



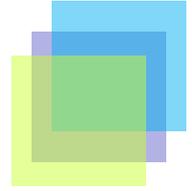
DIRECTION DE LA SANTE

*Les outils Soins de Santé Primaires*

# La protection infantile (de la naissance à 3 ans)

**RECOMMANDATIONS OFFICIELLES DE LA DIRECTION DE LA SANTE DE POLYNESIE FRANÇAISE**

**Octobre 2021 (V2.0)**



*La Direction de la Santé a adopté, en 2019, un programme ambitieux de Modernisation des Soins de Santé Primaires, dont l'objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement des soins de santé primaires, selon une approche moderne et adaptée au contexte local.*

*Un des axes forts de ce programme est l'homogénéisation et le développement des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de soins de santé primaires, dans une démarche de qualité, de sécurité et d'efficacité du service public.*

*C'est pourquoi la Direction de la Santé propose une série de formation et d'outils pratiques afférents, dont l'outil « **La protection infantile (de la naissance à 3 ans)** ».*

*Ce dernier a pour objectif de doter les professionnels de santé d'un guide pratique pour assurer la surveillance systématique de l'état de santé des nourrissons. Grâce au dépistage précoce des anomalies du développement psychomoteur, des déficits sensoriels et à la réalisation des vaccins obligatoires, les professionnels participent à la préservation d'un bon état de santé des nourrissons, orientent les parents en cas de repérage d'anomalies et prodiguent les conseils nécessaires à une parentalité épanouie.*

*Il est nécessaire de prendre en compte le milieu familial dans lequel évolue le bébé et la protection infantile consiste aussi au repérage des facteurs de vulnérabilité au sein des familles afin d'apporter le soutien et l'attention requises aux parents en difficulté.*

*Cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie la mobilisation.*

Docteur Laurence BONNAC-THERON

Directrice de la santé en Polynésie française



# INTRODUCTION

La protection maternelle et infantile (PMI) a pour vocation première d'apporter des **réponses globales en termes de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants, des familles, des femmes et des jeunes**. Ceci engage l'action de nombreux acteurs d'où le rôle incontournable et central des professionnels de santé dans la mise en place d'une politique de santé globale de l'enfant. Cette prise en charge est principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité telles que la grossesse, la naissance et la petite enfance.

Les principales missions de la PMI en Polynésie française sont :

- la surveillance des grossesses (suivi médical et échographique des femmes enceintes)
- la planification familiale (prescription et suivi de contraception, visites pré-IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)
- la surveillance de l'état de santé des enfants d'âge préscolaire (0-3 ans) à travers un suivi médical et/ou paramédical pour :
  - \* réaliser les vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur en Polynésie française
  - \* assurer le suivi du développement psychomoteur des jeunes enfants
  - \* permettre le dépistage des handicaps notamment les déficits sensoriels
- le suivi et l'accompagnement des professionnels des crèches et garderies
- le dépistage et la prise en charge des familles présentant des critères de vulnérabilité psycho-sociale en partenariat avec les services sociaux
- la mise en place de projets de prévention – promotion de la santé relatifs aux priorités définies par la Direction de la Santé.

## Autres missions :

- le dépistage des cancers gynécologiques (réalisation de Frottis Cervico-Utérin et prescription de mammographie de dépistage)
- le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles
- l'éducation à la sexualité des préadolescents et adolescents

## L'OUTIL « LA PROTECTION INFANTILE »

Les thématiques suivantes sont abordées dans cet outil :

- Le déroulé d'une visite systématique (p.4)
- Les fiches « visites » du dossier de santé (p.6)
- Les visites systématiques de 0 à 3 ans (p.7)
- Environnement de vie (p.8)
- Alimentation (p.11)
- Développement staturo-pondéral (p.15)
- Sommeil (p.18)
- Vision (p.20)
- Audition (p.23)
- Développement psychomoteur (p.25)
- Examen clinique (p.27)
- Questions diverses (p.29)
- Boîte à outils (p.31)

Cet outil a pour objectif d'apporter aux professionnels de la santé des éléments pratiques, des recommandations et des rappels pour assurer les missions de protection infantile des enfants de 0 à 3 ans, en complément du dossier de santé PI mis à disposition de l'ensemble des structures de proximité de la Direction de la Santé.

En cas de questions complémentaires, n'hésitez pas à contacter le CCSPMI  
([secretariat.cccspmi@sante.gov.pf](mailto:secretariat.cccspmi@sante.gov.pf))

# DEROULE D'UNE VISITE SYSTEMATIQUE

## 1/ ECOUTER ET OBSERVER [1]

La consultation débute par un **entretien avec les parents**. Afin de favoriser le dialogue avec les parents, utiliser plutôt des questions ouvertes : Comment va bébé ? As-tu remarqué quelque chose qui t'inquiète ? Et toi comment vas-tu ? Es-tu en forme ou fatiguée ? As-tu de l'aide et du soutien à la maison ? Noter les préoccupations des parents afin de pouvoir apporter des réponses à la fin de la visite.



Ce temps permet également **d'observer, écouter et analyser** :

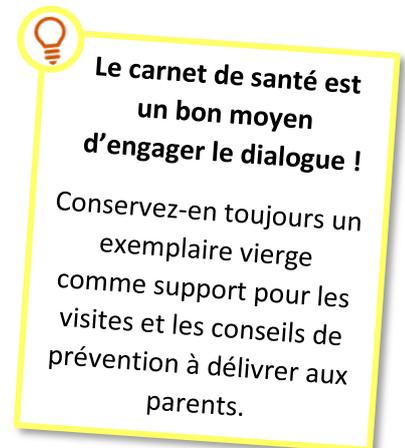
- L'enfant (ex : son langage, sa façon d'établir le contact, de communiquer, d'explorer l'environnement et de réagir lorsqu'on l'approche, ses comportements spontanés, etc.)
- La relation parents-enfants (ex : attitude vis-à-vis de l'enfant, capacité des parents à rassurer l'enfant, détachement affectif, agressivité, etc.)
- Les relations entre les parents eux-mêmes (ex : correspondance entre le discours et l'affect, etc.)

**Le dialogue avec les parents est primordial. Il permet de recueillir la majeure partie des informations recherchées et doit être poursuivi pendant tout l'examen.**

## 2/ EXAMINER ET REMPLIR LE DOSSIER DE SANTE [2]

- Commencer par les tests sensoriels sur enfant habillé, sécurisé sur les genoux d'un parent, puis les tests de motricité pour finir par l'examen somatique sur enfant déshabillé.
- Pour chaque visite, le dossier de santé indique les éléments à recueillir et les examens cliniques à réaliser.
- Refaire le lien avec ce qui a été dit à la consultation précédente
- Prodiguer des conseils de prévention aux parents au fur et à mesure des thématiques abordées, répondre à leurs questions et les rassurer si besoin, etc.

**Même s'il est conseillé de suivre l'ordre proposé pour le déroulé de la visite, l'adapter en fonction du contexte, de la famille et de ses attentes.**



## 3/ REMPLIR LE CARNET DE SANTE ET DONNER LE PROCHAIN RDV AUX PARENTS



### La 1<sup>ère</sup> visite

La première rencontre est primordiale. L'objectif est de créer **un lien de confiance avec la famille**. Cette visite prend plus de temps que les autres. Une **attention toute particulière** doit être portée sur la période prénatale, les antécédents, le contexte familial, l'environnement de vie, les relations parents-enfants, etc. On recherche en particulier certains **facteurs de risque** qui vont influencer la santé physique de l'enfant, son développement (maladies héréditaires, environnement) ou les relations parents-enfant (enfant non désiré, difficultés socio-économiques, mère adolescente, etc.). Il s'agit également de rassurer les parents sur leurs capacités parentales (**soutien à la parentalité**), d'accompagner la famille avec les premiers conseils aux parents et l'appropriation du carnet de santé. **Lors de la 1<sup>ère</sup> visite, dédier un temps particulier à la lecture des premières pages du carnet de santé de l'enfant (p.13 à 19 : « conseils aux parents ») et compléter les premières pages du dossier de santé, en plus de la fiche de la visite.**



## La posture professionnelle du soignant en PMI

**CONSIDERER LE PARENT COMME PORTEUR DE SOLUTIONS.** La posture du professionnel repose sur l'ouverture, l'écoute de l'autre, le dialogue et le refus des vérités définitives afin que chacun puisse se sentir reconnu comme individu à part entière. Il n'existe pas une seule façon d'être parent, le plus important est de trouver sa propre manière d'être parent.

**FAVORISER UNE RELATION SYMETRIQUE.** Une « relation symétrique »<sup>[3]</sup> soignant-soigné permettra au(x) parent(s) de retrouver une autonomie et d'être dans des interactions et des relations égalitaires avec les soignants. Cette relation privilégiée, basée sur la confiance mutuelle, facilite le travail du soignant car le soigné et son environnement familial sont « plus enclins à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider »<sup>[4]</sup>

**USER D'EMPATHIE.** Cette relation à l'autre passe par une attitude empathique, elle-même basée sur l'aptitude du soignant à comprendre l'autre tout en restant soi-même. Il s'agit de « différencier ses émotions, ne pas penser à ce que nous aurions fait dans cette situation, mais au contraire laisser la personne exprimer son émotion, être elle-même »<sup>[5]</sup>

**PRATIQUER L'ECOUTE ACTIVE.** L'écoute active est un outil essentiel de la communication bienveillante qui facilite l'échange entre soignant et soigné. Elle demande au soignant de laisser du temps à son interlocuteur pour organiser sa pensée et la formuler. Les temps de silence sont propices à cette élaboration, mais il est également conseillé de :

- **Poser des questions ouvertes**, qui ont l'avantage de ne pas suggérer de réponse à l'interlocuteur et de lui laisser développer ses propos. Elles permettent donc d'avoir accès à davantage d'informations. L'objectif est d'éviter les questions auxquelles on peut répondre par oui ou non.
- **Reformuler les réponses de son interlocuteur**, ce qui permet de se montrer attentif à l'autre et de valider la compréhension de ses propos pour limiter au maximum le risque d'interprétation. On part de ce que nous dit l'autre.

**MENER UN ENTRETIEN EN RELATION D'AIDE.** Lors de l'entretien, le(s) parent(s) doi(ven)t se sentir compris et écoutés par le professionnel. Le soignant doit donc exprimer son empathie et éviter autant que possible le jugement qui constitue un obstacle majeur à la communication. Pour y parvenir, le soignant doit respecter les 4 phases de l'entretien en relation d'aide<sup>[6]</sup>, à savoir :

1. **Orientation** : phase d'accueil, de rencontre mutuelle et de mise en confiance (accueillir, présenter le cadre sécurisé de l'entretien, s'asseoir à côté de la personne, avoir un mot gentil pour l'enfant et ses parents, se présenter, offrir une écoute attentive et empathique, etc.)
2. **Identification** : phase permettant à l'usager de décrire ses difficultés et sa perception du problème. Cette phase permet de nommer le problème (effectuer un travail d'identification, de reconnaissance et d'expression des émotions, etc., notamment par la reformulation de ce que dit la personne)
3. **Exploration** : phase de clarification de la difficulté. Les questions qui, quoi, quand, où, et comment sont utiles à ce stade.
4. **Résolution** : phase de recherche de réponses et de moyens pour satisfaire les besoins identifiés. Cette phase permet d'envisager autrement l'avenir, de reconnaître les options possibles et de les expérimenter.



**Pour aller plus loin :** Se référer à l'outil Soins de Santé Primaires « Alliance thérapeutique et accompagnement au changement de comportement »

# LES FICHES « VISITES » DU DOSSIER DE SANTE

Le dossier de santé est composé de 4 parties :

- **Informations générales** (à remplir lors de la 1<sup>ère</sup> visite)
- **Récapitulatif** (comprenant le calendrier vaccinal, les hospitalisations, etc.) à compléter au fur et à mesure
- **Période périnatale et néonatale** (à remplir lors de la 1<sup>ère</sup> visite)
- **Les « fiches visites »**. Chaque fiche se compose de deux pages, construites selon le même déroulé :
  - Les éléments à renseigner par **thématiques**
  - Quelques **conseils à délivrer aux parents** sont également rappelés.

Visite du 2<sup>ème</sup> mois - le ...../...../.....

**Environnement de vie**

L'enfant est accompagné à la consultation par : .....

Evénements récents marquants dans la famille :  Non  Oui : .....

Mode de garde : .....

Problèmes socio-familiaux :  Non  Oui : .....

Consommation de toxiques (tabac, paka, alcool) par les parents :  Non  Oui : .....

Exposition aux écrans :  Non  Oui : .....

**Alimentation**

Allaitement maternel

Allaitement mixte

Préparation lactée 1<sup>er</sup> âge

Quantité de lait par biberon : ..... ml

Nb de biberon par jour : .....

Nb de biberon par nuit : .....

Supplémentation en vitamine D : Zyma D 2 gouttes par jour

**Développement statur pondéral**

Poids :	Taille :	PC :

**Sommeil**

Couchage sur le dos :  Oui  Non : .....

Conditions de sommeil de l'enfant favorables :  Oui  Non : .....

**Vision**

Antécédents :  Non  Oui : .....

Signes d'alerte :  Non  Oui : .....

Cornées transparentes :  Non  Oui

Globes oculaires de taille normale :  Non  Oui

Pupilles normales :  Non  Oui

Lueurs pupillaires présentes :  Non  Oui

Strabisme :  Non  Oui

Poursuite oculaire normale :  Non  Oui

**Audition**

Antécédents :  Non  Oui : .....

Signes d'alerte :  Non  Oui : .....

Réagit, sursaute, arrête son activité : à la voix :  Non  Oui au bruit :  Non  Oui

11

**Développement psychomoteur**

Sourire réponse :  Oui  Non

Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique :  Oui  Non

Suit des yeux :  Oui  Non

Émet une réponse vocale à une sollicitation :  Oui  Non

Sur le ventre, soulève tête et épaules :  Oui  Non

**Examen clinique**

Examen cutané : .....

Auscultation cardio-pulmonaire : .....

Palpation abdominale : .....

Palpation des pouls fémoraux : .....

Examen des hanches : .....

Examen des organes génitaux externes, anus, région sacrée : .....

Examen des membres : .....

Examen des oreilles et de la bouche : .....

*En cas d'anomalie, précisez : (prise en charge proposée, surveillance, conduite à tenir, etc.)*

**Prévention**

Vaccination : DTCP, Hib, Hépatite B + Pneumo

**Focus sur :**

Décodage des pleurs

Démouillage

Information sur le syndrome du bébé secoué

Couchage adapté

Plagiocéphalie positionnelle

12

L'ensemble des thématiques sont abordées dans cet outil. Vous trouverez des aides au remplissage du dossier de santé, des rappels théoriques et des descriptions pratiques des examens à réaliser.

**Un dossier pour les consultations curatives est joint dans le rabat à la fin du dossier de santé.**

# LES VISITES SYSTEMATIQUES DE 0 A 3 ANS

En Polynésie, les enfants **de 1 mois à 3 ans** bénéficient de visites systématiques de protection infantile. Les objectifs de ces visites sont de :

- Prévenir et détecter précocement les problèmes de santé
- Vacciner selon le calendrier vaccinal en vigueur en Polynésie
- Conseiller, rassurer et soutenir les familles

Proposer une consultation en lactation à J 15, pour la surveillance pondérale des bébés allaités.

Les visites systématiques peuvent être réalisées selon le rythme suivant :

Visite du	Professionnels de santé		Focus de la visite
1 <sup>er</sup> mois	IDE	Médecin / Sage-femme	Soutien et suivi de l'allaitement
2 <sup>ème</sup> mois	IDE	Médecin	2 vaccins : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, hépatite B + pneumocoque
3 <sup>ème</sup> mois	IDE		Conseils de puériculture
4 <sup>ème</sup> mois	IDE	Médecin	Début de la diversification : « Tamata et non pas tamaa » 2 vaccins: diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus de type B + pneumocoque
6 <sup>ème</sup> mois	IDE		Diversification alimentaire. Guide « les bons petits plats » Aménager un espace d'éveil pour bébé
8 <sup>ème</sup> mois	IDE		Prévention des accidents domestiques
10 <sup>ème</sup> mois	IDE	Médecin	Prévention des accidents domestiques 2 vaccins : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus de type B, hépatite B + pneumocoque  <b>CERTIFICAT DE SANTE DES 9 MOIS</b>
12 <sup>ème</sup> mois	IDE		1 vaccin : rougeole, oreillons, rubéole n°1 Prévention des caries
15 <sup>ème</sup> mois	IDE		Prévention des accidents domestiques
18 <sup>ème</sup> mois	IDE	Médecin	1 vaccin : rougeole, oreillons, rubéole n° 2
24 <sup>ème</sup> mois (2 ans)	IDE	Médecin	Prévention des accidents domestiques. Dépistage des troubles auditifs et des troubles du comportement  <b>CERTIFICAT DE SANTE DES 24 MOIS</b>
30 <sup>ème</sup> mois (2 ans 1/2)	IDE		Surveillance de la santé de l'enfant
36 <sup>ème</sup> mois (3 ans)	IDE	Médecin	Dépistage des troubles auditifs et visuels +/- bilan orthoptique



**Le remplissage des certificats de santé nécessite une attention particulière.**

**Merci de vous référer au guide de remplissage.**

# ENVIRONNEMENT DE VIE

« Pour un développement harmonieux, tout enfant a besoin, une fois couverts ses besoins physiologiques de base, de sécurité, de vie sociale, d'estime (de lui-même et des autres) et d'adaptation permanente. » <sup>[2]</sup>. **Il s'agit donc pour le professionnel d'estimer si les conditions de vie de l'enfant sont suffisamment sécurisantes en termes d'hygiène, de sécurité physique et de sécurité affective.** Chaque changement de ces « déterminants de santé » doit être pris en compte.

**Il est important de tenir un discours qui valorise les parents : ils sont de bons parents !**

## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES <sup>[2]</sup>

Toute information concernant l'enfant ou sa famille a un intérêt pour le bon suivi de l'enfant, comme par exemple :

### 1/ Qui accompagne l'enfant à la consultation ?

Cela peut permettre d'avoir une idée du contexte de vie de l'enfant ou de l'investissement des parents dans le suivi de leur enfant.

**Attention !** : Le soignant doit garder une posture professionnelle et ne pas porter de jugement ou interpréter certaines informations selon ses convictions et ses valeurs.

S'agit-il des parents ?  
Si non, quel est le lien  
entre cette personne  
et l'enfant ?

### 2/ Y a-t-il eu des événements récents marquants dans la famille ?

Des événements pouvant compromettre la sécurité affective de l'enfant et/ ou l'équilibre familial, sont-ils intervenus dans la famille récemment ? Si oui, il est important de préciser lesquels (maladie, décès, séparation, situation professionnelle, incarcération, naissance, etc.).

### 3/ Bébé passe-t-il beaucoup de temps devant des écrans (dont la télévision) ?

Une utilisation des écrans chez les tous petits peut entraîner :

- Une diminution de la motricité
- Des perturbations des repères du monde réel
- Une perturbation du lien d'attachement
- Une perturbation de l'attention
- Une passivité de l'enfant
- Un retard de langage

**Rappeler aux parents qu'avant 3 ans, c'est zéro écran !**



### 4/ Quel est le mode de garde (actuel ou envisagé) pour bébé ?

Il est important de préciser :

- si dans la journée, l'enfant reste chez lui et s'il est gardé par ses parents, par un autre membre de la famille, etc.
- s'il est accueilli en dehors de chez lui (à temps plein ou à temps partiel, dans une crèche collective, chez un autre membre de la famille, etc.)

En effet, l'accès à un mode de garde collectif entre 0 et 3 ans représente une opportunité pour les enfants : il est associé à un **meilleur développement psychologique et émotionnel par la suite.** <sup>[7]</sup>

### 5/ Les parents consomment-ils du tabac ?

Il s'agit d'estimer le risque de tabagisme passif. Délivrer des conseils aux parents en cas de consommation de tabac et la possibilité de se faire aider pour l'arrêt du tabac. Réorienter les consommateurs vers des consultations spécialisées si demande.

*Evaluer la consommation d'autres toxiques (alcool, cocaïne, etc.) pouvant être un risque pour la santé physique et psychologique de l'enfant.*



## Maltraitance (physique, psychologique, sexuelle, négligence)

La maltraitance est le non-respect des droits et besoins fondamentaux de l'enfant (santé, sécurité, moralité, éducation, développement physique, affectif, intellectuel et social). Elle est caractérisée par son début précoce et sa chronicité. Elle touche toutes les classes sociales. Selon la Haute Autorité de Santé, plus de 80 % des mauvais traitements sur un enfant sont infligés au sein de la famille.

### Quels sont les facteurs de risque de la maltraitance ?

- **Chez les parents** : âge, victimes de sévices, troubles psychiatriques, addictions, conditions socio-économiques défavorables.
- **Chez l'enfant** : grossesse à problème, prématurité, enfant malade, filiation particulière (enfant non reconnu par son père, enfant né d'inceste, etc.)
- **Dans la fratrie** : placement ou décisions judiciaires, antécédents suspects chez les frères et sœurs.

*Pour plus de détails, se référer à la liste des indicateurs majeurs précoces de vulnérabilité périnatale du CCSPMI.*

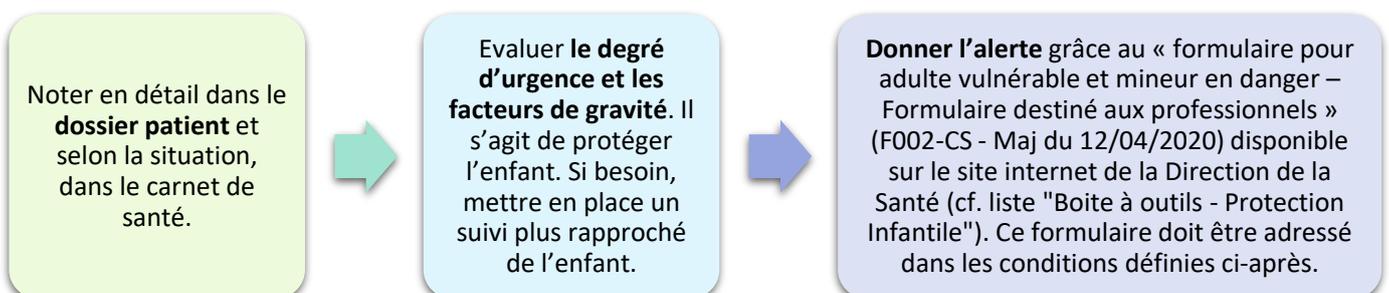
### Quand penser à une maltraitance ?

Une situation de maltraitance doit être envisagée devant divers signes et **surtout en cas** :

- **D'anamnèse évocatrice** : lésions inexpliquées, histoire confuse, retard de consultation, etc.
- **De signes physiques** : ecchymoses, brûlures, morsures, griffures, fractures, lésions viscérales graves, etc.
- **Si possible**, il est souhaitable de **faire des photos**, à conserver dans un dossier patient sur un ordinateur du service. **Supprimer les photos** dans le cas où elles auraient été prises avec un appareil personnel.
- **De signes de négligence** : alimentation (dénutrition, malnutrition), environnement négligé ou dangereux, sommeil, hygiène, éducation
- **De signes de maltraitance psychologique** : troubles des interactions et du comportement, humiliations répétées, etc.
- De signes comportementaux anormaux de l'enfant ou de l'entourage.

**En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis d'un collègue, d'un spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre, médecin du CCSPMI, psychologue) ou d'un travailleur social.**

### Conduite à tenir



Le formulaire doit être transmis **Y COMPRIS** lorsque la personne **NE souhaite PAS révéler les faits** et ce, dès lors qu'elle est **mineure** ou **majeure mais vulnérable** (c'est à dire hors d'état d'assurer elle-même sa protection en raison d'une pathologie, d'une fragilité physique ou psychologique, d'une situation d'emprise, peu importe qu'elle bénéficie d'une mesure de protection). **Il n'est pas nécessaire que le professionnel de santé apporte la preuve de cette maltraitance pour donner l'alerte.**

## **Vous avez connaissance d'une situation susceptible de mettre en danger un mineur ou un majeur vulnérable :**

Vous devez transmettre les **informations préoccupantes (IP)** en adressant le formulaire F002-CS, coché « information préoccupante », daté et signé **par mail** à la Cellule signalement : [secretariat.signalement@solidarite.gov.pf](mailto:secretariat.signalement@solidarite.gov.pf).

Cette structure se chargera d'une enquête sociale approfondie.

L'information préoccupante concerne les **indices de danger NON AVERES.**

## **Vous avez constaté ou avez eu connaissance dans l'exercice de vos fonctions de privations ou de sévices physiques, sexuels ou psychologiques infligées à un mineur ou un majeur vulnérable, vous avez l'OBLIGATION DE SIGNALER, la loi vous impose la REVELATION DU SECRET (Article 226-14 du Code pénal).**

»»» **Si l'auteur présumé vit avec la victime ou si les faits sont susceptibles de se reproduire dans un délai court** (ex : *Bébé secoué, violences ou viols intra-familiaux, etc.*). Vous **devez signaler en URGENCE** et solliciter une ordonnance de placement du mineur qui doit être protégé en dehors du domicile familial en urgence, **par mail ET par téléphone** :

- En adressant le formulaire F002-CS coché « signalement URGENT » daté et signé avec tous les documents médico-sociaux utiles à la situation par mail à la permanence du Procureur de la République : [permanence.pr.tpi-papeete@justice.fr](mailto:permanence.pr.tpi-papeete@justice.fr) ouvert 7jours/7 et 24H s/24
- En copie, à la Cellule signalement de la DSFE: [secretariat.signalement@solidarite.gov.pf](mailto:secretariat.signalement@solidarite.gov.pf)
- **Et en doublant** cet envoi d'un appel téléphonique au magistrat de permanence du parquet de Papeete au 40-41-56-54 ou en dehors des heures ouvrables au 87-77-77-52

Le Procureur de la République accuse réception par mail du signalement et mentionnera le numéro d'enregistrement de ce document. **Ce numéro devra être utilisé pour toutes les autres correspondances à venir.**

»»» **Si les faits sont anciens ou si la victime n'a plus de contact avec le mis en cause** (ex : *révélations de viols ou d'agressions sexuelles commis il y a plusieurs années, ou hors territoire, révélation de violences sans cohabitation ou lorsqu'il n'y a plus de contact, etc.*). Il n'y a **pas urgence** mais vous devez signaler ces faits en transmettant **un courrier postal** :

- En adressant le formulaire F002-CS coché « signalement NON URGENT » daté et signé avec tous les documents médico-sociaux utiles à la situation par courrier postal au Tribunal de Première Instance de Papeete – Le Procureur de la République - BP 101 – 98713 PAPEETE
- En copie, à la Cellule signalement de la Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Égalité (DSFE) – Cellule Signalement – Immeuble Te Hotu – Rue du Prince Hinoï – PAPEETE – BP 1707

Le Signalement NON URGENT concerne les situations **de danger avéré mais qui n'est pas imminent**

### Points clefs

- **Risque de danger** : PAR MAIL à la Cellule signalements
- **Gravité et Urgence de la situation** : Signalement PAR MAIL et PAR TEL au Procureur de la République et double à la Cellule signalements de la DSFE
- **Gravité mais niveau d'urgence faible**: Signalement PAR COURRIER POSTAL au Procureur de la République et double à la Cellule signalements de la DSFE
- **Dérogation légale au secret médical** : protection du médecin s'il se limite à signaler où à communiquer uniquement les faits et ce qu'il a constaté. Protection disciplinaire, civile et pénale si le médecin ou la personne soumise au secret signale ou informe en toute « bonne foi ».

# ALIMENTATION



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES [2]

- **Alimentation**

Il s'agit d'échanger avec les parents sur le mode **d'alimentation** mais aussi les « erreurs » diététiques les plus fréquentes :

- ⇒ Diversification **trop précoce** (avant 4 mois révolus) ou non adaptée (en quantité et en qualité) à l'âge de l'enfant.
- ⇒ **Erreurs de reconstitution** des préparations pour nourrisson.
- ⇒ **Forcing alimentaire**. Informer les parents qu'il ne faut jamais forcer un enfant à finir un repas, ni compenser lors du repas suivant.

- **Supplémentation en Vitamine D et / ou K**

- **Supplémentation en fluor et prévention bucco-dentaire**

### Autres erreurs diététiques à rechercher

- Excès d'apports protéiques
- Excès d'apport sodé
- Excès de consommation de produits sucrés
- Grignotage
- Biberon sucré nocturne favorisant les caries dentaires
- Absence de diversité dans le choix des aliments



### 8 conseils de prévention prioritaires à délivrer aux parents

1. Si l'enfant a soif, il **boit de l'eau (à partir de 3 mois)**
2. Remplacer le jus de fruit du commerce par un **fruit frais local**.
3. **Brosser les dents** après les repas et surtout après le dernier repas ou biberon du soir.
4. **Eviter de grignoter** entre les repas.
5. Proposer des **activités physiques** en accompagnant l'enfant (marcher, jouer au ballon, faire du vélo, courir, nager, etc.). **Pas d'écrans avant 3 ans**.
6. Faire participer l'enfant à la **préparation des repas**.
7. Si un aliment est refusé, le reproposer une dizaine de fois **sans forcer**.
8. Manger à table, en famille, lentement dans un environnement calme. Le repas doit être un moment **d'échange et de partage** sans télévision, portables, tablettes.



## QUELQUES REPERES

### 1/ SI LA MERE ALLAITE

- À la demande du bébé, sans horaire, sans restriction
- Ne pas proposer de tétine ni de biberon d'eau (bébé n'en a pas besoin le lait maternel est composé de 87 % d'eau)
- Ne jamais restreindre les tétées (même si la courbe de poids est supérieure à la normale)
- Le transit peut être ralenti avec moins d'une selle par jour, voire moins d'une selle par semaine, sans inquiétude, tant que le bébé est serein (et a des gaz)
- Se caler sur le rythme de bébé (proposer à la maman de dormir aussi pendant la journée quand le bébé dort)
- La maman n'a pas besoin d'augmenter ses apports alimentaires, c'est la stimulation de l'aréole par la bouche du bébé et l'action de vider le sein en tétant qui fait augmenter la production du lait
- Le rôle du père est d'assurer le confort de la dyade mère-enfant, de participer aux soins du bébé et d'assurer les tâches ménagères pour soulager la mère
- L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois

En cas de besoin, prendre contact avec une consultante en lactation dont la liste se trouve dans le guide « Allaitement maternel : Rien de plus naturel »



### 2/ SI LE BEBE EST AU BIBERON [8]

Attention à la reconstitution des préparations pour nourrissons :

- ⇒ Commencer par mettre la bonne quantité d'eau potable dans le biberon
- ⇒ Ajouter le nombre de mesurette de lait en poudre correspondant (30 ml d'eau pour une mesurette). Attention, la mesurette doit être arasée et non pas tassée.



Quantités de lait recommandées :

Age	Quantités moyennes	Type de lait artificiel
1 mois	6 x 120ml ou 5 x 150 ml/jour en moyenne	Préparations pour nourrisson lait 1 <sup>er</sup> âge
2 mois—3 mois	5 x 150 ml/jour en moyenne	
4 mois—5 mois	5 x 180 ml/jour en moyenne	
6 mois	500ml/jour minimum	Préparations pour nourrisson lait 2 <sup>ème</sup> âge
9 mois	500 ml/jour minimum	
12 mois	Préparations pour enfants en bas âge : 500 ml de lait par jour	Préparations pour nourrisson lait 3 <sup>ème</sup> âge (lait de croissance) jusqu'à l'âge de 3 ans, conseillé pour l'apport en fer. Si les parents passent au lait de vache (en particulier pour des raisons économiques), préférer le lait UHT <b>ENTIER (ou lait entier pasteurisé ex: VAIORA)</b> pour son apport en lipides. Si lait en poudre (ex : SUNSHINE ou ANCHOR) : 3 grandes cuillères à soupe bien pleines + 240 ml d'eau potable

**A tout âge : Pas de lait concentré sucré !**

### 3/ DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

Age	Recommandations et messages clefs
De 0 à 4 mois	<b>Régime lacté exclusif</b> 1 tétée (allaitement maternel) = 1 biberon (lait artificiel) = repas complet jusqu'à 6 mois.
A partir de 4 mois révolus	<b>Débuter la diversification alimentaire</b> en faisant goûter 1 aliment nouveau à la fois, en petite quantité (2 cuillères à café), après la tétée de 11h-12h (au sein ou au biberon). Commencer par les légumes puis introduire les fruits et les protéines animales (viande, poisson, œuf cuit). <b>IL EST IMPORTANT DE PROPOSER UN MAXIMUM D'ALIMENT AFIN DE DIMINUER LE RISQUE D'ALLERGIES ALIMENTAIRES FUTURES.</b> Augmenter très progressivement la quantité des aliments donnés   <b>Tamata (essayer- goûter) n'est pas Tama'a (manger un repas complet).</b>
A partir de 6 mois révolus	<b>La diversification alimentaire doit être la plus large possible.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduire un repas structuré à 11h-12h. (1 à 2 cuillères à café de viande-poisson ou ¼ œuf dur, en commençant par une tétée si bébé est au sein)</li> <li>• Garder 3 à 4 tétées ou biberons de lait 2<sup>ème</sup> âge par jour (500ml minimum par jour)</li> </ul>
Vers 10 mois	Introduire un <b>deuxième repas structuré</b> (le soir) qui peut être complété par une tétée ou un biberon. Garder 2 à 3 tétées ou biberon par jour

**LES ALIMENTS INTERDITS AVANT 1 AN : Lait de vache (frais, UHT, en boîte ou en poudre), Miel, Mitihue et Taioro**

*Pour accompagner les parents :*



*Guide pratique pour la mise en place d'ateliers cuisine ou contacter le CCSPMI pour plus d'information*



*Guide de la Direction de la Santé « Les bons petits plats de bébé »*

### 4/ VITAMINOTHERAPIE

- **Vitamine K (prévention des hémorragies internes)**
  - \* En cas d'allaitement maternel exclusif → Supplémentation
    - 1<sup>ère</sup> dose = 1<sup>er</sup> jour de vie
    - 2<sup>ème</sup> dose : entre le 4<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour de vie
    - 3<sup>ème</sup> dose **de 2 mg par voie orale à l'âge de 1 mois**, chez un nouveau-né à terme, en bonne santé, sans risque particulier.
  - \* A partir d'un **biberon de 60 ml par jour** de préparation pour nourrisson → **pas de supplémentation** après la première semaine de vie car les laits infantiles sont suffisamment enrichis en vitamine K
- **Vitamine D (prévention du rachitisme)**
  - \* Posologies de 0 à 6 mois : Zyma D 10 000 UI/ml : 2 gouttes /j
  - \* Posologie de 6 mois à 18 mois : Zymaduo 150 UI : 4 gouttes/j

### A) Supplémentation en fluor

- De **6 à 18 mois** : l'apport de fluor est combiné avec de la vitamine D : ZymaDuo 150 UI 4 gouttes/jour
- **A partir de 18 mois** : Comprimés Zymafluor 0,25 mg, 1 comprimé/ jour, jusqu'à 3 ans.  
Si l'enfant fait plus de 10 kg et/ ou présente un risque élevé de caries (*caries déjà présentes, pas de brossage, alimentation sucrée, faible niveau socio-économique familial*) : 2 cp/ jour

### B) Messages de prévention à destination des parents

#### Bonne hygiène bucco-dentaire

- **Limiter la contamination bactérienne des parents à l'enfant** : éviter l'échange de salive (ex : goûter l'aliment de bébé, nettoyer une tétine avec sa bouche, essuyer la bouche de bébé avec sa salive).
- Nettoyer les dents de bébé, dès l'éruption de la première dent (**vers 6 mois**), après chaque repas, et surtout avant de dormir
  - **Avant 1 an** : avec une compresse ou un tissu propre et humide.
  - **Après 1 an** : avec une petite brosse douce. C'est le parent qui brosse (bébé s'entraîne). Chez les plus grands enfants, le brossage doit être contrôlé et complété par un adulte. Si possible, faire boire un peu d'eau après le brossage.

#### Bonne hygiène alimentaire

- Donner seulement des **biberons** d'eau ou de lait non sucré.
- Eviter la consommation de bonbons, ice-creams, sodas, etc.
- Lutter contre tout **grignotage** de chips, « twisties », biscuits, etc.
- Les aliments glucidiques indispensables (pain, céréales, etc.), sont pris au moment des repas et goûters, associés à des aliments tels que produits laitiers, légumes et fruits.
- Préférer les spécialités médicamenteuses sans sucres.

Spécialités en teneur en saccharose élevée	Alternatives possibles
Amodex	Clamoxyll
Doliprane en sachets pour suspension buvable	Doliprane 2,4% sans sucre

#### Dépistage et soins précoces

Une **prise de contact des parents avec un dentiste** est souhaitable à partir de 2 ans en complément de la prescription de fluor et des informations sur l'hygiène dentaire et alimentaire dans le cadre des visites de protection infantile.

**En cas de doute, n'hésitez pas à prendre contact avec le service d'hygiène dentaire (CCSHD).**

# DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES [10] [2]

Les paramètres T, P et PC sont à mesurer à chaque consultation :

- La mesure de la taille (T) est chiffrée en position couchée jusqu'à l'âge de 2–3 ans, ensuite en position debout.
- La mesure du poids (P) est assurée sur un enfant déshabillé, avec précision au 1/10<sup>ème</sup> de kilogramme (soit 100g)
- Le périmètre crânien (PC) est mesuré avec un ruban métrique gradué en centimètres.

Ces mesures vont permettre le **tracé des courbes de croissance** de l'enfant qui vont être comparées aux courbes de référence. La croissance d'un enfant est dite **normale** si les paramètres de T/P/PC évoluent de manière parallèle aux courbes de référence, dans un même couloir, entre - 2 DS (déviations standards) et + 2 DS, ou entre le 3<sup>ème</sup> et le 97<sup>ème</sup> percentile. Par définition, 95 % de la population se situe entre ces intervalles.

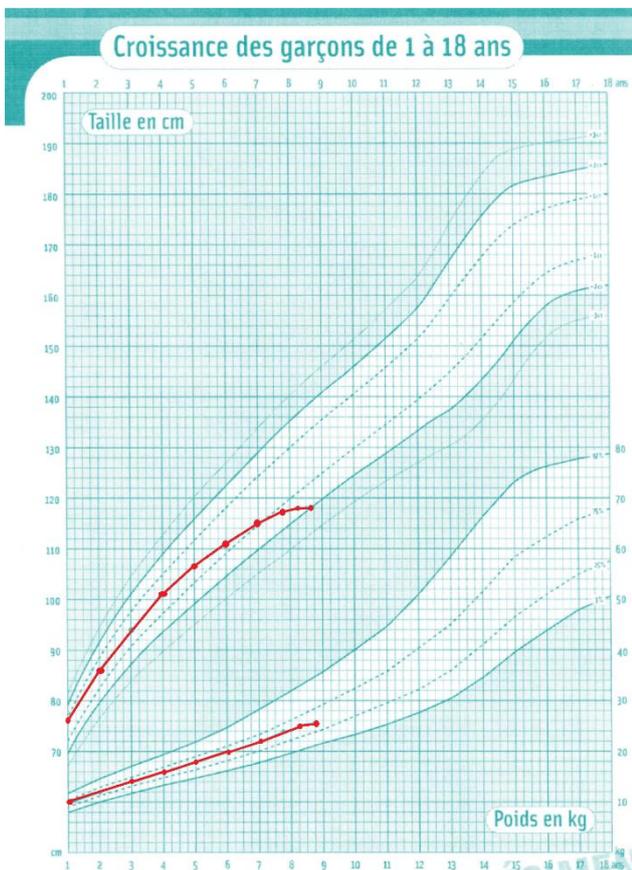
**Un enfant dont les paramètres se situent hors des courbes peut néanmoins avoir une croissance normale et harmonieuse.**

L'analyse des courbes de croissance doit être rigoureuse :

- régularité de la croissance et de la vitesse de croissance
- concordance entre courbe pondérale et courbe staturale
- concordance ( $\pm 2$  DS) avec la taille cible génétique

Rechercher un infléchissement ou une cassure.

Exemple de courbe staturo-pondérale : « cassure staturale »



Tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM (M. Sempé)  
Variations en écarts-types ( $\sigma$ ) [ $\sigma = 1$  DS] pour la taille, en centiles pour le poids

**Les retards de poids et (ou) de taille supérieurs à - 2 DS sont à explorer. Tout changement de couloir dans une courbe, ou anomalie, doit être signalé au professionnel médical référent de la protection infantile.**



**Ne pas oublier l'IMC !**

Calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) en divisant le poids (en kg) par la taille (en m) au carré

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids en kg}}{\text{Taille en m}^2}$$

et rapporter sur la courbe.



Le nouveau carnet de santé de la famille comprend 5 courbes à tracer (Taille, Poids, Périmètre crânien, Taille et poids, Indice de masse corporelle) :

- pour les filles : page 78, 79, 80, 84 et 85
- pour les garçons : page 81, 82, 83, 86 et 87

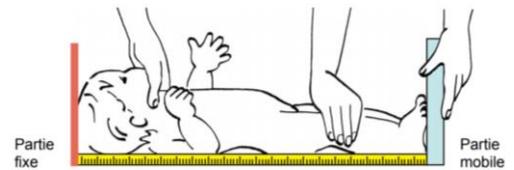
**Les tracés des courbes se font uniquement dans le carnet de santé de la famille.**



## Protocoles de mesure [11]

### Taille (mesure en position allongée jusqu'à l'âge de 2-3 ans)

Installer l'enfant, pieds nus, allongé sur le dos, le long de la toise, la tête au contact de la partie fixe. Le parent maintient la tête de l'enfant, dans l'axe du corps, en s'assurant que le sommet du crâne touche la partie fixe. Le professionnel exerce une légère pression sur les genoux de l'enfant pour maintenir les jambes parfaitement allongées et déplace le curseur situé sur la règle de telle façon que le pied soit à angle droit. Lire le chiffre situé sur la règle, au niveau du talon et à la base du curseur. La taille est notée à 0,1 cm près.



### Taille debout

La mesure de la taille se fait avec une toise comportant un curseur horizontal. L'enfant doit avoir les pieds nus, et se tenir pieds joints, tête, dos, fesses et talons collés au mur, debout aussi droit que possible, la tête placée de sorte que la ligne de vision soit perpendiculaire au corps. Le parent aide le professionnel à maintenir la bonne position. Le curseur mobile est amené en contact avec le point le plus haut de la tête, en l'appuyant suffisamment pour comprimer la chevelure. La taille est notée à 0,1 cm près.

### Tour de tête (Périmètre crânien)

Le périmètre céphalique est mesuré sur un nourrisson tenu dans les bras ou assis sur les genoux du parent. Les objets tels que les serre-têtes sont enlevés de la chevelure. Le mètre ruban est disposé juste au-dessus des sourcils et des oreilles et autour de la partie la plus large du dos du crâne, de manière à ce que le périmètre soit maximal. Le mètre ruban doit être suffisamment serré pour comprimer les cheveux. On note la mesure à 0,1 cm près.



*Mesurer le plus grand périmètre, front-occiput*



**La mesure doit être réalisée deux fois si elle est discordante par rapport à l'examen précédent.**



### 1/ RETARD DE CROISSANCE STATURO-PONDERALE : POINTS CLEFS<sup>[12]</sup>

- La plupart des hypotrophies du nourrisson sont d'origine psychosociale mais un bilan étiologique devra toujours être réalisé afin d'éliminer une origine somatique.
- Il faut différencier les retards de croissance primitifs (ou constitutionnels) des retards de croissance secondaires (liés à une maladie acquise).
- Un retard portant surtout sur le poids doit faire rechercher une pathologie digestive ou une pathologie chronique (cardiaque, rénale ou hépatique)
- Un retard prédominant sur la taille doit plutôt faire rechercher une pathologie endocrinienne ou osseuse constitutionnelle.
- Une pathologie est à rechercher systématiquement : **le syndrome d'alcoolisme fœtal** qui comprend : retard de croissance sévère affectant la taille plus que le poids, fentes palpébrales étroites, lèvre supérieure fine, philtrum long, malformations cardiaques (CIA, CIV) associé à un retard de développement cognitif plus ou moins important et parfois à des troubles de la prise alimentaire.

### 2/ PREVENTION DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE<sup>[13]</sup>

« La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, à 50 à 70 % après la puberté ». (Haute Autorité de santé)

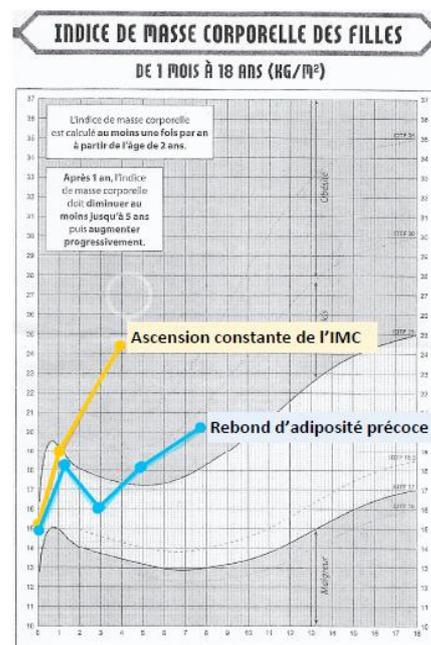
Il est difficile d'établir un diagnostic d'excès de poids avéré avant l'âge de trois ans. Néanmoins, **des signes annonciateurs** peuvent apparaître à cet âge :

- **Ascension continue** de la courbe d'IMC depuis la naissance
- **Changement rapide de couloir** de la courbe d'IMC vers le haut.
- **Rebond d'adiposité précoce** (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. Pendant la première année de vie, l'IMC augmente puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, âge à partir duquel il augmente à nouveau. **Cette remontée de la courbe de corpulence est appelée rebond d'adiposité.**

L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. L'âge du rebond d'adiposité prédit l'adiposité à l'âge adulte. Plus le rebond est précoce (avant 5-6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé.

**La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence. (HAS)**



« Plus d'activité physique, moins d'activités sédentaires et un sommeil de bonne qualité permettront aux plus petits d'améliorer leur santé physique et mentale et leur bien-être et contribueront à éviter l'obésité au cours de l'enfance et les maladies qui lui sont associées par la suite » (OMS).

# SOMMEIL



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES [2]

Interroger les parents sur :

- L'existence de **difficultés** à l'endormissement et/ou de troubles du sommeil (éveils nocturnes, cauchemars, terreurs nocturnes, etc.)
- Les conditions de sommeil de l'enfant (lieu, lumière, cododo, etc.)



## QUELQUES REPERES

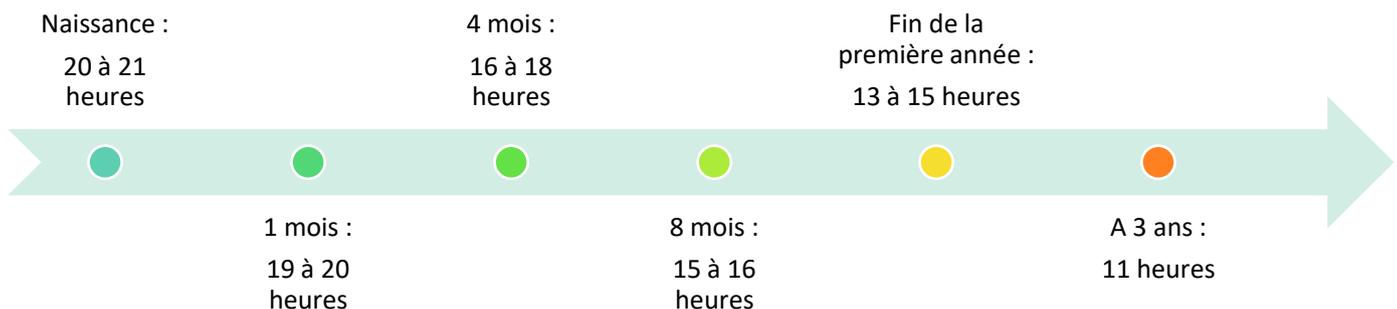
### 1/ CONDITIONS FAVORABLES AU SOMMEIL DE L'ENFANT

- Bien installer bébé seul dans son berceau, **à plat sur le dos**, sans coussin, ni doudou, avec une moustiquaire type cloche, dans une pièce calme, aérée, en atténuant la lumière du jour et sans lumière la nuit (veilleuse possible).
- Retirer les bijoux de bébé.
- Si bébé dort avec ses parents (« cododo ») : ne pas mettre bébé entre les parents et respecter un espace minimum pour bébé.
- Aucun fumeur ne doit dormir avec bébé (risque de Mort Inopinée du Nourrisson).
- Eviter l'endormissement avec un biberon contenant autre chose que de l'eau nature.
- Si besoin, habiller bébé pour qu'il n'ait pas froid mais ne pas utiliser de couverture.

### 2/ DUREE ET RYTHME DU SOMMEIL [2]

A la naissance, la **durée totale du sommeil** quotidien est très longue puis se raccourcit progressivement. La période de sommeil du matin est généralement supprimée vers 18 mois et celle de l'après-midi entre 3 et 4 ans. Puis le temps de sommeil total se réduit progressivement.

*La durée du sommeil varie en fonction des individus mais en moyenne un bébé dort :*



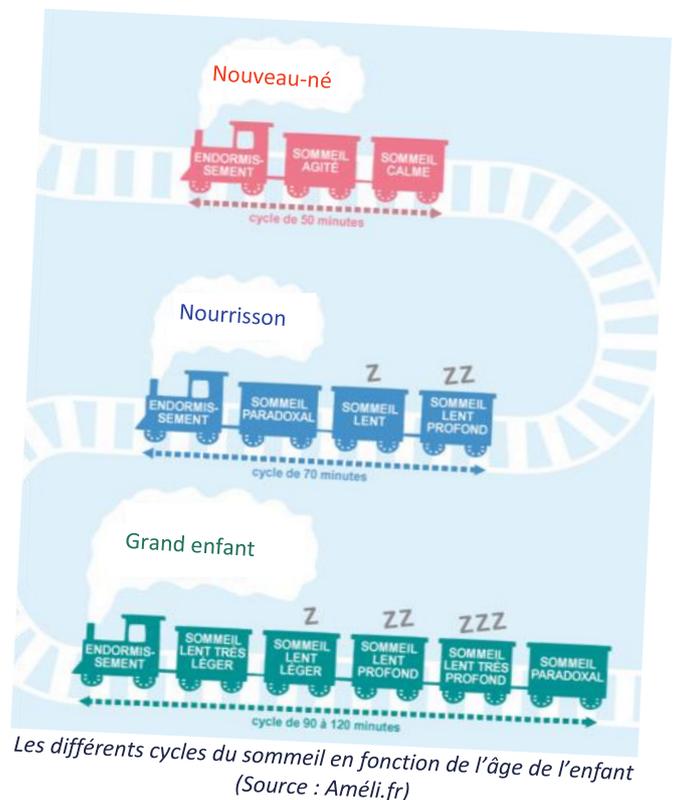
**Le rythme de sommeil** évolue aussi avec le temps.

Dans les premières semaines de vie de bébé, le rythme du sommeil est régulé par la faim et ne tient pas compte de l'alternance jour / nuit.

Plusieurs cycles de sommeil de 50 à 60 minutes s'enchaînent (phase calme et phase agitée).

En sommeil agité, certains signes donnent l'impression que le nouveau-né est réveillé (grognements, succion de langue, etc.).

Ce rythme évolue pour se rapprocher du sommeil de l'adulte, modulé par plusieurs facteurs : rituel d'endormissement, état psycho-affectif, relations parents enfants.



### 3/ QUESTIONS FREQUENTES POSEES PAR LES PARENTS

- **Que faire si mon bébé prend le jour pour la nuit ?**

C'est tout à fait normal dans les premières semaines de la vie. L'horloge interne (l'horloge biologique qui commande les rythmes humains) n'est pas encore réglée sur 24 heures. La périodicité jour/nuit apparaît spontanément vers 1 mois : les éveils dans la journée s'allongent un peu, les plages de sommeil nocturne aussi, etc. Vers 4 mois, tout est en place en principe, et le bébé peut dormir des nuits de 8 h à 9h ! Mais il est difficile de donner un âge précis étant donné la grande différence d'un enfant à un autre. Si à 4 mois, bébé ne fait pas ses nuits, il ne faut pas lui en vouloir. Il a besoin d'être aidé.

- **Comment aider bébé à établir son rythme ?**

Accentuer le contraste Jour/Nuit. Le mettre dans l'obscurité la nuit, dans une pièce à la lumière, le jour. Lui parler et jouer avec lui le jour; s'en occuper la nuit en silence et dans une demi-obscurité. Et à partir de 4 mois, régulariser les horaires de lever et de coucher, ainsi que les heures de repas. Ces habitudes vont faciliter l'apparition d'éveils de plus en plus longs dans la journée et des plages de sommeil de plus en plus longues la nuit.

- **Pourquoi bébé n'arrive-t-il pas à se rendormir lorsqu'il se réveille la nuit ?**

Pour se rendormir entre deux cycles, l'enfant a besoin de retrouver les mêmes conditions d'endormissement qu'en début de nuit. Par exemple, si bébé a l'habitude de s'endormir en étant bercé, il aura aussi besoin d'être bercé en milieu de nuit pour se rendormir. Mais attention, si bébé se réveille la nuit, il ne faut pas penser systématiquement qu'il a faim (ne pas proposer de biberon de lait, tout au plus un biberon d'eau).



Les **difficultés au moment du coucher peuvent** correspondre à une absence de rituels ou à des rituels du coucher non adaptés (exemples de difficultés exprimées par les parents : l'enfant s'endort seulement en voiture ou devant un écran ou avec un biberon de lait ou l'enfant ne peut dormir qu'avec l'un des parents). Il n'existe pas de rituel type. L'objectif est de rassurer et d'apaiser l'enfant. Proposer aux parents de mettre en place précocement une routine d'endormissement à faire évoluer avec l'âge (ex : Brossage des dents et pyjama avant de se coucher, berceuse, histoire etc.).

*Le dépistage précoce des troubles de la vision se justifie par leur fréquence, leur réversibilité et leur répercussion. En effet, la vision de l'enfant joue un rôle très important dans son développement psychomoteur. Un enfant qui voit mal peut rencontrer des difficultés dans l'acquisition du langage. La plupart des troubles visuels sont accessibles à un traitement d'autant plus efficace qu'il est précoce.*



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES <sup>[14]</sup> [2]

Identifier les **facteurs de risque de troubles visuels**

- Repérer les **signes d'appel** qui peuvent être signalés par la famille et les rechercher activement
- Réaliser un examen **morphologique de l'œil**. Recherche d'anomalies de manière générale et plus spécifiquement d'une **anomalie de la pupille** (anomalies de reflet pupillaire évocatrice de rétinoblastome ou de cataracte)
- Réaliser les tests simples de dépistage (en fonction de l'âge) (cf. dossier de santé)

**Toujours porter attention même en l'absence d'antécédents personnels ou familiaux :**

- à la présence d'un strabisme, surtout si l'œil dévié est toujours le même. En effet, un strabisme est toujours pathologique s'il est constant avant 4 mois / s'il est constant ou intermittent après 4 mois
- à une posture anormale de la tête (du même côté)
- à un trouble du comportement visuel signalé par les parents



**En cas d'antécédent personnel ou familial**, faire une ordonnance de **Bébé vision** à réaliser entre 9 mois et 16 mois chez un orthoptiste de l'hôpital ou du secteur libéral à Tahiti, à l'occasion d'un déplacement des parents. Cet examen de dépistage ne justifie pas une évacuation. Si l'examen ne peut pas être réalisé, prescrire un bilan orthoptique pré-scolaire qui sera réalisé entre 3 et 4 ans.

Une ordonnance type pour le bilan orthoptique est disponible auprès du CCSPMI.

**En cas de signes d'appel (anomalie à l'un des tests réalisés)**, contacter un spécialiste ophtalmologue.



## QUELQUES REPERES <sup>[14]</sup> [2]

### 1/ LES PRINCIPAUX DEFAUTS VISUELS DES ENFANTS DE 0 A 3 ANS

**Le strabisme** est un défaut de parallélisme entre les yeux. Il peut être intermittent ou permanent. Parfois congénital, il apparaît avec une grande fréquence entre 2 et 6 mois.

**L'amblyopie** est une insuffisance uni ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, entraînant chez l'enfant un trouble de la maturation du cortex visuel, irréversible en l'absence de traitement. L'enfant voit moins bien d'un œil et compense avec l'autre. Il risque alors la perte fonctionnelle définitive de l'œil amblyope si un traitement approprié n'est pas institué très rapidement. Le taux de récupération des cas traités est inversement proportionnel à l'âge (90 % avant 2 ans, 10 % après 7 ans).

Le strabisme et l'amblyopie sont liés. La précocité du dépistage et du diagnostic est un gage de réussite thérapeutique.

## 2/ FACTEURS DE RISQUE (PATHOLOGIES OU ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX FAVORISANT L'APPARITION D'UN FACTEUR AMBLYOGENE.)

<b>Antécédents personnels</b>	Prématurité, souffrance cérébrale, toute réanimation Petit poids de naissance (inférieur à 1500g) Surdité Troubles neuromoteurs, IMC Anomalies chromosomiques (trisomie 21) Craniosténoses, dysostoses craniofaciales Embryofœtopathies (toxoplasmose...) Exposition in utero à la cocaïne, l'alcool	<b>Antécédents familiaux</b>	Strabisme ; troubles sévères de la réfraction : myopies sévères et précoces ; amblyopie ; astigmatisme ; maladie ophtalmologique héréditaire...
-------------------------------	---	------------------------------	---

## 3/ TESTS OPHTALMOLOGIQUES SIMPLES

<b>Cornées transparentes</b>	Inspecter la cornée, elle doit être translucide	Tâche sur la cornée : rétinoblastome, cataracte congénitale
<b>Globes oculaires de taille normale</b>	Inspecter les yeux	« Grands beaux yeux » : glaucome → <b>URGENCE</b>
<b>Pupilles normales</b>	A l'aide de la lumière de l'otoscope placée à 20cm de ses yeux, elle se reflète dans les pupilles de façon symétrique. Réflexe pupillaire présent.	Si tâche → leucocorie Si un reflet est au centre d'une pupille et l'autre est décentré : amblyopie, strabisme ?
<b>Lueurs pupillaires présentes</b>		
<b>Strabisme</b>		
<b>Poursuite oculaire normale</b>	A l'aide de la lumière de l'otoscope placée à 20cm des yeux de l'enfant, déplacez-la de gauche à droite et de bas en haut <b>OU</b> Le test de l'œil de bœuf (chez le tout petit) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter "l'œil de bœuf" à l'enfant à 60 cm et le déplacer horizontalement et verticalement devant lui.</li> <li>Normalement l'enfant poursuit durablement cette cible en mouvement.</li> </ul> <i>Avant l'âge de 2 mois, les mouvements sont imparfaitement coordonnés ; à partir de 4 mois, l'enfant est capable de convergence et de poursuite sans bouger la tête ni le corps.</i> 	Si un œil dévie comme un « yoyo » : nystagmus → <b>avis ophtalmologique</b> . Si absence de poursuite : refaire le test 1 mois après, <ul style="list-style-type: none"> <li>Si absent : cécité ?</li> <li>Si errance du regard, les yeux plafonnent : cécité ?</li> </ul> L'indifférence à la mobilité de la cible traduit une amblyopie bilatérale ou un trouble du comportement majeur justifiant un <b>avis spécialisé sans délai</b>
<b>Occlusion oculaire alternée</b>	Recherche d'une réaction de défense à l'occlusion d'un œil : L'occlusion alternée consiste à cacher alternativement les deux yeux. L'occlusion de l'œil amblyope est bien supportée puisque cet œil a une mauvaise vision. En revanche, l'occlusion du "bon" œil est mal tolérée.	
<b>Acuité visuelle</b>	Test de <b>Pigassou</b> (test de mesure de l'acuité visuelle utilisable sur des enfants à partir de 2 ans et demi). Il permet de vérifier l'acuité visuelle de loin, par lecture directe à 2.5 m. L'enfant doit nommer l'objet qu'on lui montre sur l'échelle ou le désigner sur la planche annexe. Le test est d'abord effectué en binoculaire, puis il est réitéré en monoculaire	
<b>Test de vision stéréoscopique</b>	<i>Réservé aux orthoptistes</i>	

Exemples de planche d'images



# AUDITION



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES [15] [2]

- Identifier les facteurs de risque de troubles de l'audition,
- Repérer les signes d'appel qui peuvent être signalés par la famille et les rechercher activement
- Pratiquer des tests simples de dépistage adaptés à l'âge de l'enfant.

**En cas d'antécédent personnel ou familial, de signe d'appel ou d'une anomalie à l'un des tests réalisés, contacter un spécialiste.**



## QUELQUES REPERES [15] [2]

### 1/ FACTEURS DE RISQUE D'UN TROUBLE DE L'AUDITION

<b>Antécédents familiaux</b>	Surdité familiale : prothèse auditive avant l'âge de 50 ans, syndrome d'Alport
<b>Antécédents personnels, à la naissance ou en période néonatale</b>	Prématurité, surtout en cas d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines révolues et/ou une complication cérébrale de la prématurité Faible poids de naissance, surtout inférieur à 1500 grammes Infirmité motrice cérébrale, troubles neuromoteurs Anomalies chromosomiques, en particulier la trisomie 21 ; micro-délétion 22q11 Craniosténoses et malformations de la face Embryof�topathies (rubéole – CMV) Exposition in utero aux toxiques et/ou à l'alcool et/ou au tabac Hyperbilirubinémie ayant nécessité une exsanguino-transfusion Infection grave ou traitement possiblement ototoxique (aminosides...)
<b>Antécédents personnels en dehors de la période néonatale</b>	Anoxie périnatale Infections graves : méningites purulentes (pneumocoque, Haemophilus, méningocoque) Traumatismes du rocher Otites � répétition

### 2/ RECHERCHE D'UN REFLEXE ACOUOTROPE

Le réflexe acouotrope (ou réflexe d'orientation investigation - ROI) peut être manifeste avec une rotation complète de la tête et du tronc ou plus discrète, marquée par une simple déviation du regard vers la source du bruit. Le réflexe acouotrope existe dès l'âge de 6 mois. Avant 6 mois, on recherchera une modification du comportement de l'enfant à la stimulation sonore.

Les réactions d'attention : mimique de surprise, arrêt de la motricité spontanée, modification du rythme respiratoire, ont autant de valeur mais sont plus difficiles à interpréter. L  encore, ce qui compte, c'est l'existence d'une réaction en réponse au stimulus sonore et non l'importance ou la diffusion de cette réponse.

Différents tests de dépistage peuvent être réalisés, en audiométrie vocale (tests utilisant la voix) ou tonale (tests utilisant des instruments sonores). Dans tous les cas, **les stimulations sonores doivent être brèves, émises en dehors du champ visuel de l'enfant**, en commençant par les **sons d'intensité faible ( puisement de la réaction)**.

<b>0 à 6 mois</b>	Stimulation vocale (utilisation de la voix)	Il est recherché une modification du comportement de l'enfant à la stimulation sonore.
<b>6 – 24 mois</b>	Réaction à l'appel (utilisation de la voix faible, puis forte si pas de réaction) <b>OU</b> Acoumétrie aux jouets sonores de Moatti (4 bruits d'animaux)	Il est recherché un réflexe d'orientation-investigation (ROI). Si pas de réponse aux jouets sonores => tests audiométriques spécialisés
<b>24 mois et +</b>	Tests de dépistage : oreille par oreille (mouvements de piston sur le tragus avec l'index pour fermer le méat auditif)  Acoumétrie verbale de désignation : réaction à la voix chuchotée, puis à voix plus forte si échec, on demande à l'enfant de désigner les images que l'on pose devant lui en utilisant un vocabulaire compréhensible par l'enfant <b>OU</b> Acoumétrie aux jouets sonores de Moatti	Si anomalie : Examens audiométriques (réflexe d'orientation en champ libre +/- potentiels évoqués auditifs « PEA »).

### Les jouets sonores de Moatti

Ces 4 petits cylindres émettent, lorsqu'on les retourne, des bruits semblables à des cris d'animaux (oiseau, chat, mouton, vache).

L'intensité émise est constante et indépendante du mode de manipulation (env. 60 décibels à 2 mètres = celle de la parole). La perception des 4 objets permet, en principe, d'éliminer une surdité grave amputant les capacités de l'enfant à entendre le message oral.

La manipulation des objets doit se faire à 2 mètres environ de l'enfant, hors de sa vue, de préférence derrière lui ou cachée par le bureau.

Source : [www.testmoatti.com](http://www.testmoatti.com)



Jouets sonores de Moatti

### 3/ SIGNES D'APPEL D'UN TROUBLE AUDITIF

<b>Dans les premiers mois</b>	Absence de réaction aux bruits et, par contraste, réactions vives aux vibrations et au toucher Sommeil trop calme
<b>De 3 à 12 mois</b>	Sons émis non mélodiques Disparition du babillage Absence de réaction à l'appel de son nom
<b>De 12 à 24 mois</b>	Absence de mots Communication exclusivement gestuelle de désignation Enfant inattentif à ce qui n'est pas dans son champ visuel Emissions vocales incontrôlées
<b>De 24 à 36 mois</b>	Retard de parole et de langage Troubles du comportement relationnel : retrait ou agitation

**Toujours croire un parent qui trouve que son enfant n'entend pas bien.**

# DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Il est très important de pouvoir repérer précocement une anomalie du développement de l'enfant :

- Pour répondre aux inquiétudes et aux interrogations de la famille.
- Pour proposer une démarche diagnostique.
- Pour mettre en place une prise en charge appropriée.



## ELEMENTS A RECHERCHER LORS DES VISITES [16] [2]

L'absence d'acquisition isolée d'une compétence n'est pas en soi de nature pathologique. En effet, **chaque enfant évolue à son rythme**. Les variations individuelles sont donc parfois difficiles à distinguer de la pathologie.

Devant un décalage d'acquisition psychomotrice, la démarche diagnostique implique 3 questions :

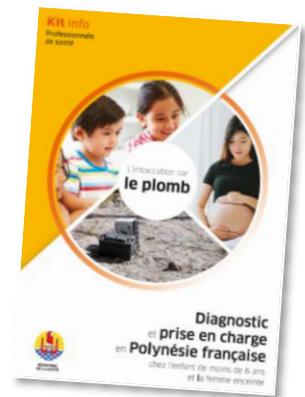
- Le retard est-il pathologique ou une simple variante ?
- Est-il global ou dissocié ?
- Existe-t-il une régression des acquisitions ?

La **conjonction de plusieurs signes inhabituels ou préoccupants, d'autant plus si l'enfant est agité ou inhibé**, doit amener à le revoir dans un délai rapproché (1 à 2 mois maximum) ou à l'adresser vers une consultation spécialisée.

Dépister toute anomalie de développement tout en tenant compte des variations individuelles. Il s'agit de repérer des « signes d'alerte », **sans inquiéter inutilement les parents.**

### En résumé:

- Repérer les enfants à risque (pathologies de la grossesse, prématurité, exposition au plomb, etc.)
- Evaluer le niveau de développement et repérer les signes d'alerte
- Revoir l'enfant en cas de doute et orienter si une anomalie est avérée
- Délivrer des conseils pour aménager un espace d'éveil adapté à l'âge de bébé



## QUELQUES REPERES

### 1/ DIMENSION DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Les 4 dimensions du développement psychomoteur sont **la posture** (motricité globale), **la coordination oculo-manuelle** (motricité fine), la **socialisation** (autonomie) et **le langage**. Tous les enfants grandissent et se développent en passant par des étapes successives mais **CHACUN A SON PROPRE RYTHME**. Chaque stade de développement s'inscrit dans une progression continue : il constitue le prolongement du stade précédent et influera sur le stade suivant. [17]

#### Repères chronologiques d'acquisitions psychomotrices normales (d'après l'échelle de Brunet révisé- 2001)



## 2/ SIGNES D'ALERTE DE TROUBLES DU DEVELOPPEMENT <sup>[16]</sup>

### Troubles de la motricité et du tonus

- Asymétrie, raideur
- Marche sur la pointe des pieds persistante
- Mouvements stéréotypés (tête et mains)
- Hypotonies musculaires localisées ou généralisées,
- Position de la nuque et du tronc en hyperextension
- Rétraction des épaules lorsque l'enfant se tourne ou est en position ventrale
- Tenue tardive de la tête (6 mois)
- Position assise tardive (1 an)
- Absence d'acquisition de la marche au-delà de 18-20 mois
- Retard acquisition de la course à 2 ans

### Troubles de communication et sociabilité

- Fuite du regard à partir de 1 mois
- Absence de sourire réponse à 3 mois
- Absence de vocalises après 3 mois
- Repli ou manque d'intérêt de l'enfant aux stimulations habituelles (l'enfant est très joueur dès l'âge de 6 mois).
- Absence des doubles syllabes (BaBa, TaTa) entre 9 et 12 mois
- Absence d'association d'au moins deux mots entre 2 et 3 ans

**En cas d'anomalie, rechercher un éventuel trouble auditif ou sensoriel, une carence de stimulations, ou un trouble dû à l'exposition aux écrans**

**En cas de doute, ne pas hésiter à revoir l'enfant.**

## 3/ MATERIEL NECESSAIRE POUR TESTER LES ACQUISITIONS <sup>[16]</sup>

Le suivi du développement psychomoteur de l'enfant nécessite des outils simples :

- Un abaisse-langue
- Des cubes ou objet à empiler
- Des jouets d'imitation (poupée, dinette, boîte à outils, instrument de musique, etc.)
- Un objet à visser / dévisser (bouteille vide, biberon, etc.)
- Un imagier (ou la planche du test visuel)
- Des stylos ou crayons de couleur et du papier



Utiliser un matelas de sieste au sol pour laisser bébé explorer son environnement et s'éveiller !

Le trotteur (Youpala, trottinette, etc.) est déconseillé.

**Un guide sur la prévention des accidents domestiques est également disponible**

**(se renseigner auprès du CCSPMI).**



## EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT [8]

L'examen clinique doit être complet et systématique à chaque consultation. Pour ne rien oublier, voici un exemple de trame "de haut en bas".

<b>Examen cutané</b>	A effectuer lors de l'examen de chaque partie du corps de haut en bas. Inspecter la totalité des téguments.
<b>Examen de la tête, du cou et des aires ganglionnaires</b>	Examen de la fontanelle antérieure : mesure 4 à 6 cm à la naissance dans son plus grand axe, se ferme normalement entre le 4 <sup>ème</sup> et 26 <sup>ème</sup> mois, dans 90% des cas entre le 7 <sup>ème</sup> et le 19 <sup>ème</sup> mois. Elle est normalement ouverte et plate, attention à l'hypertension intracrânienne si elle est bombée ou à la déshydratation si elle est creuse. Rechercher un céphalématome Vérifier l'absence de torticolis, de fracture de clavicule, de plagiocéphalie positionnelle, ... Rechercher un kyste ou une fistule latérale du cou, une fistule ou un enchondrome pré-tragien (bourrelet en avant du pavillon de l'oreille), un frein de langue trop court. Leur présence peut nécessiter un avis ORL.
<b>Examen des yeux</b>	Cf. Partie Vision
<b>Examen des membres supérieurs et des aisselles</b>	Recherche de malformations, d'anomalies (compter les doigts, recherche de pouce adductus, etc.), d'asymétries ...
<b>Examen cardiovasculaire</b>	Fréquence cardiaque de 100 à 160 battements par minute (selon l'âge et la température corporelle) Rechercher un souffle cardiaque. Palper les pouls fémoraux (suspicion de persistance de canal artériel en cas d'hyperpulsatilité, de coarctation aortique en cas d'asymétrie ou d'absence).
<b>Examen respiratoire</b>	Fréquence respiratoire de 30 à 50 par minute (selon l'âge et la température corporelle). A l'auscultation, murmure vésiculaire symétrique.
<b>Examen abdominal</b>	Rechercher une hépato-splénomégalie. Vérifier l'ombilic, la chute du cordon a lieu entre la première semaine et le 21 <sup>ème</sup> jour. Vérifier la liberté des orifices herniaires, inguinaux et cruraux (en cas de doute demander un avis chirurgical). Une hernie ombilicale est banale et peut régresser spontanément dans la première année de vie. Elle ne sera opérée que si elle persiste après 3 ans.
<b>Examen des organes génitaux externes, anus, région sacrée</b>	Rechercher des malformations : hypospadias, fossette sacro-coccygienne... Une crise génitale du nouveau-né est possible dans les premières semaines (hypertrophie des glandes mammaires dans les deux sexes, leucorrhées blanches voire petite métrorragie chez la fille vers le 5 <sup>ème</sup> jour), elle doit régresser spontanément. Orienter si les signes persistent ou s'accroissent. Contrôler l'absence de sténose et d'antéposition anale (distance anus-organes génitaux < 12 mm à la naissance) Une coalescence des petites lèvres est possible et se corrige spontanément Contrôler la position scrotale des testicules (testis ascenseur possible physiologique) Le phimosis est physiologique dans la première enfance. L'assouplissement naturel du prépuce ne permet généralement le décalottage complet que chez l'enfant de plus de 5 ans. Ne pas forcer pour essayer de décalotter systématiquement. Si le décalottage n'est pas plus facile en grandissant, un traitement local par application de dermocorticoïdes sera prescrit, avant d'envisager toute intervention chirurgicale.
<b>Examen des membres inférieurs et des plis inguinaux</b>	Examen des hanches, à la recherche d'une luxation congénitale de hanche (cf. page suivante) Examen des pieds et des orteils à la recherche de malpositions ou malformations qui nécessitent un avis spécialisé (par exemple pied bot) Vérifier la souplesse et la réductibilité des anomalies

## EXAMEN DES HANCHES [18]

**Objectif :** Recherche d'une luxation congénitale de hanche (la manœuvre de Barlow met en évidence une instabilité de hanche)

### Luxation Congénitale de Hanche (LCH) :

La LCH est une anomalie du développement de la hanche qui se manifeste par une instabilité de la hanche c'est-à-dire une mobilité anormale entre le bassin et le fémur. La tête fémorale sort, ou peut sortir, en partie ou en totalité de la cavité acétabulaire, alors qu'une hanche normale est stable. Après l'accouchement, la levée des contraintes obstétricales permet la plupart du temps spontanément un remodelage, une stabilisation et la guérison. Cependant, les LCH non corrigées entraînent une boiterie dès le début de la marche, une douleur chronique et une atteinte dégénérative précoce. Le traitement de la LCH est d'autant plus simple et efficace que le diagnostic est précoce.

Le diagnostic de LCH repose en premier lieu sur **l'examen clinique, primordial et obligatoire, qui doit être répété lors de chaque examen systématique du nouveau-né et du nourrisson jusqu'à l'acquisition de la marche.**

#### Facteurs de risque de LCH

- la présentation du bébé par le siège lors de l'accouchement
- les antécédents familiaux du premier degré
- diverses anomalies orthopédiques, notamment les éléments du syndrome postural (torticollis congénital, genu recurvatum, déformation posturale des pieds).

**Ces facteurs conduiront à demander une échographie des hanches à l'âge de 1 mois.**

### Examen clinique :

- Inspection du nourrisson à la recherche d'un raccourcissement de la cuisse ou d'une asymétrie des plis cutanés
- Recherche d'une limitation de l'abduction

**En cas d'examen clinique anormal (limitation d'abduction, instabilité), une échographie des hanches est à réaliser rapidement.**

### Dépistage de la luxation congénitale de la hanche par l'étude de l'abduction

Lors de l'examen, l'enfant est installé sur un plan dur. Afin qu'il soit détendu, le réflexe de succion peut être provoqué. Les cuisses sont fléchies à 90° sur le bassin. Le sillon interfessier est la référence de la mesure.

L'étude de l'abduction de la hanche est essentielle : elle a une très forte valeur d'orientation.

Même si son anomalie n'affirme pas formellement une luxation, c'est un signe d'alerte fiable et simple à mettre en évidence. Les éléments recherchés sont :

- une asymétrie d'abduction ;
- ou une limitation de son amplitude, pouvant porter à la fois sur :
  - l'angle d'abduction rapide, témoin d'une hypertonie des adducteurs ;
  - ou l'amplitude maximale d'abduction, témoin d'une rétraction des adducteurs (angle < 60°).

La limitation de l'abduction témoigne soit d'une hanche luxée, soit d'une simple rétraction des adducteurs qui peut entrer dans le cadre d'un bassin asymétrique congénital, avec adducteurs controlatéraux rétractés.

Hanches normales  
Amplitude maximale d'abduction

Hanches à risque  
Amplitude maximale d'abduction réduite < 60°

Hanches normales  
Angle d'abduction rapide

Hanches à risque  
Angle d'abduction rapide réduit

Infographie : Pascal Marseaud

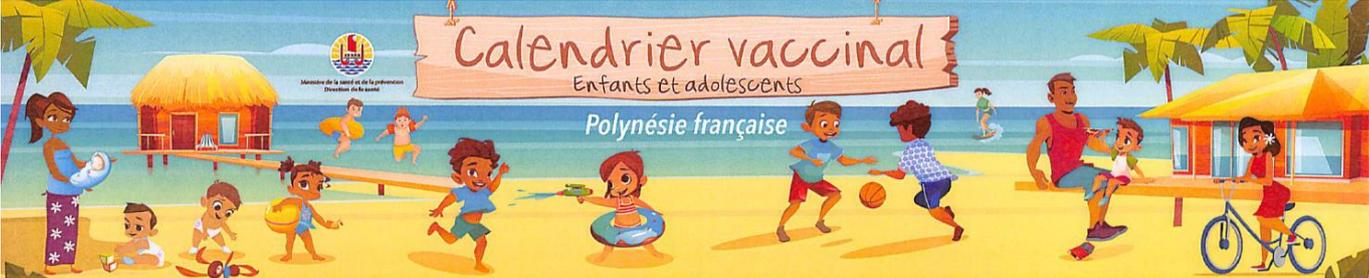
# QUESTIONS DIVERSES

## 1/ L'OBLIGATION VACCINALE (ARRETE N°1349/CM DU 19/07/19)

La vaccination procure une protection individuelle et collective. La majorité des vaccins sont obligatoires. Le BCG est obligatoire jusqu'à 3 mois et fortement recommandé jusqu'à 15 ans.

En cas de réticence à la vaccination, il faut identifier les motifs de refus car la plupart du temps, une explication claire permet de convaincre les parents. Vous pouvez trouver des arguments et des éléments de réponses en visionnant **en ligne** <sup>1</sup>la conférence du professeur MIGLIANI « les enjeux de la vaccination » d'Avril 2018. Si besoin, orienter les parents vers le bureau de prévention des pathologies infectieuses (BPPI) de la Direction de la Santé pour plus d'informations.

**En cas de persistance du refus**, rappeler qu'il s'agit d'une infraction à la loi, qui entrainera un signalement auprès des services sociaux par l'envoi d'une note d'information préoccupante.



		Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	10 mois	12 mois	18 mois	2 ans	5 ans	6 ans	11 ans
<b>Vaccinations obligatoires</b>	Tuberculose	BCG											
	Hépatite B	Hep B	Hep B				Hep B						
	Diphtérie		D		D		D					D	d
	Tétanos		T		T		T					T	T
	Poliomyélite		P		P		P					P	P
	Coqueluche		Ca		Ca		Ca					Ca	ca
	Haemophilus influenzae B		Hib		Hib		Hib						
	Rougeole							R	R				
	Oreillons							O	O				
	Rubéole							R	R				
	Pneumocoque		Pn13	Pn13*	Pn13		Pn13				Pn23** pour les enfants à risque		
<b>Vaccinations recommandées</b>	Grippe saisonnière						Campagnes de vaccination annuelles						

BCG : vaccin contre la Tuberculose obligatoire pour tous les nourrissons jusqu'à 3 mois et recommandé pour les enfants jusqu'à 15 ans  
 Ca : vaccin contre la Coqueluche dose entière d'antigène coquelucheux  
 ca : vaccin contre la Coqueluche dose réduite d'antigène coquelucheux  
 DTP : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite  
 dTP : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite dose réduite d'anatoxine diphtérique  
 Hep B : vaccin contre l'Hépatite B  
 Hib : vaccin contre Haemophilus influenzae B  
 Pn13 : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque  
 Pn13\* : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque injection supplémentaire pour les prématurés et les nourrissons à risque (d'Arrêté)  
 Pn23\*\* : vaccin polysaccharidique 23-valent contre le Pneumocoque pour les enfants à risque (d'Arrêté)  
 ROR : vaccin contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole  
 Arrêté n° 1349/CM du 19 juillet 2019 relatif au programme de vaccination de l'enfant et de l'adolescent en Polynésie française

<sup>1</sup> Conférence disponible sur YouTube à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=y496WA6mhWs&t=118s>

## 2/ LAVAGE DE NEZ

Le lavage de nez est très important. En effet, c'est le seul moyen reconnu efficace pour dégager la sphère ORL. Il permet de prévenir les otites et dégage le nez lors des bronchiolites. Il est désagréable mais indolore.

**Pressez une ou plusieurs dosettes de sérum physiologique dans la narine supérieure, tête bien calée sur le côté, bouche fermée. Le sérum doit ressortir par la narine inférieure. A refaire 4 à 6 fois par jour si l'enfant est malade et avant chaque tétée.**



### **Idée pratique**

Proposer aux parents de faire eux-mêmes le lavage de nez sous votre supervision. Vous pourrez ainsi les aider à maîtriser ce geste pas toujours évident à réaliser.

## 3/ LES COLIQUES [19]

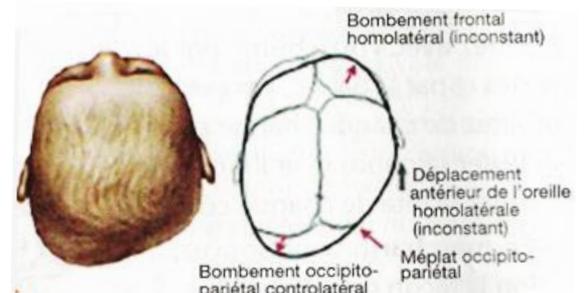
Les coliques sont définies comme des « pleurs durant plus de 3h / jour, pendant plus de 3j / semaine, pendant plus de 3 semaines, chez un nourrisson indemne d'autre maladie ». Les coliques sont très courantes et difficiles à apaiser. Le bébé semble souffrir, il est crispé. Il peut être calmé par un câlin ou la succion. Les coliques se calment en grandissant. **Rassurez les parents.**

## 4/ LA PLAGIOCEPHALIE POSITIONNELLE [20]

C'est une déformation crânienne avec aplatissement asymétrique sur l'arrière ou sur le côté de la tête.

**Limitez au maximum l'appui sur le côté aplati.**

**Alternez les positions en phase d'éveil (soit sur le côté, bien calé soit sur le ventre).**



## 5/ LES SOINS OMBILICAUX [21]

Les soins de l'ombilic sont indolores à la chlorhexidine aqueuse (bien sécher afin de prévenir les infections). Un avis médical est requis en cas de rougeur, saignement persistant, suintement, odeur nauséabonde et/ou persistance du cordon plus de 4 semaines. Il tombe généralement dans les 2 semaines de vie. Si un bourgeon persiste, appliquer légèrement du nitrate d'argent. Si bébé porte un bandage (ta'amu pito), vérifier qu'il n'est pas trop serré.

**Retrouver l'ensemble des messages de prévention  
dans le carnet de santé de la famille.**



# BOITE A OUTILS

## GUIDE ET SUPPORTS DE COMMUNICATION DE LA DIRECTION DE LA SANTE

### Pour les familles :



*Les bons p'tits plats de bébé*



*L'allaitement maternel. Rien de plus naturel*



*Préserver votre enfant des accidents domestiques*



*Pas d'écran pour les enfants avant 3 ans*



*Mon enfant a la diarrhée : Conseils alimentaires*



*Être une femme active et allaiter c'est possible*

### Pour les professionnels :

- Guide pratique pour la mise en place d'ateliers cuisine
- 1 carnet de de santé de l'enfant vierge avec logo de la Polynésie française (pour exemple)

## SUPPORTS ET DOCUMENTS

- Dossier de santé - Protection infantile (Version 2020)
- Dossier de santé dédié aux consultations curatives (à placer en fin du dossier de santé si besoin)
- Certificats de santé et guide de remplissage afférent
- Fiche de signalement « formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger » destiné aux professionnels (F002-CS - Maj du 12/04/2020)
- Kit info « Intoxication par le plomb » pour le dépistage saturnisme
- Note de service sur la prévention de la filariose
- Calendrier vaccinal
- Procédure de délégation de compétence aux IDE pour la vaccination hors présence médicale
- Ordonnance de bilan orthoptie

## MATERIELS

- **Mesure** : Toise pour position couchée + debout, Balance avec précision au 1/10<sup>ème</sup> de kilogramme, ruban métrique gradué en centimètres.
- **Vision** :
  - Ootoscope
  - Test de l'œil de bœuf (Voir CCSPMI pour fourniture)
  - Planche d'images du guide
  - Test de Pigassou
- **Audition** : Jouets sonores de Moatti
- **Troubles du développement (Matériel nécessaire pour tester les acquisitions)**
  - Un abaisse-langue
  - Des cubes (2,5 cm X 2,5 cm X 2,5 cm) ou objets à empiler
  - Des jouets d'imitation (poupée, dinette, boîte à outils, instrument de musique, etc.)
  - Un objet à visser / dévisser (bouteille vide, biberon, etc.)
  - Un imagier (ou la planche d'images du guide)
  - Des stylos ou crayons de couleur et du papier
  - Balle
  - Pot à ECBU avec un bouton coloré à l'intérieur

**En cas de besoin,  
contacter le CCSPMI**

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] J. Labbé, « L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT », p. 21.
- [2] X. Zanlonghi, « GUIDE METHODOLOGIQUE : Protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois », *Union Régionale Médecins Libéraux Bretagne L'Institut Mère L'Enfant Rennes*, mai 2006.
- [3] M. Formarier, « La relation de soin, concepts et finalités », *Rech. Soins Infirm.*, vol. N° 89, n° 2, p. 33, 2007, doi: 10.3917/rsi.089.0033.
- [4] F. Duhamel, *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal, QC: G. Morin, 2007.
- [5] Chantal Pascal et Marie-Claude Daydé, « La relation aidante au quotidien », *Soins Aides-Soignantes*, vol. 5, n° 21, p. 17-18, avr. 2018.
- [6] A. Bioy et A. Maquet, *Se former à la relation d'aide concepts, méthodes, applications*. Paris: Dunod, 2015.
- [7] Fondation pour la Recherche Médicale, « Le mode de garde a-t-il une influence sur le développement des enfants ? », *Fondation pour la Recherche Médicale*, juin 2019. <https://www.frm.org/nos-publications/actualites/garde-enfant> (consulté le juin 30, 2020).
- [8] « Le suivi des enfants de 0 à 6 ans | PédiaDoc ». <http://pediadoc.fr/> (consulté le sept. 09, 2019).
- [9] Centre de consultation spécialisées d'hygiène dentaire, de la Direction de la santé de Polynésie française, « Prévention Bucco-dentaire : Recommandations ». mai 2019.
- [10] Université Médicale Virtuelle Francophone, « Croissance normale et pathologique ». [http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/croissance\\_normale/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/croissance_normale/site/html/1.html) (consulté le sept. 09, 2019).
- [11] Centre de référence maladies endocriniennes rares de la croissance et Hôpital Robert-Debré, « Protocole de mesure ». Consulté le: juin 02, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <http://robertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/137/files/2013/12/Protocole-de-mesures-17022014.pdf>.
- [12] F. Feillet, « Retard de croissance staturo-pondérale », *Rev. Prat.*, p. 6, 2005.
- [13] P. N. N. S. InPES, « évaluer et suivre la corpulence des enfants », p. 12, 2011.
- [14] « Société Française de Pédiatrie et Direction Générale de la Santé - 2009 - Dépistage des troubles visuels chez l'enfant - gui.pdf ». .
- [15] Société Française de Pédiatrie et Direction Générale de la Santé, « Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant - gui.pdf ». 2009.
- [16] L. L. François, « Le dépistage d'une anomalie du développement chez l'enfant avant 3 ans doit tenir compte des nombreuses variations interindividuelles sans inquiéter inutilement les parents. La reconnaissance des signes d'alerte impose d'avoir des repères chronologiques simples et de disposer de quelques objets pour faire réagir l'enfant. », *Rev. Prat.*, p. 7, 2004.
- [17] *Savoir pour sauver quatrième édition*. Place of publication not identified: Unicef, 2010.
- [18] « Haute Autorité de Santé - Luxation congénitale de la hanche : réitérer les examens de dépistage jusqu'à l'âge de la marche ». [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974739/en/luxation-congenitale-de-la-hanche-reiterer-les-examens-de-depistage-jusqu-a-l-age-de-la-marche](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974739/en/luxation-congenitale-de-la-hanche-reiterer-les-examens-de-depistage-jusqu-a-l-age-de-la-marche) (consulté le sept. 09, 2019).
- [19] « Coliques du nourrisson et pleurs de bébé le soir », *mpedia.fr*. <https://www.mpedia.fr/art-decoder-les-pleurs-et-coliques/> (consulté le nov. 18, 2019).
- [20] Haute Autorité de Santé et Conseil National Professionnel de Pédiatrie, « Fiche Mémo - Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson ». [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276\\_fiche\\_memo\\_deformatons\\_craniennes\\_min\\_cd\\_2020\\_02\\_05\\_v11\\_fev.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276_fiche_memo_deformatons_craniennes_min_cd_2020_02_05_v11_fev.pdf) (consulté le juill. 29, 2020).
- [21] « Le cordon ombilical ». [https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0\\_12\\_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-cordon-ombilical](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-cordon-ombilical) (consulté le nov. 18, 2019).

***Direction de la Santé  
de Polynésie française***