

PAI

PROJET D'ACCUEIL

INDIVIDUALISE

# POURQUOI UN PAI?

AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE L'INTEGRATION DES  
ENFANTS ET ADOLESCENTS

AVEC DES

BESOINS DE SANTE SPECIFIQUES

DANS

TOUTES LES INFRASTRUCTURES D'ENSEIGNEMENT ET D'ACCEUIL  
AU LUXEMBOURG

# Quels sont des „besoins de santé spécifiques“?

- Maladies chroniques; Allergies; Diabète; Epilepsie, ...
- Maladies rares
- Handicaps
- Troubles psychologiques ou psychiatriques
- Traitement de longue durée (ex, orthopédique)

# Objectifs majeurs

- Définir l'accueil des enfants
- Assurer la qualité et la continuité de soins
- Harmoniser les procédures au niveau national
- Améliorer la mise en réseau de tous les partenaires impliqués

# Objectifs généraux

Assurer :

- La prise en charge adéquate et adaptée des enfants à besoins
- L'inclusion scolaire et sociale de l'enfant
- La formation adéquate du personnel encadrant
- La gestion quotidienne et d'urgence du besoin de santé

# CADRE LEGISLATIF

- **Droit à la santé**
- Loi 2 décembre et 18 mai 2010, application ( loi de la médecine scolaire)  
Règlement du 24 octobre 2011
- **Droit à l'éducation pour « tout » enfant**
- **Loi obligation scolaire 2009 / inclusion pour tous**
- **Loi du 15 juillet 2011 visant l'accès aux qualifications scolaires et professionnelles des élèves à besoins éducatifs particuliers / aménagements raisonnables**

# MISE EN PLACE

## 1- DEMANDE D'AIDE

Signée par: PARENTS ou PERSONNES INVESTIES DE L'AUTORITE PARENTALE  
ou PAR L'ELEVE si majeur

## 2-MEDECIN TRAITANT

Ordonnances et consignes

## 3-PERSONNEL ENCADRANT

# MISE EN PLACE

## 4. SPECIFICATIONS AU « CAS PAR CAS »

Dépend;

- de la situation particulière de l'enfant
- de la situation particulière de la structure d'enseignement ou d'accueil.

Définit;

- les traitements
- les conditions particulières de l'accueil



# LIMITES

- Interventions consignées par le médecin traitant
- Interventions indispensables pour le bien-être de l'enfant
- Dans le cadre de l'école ou de la SEA

LORSQUE L'ENFANT SE TROUVE EN DEHORS DE LA SURVEILLANCE DES  
PARENTS

ET

SOUS LA RESPONSABILITE DES INFRASTRUCTURES D'ENSEIGNEMENT  
OU D'ACCUEIL

# RÔLE DES INTERVENANTS

- LES PARENTS
- LE MEDECIN
- L'EQUIPE MEDICO-SCOLAIRE
- LES PERSONNES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES D'ENSEIGNEMENT OU D'ACCEUIL

# LES PARENTS

- demandent une aide formelle signée (1ère page du PAI)  
= Délégation des soins  
= autorisent les personnes par leur signature d'agir à leur place  
= autorisent que le document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnels en charge de leur enfant

# LE MEDECIN

- L'indication d'établissement d'un PAI est décidé par le médecin traitant ou spécialiste
  - Ordonnance médicale claire, datée et signée

# L'EQUIPE MEDICO-SCOLAIRE

- implémente et distribue le PAI
- participe aux réunions de concertation
- organise la formation du personnel encadrant
- assure la collaboration entre parents, enfant, médecin traitant, structures d'accueil
- assure le suivi PAI

# INFORMATION SUR PAI

## REUNION DE CONCERTATION/PRESENCES

Nom(s)	Fonction	Signature
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

# LES PERSONNES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES D'ENSEIGNEMENT OU D'ACCEUIL

- > prennent connaissance du PAI et assurent son implémentation
- > appliquent le document ainsi que les consignes données
- > demandent consignes supplémentaires en cas de besoin
- > définissent les circonstances particulières

p.ex.: accueil de la restauration

piscine

sorties

.....

# PAI signés en novembre 2017(mai 2016)

Maladie	Nombre
Allergies alimentaires	548 (304)
Maladies chroniques diverses	420 (202)
Épilepsie	213 (67)
Diabète	172 (35)
Maladies psychiques et troubles du comportement	84
Asthme	102
Maladies cardiaques	46 (15)
TOTAL	1585



# PAI ALLERGIES ALIMENTAIRES

Exemple d'un PAI « allergies alimentaires »



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

Direction de la santé

# PAI ALLERGIES ALIMENTAIRES

Projet d'Accueil Individualisé

Date: .....

PAI initial ☐

PAI de suivi ☐

Nom(s) de l'élève:

Prénom(s):

Matricule:

Cycle/classe:

Etablissement scolaire/SEA:

Adresse:

Commune:

Nom(s) représentant légal/parents:

Adresse:

1.

1.

2.

2.

Téléphone

E-mail:

Maison:

Bureau:

GSM:

Conditions d'accueil

Une copie de ce formulaire est à remettre aux prestataires de restauration collective.

Allergie(s) alimentaire (s) de l'enfant :		
Aliment(s) à exclure :	• .....	• .....
	• .....	• .....
	• .....	• .....

A) Restauration collective, Goûters/Collations

☐ Fournis par les parents

☐ **Régime d'éviction simple** : Les aliments susmentionnés sont exclus comme ingrédients dans le régime alimentaire de l'enfant. ( Des traces des aliments sus-mentionnés sont tolérables)

*Remarque : En fonction du régime prescrit, il revient au gestionnaire/prestataire de restauration de déterminer, ensemble avec les parents, sous quelle forme se fera l'accueil en pratique, tout en respectant les capacités et procédures internes des différentes structures d'accueil.*

☐ **Régime d'éviction stricte** : Les aliments susmentionnés (ingrédients) y compris leur présence fortuite (traces, contamination croisée), sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant.

☐ Panier repas préparé par les parents

☐ menu certifié “sans allergènes”

B) Activités d'arts plastiques, ateliers de cuisine

☐ Le contact avec l'/les aliment(s) énuméré(s) en haut doit être évité :

☐ Aucune restriction

☐ Autres :

C) Autres aménagements éventuels:

.....

.....

.....

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....

CONSIGNES

1) Trousse d’urgence

Contenu	Copie du plan d’urgence	
	Médicaments:	Date de péremption:
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	Autre:	
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire/SEA:	
	Autre:	
Remarques	<p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d’urgence</p> <p><b>EN CAS D’APPEL SAMU L’INFORMER DE CE DOCUMENT</b></p> <p><b>INFORMER LES PARENTS</b></p> <p>LA TROUSSE D’URGENCE DOIT SUIVRE L’ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L’ETABLISSEMENT</p>	

2) USAGE ADRENALINE AUTO-INJECTABLE :

- **oui** ☐ (Si oui, veuillez remplir la page 6)
- **non** ☐ (Si non, veuillez remplir la page 7)

# PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES

## PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

### REACTION SEVERE

- Ma voix change
- J'ai du mal à parler
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal, je fais un malaise

**ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE  
GRAVE. FAITES POUR MOI  
RAPIDEMENT LES BONS GESTES**

#### ➔ 1. **INJECTER LE FASTJEKT ou EPIPEN :**



Enlever le  
bouchon bleu



Placer l'extrémité orange à 5 cm  
en regard de la face extérieure  
de la cuisse à angle droit



Enfoncez fermement jusqu'à  
entendre un déclic et maintenir  
enfoncé pendant 10 secondes



Massez la zone d'injection  
pendant 10 secondes

#### 2. **APPELER LE SAMU 112**

#### 3. **AIDER A RESPIRER :**

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : .....
- corticoïde oral : .....

### REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

**MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN**

- #### ➔
1. Antihistaminique : .....
  2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
  3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....

## PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

### REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir



1. Antihistaminique : .....
2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

**MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN**

### REACTION SEVERE

- Ma voix change et / ou
- J'ai du mal à parler et /ou
- Je respire mal, je siffle, je tousse et /ou
- J'ai très mal au ventre, je vomis et /ou
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête et /ou
- Je me sens mal, je fais un malaise

**ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE  
GRAVE. FAITES POUR MOI  
RAPIDEMENT LES BONS GESTES**

**1. APPELER LE SAMU 112**

**2. AIDER A RESPIRER :**

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : .....
- corticoïde oral : .....

**3. Antihistaminique :** si pas déjà donné pour une réaction légère

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....