour la première fois au sein du multi-accueil au moment de l'inscription ou de la période d'adaptation de l'enfant. Ils découvrent ainsi les locaux dans lesquels leur enfant va être accueilli.

Par la suite, les relations parents / structure évoluent. La directrice, interlocutrice privilégiée, et l'équipe pourront partager d'autres temps.

La direction se tient disponible pour toute demande de rendez-vous afin d'échanger sur l'accueil de l'enfant.

A. Les transmissions

Les principaux échanges entre les parents et l'équipe ont lieu lors des transmissions à l'arrivée et du départ de l'enfant. Ce temps est important pour créer et entretenir la relation de confiance qui se tisse. Au-delà des informations relatives aux soins et à l'alimentation, ces échanges permettent d'évoquer des anecdotes du quotidien, le développement de l'enfant, les questions actuelles de la famille ou encore, pour les professionnelles d'annoncer les différents projets qui sont proposés aux enfants.

Il est tout à fait possible qu'à l'arrivée et au départ de l'enfant, si celui-ci a besoin d'être changé, le parent puisse effectuer le change dans une des salles de bain (en effet, un enfant apprécie d'être changé par maman ou papa lorsqu'il / elle est présente).

B. Les temps forts du multi-accueil

Les parents sont les bienvenus pour l'ensemble des activités suivantes :

- Lors des fêtes et animations ponctuelles,
- Lors de réunions sur des thèmes divers.

Mais aussi, les parents peuvent :

- Participer au goûter d'anniversaire, en apportant, s'ils le souhaitent un gâteau du commerce emballé et non entamé,
- Fournir vêtements (0 ans / 6 ans) qui ne leurs sont plus utiles à la maison,
- Mettre à disposition de la structure certains de leurs talents (couture, dessin... et ainsi participer à la décoration),
- Fournir des habits (chapeaux, lunettes...) pour faire un coin déguisement.

XIII. Respect du règlement

Le règlement pourra faire l'objet de modifications, par voie d'avenant, en vue de le compléter ou d'en rectifier certains paragraphes.

En cas de non-respect de ce règlement, la direction se verra dans l'obligation de prendre des mesures pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'enfant.

Toute personne confiant son enfant à la structure doit avoir pris connaissance du règlement et s'engage à le respecter, au même titre que le personnel de la structure.

Heureux de vous accueillir dans nos multi accueils, nous espérons répondre à vos attentes et restons à votre disposition.

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 06/01/1978 et au règlement européen n°2016/679 dit « RGPD » entré en vigueur le 25/05/2018, les données personnelles que vous acceptez de nous communiquer seront exclusivement utilisés par le service petite-enfance de la Communauté de Communes du Saulnois. La collecte des données est minimum afin d'assurer la gestion de notre base de données. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression des données qui vous concernent.

Fait à Château-Salins, le 22/01/2025

Monsieur Jérôme END

Président de la Communauté de Communes du Saulnois



XIV. Annexes

XV. Annexe 1 : LA SANTÉ DE L'ENFANT

Cette annexe reprend les éléments du protocole détaillant les mesures à prendre dans les situations d'urgence et précisant les conditions et modalités du recours aux services d'aide médicale d'urgence.

A. Les problèmes de santé

Tout problème de santé (asthme, allergie...) doit être impérativement signalé lors de l'admission et ultérieurement le cas échéant afin de pouvoir adapter l'accueil de l'enfant par la signature d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) par exemple.

Lors des transmissions, le parent veillera à signaler :

- ⇒ Tout incident de santé survenu en dehors du temps d'accueil de la structure (chute, poussée de fièvre...).
- ⇒ Toute prise d'antipyrétique (médicament agissant contre la fièvre), et à quelle heure.

Suite à une intervention chirurgicale, un certificat médical est nécessaire pour réintégrer l'enfant au sein de la structure d'accueil.

Aucune kinésithérapie respiratoire ne sera autorisée dans la structure.

En cas de crise sanitaire, un protocole strict et adapté selon les consignes de la Protection Maternelle et Infantile, fixe les règles à respecter dans ce cadre, et prévaut sur le présent règlement.

B. Le protocole d'accueil individualisé (PAI)

Conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, l'accueil en collectivité des enfants atteints de troubles de la santé (allergies alimentaires...) fait l'objet de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Ce PAI est élaboré en concertation avec les parents de l'enfant, le médecin traitant et la directrice de la structure qui est chargée de veiller à son application.

Le PAI permet de définir une conduite à tenir et de fournir le matériel nécessaire pour intervenir auprès de l'enfant et de son trouble. Il est suivi par l'infirmière de la structure qui veille à le faire connaître à toute l'équipe pour que toute l'équipe soit habilitée à intervenir.

C. L'administration d'un traitement ou d'un antipyrétique

Dans ces deux situations, l'administration sera effectuée en priorité par l'infirmière, et en son absence, par la directrice ou l'auxiliaire de puériculture. La famille, de son côté, doit avoir signée l'autorisation de délivrance dans le règlement de fonctionnement ou dans le dossier d'inscription. Il conviendra de noter sur chaque ordonnance transmise au multi-accueil : « J'autorise le personnel à administrer les médicaments selon cette ordonnance et la posologie indiquée. Nom prénom + signature ».

1. L'administration d'un traitement

Lors de toute consultation chez le médecin traitant, il est préférable de demander lors de la prescription des médicaments, que la prise se fasse si possible matin et soir.

L'ordonnance du médecin doit être remise obligatoirement en même temps que le traitement correspondant, auquel cas ce dernier ne sera pas administré. Si un des produits prescrits est substitué par un générique, le nom de ce dernier doit figurer sur l'ordonnance. De plus, le

médicament devra être fourni dans son emballage d'origine sur lequel figurera le nom et prénom de l'enfant ainsi que la posologie et donné en main propre soit à la direction de la structure soit à un membre de l'équipe présent.

Concernant l'homéopathie, une ordonnance avec une posologie limitée sera demandée.

Toute prise de médicament au domicile avant l'arrivée de l'enfant dans la structure doit être signalée.

De plus, ni le fluor, ni les vitamines ne sont administrés au sein de la structure.

2. *L'administration d'un antipyrétique*

En cas de température supérieure à 38° durant la journée d'accueil, un parent sera prévenu par téléphone, et si nécessaire, il pourra lui être demandé de venir chercher son enfant.

En fonction de l'état de l'enfant et à partir de 38,5°, un antipyrétique pourra être administré par l'infirmière, la directrice ou l'auxiliaire de puériculture en fonction de l'ordonnance délivrée par le médecin traitant de l'enfant.

D. Les accidents et urgences

En cas d'accident ou lorsque l'état d'un enfant nécessite des soins d'urgence, la direction prend toute mesure utile (appel du SAMU, hospitalisation...) et en informe immédiatement la famille, et la Communauté de Communes du Saulnois.

E. Les maladies à éviction

De manière générale, l'établissement d'accueil du jeune enfant n'est pas adapté pour l'accueil des enfants malades, aucun membre du personnel ne peut se dégager du groupe d'enfants pour s'occuper exclusivement d'un enfant.

Pour le bien-être et la sécurité de l'enfant, la direction (ou en son absence les agents en charge de la continuité de fonction de direction) dispose d'un pouvoir d'appréciation pour accepter ou refuser l'enfant. Les parents devront revenir chercher leur enfant à la structure si l'enfant présente des symptômes (une température décelée, un état de fatigue anormale ou avec des risques d'apparition d'une maladie contagieuse) au cours de la journée.



Les maladies induisant une déduction sur la facture

Les maladies mentionnées ci-dessous donneront lieu à une éviction de la collectivité du fait de leur contagiosité. Un affichage dans l'entrée de la structure mentionnera l'apparition de maladie contagieuse pour l'information des familles.

- > L'angine
- > 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
- > Le covid selon les règles en vigueur (ARS et PMI)

> La bronchiolite : le retour au multi-accueil sera possible lorsqu'il n'y aura plus aucun traitement à administrer par chambre d'inhalation pendant les heures d'accueil.

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. Une mention figure sur les fiches des pathologies concernées.

F. L'observation du jeune enfant

L'observation régulière du jeune enfant constitue une étape essentielle dans la compréhension de son développement et de ses besoins. Dans cette optique, des grilles d'observation nationales, validées par le gouvernement, seront utilisées par les professionnels de la petite enfance pour suivre l'évolution de chaque enfant. Ces grilles seront remplies tous les six mois, en lien avec les repères de développement spécifiques à chaque tranche d'âge. En fonction des besoins, un échange sera organisé avec les parents à chaque bilan afin de partager et discuter des observations réalisées. Cette démarche vise à renforcer la collaboration entre les parents et l'équipe éducative et à adapter au mieux les pratiques éducatives aux besoins de chaque enfant.



XVI. Annexe 2 : le bien-être de l'enfant

Pour une meilleure prise en charge de l'enfant, il est souhaitable de transmettre à l'équipe tout changement de situation (déménagement, séparation...) pouvant expliquer un changement de comportement chez l'enfant.

A. L'hygiène

La toilette quotidienne doit être assurée par les parents.

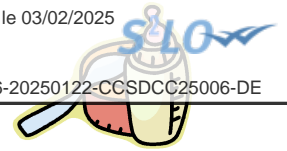
Le change et/ou l'apprentissage de la propreté sphinctérienne se fait en continuité de la famille dans le respect du développement et des besoins de l'enfant. Ces soins sont dispensés par les parents lorsque ceux-ci sont présents, puis assurés par le personnel.

Par ailleurs, des vêtements de rechange adaptés à la saison ainsi qu'une paire de chaussons sont à fournir par la famille.

Il est indispensable d'inscrire le nom et le prénom de votre enfant sur chacune de ses affaires. L'établissement se décharge de toute perte.

Une marque de couches et de produits d'hygiène sont fournis par la structure. Si les parents souhaitent utiliser une autre marque ou s'il y a un problème d'allergie, les familles fournissent alors leurs propres produits.

En lien avec le service des déchets ménagers de la CCS, il est possible de bénéficier d'une couche lavable gratuite pour les enfants de la naissance à 1 an pour les familles souhaitant essayer ce produit. Renseignements au 03.87.05.24.36.



B. L'alimentation

Un marché public lie la CCS et l'Alsacienne de Restauration pour la livraison en liaison froide de repas cuisinés et de goûters, à l'unité, pour les 5 multi-accueils en 2025.

Les familles peuvent retrouver les menus sur le site de la CCS dans la rubrique « Pôle Affaires Sociales et Familiales », ou directement en affichage dans les multi-accueils.

Nature	Repas bébé	Repas moyen	Repas grand	Goûter 2 composantes	Goûter 3 composantes
Prix TTC	4,01€	4,08€	4,26€	0,87€	0,98€

Le multi-accueil fournit le repas et le goûter en fonction du rythme, des horaires de présence de l'enfant (sommeil, heures de repas) et de l'organisation de la structure.

Cependant, si l'enfant accueilli doit bénéficier d'un régime alimentaire particulier (problèmes allergiques encadrés par un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)), les parents se rapprocheront de la direction. En fonction des situations, les parents pourront fournir le repas en veillant à respecter la chaîne du froid, le cas échéant. Cela ne donnera lieu à aucun abattement sur le tarif horaire.

Il est à noter que l'accueil en collectivité dans les 5 multi-accueils de la CCS ne permet pas de pratiquer la Diversification Menée par l'Enfant (DME).

Dans le cadre d'allergie alimentaire, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, l'accueil en collectivité des enfants atteint de troubles de la santé fait l'objet de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Ce PAI est élaboré en concertation avec les parents de l'enfant, le médecin traitant et / ou un service d'allergologie la directrice de la structure qui est chargée de veiller à son application.

En ce qui concerne les enfants nourris au lait, le multi accueil fournit 1 marque de lait que les parents sont libres d'accepter ou non. S'ils désirent une autre marque, ils devront la fournir, tout comme les laits de régime s'il y a lieu. La boîte de lait fournie devra être neuve et non ouverte.

En cas d'allaitement maternel, la maman peut apporter son lait préalablement tiré. Congelé ou frais, il devra être mis, le temps du transport, dans un sac isotherme avec pain de glace et donné au personnel dès l'arrivée à la structure pour que ce dernier les mette au réfrigérateur immédiatement. Les récipients devront également être étiquetés avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que la date et l'heure du « recueil ».

Le premier biberon de la journée doit être pris à la maison.



C. Le sommeil

Une attention particulière est donnée au sommeil, besoin physiologique fondamental du jeune enfant.

Aussi, lors du temps d'accueil, l'équipe du personnel échange avec les familles afin de trouver tous les outils favorisant le sommeil des enfants : rituels, doudou, sucette sans attache et marquée au prénom de l'enfant, horaires habituels de la sieste, heure du levé...

Pour le respect du rythme de l'enfant, et en lien avec le projet éducatif des multi-accueils, un enfant qui dort ne sera pas réveillé. En cas de besoin, l'équipe pourra échanger avec la famille pour trouver des solutions selon les situations individuelles de chaque enfant.

XVII. Exercice de l'autorité parentale et conditions de remise de l'enfant

➤ Rappels des dispositions légales relatives à l'autorité parentale :

La situation parentale s'apprécie par rapport à l'exercice de l'autorité parentale.

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernant selon son âge et son degré de maturité. »

La loi du 04 mars 2002, modifiée par l'ordonnance du 04 juillet 2005, pose le principe général de l'exercice en commun de l'autorité parentale (article 372 du code civil).

- **Couples mariés/pacsés :** l'autorité parentale est exercée en commun. La copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant et/ou le livret de famille en font foi.
- **Parents non mariés :** l'autorité parentale est exercée en commun s'ils ont reconnu leur enfant, ensemble ou séparément, dans la première année de sa naissance. La copie intégrale de l'acte de naissance en fait foi. L'exercice partagé de l'autorité parentale peut aussi résulter d'une décision de justice. Dans ce cas, la copie de la décision de justice fait foi.
- **Couples divorcés ou séparation de corps :** l'autorité parentale est exercée en commun, sauf si une décision de justice la confie à un seul parent. La décision du Juge aux Affaires Familiales, fixant l'autorité parentale et les conditions de son exercice en fait foi.
- **Filiation de l'enfant établie à l'égard d'un seul parent :** celui-ci exerce seul l'autorité parentale. La copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant fait foi.
- **Partage de l'autorité parentale suite à une décision du juge aux affaires familiales :** la décision de justice fait foi.
- **Décès de l'un des parents :** le parent survivant exerce l'autorité parentale. Il sera demandé pour un couple marié, le copie du livret de famille et pour un couple non-marié, une copie de l'acte de naissance intégrale et de l'acte de décès du défunt.

➤ Conditions de remise de l'enfant

Si l'autorité parentale est exercée conjointement par les deux parents, le responsable de la structure remet l'enfant à l'un ou l'autre des parents indifféremment.

A l'exception des situations où un jugement a été rendu concernant les jours de garde de l'enfant lorsque les parents sont séparés. Les professionnels suivront alors le jugement à la lettre, dont une copie sera donnée à la direction et placée dans le dossier de l'enfant.

Si l'autorité parentale n'est fixée que pour un seul parent, le responsable de la structure ne peut remettre l'enfant qu'à ce parent investi de l'autorité parentale, sauf autorisation écrite

qu'il donnerait au bénéfice de l'autre, lors de l'admission. Cette autorisation est révocable à tout moment.

En cas de résidence alternée, ordonnée à titre définitif ou provisoire par le juge, une copie de la décision du juge est remise au responsable de la structure qui remet l'enfant au parent désigné selon le rythme fixé par le juge.

En cas de tutelle confiée à un tiers, l'enfant est remis à son tuteur légal. La décision du juge des tutelles doit être remise au responsable de l'établissement d'accueil.

Lorsque la remise de l'enfant est susceptible de le mettre en danger, le responsable de la structure peut la refuser et remettre l'enfant à une personne mandatée. Il en informe les services compétents de la protection maternelle et infantile (PMI).

XVIII. Autres protocoles

En lien avec le cadre réglementaire des modes d'accueil du jeune enfant, les protocoles suivants sont consultables par les familles au sein du multi-accueil :

- Protocole détaillant les mesures préventives d'hygiène générales et les mesures d'hygiène renforcées à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie, ou tout autre situation dangereuse pour la santé ;
- Protocole détaillant les modalités de délivrance de soins spécifiques, occasionnels ou réguliers, le cas échéant avec le concours de professionnels médicaux ou paramédicaux extérieurs à la structure ;
- 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 ;
- Protocole détaillant les mesures de sécurité à suivre lors des sorties hors de l'établissement ou de son espace extérieur privatif, telles que visées à l'article R. 2324-43-2.

Protocole détaillant les mesures préventives d'hygiène générales et les mesures d'hygiène renforcées à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie, ou tout autre situation dangereuse pour la santé ;

Introduction

L'application des règles d'hygiène tient une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles en collectivité pour lutter contre les sources de contamination et réduire la transmission. Un rappel régulier de la bonne pratique des règles d'hygiène est nécessaire.

Les mesures d'hygiène portent sur l'hygiène des mains, l'hygiène alimentaire, l'hygiène des locaux, du matériel, du linge et l'hygiène individuelle. Une application rigoureuse de ces mesures permet de prévenir la propagation des agents infectieux. Elles doivent s'appliquer au quotidien même en dehors d'infection déclarée. Les mesures d'hygiène sont d'autant plus importantes que l'établissement accueille des jeunes enfants ou des personnes fragiles. La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité doit faire l'objet d'une alerte, et être l'occasion de revoir ces mesures et leur application pour prévenir des cas secondaires ou une épidémie. Une bonne compréhension de la propagation d'une maladie transmissible permet d'avoir une action plus efficace sur la mise en place des mesures d'hygiène à appliquer.

1 - La contamination

1.1 - Les réservoirs d'agents infectieux :

Les réservoirs d'agents infectieux sont :

- l'Homme asymptomatique (« sain »), qui est porteur d'un germe pathogène comme les staphylocoques dorés, les entérobactéries comme Escherichia coli... ;
- l'Homme malade, qui constitue le principal réservoir du germe responsable de l'infection en cause (grippe, rougeole, méningite...);
- l'environnement - terre, air, eau, objets - qui peuvent aussi être réservoirs d'agents pathogènes (Clostridium, Légionnelle, Aspergillus...);
- les animaux, qui peuvent également être porteurs de germes pathogènes mais sont une source rare de contamination pour l'homme

1.2 - Les sources de contamination :

La source dépend du lieu de vie de l'agent infectieux chez l'Homme. Ce sont :

- les produits biologiques : sécrétions oro-pharyngées émises lors de la toux, des étternuements, de la parole, le sang, les matières fécales... ;
- la peau infectée : plaie, liquide de vésicules, croûtes de lésions bactériennes... ;
- les cheveux infectés ou parasités.

1.3 - Mode de contamination :

Le mode de contamination peut être :

- direct : la contamination se fait du réservoir vers l'hôte ;
- indirect : la contamination se fait par l'intermédiaire d'un vecteur tel que les mains (manuportage), un produit, un support inerte ou un matériel contaminé.

Les voies de transmission sont :

- la voie cutanée par contact direct avec les sécrétions ou la peau contaminée ou par contact indirect avec des objets contaminés ;
- la voie digestive ou contamination fécale-orale en ingérant un produit contaminé ou en portant à la bouche les mains ou un objet contaminé ;
- la voie respiratoire : aérienne (inhalation d'aérosols contaminés) ou gouttelettes (projection de gouttelettes infectantes sur les muqueuses par la toux et les éternuements).

2 - Mesures préventives d'hygiène

Elles doivent faire l'objet de procédures écrites, voire affichées, de façon simple et accessible (par exemple l'hygiène des mains).

2-1 - Mesures d'hygiène générales

Ces mesures doivent être appliquées au quotidien par les professionnels et les enfants dans toute collectivité.

2.1.1 - Hygiène des locaux, du matériel, du linge, de l'alimentation

- ♣ Nettoyage quotidien des surfaces lavables en insistant sur les surfaces les plus souvent touchées : poignées de porte, téléphone, clavier, digicode...
Une attention particulière sera apportée à l'entretien des sanitaires sans omettre les robinets, chasse d'eau, loquets..., selon les méthodes préconisées et à l'approvisionnement en continu de papier de toilette ;
- ♣ Vidage quotidien des poubelles et autres conditionnements recommandés selon la nature des déchets : penser au tri ;
- ♣ De plus, dans les multi accueils :
 - o nettoyage des pots après chaque utilisation ;
 - o changement du linge dès que nécessaire. Les bavettes ou serviettes de change seront changées et lavées après chaque utilisation ;
 - o lavage quotidien des matériels et des jouets ;
 - o lavage régulier des jouets en tissu (BYOLA).
- ♣ Respects scrupuleux des règles d'hygiène alimentaire dans la préparation et la distribution des repas. La maîtrise de la qualité passe par la mise en place de la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) voir protocole de maîtrise sanitaire

2.1.2 - Hygiène individuelle

♣ Le lavage des mains est un temps essentiel car la contamination manu portée est responsable de nombreuses infections pour les enfants et les professionnels dans les collectivités :

o le lavage des mains doit être pratiqué avant chaque repas, après chaque passage aux toilettes et/ou après un change, après manipulation des objets possiblement contaminés (terre, animal...), après s'être mouché ou après avoir mouché un enfant, après avoir éternué, avant et après la préparation d'un biberon, ou avant et après la prise d'un repas ;

o il est à renouveler chaque fois qu'il y a un contact avec un produit biologique (selles, urines, sang) ;

o le lavage des mains se fait avec un savon liquide et de l'eau. Le séchage des mains doit être soigneux, par tamponnement, de préférence avec des serviettes en papier jetables ou par un système automatique d'air chaud fonctionnant correctement. Les torchons ou serviettes à usage partagé sont à proscrire ;

o les ongles doivent être coupés courts et brossés régulièrement avec une brosse nettoyée et rincée ;

o en l'absence d'accès immédiat à un point d'eau, les produits hydro-alcooliques (PHA) peuvent être utilisés. ;

♣ L'éducation des parents sur l'importance de l'hygiène corporelle individuelle de leur enfant est un temps essentiel.

2-2 - Mesures renforcées d'hygiène en cas de maladies contagieuses dans la collectivité :

La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité doit inciter à vérifier que ces mesures sont bien respectées, voire à les renforcer.

L'application des mesures usuelles d'hygiène doit être renforcée et parfois adaptée en cas de maladie contagieuse identifiée dans l'établissement en fonction de la source et du mode de contamination afin d'en interrompre la chaîne de transmission.

2.2.1 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination digestive.

♣ Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.

♣ Manipuler tout objet ou matériel souillé par les selles et les vomissements avec des gants jetables qui doivent être retirés dès que possible et une hygiène des mains doit être réalisée immédiatement après le retrait des gants .

♣ Le linge souillé par des vomissements, des selles ou du sang sont lavés à 90°C.

♣ Si la tenue professionnelle est souillée, elle sera changée.

♣ Nettoyer soigneusement les tapis de change après chaque change, les matelas souillés, avec un produit détergent-désinfectant.

♣ Si des surfaces sont contaminées par des liquides biologiques (selles, vomissements), il est conseillé d'absorber les fluides avec du papier à usage unique qui sera jeté ; puis immédiatement de décontaminer la surface avec un produit détergent désinfectant.

Il est nécessaire de porter des gants pour effectuer cette opération. Les gants doivent être retirés dès que possible, et une hygiène des mains doit être réalisée immédiatement après le retrait des gants (lavage des mains au savon ou friction avec un PHA).

2.2.2 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires.

- ♣ Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.
- ♣ Nettoyer soigneusement les sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle. Se laver immédiatement les mains ensuite.
- ♣ Mettre un mouchoir en papier devant son nez et/ou sa bouche en cas de toux ou d'éternuement.
- ♣ Le port du masque est recommandé pour la personne malade (toux, rhinite). Des mesures spécifiques peuvent être préconisées dans le cadre d'agents pathogènes émergents.

2.2.3 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutané-muqueuses.

- ♣ Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.
- ♣ Utiliser des gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée ou muqueuse. Les gants doivent être retirés et jetés avant de toucher tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...). La lésion doit être protégée par un pansement. Un lavage des mains juste après le soin et le retrait des gants est requis.
- ♣ **Pour chaque type de pathologie, les mesures spécifiques à prendre sont décrites dans la fiche correspondante.**

2.2.4 - Mesures d'hygiène en cas d'exposition à du sang.

- ♣ Lors d'une exposition accidentelle lors de soins dispensés en cas de plaie :
 - o lavage des mains, nettoyage immédiat des lésions à l'eau et au savon, rinçage puis
 - o désinfection avec un antiseptique ;
 - o en cas de contact avec une muqueuse, rinçage abondant au sérum physiologique ou avec de l'eau.
- ♣ Lors d'une blessure accidentelle avec un objet potentiellement contaminé, une consultation spécialisée est nécessaire le plus rapidement possible auprès d'un service référent.
- ♣ En cas de contamination d'une surface inerte par du sang :
 - o absorber les fluides avec du papier à usage unique qui sera jeté ;
 - o décontaminer immédiatement la surface souillée avec un produit détergent-désinfectant ;
 - o nettoyer soigneusement le matériel qui sera décontaminé avec un produit détergent-désinfectant.

L'éviction de la collectivité est réservée à 11 pathologies seulement

L'éviction de la collectivité est une **obligation réglementaire pour certaines pathologies**. Ces dernières sont peu nombreuses³ :

- > 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

Le saviez-vous ?

Un enfant sous antibiotique peut encore être contagieux. En effet, si l'infection est bactérienne, il faut quelques jours à l'antibiotique pour agir. Si elle est virale, il n'a aucune action.

La décision d'éviction et de retour dans la collectivité se fait sur avis médical. Les parents pensent souvent que l'ordonnance d'antibiotiques est le « sésame » qui va permettre la réadmission de l'enfant. Pour contrer cette idée reçue, **il peut être utile de préciser dans les règlements intérieurs et les protocoles d'accueil qu'une ordonnance d'antibiotiques n'est ni une pièce justificative, ni un argument facilitant la réadmission de l'enfant en collectivité.**

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. Une mention figure sur les fiches des pathologies concernées.

Angine

	Angine virale	Angine bactérienne (streptocoque A ou SGA)
Origine de l'infection	Virale	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.	Sécrétions oro-pharyngées (salive).
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes (mal de gorge, fièvre) et se prolonger pendant la maladie.	Jusqu'à 2 jours après le début du traitement antibiotique.
Importance de la contagiosité	Forte	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires et oro-pharyngées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. 	
Éviction de l'enfant	Non*	Oui, jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie.
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antalgiques pour calmer la douleur. 	<p>> Antibiothérapie</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antalgiques pour calmer la douleur.
Commentaires	<p>Chez les enfants, les angines sont d'origine virale dans 60 à 75 % des cas.</p>	<p>> Les angines bactériennes à streptocoque du groupe A (SGA) représentent 25 % à 40 % des angines de l'enfant.</p> <p>> Elles sont relativement peu courantes chez l'enfant de moins de 3 ans.</p>
	<p>> Un Test de Diagnostic Rapide (appelé TDR angine) révèle en quelques minutes si l'angine est d'origine virale ou bactérienne et permet au médecin de déterminer si les antibiotiques sont utiles ou non.</p> <p>> Des informations complémentaires sur l'angine sont disponibles dans le document « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant », émis par l'AFSSAPS en octobre 2005 (http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/irh_reco.pdf)</p>	

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Bronchiolite

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires et oropharyngées (salive). > Contact indirect.
Durée de la contagiosité	3 à 8 jours mais parfois 3 à 4 semaines. La contagiosité débute avant l'apparition des symptômes.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Kinésithérapie respiratoire. - Lavages de nez.
Commentaires	<p>> La bronchiolite est souvent bénigne mais peut nécessiter une hospitalisation (notamment chez l'enfant de moins de 3 mois).</p> <p>> Des informations complémentaires sur la bronchiolite sont disponibles dans le document « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant », émis par l'AFSSAPS en octobre 2005 (http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/irb_reco.pdf).</p>

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.



Bronchite

Origine de l'infection	Essentiellement virale.
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes et se prolonger pendant la maladie.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	En cas de bronchite, la toux peut se prolonger pendant 2 semaines.

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Conjonctivite

	Conjonctivite virale	Conjonctivite bactérienne
Origine de l'infection	Virale	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions lacrymales et respiratoires.	
Durée de la contagiosité	Variable	
Importance de la contagiosité	Forte	
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions lacrymales et respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains avant et après le nettoyage des yeux. - Nettoyage de chaque œil avec une nouvelle compresse qui doit être jetée dans une poubelle munie d'un couvercle. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. 	
Éviction de l'enfant	Non*	
Traitement courant	<p>> Rinçages de l'œil infecté au sérum physiologique.</p> <p>> Instillation de collyre antiseptique.</p>	<p>> Rinçages de l'œil infecté au sérum physiologique.</p> <p>> Instillation de collyre antibiotique.</p>

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Coqueluche

Origine de l'infection	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.
Durée de la contagiosité	Jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> En cas de coqueluche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer le personnel de la collectivité et les parents de l'existence d'un cas dans la collectivité. - Recommander aux parents des autres enfants de consulter leur médecin pour vérifier que la vaccination de leurs enfants est à jour. - Recommander aux personnes ayant une toux persistante de plus de 15 jours de consulter un médecin. <p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues aux sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Oui , pendant 5 jours après le début de l'antibiothérapie.
Traitement courant	<p>> Antibiothérapie</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. <p>À noter : la fièvre est rare et généralement modérée.</p>
Commentaires	<p>> La vaccination contre la coqueluche est recommandée chez les enfants et les jeunes adultes.</p> <p>> Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vaccins/quand_vac.htm</p>

Cytomégalovirus

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires le plus souvent. > Par contact indirect avec des objets contaminés plus rarement.
Durée de la contagiosité	Plusieurs semaines à plusieurs mois.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > En cas d'infections à cytomégalovirus : <ul style="list-style-type: none"> - Le cytomégalovirus présentant un risque pour les femmes enceintes, informer le personnel et les parents des autres enfants de l'existence d'un cas dans la collectivité. - Lavage soigneux des mains après tout contact avec un liquide biologique (urines, sécrétions nasales...). > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > Les enfants de moins de 3 ans accueillis en collectivité sont particulièrement exposés aux infections à cytomégalovirus. > Les infections à cytomégalovirus présentant un risque particulier pour les femmes enceintes, la non-fréquentation de la collectivité pourra être décidée si une personne de l'équipe accueillante est enceinte.

Gastro-entérite

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Par contact direct fécal oral. > Par contact indirect à partir de surfaces, de liquides ou d'aliments contaminés. > Par contact oral avec des surfaces contaminées.
Durée de la contagiosité	Tant que le virus est présent dans les selles.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène renforcées pour les pathologies liées à une contamination par les selles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains, de préférence avec une solution hydroalcoolique, particulièrement après passage aux toilettes, après avoir changé un enfant, avant la préparation des repas et des biberons et avant de donner à manger aux enfants. - Utilisation de gants jetables pour manipulation de tout objet ou matériel souillé par les selles. Les placer dans des sacs hermétiques fermés afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés. - Nettoyage soigneux des matelas de change et des lits souillés.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antispasmodiques pour lutter contre les spasmes.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > Il est important de faire boire les enfants atteints de gastro-entérite régulièrement et en petite quantité (environ 10 ml toutes les 30 minutes). > Le lavage de mains représente un moyen essentiel de prévenir la transmission de la gastro-entérite. Il doit donc être rigoureusement appliqué par les enfants et le personnel de la collectivité. > Il existe également des gastro-entérites d'origine bactérienne, plus rares. Parmi elles, les shigelloses et les diarrhées à E.coli entéro-hémorragique imposent l'éviction de l'enfant malade. > Des informations complémentaires sur les gastro-entérites à shigelles sont disponibles dans le document « Mise au point traitement antibiotiques gastro-entérites à Shigella sonnei », émis par l'AFSSAPS, en juin 2004. http://agmed.sante.gouv.fr/hm/10/filcoprs/mp040601.pdf

Grippe

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.
Durée de la contagiosité	5 à 7 jours dès l'apparition des symptômes.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains, qui demeure un moyen essentiel de prévention de la transmission de l'infection. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antalgiques pour calmer la douleur.
Commentaires	<p>> La vaccination contre la grippe est contre-indiquée avant 6 mois.</p> <p>> Elle est recommandée chez les enfants présentant une des pathologies suivantes : maladie immunitaire, maladie rénale grave, maladie de l'hémoglobine, diabète insulino-dépendant, asthme et autres affections respiratoires, affection cardiaque chronique, affections nécessitant un traitement prolongé par acide acétylé salicylique (syndrome de Kawasaki, arthrite chronique juvénile).</p> <p>> La vaccination est fortement recommandée pour le personnel travaillant en collectivité.</p> <p>> Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vaccins/quand_vac.htm</p>

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Hépatite A

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Par contact fécal oral. > Par contact indirect avec des eaux et aliments souillés.
Durée de la contagiosité	Elle débute plusieurs jours avant l'apparition des signes cliniques et se poursuit 10 jours après le début de l'ictère ⁵ .
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > En cas d'hépatite A : <ul style="list-style-type: none"> - Informer le personnel de la collectivité et les parents de l'existence d'un cas dans la collectivité. > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les selles : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains, de préférence avec une solution hydroalcoolique, particulièrement après passage aux toilettes, après avoir changé un enfant, avant la préparation des repas et des biberons et avant de donner à manger aux enfants. Ce lavage de mains demeure un moyen essentiel de prévention de la transmission de l'infection. - Manipulation de tout objet ou matériel souillé par les selles avec des gants jetables. Les placer dans des sacs hermétiques fermés afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés. - Nettoyage soigneux des matelas de change et des lits souillés.
Éviction de l'enfant	Oui , 10 jours après le début de l'ictère ⁵ .
Traitement courant	Pas de traitement spécifique. Un traitement pour atténuer les symptômes pourra être prescrit par le médecin.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > L'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. > Elle est rare en France, c'est essentiellement une infection de l'enfant et du jeune adulte. > Son évolution est courte et favorable. > La vaccination contre l'hépatite A est notamment recommandée pour les sujets exposés (personnel de structures collectives d'accueil et personnel impliqué dans la préparation alimentaire en restauration collective). > Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vaccins/quand_vac.htm > Le site du Ministère de la Santé propose des informations complémentaires sur l'hépatite A : http://www.sante.gouv.fr/

Hépatite B

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Par contact direct avec des muqueuses ou une plaie cutanée avec du sang infecté. > Par contact indirect lors d'une effraction cutanée avec un objet contaminé (seringue...). > Par les sécrétions oro-pharyngées (salive). > Par une contamination mère-enfant.
Durée de la contagiosité	Tant que le virus persiste dans le sang du malade.
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > Lors d'un accident d'exposition au sang, recommander à la personne exposée de se rendre le plus rapidement possible aux urgences de l'hôpital pour une évaluation du risque encouru et si nécessaire la mise en place de mesures de prophylaxie⁶. > Mesures d'hygiène à appliquer pour les pathologies dues à une contamination par du sang : <ul style="list-style-type: none"> - En cas de plaie, après avoir dispensé les soins, lavage soigneux des mains et port de gants jetables. - Désinfection des surfaces souillées et du matériel. - En cas de contact avec la peau, nettoyage immédiat à l'eau et au savon, rinçage puis désinfection. - En cas de contact avec une muqueuse, rinçage abondant au sérum physiologique ou à l'eau.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	Traitement spécifique par antiviraux.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005. > Son évolution est longue et incertaine. > La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour les enfants d'âge préscolaire. Elle est obligatoire pour les personnels médicaux et paramédicaux. > Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/vaccins/quand_vac.htm > Le site du Ministère de la Santé propose des informations complémentaires sur l'hépatite B : http://www.sante.gouv.fr



Hépatite C

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<p>> Par contact direct d'une plaie cutanée ou des muqueuses avec du sang infecté.</p> <p>> Par contact indirect lors d'une effraction cutanée avec un objet contaminé par du sang infecté.</p> <p>> Par une contamination mère-enfant.</p>
Durée de la contagiosité	Tant que le virus persiste dans le sang du malade.
Importance de la contagiosité	Faible
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>Lors d'un accident d'exposition au sang, recommander à la personne exposée de se rendre le plus rapidement possible aux urgences de l'hôpital pour une évaluation du risque encouru et si nécessaire la mise en place d'un suivi biologique et d'un traitement.</p> <p>> Mesures d'hygiène à appliquer pour les pathologies dues à une contamination par du sang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de plaie, après avoir dispensé les soins, lavage soigneux des mains et port de gants jetables. - Désinfection des surfaces souillées et du matériel. - En cas de contact avec la peau, nettoyage immédiat à l'eau et au savon, rinçage puis désinfection. - En cas de contact avec une muqueuse, rinçage abondant au sérum physiologique ou à l'eau.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	Traitement spécifique par antiviraux.
Commentaires	<p>> L'évolution de l'hépatite C est longue et incertaine.</p> <p>> Le site du Ministère de la Santé propose des informations complémentaires sur l'hépatite C : http://www.sante.gouv.fr</p>

Herpès (de type 1)

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	Par contact direct avec les lésions cutanées et les sécrétions orales.
Durée de la contagiosité	Le virus persiste de 1 à 8 semaines dans l'oropharynx et de 1 à 18 semaines dans les selles.
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutanées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Utilisation de gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée. Les gants doivent être retirés et jetés avant de toucher tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...). - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Antiviraux locaux.</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant,. - Antalgiques pour calmer la douleur.
Commentaires	<p>> Les lésions cutanées doivent être protégées en présence d'enfants ayant un eczéma atopique (sujets à risque).</p> <p>> Éviter les contacts entre sujets atteints et sujets à risque.</p>

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Impétigo

Origine de l'infection	Bactérienne
Mode de contamination	Par contact direct avec une lésion cutanée, du matériel contaminé (linge...) ou des mains souillées.
Durée de la contagiosité	Jusqu'à 48 heures après le début de l'antibiothérapie.
Importance de la contagiosité	Moyenne ou faible selon le type de bactérie.
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutanées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Utilisation de gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée. Les gants doivent être retirés et jetés avant de toucher tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...). - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	<p>> Non, si les lésions sont protégées.</p> <p>> Oui, pendant 72 heures après le début de l'antibiothérapie si les lésions sont trop étendues et ne peuvent être protégées.</p>
Traitement courant	<p>> Antibiothérapie</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	Bien couvrir les lésions avec des pansements.

Infections invasives à méningocoque

Origine de l'infection	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions oro-pharyngées (salive).
Durée de la contagiosité	10 jours avant le début de la maladie et jusqu'à 24 heures après le début du traitement.
Importance de la contagiosité	Faible
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> En cas d'infection invasive à méningocoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout cas doit être signalé sans délai et par tout moyen à l'autorité sanitaire. - Les mesures préventives sont mises en place par les médecins inspecteurs de santé publique de la DDASS en collaboration avec le médecin de la collectivité. - Recherche des sujets en contact. - Mise en œuvre des mesures de prophylaxie⁷, suivant la circulaire en vigueur.
Éviction de l'enfant	Hospitalisation
Traitement courant	<p>> Pour le sujet malade, antibiothérapie à but curatif.</p> <p>> Pour les sujets en contact, antibiothérapie à but prophylactique.</p>
Commentaires	<p>> L'IIM est une maladie à déclaration obligatoire.</p> <p>> La forme la plus connue d'infection invasive à méningocoque est la méningite à méningocoque.</p> <p>> La vaccination contre le méningocoque est recommandée chez les jeunes enfants accueillis en collectivité.</p> <p>> Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/vaccins/quand_vac.htm</p>

Maladie pieds-mains-bouche

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires et oropharyngées (salive). > Par contact fécal oral.
Durée de la contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> > Le virus persiste de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 à 4 semaines dans l'oropharynx. - 1 à 18 semaines dans les selles.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions oro-pharyngées : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les selles : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains, de préférence avec une solution hydroalcoolique, particulièrement après passage aux toilettes, après avoir changé un enfant, avant la préparation des repas et des biberons et avant de donner à manger aux enfants. - En cas de manipulation de tout objet ou matériel souillé par les selles, utilisation de gants jetables. Les placer dans des sacs hermétiques fermés afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés. - Nettoyage soigneux des matelas de change et des lits souillés.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	Les enfants sont particulièrement exposés à la maladie pieds-mains-bouche.

Mégalérythème épidémique (5^e maladie)

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires. > Sang infecté.
Durée de la contagiosité	De 3 à 7 jours avant l'apparition des premiers boutons.
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> En cas de mégalérythème :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le mégalérythème épidémique présentant un risque pour les femmes enceintes, informer le personnel et les parents des autres enfants de l'existence d'un cas dans la collectivité. - Recommander aux femmes enceintes et aux personnes atteintes d'anémie hémolytique de consulter leur médecin. <p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. <p>> Mesures d'hygiène à appliquer pour les pathologies dues à une contamination par du sang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de plaie, lors de soins dispensés, lavage soigneux des mains et port de gants jetables. - Désinfection des surfaces souillées et du matériel. - En cas de contact avec la peau, nettoyage immédiat à l'eau et au savon, rinçage puis désinfection. - En cas de contact avec une muqueuse, rinçage abondant au sérum physiologique ou à l'eau.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > Le mégalérythème épidémique présente un risque particulier pour les femmes enceintes et les personnes atteintes d'anémie hémolytique. > Des mesures spécifiques doivent donc être prises pour éviter tout contact des sujets « à risque » avec les enfants malades. Mais attention : la période de contagiosité débutant souvent avant l'apparition de l'éruption, ces mesures ne préviennent pas la totalité des risques.

Méningite virale

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires. > Selles
Durée de la contagiosité	Variable
Importance de la contagiosité	Faible à forte.
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Nettoyage soigneux des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage soigneux des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les selles : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains, particulièrement après passage aux toilettes, après avoir changé un enfant, avant la préparation des repas et des biberons et avant de donner à manger aux enfants. Ce lavage de mains demeure un moyen essentiel de prévention de la transmission de l'infection. - Utilisation de gants jetables pour manipulation de tout objet ou matériel souillé par les selles. Les placer dans des sacs hermétiques fermés afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés. - Nettoyage soigneux des matelas de change et des lits souillés.
Éviction de l'enfant	Non
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antalgiques pour calmer la douleur.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > Les méningites sont d'origine virale dans 80 % des cas. > Pour la méningite à méningocoque, se reporter à la fiche « Infections invasives à méningocoque » page 23.



Otite (moyenne aiguë)

	Otite virale	Otite bactérienne
Origine de l'infection	Virale	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.	
Durée de la contagiosité	Variable. Peut débuter avant le mal d'oreilles et se prolonger au-delà.	
Importance de la contagiosité	Forte	
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains après nettoyage d'un écoulement auriculaire, - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade. 	
Éviction de l'enfant	Non*	
Traitement courant	<p>> Antibiothérapie si nécessaire, plus systématique chez l'enfant de moins de 2 ans.</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Antalgiques pour calmer la douleur. 	
Commentaires	Les otites moyennes aiguës sont d'origine virale dans 30 à 40 % des cas.	Les otites moyennes aiguës sont d'origine bactérienne dans 60 à 70 % des cas.

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Rhinopharyngite

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes et se prolonger pendant la maladie.
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains après contact avec les sécrétions nasales. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant. - Lavages de nez.
Commentaires	Des informations complémentaires sur la rhinopharyngite sont disponibles dans le document « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant », émis par l'AFSSAPS en octobre 2005 (http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/irh_reco.pdf).

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Roséole

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	Sécrétions oro-pharyngées (salive).
Durée de la contagiosité	3 à 5 jours.
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions oro-pharyngées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

Scarlatine

Origine de l'infection	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions oro-pharyngées (salive).
Durée de la contagiosité	La contagiosité peut commencer 24 heures avant les premiers symptômes et se prolonger 48 heures après le début du traitement antibiotique.
Importance de la contagiosité	Moyenne
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<p>> Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions oro-pharyngées :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lavage soigneux des mains.- Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Oui , jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie.
Traitement courant	<p>> Antibiothérapie</p> <p>> Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.- Antalgiques pour calmer la douleur.

Tuberculose

Origine de l'infection	Bactérienne
Mode de contamination	Sécrétions respiratoires.
Durée de la contagiosité	Tant que le sujet est « bacillifère » c'est-à-dire tant que le bacille tuberculeux est présent dans les crachats à l'examen microscopique.
Importance de la contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> > Forte si le sujet est bacillifère. > Très faible si le sujet n'est pas bacillifère.
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > En cas de tuberculose (parmi les enfants ou le personnel de la collectivité) : <ul style="list-style-type: none"> - Tout cas doit être signalé sans délai et par tout moyen à l'autorité sanitaire - Les mesures préventives sont mises en place par les médecins inspecteurs de santé publique de la DDASS, en collaboration avec le médecin de la collectivité : <ul style="list-style-type: none"> . Information du personnel de la collectivité et des parents des autres enfants de l'existence d'un cas. . Recherche des sujets en contact (par intradermoréaction et radiographie pulmonaire). . Mise en œuvre des mesures de prophylaxie¹⁰, suivant la circulaire en vigueur. > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	<p>Oui, tant que le sujet est bacillifère, jusqu'à l'obtention d'un certificat attestant que le sujet ne l'est plus.</p> <p>À noter : l'enfant n'est pratiquement jamais bacillifère.</p>
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Antibiothérapie spécifique (antituberculeux). > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. > La vaccination par le BCG est obligatoire à l'entrée en collectivité. > Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/vaccins/quand_vac.htm

Varicelle

Origine de l'infection	Virale
Mode de contamination	<ul style="list-style-type: none"> > Sécrétions respiratoires. > Par contact direct avec le liquide des lésions cutanées. > Par voie aérienne.
Durée de la contagiosité	2 à 4 jours avant l'éruption et jusqu'au stade de croûte (les croûtes apparaissent en moyenne 5 à 7 jours après l'éruption).
Importance de la contagiosité	Forte
Mesures d'hygiène à prendre dans la structure d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> > En cas de varicelle : <ul style="list-style-type: none"> - Informer le personnel de la collectivité et les parents des autres enfants de la présence d'un cas dans la collectivité. - Recommander aux enfants immunodéprimés, aux femmes enceintes et aux adultes qui n'ont pas fait la maladie et qui ont été au contact de l'enfant malade de consulter rapidement leur médecin. > Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Lavage soigneux des mains. - Utilisation de gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée. - Les gants doivent être retirés et jetés avant de toucher tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...). - Nettoyage des sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle munie d'un couvercle. - Lavage des surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade.
Éviction de l'enfant	Non*
Traitement courant	<ul style="list-style-type: none"> > Traitement symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - Antipyrétiques pour améliorer le confort de l'enfant (les anti-inflammatoires sont à proscrire). - Médicaments adaptés pour calmer les démangeaisons. - Douches et bains quotidiens à l'eau tiède au savon dermatologique.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> > Pour éviter que l'enfant se gratte, couper ses ongles au ras et lui mettre éventuellement des mouflés. > La vaccination contre la varicelle est recommandée pour tous les professionnels de l'accueil qui n'ont jamais contracté la maladie. > Le calendrier vaccinal est disponible sur le site du Ministère de la Santé : http://www.sante.gov.fr/html/pointsur/vaccins/quand_vac.htm

* Pour le confort de l'enfant et si les symptômes sont sévères, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas conseillée.

PROTOCOLE DE SOINS SPECIFIQUES AVEC INTERVENTION DE PROFESSIONNELS MEDICAUX OU PARAMEDICAUX

Le présent protocole a pour objectif de fixer les conduites à tenir et organiser la venue de soignants extérieurs à la structure pour y prodiguer des soins ou une prise en charge spécifiques envers un enfant.

I. Identité du professionnel

Le professionnel aura pris contact en amont avec la structure pour convenir du moment propice pour intervenir (date, horaire en fonction des repas et du rythme de l'enfant.)

- ⇒ Présentation et copie de la carte d'identité ou professionnelle
- ⇒ Prendre connaissance de la prescription médicale contre signée par la famille donnant l'autorisation au soignant d'intervenir au sein de la structure

II. Accueil du professionnel

Le référent santé ou un membre de l'équipe veillera à mettre à disposition :

- ⇒ Un sanitaire pour se laver les mains et/ou fournir de la solution hydro- alcoolique, des sur-chaussures, une tunique et un masque si nécessaire...
- ⇒ Un local propice pour que l'enfant reçoive le soin dans les meilleures conditions ainsi que du matériel adéquat (ex : tapis à langer)
- ⇒ Des produits de décontamination et/ou la machine byola pour entretenir le matériel que le professionnel à utiliser (ex : stéthoscope)

III. Restitution de la séance à l'écrit sous le format suivant :

NOM PRENOM FONCTION	DATE ET HEURE	SOINS SPECIFIQUES	TRANSMISSIONS	REMARQUE	EMARGEMENT

Protocole « Enfant en danger »

Table des matières

Introduction.....	2
Cadre législatif.....	2
Signaler un enfant en danger	3
L'information préoccupante	3
Le signalement.....	3
La conduite à tenir au multi-accueil	4
Les rôles	4
Un questionnaire : recueil d'observation	4
Un risque : une information préoccupante.....	4
Une urgence : un signalement.....	5
La suite	5
Les signes évocateurs de la maltraitance	5
Syndrome du bébé secoué	7
Maltraitance sexuelle	8
Ressources	10

Ce protocole est à destination des professionnels de la petite-enfance exerçant au sein des multi-accueils de la Communauté de Communes du Saulnois. Il a pour but d'informer sur le cadre législatif, la définition de l'enfant en danger, le repérage des signes évocateurs et la conduite à tenir dans ce cadre. Il est validé par le Conseil Départemental.

Introduction

La maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit, elle existe dans toutes les classes sociales.

1 enfant est victime d'inceste, de viol, ou d'agression sexuelle toutes les 3 minutes.
1 enfant meurt tous les 5 jours au sein de la sphère familiale.

Ces violences prennent des formes multiples (psychologiques, physiques, sexuelles...) et souvent se combinent voire s'additionnent.

Les violences subies durant l'enfance ont des effets négatifs souvent très importants et durables représentant une lourde perte de chance en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle.

Cadre législatif

La loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007, complétée par la réforme de mars 2016, considère qu'un(e) enfant est en danger ou risque de l'être si ses besoins fondamentaux ne sont pas garantis, c'est-à-dire si sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son développement physique, affectif, intellectuel et social est compromis.

Code de l'action sociale et des familles : [Article L 221-1](#) du Code de l'action sociale et des familles : les missions du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) visent notamment à : « 1° apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ».

Code civil : [Article 375](#) du Code civil : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public ».

Loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires.

L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que : « [...] les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code [...] ».

Cette information transmise doit être strictement limitée « à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, un professionnel de santé n'encourt d'ailleurs aucune sanction pénale disciplinaire, sur le fondement de la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

Enfin, un professionnel de santé a une obligation de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

Signaler un enfant en danger

Tout(e) citoyen(ne) (famille, enfant concerné(e), parent, éducation nationale, professionnel de santé...) qui a connaissance d'un(e) enfant en danger ou en risque de l'être doit en alerter les autorités.

L'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'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur. » (ONED).

Article R.226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

- Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de danger ;
- Soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. La compréhension de ce concept doit être :

- Partagée par l'ensemble des professionnels, qu'ils soient « isolés » ou en équipe ;
- Complétée par des éléments de guidance et des indicateurs et/ou référentiels de danger reposant sur des concepts clés à définir ;
- Le dialogue avec les familles doit apparaître dans la procédure de l'information préoccupante ;
- La demande d'aide des parents ne doit pas relever de cette information préoccupante.

Le signalement

Le terme de signalement est un terme juridique qui consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger. Les médecins et tous les autres professionnels de santé peuvent faire un signalement aux autorités compétentes. Le signalement n'est pas un certificat.

Un signalement est transmis au Procureur en cas de maltraitances avérées reposant sur des faits, paroles et constatations.

La conduite à tenir au multi-accueil

Les rôles

Le professionnel petite-enfance observe l'enfant dans son quotidien, connaît ses besoins et son développement. Un lien de confiance se crée avec le parent. Il fait remonter à sa hiérarchie les informations clés concernant l'enfant.

Le référent santé est un professionnel de santé. Il intervient dans la procédure de l'enfant en danger ou en risque de danger. Il accompagne les professionnels dans le repérage et l'évaluation des situation de danger. Il travaille en lien avec la direction et l'équipe pluriprofessionnelle.

Le directeur du multi-accueil travaille en lien avec l'équipe et le référent santé. Il connaît la famille de l'enfant et son accueil au sein de la structure. Il rédige l'écrit recueillant les éléments dans le cadre d'une information préoccupante ou d'un signalement, et le transmet au service compétent et à sa hiérarchie.

Le responsable de pôle apporte son regard extérieur à la situation sur la présentation des observations recueillies par l'équipe et rapportées par la Direction, afin d'orienter les éléments, en lien avec les interlocuteurs pour signaler le risque. Elle fait le lien avec le DGS et le Président, et reste en contact étroit avec la direction.

Un questionnaire : recueil d'observation

Toute situation provoquant chez le professionnel un questionnaire qui s'apparenterait à un risque pour l'enfant doit être signalé à la directrice du multi-accueil qui fait le lien avec le responsable de pôle et le référent santé.

Un relevé d'observation peut être mis en place afin de suivre l'évolution du questionnaire de départ.

Un risque : une information préoccupante

Dès lors qu'un risque apparaît, la direction se met en lien avec le référent santé et le responsable de pôle.

Un contact est pris avec la puéricultrice PMI de secteur pour partager les informations (Maison du Département de Château-Salins : 03 87 21 47 00).

Un contact téléphonique est pris avec le 119 ou la Cellule de Recueil d'Information Préoccupante (CRIP) du Département de la Moselle afin d'échanger sur la situation (03.87.48.87.50) (0387563105 Fanny BIER).

Si un examen de l'enfant est demandé par la CRIP, il est possible de faire appel au référent santé ou au SAMU en présentant la situation.

Un écrit est formalisé avec les informations suivantes :

- Date de l'information préoccupante, coordonnées et contact au multi-accueil ;
- Nom prénom de l'enfant, date de naissance, adresse et identité des représentants légaux ;
- Recueil d'observations générales : déroulé de l'inscription et de l'adaptation, autonomie de l'enfant, langage, relations avec les autres (enfants et adultes), activités, alimentation, sommeil, propreté, lien avec la famille ;
- Recueil d'observations détaillées ;
- Démarche effectuée avec la famille dans ce cadre ;

- Facultatif : afin de se constituer notre propre dossier d'éléments, des photos pourront être prises.

Cet écrit est transmis à la CRIP par mail à crip57@moselle.fr

Dans le cadre de cette démarche, les parents ou tuteurs légaux doivent toujours être informés des inquiétudes et de la transmission d'une information préoccupante, sauf si cette information aggrave le danger ou le risque auquel l'enfant est exposé.

Une urgence : un signalement

En cas d'urgence, la Direction prend contact avec le 15 ou la gendarmerie qui saisira le Procureur, ou la CRIP.

La suite

Le rôle de la CCS est de signaler toute situation préoccupante dans l'intérêt de l'enfant.

Il appartiendra ensuite aux équipes de protection de l'enfance de mener une enquête approfondie ou de ne pas donner suite à l'information préoccupante.

Les signes évocateurs de la maltraitance

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.

A 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.

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) ;

A 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 ;

A 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.

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 engagement ; autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

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 ;
- A l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

Maltraitance sexuelle

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.).
- Signes au niveau de la sphère génito-anale : 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 psycho traumatique : 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.
- 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).

Des signes comportementaux de l'entourage

Vis-à-vis de l'enfant :

- Parent ou adulte intrusif s'opposant 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 dires 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.

Ressources

- Fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant ; repérage et conduite à tenir » octobre 2014 mis à jour en juillet 2017 – Haute Autorité de Santé
- Plan de Lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027 paru le 20 novembre 2023
- Violences sexuelles faites aux enfants : « on vous croit » - Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux enfants (CIIVISE) – novembre 2023
- Conseil Départemental de la Moselle – Protection de l'enfance – Signaler un enfant en danger – site web
- Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) – Enfance – Lois – site web
- Fondation pour l'enfance – enfant en danger – site web
- Service public – enfant en danger – site web
- Fiche outil n°6 procédures enfant en danger ou enfant en risque de danger – Guide d'accompagnement des missions du référent santé et accueil inclusif en modes d'accueil du jeune enfant de l'ANPDE.

LES DEPLACEMENTS DES ENFANTS

Bien qu'il y ait une certaine autonomie, l'enfant n'est pas pour autant un adulte. Compte tenu de ses particularités psychologiques et physiologiques, il a une perception du monde automobile qui lui est propre.

CHAMPS VISUEL :

Le panorama visuel de l'enfant est identique à celui de l'adulte mais limité par la petite taille de l'enfant. Mais son champ visuel est plus étroit.

Il ne prend en compte que ce qui se trouve en face de lui.

Il a beaucoup de difficultés à estimer les distances.

AUDITION :

L'enfant a beaucoup de mal à identifier le bruit lui-même des véhicules et à repérer sa provenance.

COMPORTEMENT :

Dominé par ses émotions, l'enfant est impulsif et imprévisible.

UNIVERS :

Son monde est celui du jeu : il fait peu de différence entre l'imaginaire et la réalité. Il est Inconscient du danger.

Il est donc impératif de respecter certaines règles de déplacement et que tous les multi accueils procèdent de la même façon.

Il existe différentes sorties possibles : à pied avec ou sans poussette ; en minibus ; dans la cour du multi accueil.

TEXTES LEGISLATIFS :

LES NORMES D'ENCADREMENT EN SORTIES EXTÉRIURES

Article R. 2324-43-2 (décret du 30.08.21)

- **Pendant les sorties hors de l'EAJE et de son espace privatif**, l'effectif du personnel placé auprès du groupe d'enfants participant à la sortie est suffisant et :
 - ⇒ **Ne peut être inférieur à 2** dont au moins un des professionnels doit être diplômé pour les EAJE de plus de 24 places
 - ⇒ **Et garantir un rapport de 1 professionnel pour 5 enfants**
- **Pour les micro-crèches, ces dispositions s'appliquent à partir de 4 enfants accueillis simultanément.** Ainsi, un seul professionnel peut sortir avec 3 enfants.

Sur cette base de travail, il est convenu que les déplacements s'organisent de la manière suivante :

LES DÉPLACEMENTS À PIED en dehors de la structure :

Obligatoirement :

5 enfants maximum pour 1 professionnel diplômé et 1 autre professionnel, pour un minimum de 2 professionnels.

Au-delà de 5 enfants, garantir 1 professionnel pour 2 enfants.

Au niveau de l'équipement :

Un professionnel devant avec un gilet jaune équipé d'une lumière blanche pour ouvrir la marche avec 2 enfants.

Si un parent ou des parents accompagne(nt), il(s) se place(nt) au milieu de la file.

Un professionnel avec un gilet orange équipé d'une lumière rouge dans le dos, se place en fin de file, avec 2 enfants, pour fermer la marche.

Les professionnels restent responsables du groupe d'enfants en promenade.

Expliquer et verbaliser aux enfants qu'il faut donner la main : si ce n'est pas le cas, l'enfant ne sort pas.

Une autorisation parentale doit être signée afin d'informer la famille de la sortie.

Respecter le top 3 :

- * Bien donner la main ;
- * Bien regarder à gauche et à droite quand la route doit être traversée ;
- * Traverser quand le bonhomme est vert ; à défaut, toujours sur les passages pour piétons.

Si un problème survient en chemin, téléphoner aux secours et/ou à la direction.

CAS PARTICULIERS

- Cas des stagiaires : ils ne comptent pas dans les effectifs d'encadrement, donc ils ne peuvent pas prendre en charge les enfants.
- Si un enfant fait l'objet d'un PAI, prendre sa trousse de secours personnelle ;
- En cas de déplacement en poussette :
 - Poussette simple : un adulte pour une poussette et un enfant qui marche en tenant la poussette. Ce dernier se placera du côté maison et non côté route. L'enfant peut se placer sur le marchepied de la poussette ;
 - Poussette double : un adulte pour une poussette et un enfant qui marche en tenant la poussette. Ce dernier se placera du côté maison et non côté route. L'enfant peut se placer sur le marchepied de la poussette ;
 - Poussette à 4 places : minimum 2 professionnels pour la sortie.
- Cas des bénévoles : la personne peut prendre deux enfants attachés dans une poussette double ou d'un enfant marcheur et se place au milieu de la file ; ce point est également inscrit dans la convention de partenariat ;
- Si l'agent de service accompagne le groupe, elle peut prendre en charge deux enfants au même titre que le personnel encadrant.

RECOMMANDATIONS :

- Ne pas changer le trajet au dernier moment ;
- Un adulte pour deux enfants ;
- Vérifier son trajet en amont (travaux, etc.) et retenir la solution la plus adaptée et la plus sécurisante pour les enfants ;
- Avoir les numéros d'urgence sur soi ;
- Le personnel reste responsable du groupe d'enfants ;
- Bien rester sur le trottoir, le cas échéant, le groupe marche face aux voitures ;
- Rester sur un trajet accessible aux secours
- On ne traverse jamais dans un virage ;
- On ne traverse pas entre deux véhicules ;
- Toujours traverser perpendiculairement au trottoir et sur des passages pour piétons ;
- Si la sortie s'effectue à la nuit tombée, il est impératif d'utiliser une lumière blanche devant pour ouvrir la marche, et une lumière rouge à l'arrière pour fermer la marche ;
- Si le groupe est en retard pour le retour, prévenir la direction afin que celle-ci rassure les familles le cas échéant.
- Éviter les passages dangereux ;
- Avoir du bon sens.

MATERIEL A EMPORTER LORS DES SORTIES :

Ce matériel est situé dans le bureau de direction, dans un sac à dos (pour avoir les deux mains libres)

- mouchoirs ;
- lingettes nettoyantes ;
- petit sac poubelle ;
- téléphone portable ;
- une trousse de « petits bobos » : compresses, désinfectant, pansements ;
- fiche des numéros d'urgence ;
- fiche avec les consignes à dire aux urgences ;
- la clé de la porte d'entrée du multi accueil ;
- des couches ;
- une bouteille d'eau ;
- un flacon de gel hydro alcoolique.

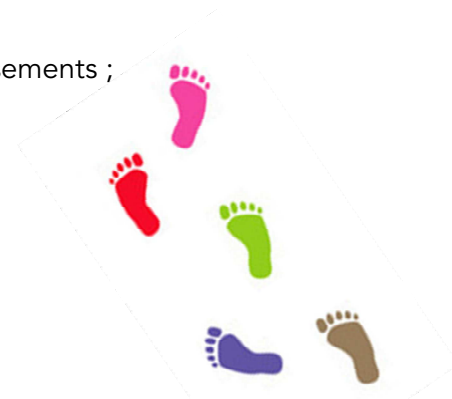
LES SORTIES DANS LA COUR

Les sorties dans la cour sont à privilégier lorsque le temps le permet, y compris avec les bébés. Ces derniers peuvent être installés sur des tapis à l'ombre ou dans des poussettes.

Dans la cour, l'encadrement est assuré par minimum 1 professionnel, dans le respect du taux d'encadrement (1 pour 6 et à Dieuze, 1 pour 5 qui ne marchent pas, ou 1 pour 8 qui marchent) en s'assurant que l'encadrement à l'intérieur de la crèche est respecté également.

L'été, le port de la casquette est obligatoire ainsi que la crème solaire.

Proposer de l'eau régulièrement aux enfants.



L'hiver, les enfants sont vêtus de leur manteau, bonnet, écharpe, ainsi que de leurs chaussures.

La présence d'une professionnelle à côté du bac à sable et/ou du toboggan **est obligatoire** afin d'assurer la surveillance des enfants.

Ne jamais laisser les enfants seuls sans surveillance.

Faire respecter les plantations du jardin.

Si la cour est séparée d'une habitation privée par un grillage, veiller à ce que les enfants n'approchent pas du grillage s'il y a un chien.

En cas de revêtement synthétique, les enfants peuvent garder leurs chaussons.

En cas d'espace enherbé, les chaussures sont obligatoires.

DÉPLACEMENTS EN MINIBUS

Le minibus dédié à la petite-enfance

Il s'agit d'un modèle Renault Trafic, acheté en décembre 2023, et qui sera bientôt identifiable par un flochage petite-enfance CCS.

Remisage et utilisation :

Il est stocké au Centre Technique Communautaire (CTC), basé sur la zone économique de Morville-les-Vic, lorsqu'il n'est pas utilisé.

Le CTC est accessible via un pass qui se trouve dans la pochette contenant tous les documents relatifs au véhicule (clé, carte grise, assurance, carnet de bord, carte de carburant, etc), elle-même située au Bâtiment Administratif, situé 14^{ter} Place de la Saline à Château-Salins (57170)(attention horaires : 08h30-17h00).

Utiliser le minibus nécessitera donc une organisation pour le récupérer et le ramener.

Un agenda « minibus PE » est créé sur l'intranet afin de noter la réservation du minibus.

Le carnet de bord est un outil de suivi des kilométrages, de l'utilisation et de l'entretien du véhicule.

Après chaque sortie, l'agent vérifie qu'il reste assez de gasoil et peut aller en remettre par le biais de la carte carburant à la station TOTALE de Château-Salins. Le ticket sera à remettre au pôle finances.

Sous réserve de l'avis du CST, les agents pouvant conduire le minibus répondent à ses critères : volontariat, titulaire de la fonction publique territoriale, ou au moins 1 an de contrat d'ancienneté, et le permis B depuis 3 ans.

Les volontaires recevront une initiation aux règles de sécurité à bord du véhicule, règle d'évacuation, prise en main du véhicule (5KM, se garer, reculer...) et devront attester de la validité de leur permis de conduire avec la signature du présent protocole et copie de leur permis au siège administratif.

Le minibus dispose de 9 places dont le chauffeur. Également d'un extincteur, de gilets jaunes en nombre, triangle et matériel de sécurité nécessaire.

Vigilance : aux abords du véhicule, et à l'entrée et à la sortie du véhicule des enfants et aussi à l'installation.

Une professionnelle revérifie avant le démarrage que tous les enfants sont bien installés et attachés.

Recommandation : enlever les manteaux en hiver pour attacher correctement les enfants. Prévoir des couvertures s'il fait trop froid.

Il est possible d'attacher jusqu'à 6 enfants, mais il faudra bien s'assurer qu'un bénévole autre que le chauffeur prenne le relais à l'arrivée sur site de sorte à respecter 2 professionnelles pour 5 enfants et 1 bénévole pour 1 enfant.

Le minibus dispose de sièges auto homologués et respectant les normes de sécurité en vigueur achetés en 2019.

<u>Le Trillo Shield avec bouclier groupe 1/2/3 (6)</u>	<u>La coque Baby Safe (2)</u>
<p>Un siège auto Groupe 1/2/3 conçu pour accueillir l'enfant de 9 à 36 kg face à la route.</p> <p>Un siège auto sûr et noté 4 étoiles lors des Crash Test ADAC & TCS. Norme ECE R44/04</p> <p>En Groupe 1 (de 10 à 18 kg), bébé est retenu par le bouclier de protection, la ceinture de sécurité adulte passe devant celui-ci.</p> <p>En Groupe 2/3 (à partir de 15kg), le bouclier se retire et l'enfant est maintenu par la ceinture de sécurité du véhicule.</p>	<p>Confortablement installé dans sa coque protectrice, votre bébé sera en toute sécurité dans le Baby Safe. Son repose-tête rembourré et ses renforts latéraux vous garantissent une position confortable et ajustée à une position de repos naturelle aux petits bébés.</p> <p>Utilisation : 0 - 13kg. Position de voyage : Dos à la route.</p>

Chaque multi-accueil veillera à préparer le nécessaire en vue de la sortie (trousses de premiers secours, eau, couches, coton, sucre, gâteaux, liste des enfants et coordonnées, appareil photo, etc...).

ANNEXE :

1. L'ACCES A L'ART ET LA CULTURE PAR DES SORTIES EXTERIEURES ET RENCONTRES ENTRE MULTI-ACCUEILS

La CCS a été retenu dans le cadre du Fonds d'Innovation à la Petite-Enfance permettant l'achat d'un minibus et la mise en place de sorties pour les enfants des multi-accueils. Cette annexe vise à reprendre les tenants et aboutissants de sorte à compléter le protocole de déplacement sous l'angle de l'accès à l'art et à la culture.

a. Les objectifs

- Eveil culturel et artistique des jeunes enfants, sensibilisation aux familles,
- Plaisir d'une sortie à l'extérieure du multi-accueil,
- Socialisation des tout-petits,
- Partenariat avec les infrastructures et partenaires du territoire,
- Montée en compétences des professionnelles de la petite-enfance

b. Organisation de la sortie

Une fiche prévisionnelle a été mise en place de sorte à connaître tous les aspects de la sortie prévue par le multi-accueil. (cf document fiche prévisionnelle)

Cette fiche, une fois remplie sur site, est transmise par la Directrice à la Responsable du Pôle pour visa de la DGS ou du Président à minima 48H avant la sortie. Elle permet également de réserver le minibus via l'agenda partagé mis en place dans l'intranet.

Chaque Directrice remet aux parents concernés une autorisation de sortie permettant l'accord de la sortie, connaître le poids de l'enfant, et éventuellement envisager la participation du parent en tant qu'accompagnant. La Directrice s'assure de la réception de l'ensemble des autorisations parentales avant le départ.

Les transmissions permettent de présenter le projet aux parents en amont, puis ensuite de faire part des retours sur la sortie (bienfaits, anecdotes, panneaux photos...).

c. Lieux de sorties

❖ Entre multi-accueils

Ateliers artistiques et culturelles :

- Visite du CAC de DELME au multi-accueil à DELME les vendredis matins tous les 2 mois
- Musée de Georges de la Tour au multi-accueil à VIC-SUR-SEILLE en cours
- MA DIEUZE, Baby cashing : visite de Dieuze, découvrir des endroits : bord de Seille, mairie, médiathèque, marcher et se rejoindre. 1 multi-accueil pourrait rejoindre.

Spectacles, goûters

Ateliers d'éveils du RPE

❖ Chez un partenaire :

Lieux de sorties	
Artistiques et culturelles :	CCS : Centre d'Art Contemporain et Guest House à Delme, musée du Sel à Marsal, Musée Geores de la Tour à Vic-sur-Seille, résidence d'artiste à Coutures, Domaine de Lindre (musée + extérieur), La Délivrance, l'office de tourisme du Saulnois Hors CCS : aquarium à Nancy, musée des Beaux Arts, opéra à Nancy, Villa Majorelle à Nancy, Pompidou à Metz
Découvertes extérieures : Relaxation, nature...	Parcs de jeux (Vic-sur-Seille, Virming), marchés de commerçants, étangs (des Essarts, Fossieux, Maraichages (jardin d'abby) Fermes pédagogiques (Guebling, Hampont, Oriocourt, la Marchande (lycée agricole), La Bouzule) Forêt à Champenoux Jardin de Laquenexy, Commerçants : point vert, restaurateurs, librairie Le Roseau Pensant, fromagerie de vergaville, chocolaterie Bazzarra, confiture... Pépinère
Loisirs :	Étang de la Munsch à Morhange, pokeyland
Prestataires :	Les truck sons

❖ Autres :

L'utilisation du minibus est aussi faite pour accompagner :

- Le changement de multi-accueil pendant les vacances scolaires de l'été,
- La transition vers l'école maternelle.

❖ *Les besoins identifiés*

Dans le cadre de ce projet, des besoins peuvent être remontés à chaque directrice concernant : des idées d'activités, des formations ou du matériel pédagogique à acquérir.

2. FICHE PREVISIONNELLE DE SORTIE

Date et horaire de la sortie :

Trajet effectué :

Professionnelles présentes (nom, prénom, diplôme) :

Autres « bénévoles » présents (nom, prénom, lien avec la sortie) :

Enfants présents (nom, prénom, âge), si inconnu, à minima le nombre d'enfants sortants :

Objectifs de la sortie :

Déroulé :

Situation au multi-accueil (ratio professionnelle/enfant) :

Signature de la directrice, de l'agent qui conduit, de la DGS ou du Président

A ajouter pour l'évaluation :

- *Autres remarques à ajouter au déroulé prévisionnel (modifications éventuelles, autres objectifs...)*
- *Atteinte des objectifs,*
- *Points positifs et négatifs,*
- *Proposition de modification sur le fonctionnement à prendre en compte.*