

SOMMAIRE

La crèche : quelle est la place du pédiatre de crèche dans l'organisation et le fonctionnement? 1

Quelle est l'offre pour la garde des enfants de moins de 3 ans?.... 1

Organisation3

Objectifs et missions.....4

Complémentarité de ces fonctions4

Les tâches pratiques du pédiatre de crèche4

Le statut du pédiatre de crèche..4

Les sujets qui peuvent intéresser un pédiatre de crèche.....5

Les « visites médicales »6

Maladies contagieuses et vaccins8

Aspects du projet éducatif : motricité, alimentation..... 10

Situations particulières rencontrées plus ou moins couramment par le pédiatre en crèche 12

Conclusion 12

Protocole en cas de fièvre 13

Obligations vaccinales en collectivité 15

Directeur de la publication :
D^r Brigitte Virey

Rédacteur en chef :
D^r Liliane Cret

Composition et Impression :
Vassel Graphique
Bd des Droits de l'Homme
BP 58 - 69672 Bron cedex
www.vasselgraphique.com

Édité par
l'Association Française
de Pédiatrie Ambulatoire - AFPA

La crèche : quelle est la place du pédiatre de crèche dans l'organisation et le fonctionnement ?

Les modes d'accueil formels pour les enfants de moins de 3 ans sont l'assistant(e) maternel(le) employé(e) directement par des particuliers, le salarié(e) à domicile, l'établissement d'accueil de jeunes enfants (EAJE) (collectif, familial et parental ou microcrèches) ou l'école maternelle.*

Les questions que nous nous posons : quelle est la place de la crèche ; quelle organisation ; quel est le rôle du pédiatre ?

Quelle est l'offre pour la garde des enfants de moins de 3 ans ?

Démographie

Le nombre d'enfants de 0 à 3 ans en France a légèrement diminué du fait d'une baisse de la natalité. Ce chiffre se stabilise actuellement avec 758 000 naissances en 2018 (12 000 de moins qu'en 2017 mais une diminution de la baisse) et un taux de fécondité quasiment stable : 1,87 enfant par femme en âge de procréer contre 1,88 en 2017. (1). La France compte donc 2,3 à 2,2 millions d'enfants de moins de 3 ans. (2).

Modes de garde

58 % de ces enfants de moins de trois ans disposent d'une possibilité d'accueil « formel » liée à la capacité théorique de 1 368 300 places (chiffres les plus récents 2016).

- Assistante maternelle 33 % (787 840 places)
- Salarié à domicile 1,8 % (46 700)
- Accueil en EAJE 18,5 % (437 600)
- École maternelle 4,1 % (96 300)

Choix des parents

Selon la dernière enquête DREES (2013), en France métropolitaine, 23 % des enfants de moins de 3 ans sont confiés au moins une fois dans la semaine à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE), c'est-à-dire à une crèche ou à une halte-garderie. Pour plus de la moitié d'entre eux, l'EAJE est le mode d'accueil principal : ils y passent la majeure partie de leur temps du lundi au vendredi, de 8 heures à 19 heures. Dans ce cas, neuf fois sur dix, l'EAJE était le premier choix des parents au moment de la recherche d'une solution d'accueil. Plus d'une fois sur deux, ce

choix était motivé par les bénéfices supposés pour l'épanouissement et la socialisation de l'enfant. Un quart des enfants confiés à titre principal à une assistante maternelle le sont à défaut d'avoir eu accès à un EAJE, en raison du manque de place disponible ou d'horaires incompatibles. Parmi les enfants confiés à un mode d'accueil formel payant, ceux dont au moins un parent ne travaille pas, ceux issus des ménages modestes et ceux qui résident en zone urbaine ont plus de chances d'être confiés à un EAJE qu'à une assistante maternelle ou à une garde à domicile. Les enfants passent en moyenne 28 heures et demie par semaine dans l'EAJE, soit 4 heures et demie de plus qu'en 2007 date de la précédente enquête DRESS. (3).

La loi de 2010 et les arrêtés de 2012 instituent les Maisons d'assistants maternels (MAM) permettant un regroupement pouvant accueillir jusqu'à 4 enfants.

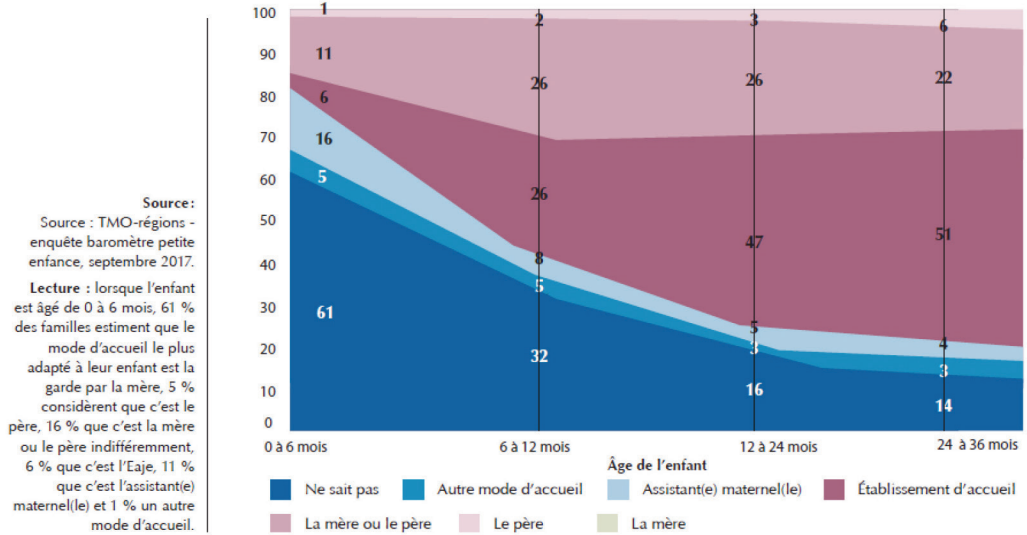
Selon une enquête de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) les parents partagent une perception hiérarchisée des modes d'accueil, dans laquelle la crèche est fortement valorisée. Des discours des parents interrogés se dessine un ensemble de représentations des modes d'accueil professionnels, fondé sur leur hiérarchisation : la crèche s'impose comme légitime, par opposition aux assistant(e)s maternel(le)s dont la compétence est moins valorisée. Ce positionnement est en lien avec un processus de transformation non seulement des attentes et des pratiques éducatives, mais aussi des représentations du bien-être de l'enfant. Les activités d'éveil occupent une place particulière dans les attentes des parents. Elles suscitent une forte adhésion, quelle que

Liliane Cret,
pédiatre,
Sabran
Comité scientifique
de l'Afpa:
Formation
lilianecret@orange.fr

soit leur position sociale et expriment une préoccupation commune, la « préparation à l'école maternelle ». Cette adhésion explique la préférence de nombreux parents pour la crèche même si les salarié(e)s des crèches et

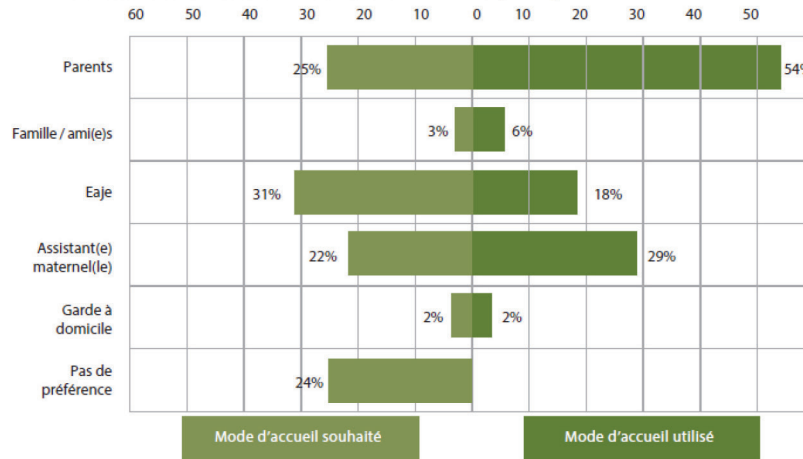
notamment les éducateurs/trices de jeunes enfants, promeuvent « l'épanouissement de l'enfant » et non l'apprentissage de savoirs associés à l'institution scolaire.

Mode d'accueil jugé par les parents comme le plus adapté à l'âge de l'enfant (en %)



(Extrait de référence 3 p. 36)

Mode d'accueil souhaité à la naissance et utilisé (en %)



(Extrait de référence 3 p. 37)

Répartition des établissements d'accueil du jeune enfant financés par la Psu par nombre de places agréées et par type d'accueil en 2016 (en %)

Capacité d'accueil	Multi-accueil	Crèches familiales	Crèches parentales	Micro-crèches	Ensemble des établissements
10 places et moins	2	5	3	100	7
Entre 11 et 20 places	35	11	86	0	33
Entre 21 et 30 places	23	12	10	0	21
Entre 31 et 50 places	22	29	0	0	21
Plus de 50 places	18	43	0	0	18
Total en %	100	100	100	100	100
Nombre total d'établissements	10 590	747	266	597	12 200

Sources : Cnaf, Sias-MtEaje, 2016.
Champ : France entière au sens Caf (hors Mayotte), établissements financés par la Psu accueillant des enfants de moins de 3 ans.

(Source référence 3 p. 25)

Les types de structures d'EAJE

Il y a 12 200 crèches au total en France en 2018. Les différents types sont :

- le « multi-accueil », d'une capacité de 10 à plus de 50 places qui en représente la grande majorité avec 10 590 crèches ;
- les « crèches familiales », de capacités aussi étendues ne comptent que 747 établissements ;
- les « crèches parentales » de capacité limitée à 30 places, 266 établissements ;
- les « microcrèches », qui ont une capacité limitée à 10 places et sont actuellement au nombre de 597.

La CNAF a lancé en 2018 le 9^e plan crèche (4).

Les objectifs de la CNAF dans sa convention 2018-2020 avec l'état sont donc de :

- créer au moins 30 000 places en EAJE dont une part significative dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et réduire le nombre de destructions de places,
- favoriser l'accueil en collectivité des enfants issus de familles pauvres,
- favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures.

Afin d'étoffer l'offre d'EAJE l'entrepreneuriat privé dans ce domaine est encouragé. Le secteur privé, est regroupé pour la plupart – Babilou, Crèche attitude, Grandir etc. – au sein de la Fédération française des entreprises de crèche (FFEC). La FFEC représente 50 associations privées gestionnaires de 1 500 crèches pour une offre de 41 000 places (10 % des places en France). Une grosse structure existe en dehors : People & baby, 500 crèches et 13 000 places (5). Au total 15 % des places en crèches sont maintenant gérées par des acteurs privés, alors qu'avant 2004, la quasi-totalité de ces établissements étaient municipaux. Ces places sont incluses dans les chiffres cités plus hauts (6).

Organisation

Lors de la création d'un établissement, l'autorisation est donnée par la Protection maternelle et infantile (PMI) qui relève elle-même du Conseil départemental. La Caisse d'allocations familiales contribue largement au financement des crèches, tant au niveau de la structure qu'au niveau de son fonctionnement, par les subventions et allocations versées aux structures publiques et aux familles lorsqu'il s'agit d'une structure privée.

Les Caf participent au financement de tous les modes d'accueil mentionnés, soit en versant directement aux familles des prestations légales, soit en attribuant des prestations de services aux équipements. Pour les établissements d'accueil collectif (hors microcrèches et Paje – Prestation d'accueil jeune enfants), le montant accordé au titre de la prestation de service unique (Psu) complète

les participations des familles dans la limite d'un plafond : plus les ressources des familles sont modestes, plus leur participation financière est faible, et plus l'aide apportée par la CAF est élevée.

En plus de cette Psu, les Caf peuvent apporter un financement complémentaire lorsqu'un « contrat enfance et jeunesse » (Cej) est établi entre la Caf et l'établissement (environ la moitié des cas) : celui-ci s'élève à 55 % du reste à charge de la collectivité gestionnaire dans la limite d'un plafond.

Les étapes de la démarche, les obligations et les aides à demander ou à attendre sont présentes dans le Guide de création ou modification pour les EAJE édité pour le département de la Haute Savoie (7)¹.

Décret n° 2010-613 du 7 juin 2010

Décret relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans. Il fixe, en plus de la place du médecin sur laquelle nous reviendrons, l'ensemble des règles pour ces établissements (8). C'est ce texte qui donne la définition des différents établissements et qui place les autorisations dans les mains du Conseil départemental. Il définit le respect des capacités d'accueil, qui ne doivent pas dépasser en moyenne les 100 %, permettant un surnombre ponctuel de 10 à 20 % selon la taille de la crèche.

Le décret prescrit l'élaboration d'un **projet d'établissement** précisant les dispositions prises pour assurer l'accueil, le soin, le développement, l'éveil et le bien-être des enfants et d'un projet social, mentionnant notamment les modalités d'intégration de l'établissement ou du service dans son environnement social. Il recommande l'intégration des enfants présentant un handicap – terme à remplacer aujourd'hui par « enfant en situation de handicap » - ou atteints d'une maladie chronique.

La direction de la crèche d'une capacité supérieure à 40 places doit être confiée à une puéricultrice diplômée d'État justifiant de trois ans d'expérience professionnelle, qui peut être remplacée par une ou un éducateur de jeunes enfants diplômé d'État justifiant de trois ans d'expérience professionnelle, sous certaines conditions.

Le personnel de crèche dont le nombre dépend de la capacité de la structure et de la répartition des enfants dans les différentes tranches d'âge est constitué :

- pour quarante pour cent au moins de l'effectif, des puéricultrices diplômées d'État, des éducateurs de jeunes enfants diplômés d'État, des auxiliaires de puériculture diplômés, des infirmiers diplômés d'État ou des psychomotriciens diplômés d'État ;

¹ La loi ESSOC du 11 août 2018 dont les ordonnances d'application sont attendues prévoit de simplifier le mode d'attribution des allocations par la création d'un guichet unique. Ces ordonnances vont aussi concerner l'encadrement par le personnel de crèche et la surface réglementaire par enfant. Elles sont en cours de discussion (mai 2019).

- pour soixante pour cent au plus de l'effectif, des titulaires ayant une qualification type CAP accompagnement éducatif jeune enfant (CAP AEPE) (remplace le CAP petite enfance), qui doivent justifier d'une expérience ou bénéficier d'un accompagnement.

La place du pédiatre définie dans le décret

Qualification requise pour le médecin de crèche : « *Les établissements et services d'une capacité supérieure à dix places s'assurent du concours régulier d'un médecin spécialiste ou qualifié en pédiatrie, ou, à défaut, de celui d'un médecin généraliste possédant une expérience particulière en pédiatrie, dénommé médecin de l'établissement ou du service.* »

Objectifs et missions

Le médecin référent de la structure ou du service d'accueil de la petite enfance :

- *veille* à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et des mesures à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie, ou d'autres situations dangereuses pour la santé ;
- *définit* les protocoles d'action dans les situations d'urgence, en concertation avec le directeur de l'établissement ou du service, et le cas échéant, le personnel de santé ;
- *organise* les conditions du recours aux services d'aide médicale d'urgence ;
- *assure*, en collaboration avec le professionnel de santé présent ou apportant son concours à l'établissement ou au service, les actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel et, le cas échéant, auprès des parents participant à l'accueil ;
- *s'assure*, en liaison avec la famille, en collaboration avec l'équipe de l'établissement ou du service et, en concertation avec son directeur ou le professionnel de santé, que les conditions d'accueil permettent le bon développement et l'adaptation des enfants dans l'établissement ou le service ;
- *veille* à l'intégration des enfants en situation de handicap, et atteints d'une affection chronique ou de tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière et, le cas échéant, met en place un projet d'accueil individualisé (PAI) ou y participe ;
- *assure* la visite d'admission et donne son avis sur l'admission des enfants ; la visite d'admission peut également être assurée par le médecin de l'enfant à l'exception des enfants de moins de 4 mois et de ceux en situation de handicap, ou présentant une affection chronique, ou tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière ;
- *examine* les enfants avec l'accord des parents, sur son initiative propre ou à la demande du professionnel de santé chaque fois qu'il l'estime nécessaire pour l'exercice de ses missions.

Complémentarité de ces fonctions

Le rôle du médecin attaché à la structure est complémentaire :

- de celui du médecin traitant de l'enfant,

- de celui du médecin de PMI chargé de la surveillance, du suivi technique et du contrôle de structures,
- et de celui du médecin du travail chargé du suivi médical du personnel.

La fonction du médecin s'articule, d'une part, autour d'une action de santé collective et individuelle auprès des enfants et leurs parents, et d'autre part, autour du conseil technique au niveau de la structure et du personnel qui y travaille. Le médecin a sa place dans la réflexion d'équipe pluridisciplinaire (intégration de ses observations dans le travail d'équipe, prévention de la maltraitance institutionnelle et familiale).

Le médecin de la structure est le conseiller technique du directeur pour tout ce qui concerne :

- l'hygiène générale et l'hygiène alimentaire,
- le respect des règles de sécurité,
- les mesures particulières à prendre sur le plan sanitaire en fonction de la mise en place de nouvelles activités,
- l'élaboration des protocoles d'urgence en lien avec le directeur (maltraitance, accueil d'enfants malades ou en situation de handicap, formation ou promotion de la santé, soutien et formation du personnel).

Les tâches pratiques du pédiatre de crèche

Elles seront donc au départ d'élaborer en liaison avec la direction et le personnel paramédical un livret de protocoles ou bien de contrôler le contenu d'un livret existant. À chaque vacation, il effectue les visites d'admission, de suivi, et les visites visant à l'établissement du PAI lorsque cela est nécessaire. Il est important d'établir des règles claires pour l'administration des médicaments en cas de nécessité. Ce sujet sera abordé plus loin. Il y a donc tout intérêt à bien avertir les parents des dispositions qui seront prises pour les soins courants et à leur faire signer au départ un document décrivant les circonstances et les produits, comme cela est également nécessaire pour l'obligation vaccinale.

Le statut du pédiatre de crèche

Il n'est pas univoque puisqu'il peut être salarié ou vacataire libéral. Les structures publiques employeur sont très souvent de gestion municipale ou de communauté de commune ou d'agglomération et elles peuvent regrouper un plus ou moins grand nombre d'établissements. Un exemple : la communauté d'agglomération du Gard rhodanien compte 13 établissements de 12 à 70 places proposant 462 places au total pouvant concerner plus de 1 000 familles. Les établissements privés sont, la plupart du temps, fédérés et ont développé des lieux d'accueil dans plusieurs régions.

Le contrat qui doit être signé dans tous les cas avec la structure gagnerait à prendre modèle sur celui proposé par le conseil de l'Ordre des médecins (9). Les trois types de situations sont cités : médecin salarié d'un établissement public, médecin salarié contractuel d'un établissement privé et médecin vacataire nommé « médecin prestataire de services »

qui présente tous les mois sa note d'honoraires. Les conditions d'exercice sont rappelées dans ce contrat type qui stipule bien que le médecin ne doit effectuer aucun soin curatif sauf en cas d'urgence et ne délivrer à la famille aucune ordonnance ou certificat hormis celui d'admission lors de la première visite.

La rémunération du pédiatre en crèche est difficile à préciser. On peut estimer qu'elle devrait se situer autour de 3 CS par heure, soit 300 € par vacation de 4 heures, plutôt pour le médecin « prestataire de services ». Les salariés pouvant prétendre à des avantages complémentaires de congés, de RTT et de temps de formation ont en général, mais aussi certains vacataires, des rémunérations moindres (230/250 €) par vacation.

Les sujets qui peuvent intéresser un pédiatre de crèche

Hygiène et environnement

Lors du choix du lieu de l'implantation et de l'aménagement, d'une crèche, il faut veiller au respect des règles de sécurité incendie et d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

La zone d'implantation doit être (7) :

- éloignée de toute nuisance extérieure (ligne à haute tension, autoroute, déchetterie, relais téléphoniques, ...);
- conforme aux normes sismiques du secteur;
- bien orientée (ensoleillement, zones d'ombre, ...);
- dotée d'un espace extérieur contigu au bâtiment pour le jeu des enfants;
- facile d'accès (personnes à mobilité réduite, parking, ...);
- et si possible à proximité d'autres équipements : école maternelle, bibliothèque...

Pour tout ce qui concerne le respect des normes environnementales pour les matériaux de construction, les meubles, le matériel d'usage courant, la vaisselle, les sols, les jouets c'est au fournisseur d'attester la conformité aux normes NF.

La qualité de l'environnement intérieur a fait l'objet de plus d'attention ces dernières années avec notamment une directive de 2016 (10), et une obligation qui prend effet au plus tard au 1^{er} janvier 2018 d'installer des dispositifs de contrôle de la qualité de l'air.

Un label « Ecolo crèche » (11) est créé par la signature d'une convention de partenariat avec le ministère de l'environnement, la Caf et deux cents crèches impliquées initialement. Sont optimisés : les matériaux des meubles des sols et des objets, les produits d'entretien et d'hygiène, le traitement des déchets. Le « logo » de ce label est : « Bien manger – alimentation bio et produits locaux –, respirer mieux, se renouveler ». Toutes ces préconisations ne sont pas forcément à retenir en

particulier la fabrication du liniment oléo-calcaire à la crèche (à partir d'eau de chaux et d'huile d'olive) pour l'utiliser pour le change des bébés. Ceci n'est pas du tout inclus dans le Guide de recommandations pour l'accueil d'enfants dans un environnement sain, édité par l'ARS Aquitaine en 2017 (12) qui préconise l'eau pure ou le savon (de préférence labellisé) avec rinçage soigneux... Comme les dermatologues et les pédiatres.

L'option des couches lavables en crèche adoptée par certains groupes doit-elle être encouragée ?

Les progrès rapides des fabricants ont amélioré le confort des couches réutilisables ce qui n'était pas le cas avec les premières, sorties il y a une dizaine d'années. Elles nous faisaient remonter quarante ans en arrière avec les érythèmes fessiers qui les accompagnaient. Avec des matériaux qui ont largement évolué et de bonnes recommandations pour le lavage et l'entretien, elles deviennent une option très intéressante pour les collectivités. Il est certain que l'impact écologique de leur utilisation (13) est indéniable pour ce qui concerne la production de déchets réduite pratiquement à zéro pour les couches lavables contre 1 tonne pour les couches jetables d'un bébé depuis sa naissance jusqu'à ses 2 ans. Les conséquences de cette diminution de déchets sont donc évidentes au niveau des établissements d'accueil de jeunes enfants. Il est probable que l'impact budgétaire est aussi positif. Reste que, le temps passé au change est indiscutablement augmenté et que, sauf dans les établissements qui ne font pas leur propre lessive, c'est également beaucoup de volume et de temps de lavage avec un choix soigneux des produits car les lessives dites écologiques peuvent contenir des produits irritants. Quant au séchage à l'air préconisé : est-il envisageable ? Pour mettre en place cet usage, ce sont des circuits à bien organiser et des habitudes à changer, certains parents à convaincre. Il faut du temps et une réelle volonté de la part de tous. Les tutelles de PMI ne sont pas toujours prêtes à y adhérer, mettant surtout en avant les problèmes d'hygiène et les risques de contamination. Le lavage habituellement préconisé à 40°, voire 60° peut être préconisé à 90° pour ce motif et il semble que cela soit possible pour ces matériels. Bien penser à instituer des couches jetables en cas d'irritation pour certains bébés et a fortiori en cas de gastro-entérite... occurrence quand même non rare en crèche. Mettre aussi en balance l'inconvénient de la lessive pour les structures qui lavent elle-même leur linge : le temps et le matériel nécessaire, pour celles qui externalisent un budget à prévoir.

La poursuite de l'allaitement

Elle est bien entendu recommandée avec les précautions de stockage et de transport adéquates.

Il est probable, souhaitable et c'est sans doute aussi le vœu des parents que l'alimentation diversifiée sera de plus en plus élaborée à partir de produits bio et/ou produits en proximité en réduisant autant que possible les déchets d'emballage. Les établissements « Ecolabellisé » sont 100 % bio et les grandes sociétés de restauration collective intervenant largement en crèche (Sodexo par exemple) s'y mettent également.

Les « visites médicales »

Rappel : le médecin de crèche ne doit en aucun cas se substituer au médecin traitant (9).

La visite d'admission par le médecin de la crèche et l'établissement d'un certificat de non-contre-indication est obligatoire pour les nourrissons de moins de 4 mois. Cette visite initiale, effectuée en fait pour tous les enfants fréquentant régulièrement la crèche, en principe en présence des deux parents, permet une prise de contact avec la famille. Elle renseigne sur les antécédents médicaux de l'enfant et des parents inconnus en principe du personnel de crèche et pouvant avoir une incidence. Cette prise de contact initiale peut être perçue par les parents comme « un deuxième examen » de leur enfant (comme un deuxième avis médical) qui les rassure et pour le médecin comme une occasion de verbaliser la bonne adaptation du nourrisson déjà précisée dans la structure. C'est le moment de vérifier les vaccinations, et d'indiquer que chaque nouvelle injection doit être signalée par la suite.

Les visites de suivi n'ont théoriquement pas lieu d'être pour un enfant qui va bien. Elles peuvent cependant être programmées annuellement dans certaines structures ce qui permet de contrôler le bon développement staturo pondéral et psychomoteur. Ces visites sont surtout intéressantes pour les nourrissons qui n'ont pas un suivi régulier en dehors de la structure. Les parents, si possible présents, sont demandeurs de conseils de guidance dans un contexte moins pressé parfois que celui d'un cabinet médical.

Pour les enfants atteints de **maladies chroniques** ou en situation de handicap une visite médicale est nécessaire pour établir le **projet d'accueil individualisé (PAI)** lorsqu'ils sont accueillis dans la structure ou bien lorsque le problème survient, pour déterminer leurs besoins particuliers et rédiger un protocole de soins en cas d'urgence. C'est un sujet qui fait l'objet de très nombreuses publications mais pas spécifiquement pour la crèche et il n'existe malheureusement aucune uniformité dans les documents disponibles. On attend pour 2019 un modèle unique de PAI qui

devrait être diffusé à l'échelon national. Ce PAI doit mentionner le diagnostic, les besoins particuliers : médicaments, régime, surveillance. Les manifestations cliniques sont précisément décrites en même temps que la conduite à tenir en matière de gestes à faire et de médicament à administrer. En crèche la grande majorité des PAI concerne l'allergie alimentaire et l'asthme ; les situations à surveiller, donc à risque sont la crise d'asthme, la crise convulsive et le choc anaphylactique. Ces PAI sont établis selon les préconisations et l'ordonnance du médecin traitant ou du médecin spécialiste consulté. Pour les PAI instituant un régime d'exclusion alimentaire le protocole est exigeant pour les familles : la totalité de l'alimentation doit être apportée par les parents eux-mêmes avec conditions strictes de transport (température vérifiée à l'arrivée et si non conforme le repas peut être considéré comme impropre à la consommation). Il doit y avoir une quantité supplémentaire d'aliment pour analyse ultérieure en cas de problème ; ceci est d'ailleurs valable pour la totalité de la nourriture circulant dans un EAJE.

Visites ou avis médical à la demande du personnel

- Doute sur une symptomatologie aiguë pour avis sur la nécessité d'appeler la famille.
- Symptôme qui inquiète le personnel et n'est pas pris en considération par la famille.
- Symptomatologie persistante qui ne se résout pas et pour laquelle un autre « œil » est requis.
- Et surtout inquiétudes sur le développement d'un enfant sur le versant communication et sur le plan cognitif ou moteur.

Le comportement relationnel dans la collectivité avec les autres enfants, et avec les professionnels, la progression de la motricité fine et de la motricité globale, les acquisitions langagières, bénéficient d'une observation régulière. Cela peut mettre en évidence des troubles de la communication ou un retard pas forcément perçus au sein de la famille. Parfois ce symptôme s'efface en situation duelle au cours de l'examen médical ou lorsqu'on observe l'attitude de l'enfant en présence de ses parents mais souvent le soupçon se révèle exact et d'ailleurs les parents commençaient à s'inquiéter. Ils sont alors sensibles au conseil d'une consultation spécialisée d'autant plus qu'elle peut être d'accès assez facile en proximité (CAMSP par exemple). Cette situation n'est pas rare, elle a pour avantage de permettre une demande d'avis plus précoce ; une prise en charge si elle est indiquée ; on peut aussi alors mieux adapter l'enfant à son environnement de crèche et prévenir des mauvaises surprises pour les parents et des difficultés pour l'enfant lors de son passage à l'école.



Inclusion d'enfants en situation de handicap

La loi de 2005 sur le handicap pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, instaure le principe d'accessibilité à l'ensemble des lieux d'accueil collectifs, sans discrimination d'aucune sorte, quelle que soit la nature du handicap et des difficultés qui en découlent. Il s'agit bien d'un droit fondamental et une d'obligation nationale. Cette loi n'a cependant aucun caractère contraignant.

Pourtant le personnel d'une crèche comprend bien du personnel formé : habituellement, une directrice infirmière puéricultrice ou une infirmière, une éducatrice de jeunes enfants pour les établissements jusqu'à 40 places, des auxiliaires de puériculture. Les crèches peuvent s'adjoindre en sus le personnel souhaité, selon leurs moyens par exemple un ou une psychologue qui peut faire un travail extrêmement utile avec le personnel et parfois les parents sur les troubles du comportement : agressivité, colère, intolérance aux frustrations, aidant ainsi aussi la préparation à l'entrée à l'école maternelle.

Dans l'organisation habituelle d'une crèche l'inclusion d'enfants en situation de handicap va se faire de manière ponctuelle. Pour aider les familles et leur offrir quelques heures de répit dans la semaine, elles intègrent, à la demande et en accord avec les services de PMI et les établissements voisins de type CAMSP, des enfants en situation de handicap parfois grave mais sur des horaires restreints, quelques heures, une ou deux fois par semaine, uniquement en présence de l'infirmière

puéricultrice. La place du pédiatre de crèche est alors de bien analyser la pathologie pour en expliquer les conséquences et surtout dédramatiser ce qui n'est pas toujours facile (syndrome de Rett par exemple, avec manifestations « impressionnantes » fréquentes). Ces enfants vont certainement bénéficier de la crèche car ils ont des échanges avec les autres enfants et profitent de l'attention du personnel, mais cela n'est pas une inclusion.

La véritable inclusion demande le concours de personnel spécialisé et d'une structure proche de type CAMSP par exemple. Elle ne peut se faire que par une démarche volontaire, au sein d'un projet élaboré, dans lequel le pédiatre de la structure a toute sa place – il peut d'ailleurs en prendre l'initiative -, en collaboration avec ce service spécialisé et avec la participation de ces personnels qualifiés, psychomotricienne de l'établissement voisin par exemple. Des aménagements des locaux sont indispensables. Les enfants peuvent alors être accueillis sur de plus longues tranches horaires, aidés par un personnel dédié qui leur permet de participer aux activités. Le bénéfice pour ces enfants est indiscutable, bien mis en évidence dans les expériences rapportées (14) et tout enfant en situation de handicap devrait pouvoir en bénéficier. Pour les parents, sortir du domaine du handicap et intégrer le milieu « normal », observer le regard encourageant sur leur enfant et entendre un discours sur ses progrès de la part des professionnels est une réelle aide ; ils peuvent ainsi avoir aussi un peu de temps pour eux.

Y a-t-il des contre-indications médicales à l'accueil d'un enfant en crèche ?

Il ne devrait pas y en avoir concernant le handicap et la maladie chronique comme nous venons de le voir ; cependant en pratique, cet accueil n'est parfois possible que si la participation d'un professionnel spécialisé et un aménagement des lieux ont pu se faire. Et il faut compter aussi sur les difficultés qu'il peut y avoir pour l'administration des médicaments, qui sont exposées plus loin.

Choisir un mode de garde en collectivité est déconseillé pour certains nourrissons en raison du risque infectieux : les anciens prématurés avec dysplasie bronchopulmonaire et les enfants présentant un déficit immunitaire ou une cardiopathie congénitale opérée par exemple. Ces nourrissons ne relèvent pas de l'avis du médecin de crèche mais de celui qui effectue leur suivi.

Y a-t-il des circonstances où l'on devrait conseiller aux parents de choisir un autre mode de garde ?

C'est aussi le risque infectieux, ORL et/ou bronchopulmonaire et/ou digestif à répétition qui est en question : le risque est augmenté particulièrement dans les structures importantes et au cours de la première année. Ce dernier point met en évidence l'acquisition de maturité immunitaire dont bénéficient les plus de 1 an et qui est bien admis par les parents. Les infections à pneumocoque contractées en crèche ont plus de risque d'être à germe résistant qu'un germe contracté à domicile en raison d'infections et de consommation d'antibiotiques plus fréquentes. En effet ces nombreuses infections majoritairement virales sont largement traitées par antibiotiques avec le risque, donc, de sélection de germes résistants et de perturbation du microbiote intestinal dont le rôle dans la maturation de l'immunité est actuellement mis en évidence (15). En fait, habituellement, un éventuel changement de mode de garde ne relève pas du médecin de crèche mais du médecin traitant et d'une option des parents. Ceux-ci vont parfois remettre leur enfant en crèche lorsqu'il sera un peu plus grand.

Concernant le risque d'asthme viro-induit, toutes les études montrent la relation entre épisodes bronchiques viraux précoces, avec pour cause principale les rhinovirus, et la survenue d'un asthme du nourrisson. Ce risque a également des conséquences démontrées pour l'enfant et l'adulte jeune (16). Cependant la causalité des infections virales pourrait être mise en question. En effet le rôle favorisant du terrain atopique dans ces viroses respiratoires récidivantes est possible. Quoi qu'il en soit, le nombre d'enfants relevant d'un PAI pour asthme du nourrisson est élevé en crèche ; le regard des professionnels

de la crèche est parfois très utile à la prise en charge au long cours de cette pathologie avec laquelle les parents ne sont pas toujours à l'aise.

Maladies contagieuses et vaccins

Vaccins

Qu'en est-il pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 ?

Le sujet des vaccinations a beaucoup mis les médecins de crèche en difficulté à cause d'un vaccinoscepticisme grandissant et de l'opposition de véritables lobbies anti-vaccins, malgré de très nombreux propos rassurants et de très nombreuses campagnes justifiant le bien-fondé des vaccins pour l'individu et leur importance pour la collectivité et la population tout entière. L'attitude des personnels, soit non-convaincus eux-mêmes, soit inattentifs sur ce sujet, a plutôt constitué un frein à l'obtention d'une bonne couverture vaccinale dans les crèches. Les familles mettent en avant leurs convictions et leur liberté de parents pour ne pratiquer, à la rigueur, que les vaccins alors obligatoires DTPolio. Le paradoxe étant que d'une part ce ne sont pas là les risques principaux aujourd'hui et que d'autre part, la présentation de ce vaccin devenait indisponible en pharmacie. L'arrivée d'épidémies de rougeole en 2011 puis 2017-2018 puis de la mondialisation du risque a véritablement amené les structures et le personnel à reconsidérer leur position. Ils apportent maintenant un bien meilleur soutien au médecin de crèche qui inscrit le vaccin contre la rougeole dans les exigences (pas obligation, nuance) pour fréquenter la crèche. Surtout ils aident à suivre précisément l'état des vaccinations des enfants. Il ne faut pas oublier qu'avec le principe du « multi-accueil » il peut y avoir 2,5 enfants par place (ex : 250 enfants pour 100 places) certains ne venant que de façon très ponctuelle de sorte que le contrôle des vaccinations doit prendre un caractère quasiment administratif. Ceci a permis de progresser, en revoyant les familles pour leur fournir des explications et justifications de cette quasi-obligation, et d'arriver à une couverture pratiquement exhaustive pour les deux doses de la vaccination rougeole. Les réfractaires ont eu l'obligation de faire une lettre circonstanciée à la tutelle, acceptant l'exclusion en cas d'épidémie dans la proximité géographique et admettant leur responsabilité vis-à-vis des autres familles. Ce dernier point a pu être déterminant. Cette évolution ne peut reposer que sur un soutien des personnels des directrices et des gestionnaires... mais, tout demande de la patience : si la couverture vaccinale du personnel pour la rougeole est devenue excellente elle reste très insuffisante pour le vaccin grippal.

La loi du 30 décembre 2017 institue l'obligation vaccinale pour 11 valences (Hexavalent, Prevenar®, ROR, méningo C)

applicable pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 (17).

Ce sont donc les crèches qui ont été les premiers établissements à suivre la bonne exécution de cette nouvelle obligation. Paradoxalement cela s'est fait quasiment sans problème. Grâce à un personnel convaincu d'appliquer « la loi » n'hésitant pas à dire aux familles qu'elles ne peuvent se mettre « hors la loi » et qu'elles n'ont aucune obligation de mettre leur enfant en crèche s'il n'est pas vacciné. Ce discours n'entraîne qu'exceptionnellement des refus. Reste à vérifier dans le temps si l'ensemble du calendrier vaccinal est bien mis en œuvre. Pour le moment, très rares sont les cas de triche repérée : 1^{er} Hexavalent et Prevenar réalisés à peu près dans les temps puis plus rien. Mais des excuses sont alléguées plutôt qu'un refus. Pour le moment aucun enfant n'a donc dû être exclu.

On peut donc dire que l'obligation est respectée pour la quasi-totalité des enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

Pour la rougeole, les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 et n'ayant pas reçu leurs deux doses ne sont qu'une poignée pour 1 000 familles dans le périmètre concernant l'exercice de l'auteur de ces lignes.

Ces deux paragraphes sont en effet le reflet d'une expérience personnelle. La situation n'est peut-être pas aussi claire partout. Évidemment les familles sont libres mais les améliorations des couvertures vaccinales ne peuvent se produire que si tout le personnel est convaincu et si le médecin est soutenu par ses tutelles.

Maladies contagieuses

La conduite à tenir pour les maladies contagieuses et/ou à déclaration obligatoire est en principe contenue dans les protocoles établis pour la crèche. Les épidémies saisonnières, gastro-entérites, bronchiolite, conjonctivite etc. requièrent naturellement un renforcement des mesures d'hygiène notamment le lavage des mains. Il est habituel d'établir une liste d'affections aiguës « pour lesquelles la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable » selon les termes employés par le ministère de la santé en 2010 à ce sujet. Les enfants reviennent après la courte période de fièvre, troubles de l'appétit, difficultés respiratoires ou autre.

Pour l'ensemble des conduites à tenir, le pédiatre peut avantageusement se référer au « Dossier thématique » qu'il peut trouver sur le site de l'AFPA (18) dans lequel il va retrouver la « liste des maladies à déclaration obligatoire » et le très complet « Guide

des conduites à tenir en cas de survenue de maladies infectieuses en collectivité » (19). Ce dossier rappelle les mesures d'hygiène en collectivité et détaille les CAT pour chacune des maladies : une soixantaine de fiches. Ce guide est (ou devrait être) à disposition dans les structures.

Les évictions

Elles concernent un nombre limité d'occurrences : angine et scarlatine 48 heures après le début du traitement, rougeole 5 jours après le début de l'éruption, coqueluche 5 jours après le début de traitement, impétigo étendu, gale et teigne sont le plus couramment en cause.

Les mesures à adopter

Elles vont être résumées ici simplement pour quelques affections.

▷ Pédiculose : contamination directe le plus souvent, mais aussi par les objets, peigne, bonnet etc. Contagiosité tant que persistent les lentes et les poux adultes. Pas d'éviction. Demander à la famille de traiter l'enfant et eux-mêmes. Informer par écrit de ce cas, les autres parents de la section.

▷ Gale : éviction jusqu'à 3 jours après le traitement. Contamination par contact direct et par l'intermédiaire du linge ou de l'environnement. Durée : tant que le parasite est présent dans la peau. Le traitement par voie locale avant 2 ans (Ascabiol®, nouvelle formule, Sprégal® ou Topiscab® – tous remboursés actuellement) ou par voir générale Ivermectine (enfant de plus de 2 ans) doit être renouvelé 7 à 14 jours plus tard. Tous les contacts doivent être traités en même temps. Le linge doit être lavé à 60° ou enfermé dans un sac à plus de 20°. L'environnement doit être désinfecté à l'aide d'un acaricide. À partir de 2 cas on considère qu'il s'agit d'une épidémie justifiant le traitement en même temps de tous les enfants et de tout le personnel.

▷ Rougeole : les recommandations ont été publiées récemment pour les sujets contact et pour la survenue d'un cas en collectivité (20). Sont considérés comme sujet contact les enfants et le personnel d'une même section. Prophylaxie post-contact dans les 72 heures : avant 6 mois, rien si maman immunisée ; immunoglobulines polyvalentes si non. De 6 à 11 mois, 1 dose de vaccin trivalent (« ne compte pas » recevra ensuite les 2 doses du calendrier habituel) – immunoglobulines après 72 heures si rougeole confirmée. Après 11 mois, mise à jour vaccinale pour atteindre les 2 doses, même chose pour le personnel de crèche. Pour ces plus de 11 mois les immunoglobulines doivent être discutées au-delà de 72 heures si rougeole confirmée. Immunoglobulines polyvalentes pour les femmes enceintes non immunisées.



Délivrance des médicaments

L'administration des médicaments en crèche pose un réel problème (21). Les médicaments ne peuvent être donnés que par le médecin et par délégation par l'infirmière ou la puéricultrice et de fait, en sa présence dans la structure, par les autres personnels sous sa responsabilité. En son absence et pour les établissements de 40 places et moins qui n'ont pas d'infirmière, ils ne peuvent être administrés que sur consigne du SAMU.

Sur le sujet, on a tout intérêt à clarifier les choses au départ avec les parents dans le règlement intérieur qui doit être lu et signé avant l'admission. Il paraît très judicieux de proposer également que les parents signent un document spécifique « Protocole d'administration de traitements ponctuels (avec ordonnance) » (22) indiquant les produits couramment utilisés, qu'ils doivent apporter en se les faisant prescrire et l'ordonnance précisant les modalités de leur administration à la crèche.

Le médecin de crèche n'a pas le droit de faire ces prescriptions (CNDOM), elles sont du ressort du médecin traitant uniquement. La crèche ne peut donner aucun médicament, dans un PAI ou de façon occasionnelle sans ordonnance. C'est ce qui explique que les parents doivent demander des prescriptions « pour tout » auprès de leur médecin (sérum physiologique, crème protectrice, Hémoclar®, Doliprane®) lorsque leur enfant vient en crèche.

L'administration des médicaments relève donc du seul personnel paramédical sur protocole ou sur ordonnance validés par le médecin de la structure. Tout autre personnel s'exposerait en le faisant à « l'exercice illégal de la médecine » car pour un bébé incapable de prendre le médicament seul, on ne peut pas considérer qu'il s'agisse d'une aide à un geste de la vie courante réalisable par n'importe quel tiers, cela devient donc un acte « médical » réservé au seul personnel « médical » en l'occurrence le médecin et l'infirmière. Un jugement du tribunal d'Alès (Gard), en 2017, a remis la question en lumière en déboutant des parents qui portaient plainte contre une petite structure qui avait refusé de prendre leur enfant épileptique, au motif que la directrice éducatrice de jeunes enfants n'était pas habilitée à administrer les médicaments qui lui étaient nécessaires. Ce jugement a conduit les services de PMI, tutelles des crèches, à

rappeler cette interdiction d'administration des médicaments par le personnel non médical. Dans les faits, le non-respect de cette directive, dans l'intérêt des enfants, dépend du pragmatisme des directions et en effet cette règle parfois inapplicable est assouplie lorsque cela est nécessaire. Le paradoxe de la situation qui menace l'accueil en crèche des enfants en situation de handicap, atteints de maladies chroniques ou simplement dont les parents ont besoin de travailler lorsque leur enfant a une pathologie légère n'a pas échappé au législateur ni aux médecins en charge de ces enfants malades. On peut trouver la publication régulière de « Questions au gouvernement » ou de « pétitions des professionnels » sur cette question. Le 14 avril dernier des médecins représentants des associations de diabétiques, épileptiques, enfants asthmatiques et allergiques ont publié une lettre ouverte à Agnès Buzyn ministre de la Santé à ce sujet. Attendons de voir quand le problème sera réellement pris en compte et si une solution raisonnable peut y être apportée. À signaler qu'une loi de 2011 autorise les assistantes maternelles à donner un médicament (avec une ordonnance médicale et l'autorisation des parents). Trouver le bon compromis n'est pas simple, cependant dans la plupart des EAJE, dans les faits, avec l'accord du médecin, le personnel peut administrer les médicaments courants – type Paracétamol – en cas de besoin.

Aspects du projet éducatif : motricité, alimentation



La crèche se veut un **lieu « d'accès à l'éveil » accessible à tous**. Offrant un accueil personnalisé et sécurisant de chaque enfant, qui passe par des liens, des lieux et des rythmes stables. Pour cela, gestionnaires et équipes doivent placer « la focale sur l'organisation de vie des enfants et non sur l'organisation de vie des adultes ». « Il est nécessaire d'accorder à l'enfant confiance, liberté de circulation, accès aux jeux dans des espaces préparés et conçus pour lui. Le mode d'accueil est un espace vivant. » Il doit être pensé et organisé comme un environnement permettant la découverte, la motricité et la confiance en l'enfant, à tout instant.



Tout en proposant un aménagement, des objets, des activités répondant à la vitalité des enfants, ils doivent cependant conserver la liberté de ne rien faire, de se trouver des endroits tranquilles ou simplement de prendre le temps qu'il leur est nécessaire pour faire ce qu'ils ont à faire.

Pour les plus petits, les EAJE ont adopté depuis plusieurs années les méthodes de la « **motricité libre** » préconisée déjà par Emmi Pickler en 1969 à Budapest (23). Il s'agit d'être attentif au respect des étapes naturelles du développement du jeune enfant. Les enfants vont évoluer sur des tapis d'éveil en mousse ferme combinés avec de petits obstacles également en mousse ferme. Les enfants seront installés dans des positions qu'ils maîtrisent de manière autonome : sur le dos, en position assise. L'équipe s'adapte aux capacités motrices de chaque enfant.

L'enfant va développer progressivement ses capacités, ce qui lui permettra au fil du temps d'acquérir de nouvelles compétences motrices de manière autonome. Dès les premières semaines, les mouvements sont riches et variés. Puis l'enfant va organiser ses mouvements, les coordonner et les synchroniser. L'enfant va comprendre qu'il peut exercer une force sur un point d'appui pour créer un mouvement. Cela lui permettra de changer de position puis de se déplacer. La motricité libre favorise une bonne coordination motrice et une flexibilité tonique. Elle permet à l'enfant d'apprendre à connaître son corps et ses limites, maîtriser ses mouvements et se faire confiance. L'enfant a besoin de temps pour avancer à son rythme, faire ses propres expériences motrices et les assimiler. Les professionnels observent le développement moteur des enfants. Ils verbalisent les mouvements, accompagnent l'enfant, l'encouragent et le valorisent dans ses acquisitions. L'espace est aménagé et les activités mises en place, offrent un espace sécurisé, rassurant et stimulant pour que l'enfant puisse s'expérimenter sereinement. Le transat qui limite l'activité n'est utilisé que pour de

courtes périodes après les repas des bébés. Les acquisitions motrices sont autonomes. On ne le met ni assis ni debout tant qu'il ne le fait pas seul et on n'offre pas d'aide à la marche. Il faut montrer aux parents les capacités de leur enfant, et leur donner confiance pour qu'eux-mêmes puissent lui laisser l'initiative de ses acquisitions motrices. Ce principe de « motricité libre », qui ne met aucune limite aux mouvements de l'enfant, est aussi celui de la prévention de la plagiocéphalie positionnelle et, dès la maternité, son intérêt doit être bien expliqué aux parents. On attire leur attention sur les capacités motrices innées de leur bébé qu'ils découvrent en les observant.



Les repas sont un point important de la vie de la crèche : l'alimentation satisfait un besoin fondamental de l'enfant, elle favorise l'éveil des sens, l'autonomie, la convivialité et la découverte de différents saveurs. L'accent est mis sur le respect des goûts et des appétits, et l'autonomisation : choisir sur un plateau, manger avec les doigts ou la cuillère, goûter ou non... Les plus grands participent à la mise en place et au rangement. On l'a dit, certaines crèches s'inscrivent dans une démarche « bio » et s'approvisionnent en produits issus de l'agriculture biologique et/ou locaux, veillent à la saisonnalité des produits... Ce choix s'inscrit souvent dans une démarche plus globale et est placé au cœur du projet pédagogique. La nourriture, le linge, les couches, les produits d'entretien... tout participe à une démarche écocitoyenne !

Pour se rapprocher du thème de l'autonomisation il est à signaler que certaines crèches font l'expérience de **la diversification menée par l'enfant** (DME). Dans tous les cas les établissements suivent la progression de l'introduction des aliments qui se fait à la maison. La DME est à envisager dès le début de la diversification – elle fait théoriquement suite à l'allaitement maternel – et il faut attendre, vers 6 mois, que l'enfant se tienne le dos

droit assis dans sa chaise – réflexe de toux efficace pour évacuer les morceaux qui ne passent pas –, qu'il soit capable de tenir dans sa main et de porter à sa bouche l'aliment proposé. Morceaux de la taille du poing de l'enfant. Tous les aliments sont possibles : légumes (brocoli commode pour commencer), fruits (banane), œufs, viande et poisson. Le repas doit être accompagné et suivi attentivement. Si la prise alimentaire est diminuée au départ il semble que cette méthode soit très favorable pour l'éducation du goût et pour le développement du massif facial grâce à la mastication utilisée précocement. Cette méthode qui demande une surveillance particulièrement attentive du repas est probablement plus à la portée des petites structures. Il faut y impliquer les parents si elle est pratiquée à l'initiative de la crèche. À l'inverse, une demande venant de parents dans une structure qui n'utilise pas la méthode sera très difficile à satisfaire.

Situations particulières rencontrées plus ou moins couramment par le pédiatre en crèche

En effet, lorsqu'une demande particulière est exprimée par la famille, le médecin est généralement interrogé, d'autant que la plupart porte sur l'alimentation et des allégations de « régimes » spéciaux.

En premier lieu les demandes de régime « sans lactose », « sans lait de vache », de substitution avec du lait de chèvre ou de brebis..., des allégations médicales sont mises en avant, des certificats médicaux produits sans bilan ni réel test thérapeutique. L'analyse médicale du cas fait apparaître 3 types de contexte : troubles digestifs fonctionnels, dermatite atopique, préférence des parents. L'expérience oblige à traiter ces cas, pour lesquels le « régime » n'est pas justifié, en fonction des prescriptions du médecin traitant : PAI d'exclusion alimentaire si certificat médical et ceci implique pour les familles la démarche contraignante d'apporter tous les repas de l'enfant. Pour les autres ils reçoivent les repas habituels, acceptant de limiter leurs exclusions aux repas pris à la maison. Les réglementations actuelles excluent les demi-mesures et le cas par cas possible il y a quelques années. La demande de régime végétalien ne peut être acceptée en raison des risques graves de carence que cela implique, notamment vitamine B12. Le rédacteur de ce texte n'a rencontré aucune demande ce type ; est-ce parce que ces familles sans doute également anti-vaccin, ne font aucune démarche en vue d'une admission ?

Les demandes d'alimentation différentes pour motif confessionnel, avec une expérience dans une certaine structure, imposant au médecin d'établir un

PAI pour ces enfants ; cette prétention a été reçue par une « menace » de démission ; les choses se sont arrêtées là et il n'en a plus été question. Il est facile pourtant de ne pas donner tel ou tel aliment non conforme sans avoir à remplacer par autre chose si la famille veille à compenser.

Les demandes de position de couchage (sur le ventre, en proclive) pour lesquelles il n'existe aujourd'hui aucune indication médicale ne doivent pas être acceptées en raison du risque pour l'enfant et aussi du risque médico-légal que l'on pourrait prendre.

Justement, **la mise en œuvre de la DME** dans un établissement qui n'en a pas la pratique paraît déraisonnable, d'autant que les enfants sont nombreux dans la section concernée, à cause de l'attention particulière qui doit être portée à l'enfant durant son repas.

Également déraisonnable, semble-t-il, **la demande de portage permanent en écharpe**. On peut s'étonner de ce qu'une maman qui veut employer cette méthode accepte de se séparer toute la journée de son bébé et s'offusque simplement de ce que la structure « n'ait pas les moyens d'offrir aux professionnels des écharpes de portage » !

Conclusion

Aujourd'hui, la crèche est le mode de garde souhaité pour leur enfant par une majorité de parents. Des places sont ouvertes et les établissements se modernisent pour accueillir de plus en plus d'enfants. Elles fonctionnent en « multi-accueil », ce qui est exigeant pour le personnel qui très souvent travaille en sous-effectif. Maintenant, les locaux sont très bien adaptés et les projets éducatifs donnent toute sa place à l'enfant considéré comme individu, pour lui offrir des activités d'éveil et un accès à l'autonomie, dans le partage avec ses pairs.

Le médecin y a un rôle important et divers dont nous avons vu certaines facettes sans avoir été exhaustif.

C'est véritablement pour lui un plaisir de voir vivre et se développer ces petits enfants en leur apportant pour ceux qui en ont besoin le feu vert et les moyens de bien s'intégrer : par exemple ce bébé présentant un diabète insulinodépendant traité par pompe, réintégré en crèche quasiment dès sa sortie de l'hôpital grâce à une excellente collaboration et organisation entre l'hôpital, la famille, la ville et la crèche sous la responsabilité de son médecin.

Protocole en cas de fièvre

- La fièvre est définie comme une température supérieure à 38°*.
- La fièvre est une réaction de l'organisme, elle n'est pas une maladie.
- La fièvre n'est pas à craindre, elle n'est pas dangereuse et pourrait être utile à la guérison**.
- L'enfant fébrile peut présenter un changement de comportement qui **témoigne** d'une autre réaction à sa maladie et qui n'est pas dû à la fièvre. L'enfant a moins d'énergie (joue et bouge moins), a moins d'échanges (parle moins, ne s'intéresse plus à son environnement), a moins d'appétit. Certains changements sont inconfortables (il pleure, il est grognon, semble douloureux, susceptible, il recherche les bras en permanence).
- L'objectif du traitement est la suppression de cet inconfort et non la normalisation de la température. (Les convulsions fébriles ne sont pas dues la fièvre et ne peuvent être prévenues par le Paracétamol. Chaque poussée de fièvre, même chez un enfant qui a déjà convulsé, n'entraîne pas forcément une récurrence. Elles sont une réaction à l'infection et n'ont aucune conséquence à long terme***).

Version 13-03-2017
Groupe crèche de
l'Afpa

Téléchargeable sur :
<https://afpa.org/outil/creches-conduite-a-tenir-cas-de-fievre>

En cas de fièvre

- ▷ **Mesurer** la température avec un thermomètre électronique flexible rectal****.
- Inutile de la reprendre systématiquement, seule l'existence d'un inconfort justifie un traitement.

▷ Repérer les signes de gravité

Moins de 3 mois, difficultés respiratoires, trouble de conscience et absence de réponse aux stimulations, renflement de la fontanelle, pâleur ou cyanose, purpura cri faible conduisant immédiatement à un appel aux urgences (cf. protocole en cas de malaise).

▷ Repérer les signes d'inconfort :

- Expression douloureuse, pleurs.
- État grognon, susceptible, en quête des bras.

Dans tous les cas

- ▷ Ne pas couvrir davantage l'enfant.
- ▷ Proposer à boire.

Le traitement médicamenteux

- ▷ Ne sera donné, au cas par cas, que devant **des signes d'inconfort**, avec du Paracétamol.
- ▷ À mettre en œuvre par l'infirmière ou la directrice ou, par délégation de la directrice, l'éducatrice de jeunes enfants, ou l'auxiliaire-puéricultrice.

▶ Les principes à respecter :

- Pas de voie rectale sauf en cas de vomissements.
- Un seul médicament à la fois.
- Respect de la posologie en fonction du poids de l'enfant,
- Tout autre produit (Ibuprofène, aspirine, etc.) uniquement sur prescription médicale.

▶ Posologie

Paracétamol en suspension pédiatrique (Doliprane®, Dafalgan®, Dolko®)

Une dose-poids en kg (en complétant par une deuxième pipette si poids > à la pipette)

Précaution : (particulièrement pour les bébés de moins de 3 mois) : administrer en position 1/2 assise ou assise, doucement, laisser téter le produit, ne pas recoucher immédiatement.

Paracétamol en suppositoires : Doliprane®

5 à 8 kg	8 à 10 kg	10 à 15 kg	Plus de 15 kg
1 suppo 100 mg Boîte rose	1 suppo 150 mg Boîte bleue	1 suppo 200 mg Boîte saumon	1 suppo 300 mg Boîte verte

► **Si après une 1^{re} prise, et dans l'heure qui suit, les signes d'inconfort s'aggravent, appel du 15.**

► **Renouveler cette dose 6 heures après si les signes d'inconfort récidivent.**

* Quand elle est prise par voie rectale ou par équivalence par d'autres moyens de mesure.

** Fiche mémo HAS octobre 2016 http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo-prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf

*** Chez les enfants au développement normal.

**** Thermomètre électronique souple **ultra rapide**, avec étui de protection jetable. En pratique quotidienne certaines méthodes de mesure, plus faciles mais moins précises, sont intéressantes car elles évitent le stress surtout après 2 ans ; c'est essentiellement le thermomètre à infrarouge utilisé par voie auriculaire ou temporelle.

Références

- [1] DRESS – Études et résultats juin 2017 Le choix de la crèche comme mode d'accueil, entre bénéfices pour l'enfant et adaptation aux contraintes. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
- [2] INSEE. www.insee.fr/fr/accueil
- [3] Observatoire national de la petite enfance de la petite enfance. Rapport 2018 http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/AJE_2018_bd.pdf
- [4] Convention d'objectifs et de gestion entre l'état et la CNAF 2018-2022. http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Quisommens/Textes%20de%20référence/COG/COG_2018-2022.pdf
- [5] Fédération Française des Entreprises de Crèches La qualité de service des crèches. Baromètre de satisfaction. Rapport 1^{er} aout 2018. <https://ff-entreprises-creches.com/>
- [6] France Inter 26 mars 2018 Crèches : bonne nouvelle, le nombre de places décolle. <https://www.franceinter.fr/societe/creches-enfance-petite-hollande-augmentation>
- [7] Département de la Haute Savoie 2017. Etablissement d'accueil de jeunes enfants de moins de 6 ans. Guide de création ou modification. https://www.hautesavoie.fr/sites/default/files/cg74/Informations_Services/1Enfance_famille/guide_creation_modification_accueil_jeunes_enfants_2017.pdf
- [8] Décret no 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022318092>
- [9] CNOM 2015 Schéma de contrat pour un médecin intervenant dans établissement accueillant des enfants de – de 6 ans (crèche, halte-garderie, jardin d'enfants, structure multi-accueil. . .). file:///G:/NOVEMBRE%202018/EPU%20et%20publications/Cahier%20Pédiatre%20CRECHE/Contrat%20CDOM%20medecindecreche.pdf
- [10] Ministère de l'environnement 2016. Guide pratique pour une meilleure qualité de l'air dans les lieux accueillant des enfants. https://stephanie-disant.fr/wp-content/uploads/2017/09/Guide_crèches.pdf
- [11] Convention « Ecolo crèche » 2016 <https://stephanie-disant.fr/convention-ecolo-creche/>
- [12] ARS Aquitaine 2017. Guide de recommandations pour l'accueil d'enfants dans un environnement sain. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide_Recherche_petite_enfance_0.pdf
- [13] Les pros de la petite enfance : des couches lavables en crèche. 2017 <https://www.lesprosdela petiteenfance.fr/initiatives/developpement-durable/des-couches-lavables-la-creche>
- [14] Vurpillat- Almanza P. L'inclusion en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap. Le Pédiatre 2019 n°291 : 13-30
- [15] Brouard J et al. Collectivités : lieu de rencontre virale. Rev Allergol. 2014 ; 54 : 173-78.
- [16] Brouard J. et al Rhinovirus durant l'enfance : asthme à l'adolescence ? Paradoxe de l'œuf et de la poule. Arch. Pediatr 2016 ; 23 : 557-560.
- [17] LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 (V) https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?sessionId=F4DD0C43E-029B25F3E874FEB082E7F81.tplgfr22s_2?cidTexte=JORFTEXT000036339090&idArticle=LEGIARTI000036358484&date-Texte=20180101
- [18] Site AFPA. Dossier thématique (dans les outils) : Maladies infectieuses qui imposent des recommandations pour la collectivité. <https://afpa.org/dossier/collectivites-maladies-infectieuses/>
- [19] HSCP 2012 Guide des conduites à tenir en cas de survenue de maladies infectieuses en collectivité <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>
- [20] Ministère. Bonnes pratiques prévention et santé des populations. Rougeole Aide-mémoire sur les recommandations vaccinales et sur les mesures préventives autour d'un cas. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aide-memoire_vaccination_rougeole_2018.pdf
- [21] Disant S. Jurisprudence : pour en finir avec la polémique sur les médicaments. 2017 <https://stephanie-disant.fr/medicaments-en-creche/>
- [22] « Protocole d'administration de traitements ponctuels (avec ordonnance) »
- [23] Se mouvoir en liberté dès le premier âge Emmi Pikler 1969 Budapest. Instituts Loczy. <https://www.icem95.org/node/107>

Obligations vaccinales en collectivité Accompagner l'extension des obligations vaccinales chez l'enfant de moins de 18 mois qui entre en collectivité

L'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 et le décret du 25 01 2018 disposent que les vaccinations diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hémophilus influenzae b, hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole, oreillons, rubéole sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue.

La loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

▷ Cela signifie que, **pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018**, les vaccinations obligatoires conditionnent l'entrée ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

▷ **Concernant les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018**, ils relèvent des obligations vaccinales antérieures, c'est-à-dire diphtérie, tétanos, polio, les autres vaccinations étant fortement recommandées afin d'éviter la propagation d'une maladie infectieuse dans une collectivité, en particulier auprès de nourrissons trop jeunes pour avoir bénéficié de la vaccination.

▷ Il est important de **mettre à jour** les règlements intérieurs des crèches et papiers à faire signer par les parents sur les vaccins en remplaçant recommandés par obligatoires pour les 11 vaccins concernés avant 2 ans.

▷ **La réalisation des vaccinations est attestée par le carnet de santé de l'enfant** ou par un certificat médical délivré par un professionnel habilité à réaliser les vaccinations. Doivent figurer sur ce document, en plus des informations relatives à la personne vaccinée : la date, le nom commercial du vaccin et son lot de fabrication, ainsi que le nom et la signature du vaccinateur.

▷ Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations obligatoires, **seule une admission provisoire est possible en crèche**, chez une assistante maternelle ou à l'école.

▷ **Les parents ont alors trois mois pour régulariser la situation** en fonction du calendrier des vaccinations. Si les vaccinations ne sont pas pratiquées dans ce délai, l'enfant ne pourra pas être maintenu en collectivité et l'inscription ne sera pas finalisée.

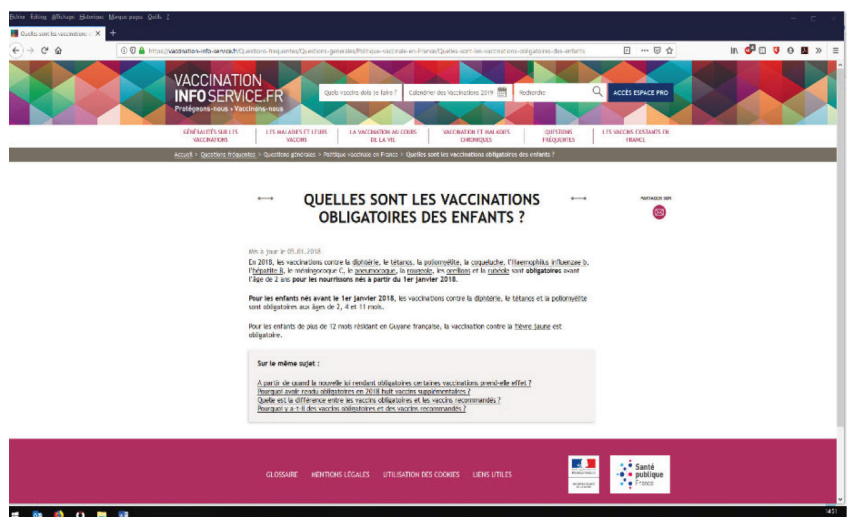
▷ **Sauf contre-indication médicale reconnue**, les enfants n'ayant pas satisfait aux obligations vaccinales prévues par la loi ne peuvent pas entrer en collectivité. Les contre-indications doivent être précisées par un certificat médical ; définies dans le temps, elles ne peuvent porter que sur une substance ou une valence vaccinale comme une réaction secondaire allergique grave à l'un des constituants d'un vaccin. Une maladie démyélinisante familiale n'est pas une contre-indication à un vaccin.

▷ **En dehors de situations qui restent exceptionnelles (contre-indications reconnues), le fait de ne pas proposer les vaccinations obligatoires, ne pas avoir expliqué les conséquences du refus de vaccination et ne pas avoir assuré la traçabilité du refus des parents, entraîne la responsabilité du professionnel.**

Georges Thiébaud,
pédiatre,
Montpellier
Groupe infectiologie-
vaccinologie
de l'Afpa

En savoir plus

www.vaccination-info-service.fr
(espace professionnel)



laits-fr

Site* destiné aux professionnels de santé, leur permettant de sélectionner en ligne le lait la plus adapté à un nourrisson



Guide de référence des professionnels de santé sur les aliments lactés diététiques pour nourrissons en l'absence d'allaitement maternel.

Explorez les laits infantiles

Sélection d'un apport lacté spécifique

À travers ce guide, nous vous proposons plusieurs étapes pour vous permettre de sélectionner la composition de lait adapté à chaque enfant en fonction de son âge et de ses troubles spécifiques éventuels. Laissez-vous guider.

Selon l'âge

Prématuré	>	Laits spécifiquement destinés aux enfants nés AVANT 37 SA ou de PETIT POIDS DE NAISSANCE. Ce sont des laits "standard", "à base de lait de vache", leur utilisation est temporaire. En savoir plus, consulter "Nos guides" / "Laits pour prématurés".
Premier âge	>	Période où le lait est la base de l'alimentation, le premier âge va DE LA NAISSANCE A 6 MOIS, moment de la diversification alimentaire. En savoir plus: "Nos guides"/"Les laits standards"/"Laits premier âge"
Deuxième âge	>	L'apport de lait reste essentiel, la diversification alimentaire s'établit. DE 6 MOIS A 1 AN. En savoir plus: "Nos guides"/"Les laits standards"/"Laits deuxième âge"
Croissance	>	DE 10-12 MOIS A 3 ANS. Composition adaptée aux besoins à cet âge. En savoir plus: "Nos guides"/"Les laits standards"/"Laits de croissance"

Nos guides

- > Prématuré : quel lait au retour à domicile
- > Les différents laits standard
- > Les troubles digestifs fonctionnels
- > Diarrhée aiguë
- > Allergie aux protéines du lait de vache
- > Les pistes d'amélioration de composition
- > L'hygiène
- > Comment préparer et donner le biberon
- > Quelle eau choisir



Pourquoi ce site ?

L'allaitement maternel est irremplaçable et répond à tous les besoins d'un nourrisson.

Lorsque la maman ne peut allaiter, quelle qu'en soit la raison, un aliment lacté diététique peut être proposé.

Ce site est destiné aux **professionnels de santé** (inscription sur le site) afin de leur permettre de connaître les produits présentés et sélectionner la préparation la mieux adaptée à un nourrisson.

Le menu "Sélection rapide" permet de s'orienter rapidement (laits standards, troubles fonctionnels digestifs, laits thérapeutiques).

Les "Guides" donnent des informations détaillées permettant de comprendre l'élaboration des produits qui doivent répondre aux normes de l'alimentation infantile.

Pour les parents, le site **mpedia** répondra à toutes les questions.



3 250 inscrits
2 000 visites/mois

Pourquoi ce site ?

1. Informer sur l'ensemble des laits infantiles proposés sur le marché français sans omission
2. Mise à jour en temps réel des marques disponibles et de leur composition
3. Trouver les laits disponibles correspondant aux besoins de chaque nourrisson

Indépendance de laits-fr

- Élaboration par les pédiatres de l'AFPA en toute liberté
- Rédaction des textes et des requêtes d'extraction en toute indépendance

Que trouverez-vous ici ?

- Une mise à jour complète des laits infantiles présentés sur le marché français
- La composition exhaustive de chaque lait
- Des filtres de choix permettant de sélectionner les laits les plus adaptés à un enfant

Vous êtes professionnel de santé ?

Inscrivez-vous pour accéder à toutes les données de laits.fr

* Site élaboré et actualisé par les pédiatres de l'AFpa