



EVINCER UN ENFANT MALADE DU MILIEU D'ACCUEIL ...

POURQUOI ? QUAND ? COMMENT ?

Dans certains cas, les recommandations de l'ONE demandent l'éviction des enfants malades. Pourquoi cette mesure doit-elle être prise ? Quand et comment procéder ?

POURQUOI ?

La dissémination des maladies contagieuses dans les collectivités d'enfants dépend de plusieurs facteurs :

- **Le mode de transmission de la maladie :**
Ce sont surtout des maladies à transmission respiratoire et féco-orale que l'on rencontre dans les collectivités d'enfants ;
- **La survie de l'agent infectieux dans l'environnement :**
Par exemple, le rotavirus, les rhinovirus, le virus de l'hépatite A, les kystes de giardia... et d'autres bactéries peuvent survivre plusieurs jours dans l'environnement sur les objets ;
- **L'hygiène des locaux et des personnes ;**
- **Le jeune âge des enfants :**
 - ➔ Ils ont des contacts proches et fréquents avec les adultes et les autres enfants ;
 - ➔ Ils n'ont pas le contrôle des urines et des selles ;
 - ➔ Ils explorent l'environnement avec la bouche.

Pour limiter la transmission des maladies, plusieurs mesures complémentaires sont nécessaires :

- Veiller à la vaccination des enfants ;
- Evincer certains enfants malades ;
- Renforcer les mesures d'hygiène ;
- Veiller à un environnement sain (aération, espace, groupes de vie, jouets, ...).

L'éviction d'enfants atteints de certaines maladies doit donc être comprise comme une mesure parmi d'autres pour limiter la transmission de ces maladies, essentiellement lorsque celles-ci sont trop graves, sont trop contagieuses ou mettent la santé des autres enfants en danger.

QUAND ?

Le tableau d'éviction¹ ci-après est en accord avec les recommandations internationales, selon le « Red book. Report of the Committee on Infectious Diseases ».

Elles sont réactualisées régulièrement par les Conseillers médicaux Pédiatres de l'ONE, en suivant l'évolution des recommandations.

MOTIF DE L'ÉVICTION	DURÉE DE L'ÉVICTION
Rougeole	Jusqu'à la disparition des symptômes – minimum 5 jours après le début de l'éruption.
Oreillons	9 jours après le début de la tuméfaction parotidienne.
Coqueluche	Au minimum 5 jours à partir de l'instauration d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical (traitement antibiotique à continuer 14 jours).
Gastro-entérites	Tant que les selles sont liquides et fréquentes (3 selles diarrhéiques). Retour possible dès que les selles sont molles ou normales, quel que soit le résultat de l'examen bactériologique (exception : shigella, coli pathogène O 157 H7).
Hépatite A	Jusqu'à guérison clinique et disparition de l'ictère, au minimum une semaine après le début des symptômes.
Pharyngite à streptocoques hémolytiques du groupe A ou scarlatine	24 heures à partir du début d'une antibiothérapie efficace attestée par certificat médical.
Méningite à Haemophilus Influenzae B	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie par Rifampicine (élimine portage), ou Ciproxyne si l'infection n'a pas été traitée par céphalosporine de 3 ^{ème} génération.
Méningite à Méningocoques ou Méningococcémie	Jusqu'à guérison clinique et après chimioprophylaxie par Rifampicine (élimine portage), si non traitée par céphalosporine de 3 ^{ème} génération.
Tuberculose active potentiellement contagieuse	Jusqu'après l'instauration du traitement anti-tuberculeux ; retour avec certificat de non-contagion.
Varicelle - Zona	Jusqu'à ce que les lésions soient toutes au stade de croûtes (généralement 6 jours après le début de l'éruption).
Stomatite Herpétique	Jusqu'à la guérison des lésions.
Impétigo important	24 heures après le début du traitement.
Gale	48 heures après l'instauration du traitement.
Pédiculose massive	Jusqu'à l'instauration du traitement.

Plusieurs de ces maladies (/ex. la rougeole, la coqueluche) ne devraient jamais se rencontrer en milieu d'accueil puisque la vaccination y est obligatoire pour les enfants. Toutefois, l'obligation vaccinale ne vaut pas pour les professionnels de l'accueil.

La vaccination des adultes est donc une recommandation très importante². En effet, certains professionnels pourraient être responsables de l'apparition de cas de coqueluche ou de rougeole par exemple et ce, malgré l'obligation vaccinale pour les enfants accueillis.

1 Brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance » - 2011, p.41 et Modèles de Règlement d'Ordre Intérieur pour les Maisons d'enfants (Annexe 7) et les Accueillant(e) autonomes (Annexe 6)

2 Voir aussi l'article du Flash Accueil N°16 «La vaccination cocoon, une vaccination altruiste »

COMMENT ?

L'éviction d'un enfant du milieu d'accueil n'est pas anodine. Les parents qui travaillent ou qui sont en formation ont souvent beaucoup de difficultés pour trouver une disponibilité suffisante au pied levé. Les ressources dans leur entourage familial font parfois défaut.

Dans certains cas, l'enfant sera gardé par les parents ou la famille proche. Dans d'autres cas, l'enfant va devoir changer d'environnement et se trouver confié à des personnes non familières.

Le milieu d'accueil informera les parents, dès l'inscription, de l'existence des services d'accueil d'enfants malades à domicile dans la région.

De façon habituelle, *l'éviction d'un enfant malade doit se faire dans les limites du tableau d'éviction après consultation et diagnostic médical*. Le tableau d'éviction doit être connu des parents et montré au médecin traitant pendant la consultation.

L'information obligatoire des parents pendant la journée d'accueil sur les symptômes d'apparition ou d'aggravation d'une maladie chez leur enfant ne signifie pas qu'il faille évincer cet enfant de suite, avant même la pose d'un diagnostic.

Les parents doivent pouvoir consulter leur médecin traitant. Si le certificat médical ne permet pas de retour immédiat, ils envisagent les solutions qui sont à leur disposition.

Si l'état général de l'enfant est fort altéré, même si la maladie n'apparaît pas dans le tableau d'évictions, le milieu d'accueil conseille aux parents de consulter rapidement leur médecin. Dans ces situations, en accord avec les parents, l'avis du médecin du milieu d'accueil ou la consultation d'un médecin appelable dans le milieu d'accueil constituent des ressources utiles pour le milieu d'accueil.

EN CONCLUSION

L'accueil des enfants malades fait partie inévitablement du travail quotidien des milieux d'accueil. L'éviction de certains enfants n'est qu'une mesure parmi d'autres pour limiter la transmission des maladies les plus graves ou les plus contagieuses. Cette mesure doit être prise avec réflexion, en tenant compte des recommandations scientifiques et de l'intérêt de l'enfant. Les parents sont partenaires dans cette réflexion et dans l'organisation de l'éviction.

POINTS D'ATTENTION**LA CONJONCTIVITE**

Il en existe plusieurs types (infectieuses, allergique...). Toutes ne sont pas contagieuses et c'est le médecin qui décide d'une éviction éventuelle.

DES PETITES BÊTES GÊNANTES... qui nécessitent un traitement, des mesures d'hygiène et une éviction de 24h³ ...

LA GALE

AGENT RESPONSABLE : le *Sarcoptes scabiei* (famille des acariens)

SYMPTÔMES : démangeaisons qui prédominent aux poignets, mains et plis

TRANSMISSION : maladie très contagieuse, en recrudescence et souvent sous-diagnostiquée

- ➔ Contact direct avec personne infectée
- ➔ Contact indirect par les vêtements et la literie d'une personne infectée

INCUBATION : 2-6 semaines (quelques jours lors des rechutes)

MESURES À PRENDRE :

- ➔ Eviction de l'enfant (ou de l'adulte) atteint : retour en milieu d'accueil après 24 h de traitement
- ➔ Changement des draps et vêtements (les vêtements et les draps contaminés doivent être lavés à chaud à 60° ou nettoyés à sec)

REMARQUE : Veiller à ce que chaque enfant ait sa propre literie. Le traitement préventif de l'entourage familial est quasi indispensable.

LES POUX

AGENT RESPONSABLE : le pou du cuir chevelu

Il produit des œufs (lentes) qui éclosent 7 à 10 jours après la ponte.

TRANSMISSION : c'est le pou qui propage cette parasitose et non les lentes qui restent adhérentes au cheveu.

- ➔ Contact direct le plus souvent et contact indirect (chapeaux, oreillers, peignes et brosses). Le pou peut survivre 3 à 4 jours sur ces objets.

MESURES À PRENDRE :

- ➔ Eviction de 24 heures si pédiculose massive. Retour après traitement
- ➔ Dépistage soigneux et réguliers (loupe, peigne fin)
- ➔ Nettoyage des peignes, brosses – Lavage du linge + bonnet, vestes – (oreillers) à 60°

REMARQUE : La pédiculose est surtout gênante en raison des démangeaisons qu'elle provoque et de la contagiosité importante mais elle n'est pas dangereuse en soi. Le dépistage et l'application correcte du traitement sont très importants pour augmenter les chances d'éradication.

Les lotions (pédiculicides) sont déconseillées chez les enfants âgés de moins de 6 mois, certaines même chez les enfants de moins de 6 ans.

Un fascicule ONE est disponible et peut être distribué aux parents.



Dr. Marylène DELHAXHE
Conseillère médicale pédiatre ONE (Liège)

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Flash Accueil N°6 : « L'accueil des enfants malades »
- Brochure « La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance », ONE - 2011