

2016-2017

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MEDECINE GENERALE

Le carnet de santé : outil de repérage d'une maltraitance par négligence de soins ?

Etude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers.

GEFFARD Marie

Née le 19 janvier 1987 à Cholet

Sous la direction de Mme MASSON-BELLANGER Cécile

Membres du jury

Monsieur le professeur DUVERGER Philippe	Président
Madame le docteur MASSON-BELLANGER Cécile	Directeur
Madame le professeur BARON Céline	Membre
Madame le docteur DARVIOT Estelle	Membre
Madame le docteur DE CASABIANCA Catherine	Membre

Soutenue publiquement le :
14 septembre 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) GEFFARD Marie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **13/06/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane

Informatique

Médecine

AUTRET Erwan

Anglais

Médecine

BRUNOIS-DEBU Isabelle

Anglais

Pharmacie

CAVAILLON Pascal

Pharmacie Industrielle

Pharmacie

CHIKH Yamina

Économie-Gestion

Médecine

FISBACH Martine

Anglais

Médecine

LAFFILHE Jean-Louis

Officine

Pharmacie

LETERTRE Elisabeth

Coordination ingénierie de formation

Médecine

O'SULLIVAN Kayleigh

Anglais

Médecine

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le professeur DUVERGER Philippe

Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur MASSON BELLANGER Cécile

Merci d'avoir dirigé cette thèse

Merci pour ce sujet passionnant. Ce fût un plaisir de travailler avec vous

Aux membres du jury,

Madame le Docteur DARVIOT Estelle

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Merci pour le stage aux urgences pédiatriques, et d'avoir accepté que je réalise mon recueil de données dans votre service.

Madame de Professeur BARON Céline et Madame le Docteur DE CASABIANCE

Catherine

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Merci pour votre enseignement au cours du DES.

REMERCIEMENTS

A mes parents, merci pour votre aide et votre soutien pendant toutes ces années, d'avoir toujours cru en moi dans les moments difficiles. Un grand merci pour votre présence au quotidien.

A mon frère, Thibaut, tu as su t'épanouir dans ton travail et dans ta vie personnelle. Je suis fière d'être ta grande sœur. Et surtout garde cette douceur bienveillante qui te caractérise.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien

A mes amis,

Anaïs, ton amitié fut plus qu'importante durant toutes ces années et l'est encore bien sûr aujourd'hui. Que de moments importants de nos vies partagés, et encore d'autres à venir. Profites aujourd'hui de ce nouveau bonheur récent. J'espère que nos après-midi thés seront encore très nombreux.

Marie, merci pour ta présence, ton soutien et pour tous ces moments que l'on a partagé.

Et bien sur un grand merci à tes connaissances en Excel.

Clémence, du lycée au banc de la fac, de belles années passées à tes côtés.

Aux Choletais, Angevins, et Manceaux, que de bons moments passés à vos côtés, surtout que ça continue.

A mon maître de stage, Bernard Favreau pour les connaissances transmises et pour m'avoir laissé ma place au cours des consultations.

A mon tuteur, Dr Chaudon, pour m'avoir transmis sa passion de la médecine générale ; et pour m'avoir fait confiance lors de mes premiers remplacements.

REMERCIEMENTS

A toi Antoine, merci pour ton soutien depuis de si nombreuses années (ça y est c'est fait). Merci pour tous ces beaux moments passés à tes côtés, et pour tous ceux qui nous restent à partager.

A toi Louise, merci ma puce d'émerveiller nos journées par ta joie et ta douceur.

*A mamie café,
qui aurait été discrètement fière d'être présente aujourd'hui.*

Liste des abréviations

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

NEGLIGENCE EN 2016

- 1. Définition**
- 2. Historique**
- 3. La négligence de soins**
- 4. La place du médecin**

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Données épidémiologiques générales**
- 2. Résultats de prévalence**
- 3. Prévalence de plusieurs critères réunis**
 - 3.1. Retard vaccinal positif et autre(s) critère(s)
 - 3.2. Absence d'un examen systématique positif et autre(s) critère(s)
 - 3.3. Nomadisme médical positif et autre(s) critère(s)

DISCUSSION

- 1. Limites méthodologiques de l'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Evaluation des critères de recherche**
- 4. Le carnet de santé, un bon outil ?**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

En 2009, The Lancet publiait une étude dans laquelle il était estimé que 10% des enfants seraient victimes de maltraitance dans les pays à haut niveau de revenus. [1]

En 2006, en France, l'observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) a publié les chiffres des enfants en danger incluant les enfants en risque de maltraitance. Ils montrent une progression linéaire depuis 1998 du nombre d'enfants concernés avec un recueil de 98000 en 2006. La comparaison des typologies de maltraitance note une part plus importante des violences psychologiques et des négligences lourdes, passant de 37% à 44% dans ce laps de temps. En 2006, 26% des enfants maltraités sont gravement négligés. [2]

En 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un rapport mettant en avant, l'utilité d'une grille des signes de repérage de la maltraitance infantile ; l'intérêt d'un circuit clair pour les signalements ; et l'importance d'établir des relations avec les professionnels de l'enfance. [3]

A l'aide des recommandations de la « National Institute for health and Clinical Excellence » (NICE) [4], l HAS énumère les signes évocateurs de négligence de soins, regrettant l'absence de test diagnostique rendant complexe la prise de décision dans ces situations.

Aujourd'hui les médecins considèrent le carnet de santé comme un document de travail essentiel [5]. La loi stipule par ailleurs, que les constatations importantes concernant la santé de l'enfant doivent y être notées [6]. Dans son rapport, l HAS décrit l'outil carnet de santé comme pouvant permettre l'identification des facteurs de risque de maltraitance, ainsi qu'une liaison entre les différents professionnels de santé.

Le carnet de santé, par son observation directe, peut-il aider les professionnels de santé à dépister une négligence de soin à l'enfant ?

L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence des signes évocateurs de négligence de soins à enfant possiblement recueillis à la lecture attentive des carnets de santé.

NEGLIGENCE EN 2016

1. Définition

La maltraitance infantile est définie pour la première fois en 1989, par la convention des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies (ONU), comme « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique et mentale d'abandon et de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation y compris la violence sexuelle ». [7]

La définition généralement retenue en France est celle de l'Observatoire Décentralisé d'Action Sociale (ODAS) ; proche de celle de l'ONU : « l'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. » [8]

Dans la littérature, nous retiendrons tout particulièrement les nombreux travaux Québécois, qui incluent le rapport à la norme. Aussi selon le Centre de Liaison sur l'Intervention et le Prévention Psychosociales (CLIPP), la négligence est une défaillance ou un échec dans l'application des normes sociales minimales de soins et d'éducation aux enfants. [9]

C'est Trocmé et coll (en 2005) [10] qui apportent la définition la plus complète à partir de huit aspects caractéristiques qui sont les suivants :

- Défaut de superviser entraînant des sévices physiques. L'enfant souffre, ou est exposé à un risque élevé, de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin, ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment.

- Défaut de superviser entraînant des abus sexuels. L'enfant est ou a été exposé à un risque élevé d'abus sexuel ou d'exploitation sexuelle, et la personne qui en prend soin est au courant ou devrait être au courant de ce risque et ne le protège pas suffisamment.

- Négligence physique. Cette forme de négligence englobe une alimentation ou des vêtements non appropriés ainsi que des conditions de vie insalubres ou dangereuses. Il faut pouvoir prouver ou soupçonner que la personne prenant soin de l'enfant est au moins partiellement responsable de la situation.

- Négligence médicale. L'enfant a besoin de soins médicaux visant à guérir, à prévenir ou à soulager une souffrance ou des sévices physiques, et la personne qui en a la responsabilité, ne lui procure pas les soins, refuse de les lui procurer ou encore, n'est pas libre ou est incapable de donner son consentement pour des soins. Ceci comprend les soins dentaires lorsqu'un financement est disponible.

- Défaut de soins pour un traitement psychologique ou psychiatrique. L'enfant est exposé à un risque élevé de sévices psychologiques, à en juger par son état d'anxiété sévère, son état dépressif, son repli sur soi ou son comportement autodestructeur ou agressif, ou est à risque élevé de troubles mentaux, affectifs ou développementaux qui peuvent sérieusement nuire à son développement. La personne ayant autorité sur l'enfant ne lui procure pas les soins, ou refuse de les lui procurer. Cette catégorie comprend le défaut de soins en cas de problèmes scolaires, tels que des problèmes d'apprentissage et de comportement, ainsi que de soins en cas de problèmes de développement chez un bébé, tels qu'un retard de croissance d'origine non organique.

- Attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel. Un enfant a commis une infraction avec l'encouragement du parent, ou parce que celui-ci ne l'a pas supervisé ou a été incapable de le superviser adéquatement.

- Abandon. Le parent de l'enfant est décédé ou est incapable d'exercer ses droits de garde et ne prend pas les dispositions nécessaires pour assurer les soins et la garde de l'enfant ; ou encore, l'enfant est placé et la personne qui en est responsable refuse ou est incapable d'en assumer la garde.

- Négligence éducative. La personne qui prend soin de l'enfant l'autorise à s'absenter régulièrement de l'école, ne l'a pas inscrit à l'école ou le garde à maintes reprises à la maison. Si l'enfant présente des troubles mentaux, affectifs ou développementaux associés à l'école et que des soins ont été offerts, mais que la personne prenant soin de l'enfant refuse sa collaboration.

La négligence se définit donc davantage par le fait d'omettre plutôt que de commettre. Les négligences relèvent de défauts d'initiatives et d'empathie de certains parents envers leur enfant. Les soins de bases sont mis à défaut. [11]

De manière générale, la négligence peut être vue comme une incapacité du système familial à assumer les tâches de protection, de soins et de socialisation des enfants. Elle renvoie aux situations critiques où la santé physique, le développement social, affectif ou cognitif de l'enfant sont menacés en raison de l'incapacité du parent à répondre à ses besoins fondamentaux, définis sur la base des connaissances scientifiques, des valeurs sociales adoptées par la collectivité dont il fait partie, correspondant à son âge et au contexte social particulier dans lequel évolue sa famille.

En somme, la négligence consiste en l'échec chronique des parents à répondre aux divers besoins de son enfant sur le plan de la santé, de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation, de la sécurité, de la surveillance, de la protection, de la stimulation intellectuelle, de l'éducation ou des émotions, mettant ainsi en péril son développement normal. Contrairement aux autres types de mauvais traitement, c'est par l'absence de comportements bénéfiques à l'enfant plutôt que par la présence de conduites parentales néfastes qu'elle se caractérise. La distinction est majeure.

2. Historique

Pour qu'un problème existe il faut qu'il soit reconnu et nommé. Avant les années 1970, les cas de mauvais traitements envers les enfants étaient considérés comme des incidents isolés, attribuables à des individus cruels, pervers ou agissant sous l'emprise de l'alcool. Notre société n'était pas différente de celles des autres pays occidentaux, qui ont occulté pendant des siècles la douloureuse réalité de la maltraitance envers les enfants, autant à l'échelle de la communauté qu'au sein des familles.

Ce sont les manifestations les plus flagrantes de la maltraitance institutionnalisée envers les enfants qui ont d'abord retenu l'attention au XIXème siècle. Les situations de négligence intrafamiliales ont dû attendre le milieu du XXème siècle pour être reconnues. Les quelques tentatives de sensibilisation précédentes avaient échoué, en raison des conditions de vie et des mentalités de l'époque. Longtemps

le milieu familial a été considéré comme inviolable, l'autorité paternelle comme absolue et l'enfant comme propriété de son père et ne jouissant d'aucun droit. [12]

C'est en 1989 que l'ONU promulgue la convention internationale des droits de l'enfant pour protéger l'enfant de toute forme de mauvais traitement. La France la ratifie en 1990. La législation française est définie par le code de l'action sociale et des familles et par le code civil et prévoit la protection des enfants en risque de danger ou en danger.

La loi du 5 mars 2007 témoigne d'un changement de perspective dans le domaine de la maltraitance infantile. L'accent est mis sur la prévention des situations de danger au regard de l'éducation de l'enfant et des mauvais traitements qu'il subit. Elle garantit aussi une meilleure coordination entre le pôle administratif et le pôle judiciaire. La loi définit 3 axes pour guider les décisions concernant l'enfant : l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux (besoins physiques, intellectuels, sociaux et affectifs), et le respect de ses droits. [13]

La loi du 14 mars 2016 consiste davantage en un renforcement ou une réaffirmation des principes posés par le législateur en 2007. Ce qu'il faut noter, c'est qu'elle apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfance. Elle place l'enfant au centre de l'intervention. Le but est de promouvoir les droits de l'enfant et de se centrer sur son meilleur intérêt et sur « la perspective de bientraitance comme moteur de chaque action ». [14]

3. La négligence de soins

On parle de négligence par carence de soins si un parent ne veille pas au bon développement de l'enfant, s'il est en position de le faire, dans le domaine de la santé.

L'HAS, en octobre 2014, dans sa recommandation « maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » [3] incite les professionnels de santé à rechercher une maltraitance par négligence, en repérant une négligence de soins. Elle s'appuie sur les travaux du NICE [4], qui alerte les médecins devant des parents ne parvenant pas : à administrer un traitement essentiel prescrit à leur enfant; à

emmener l'enfant en consultation pour les visites de suivi essentielles ainsi que pour les vaccinations et les examens de santé systématiques; à recourir aux soins médicaux pour leur enfant alors que son état de santé le nécessite, y compris pour une douleur persistante; à recourir à un traitement pour les caries dentaires de leur enfant.

4. La place du médecin

D'après le bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins, seuls 5% des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical ; alors que l'on sait que tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé. Les médecins ont pourtant l'obligation de réaliser un signalement devant une situation d'enfant en danger ou en risque de le devenir. [15]

Lorsqu'on interroge les médecins généralistes sur cette réalité, ils disent se sentir souvent seuls, démunis face à ces situations. Ils pointent souvent du doigt leur manque de connaissance que ce soit sur les différents signes de maltraitance ainsi que sur les différents organismes de protection des enfants. La méconnaissance sur la maltraitance par négligence est encore plus importante ; de plus seulement 67 % des médecins interrogés considèrent le défaut de soin et d'attention comme de la maltraitance alors qu'ils sont 94,5% à considérer la violence physique comme de la maltraitance. [16]

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du soignant expliquent la nécessité pour les professionnels de santé de disposer d'informations claires et précises pour les aider au repérage de la maltraitance en général et de la maltraitance par négligence chez l'enfant.

Le carnet de santé est-il un bon outil de repérage à des contextes de négligence de soins, invitant le professionnel à s'alerter sur cette question ?

MÉTHODES

Notre premier objectif était de réaliser une étude d'observation cas témoin. Nous aurions pu comparer la présence des signes évocateurs de négligence de soins présents dans les carnets de santé d'enfants placés pour négligence à l'Aide Sociale à l'Enfance, par rapport aux carnets de santé des enfants de la population générale.

L'accès aux carnets de santé des enfants placés a été refusé.

A défaut, nous avons réalisé une étude quantitative, transversale, descriptive, par observation des carnets de santé des enfants (de 0 à 16 ans) se présentant aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers du 13 au 17 avril 2015.

Une grille a été construite à partir des données de la littérature et d'hypothèses cliniques rencontrées professionnellement (Annexe 1). Ainsi nous avons retenu la présence/absence de 3 signes principaux et 2 signes secondaires hypothétiques :

- Le retard vaccinal tel que nommé dans le NICE [4]. Cependant devant l'absence de données bibliographiques sur la définition d'un retard vaccinal, nous avons décidé de retenir la présence d'un retard vaccinal en cas de retard supérieur à 6 mois pour au moins un des vaccins obligatoires ou recommandés avant 2 ans (en prenant en compte DTPC, Haemophilus, hépatite B, pneumocoque et ROR) ; et en cas de retard supérieur à 1 an pour les vaccins devant être réalisés après 2 ans en prenant en compte le DTPC uniquement.
- L'absence de visite de suivi systématique tel que nommé dans le NICE [4]. Le nombre d'absence n'étant pas défini, nous avons retenu le nombre d'au moins un des examens obligatoires du 9eme et du 24eme mois non remplis.
- un nomadisme médical certain tel que nommé dans le NICE [4]. Le nomadisme médical n'étant pas défini clairement nous avons retenu un nombre de tampons de médecins différents ≥ 10 .
- Un aspect très négligé du carnet de santé de l'enfant : odeur, saleté, page(s) arrachée(s).
- Un nombre d'hospitalisations inscrites dans le carnet de santé ≥ 3 (hors maladie chronique).

Pour les caries dentaires il n'est pas habituel en France de les noter dans le carnet de santé ; nous n'avons donc pas retenu ce signe.

Nous avons réalisé le recueil de données du 13 au 17 avril 2015 à l'accueil des urgences pédiatriques du CHU d'Angers. L'auteure, alors interne aux urgences pédiatriques, présente de 9h à 19h, s'assurait d'une autorisation signée d'un des parents, après explication orale de l'étude. La lecture des carnets de santé s'est faite sur place, permettant le remplissage de la grille (Annexe 1) sauf pour les vaccinations dont les pages étaient photocopiées et agrafées à la grille correspondante. L'anonymat était respecté dès cette première étape. Le carnet était alors restitué aux parents.

La commission des thèses n'a pas jugé nécessaire de consulter le comité d'éthique.

Pour cette étude quantitative, l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les résultats ont été convertis en données numériques : noté 1 pour signifier la présence du critère recherché et 0 pour l'absence du critère recherché. Ainsi le logiciel a pu calculer la prévalence pour chaque signe.

L'étude a permis d'établir la prévalence pour chacun des cinq signes retenus précédemment comme indicateur de négligence de soins dans la population étudiée, puis de rechercher la prévalence de plusieurs critères réunis.

RÉSULTATS

1. Données épidémiologiques générales

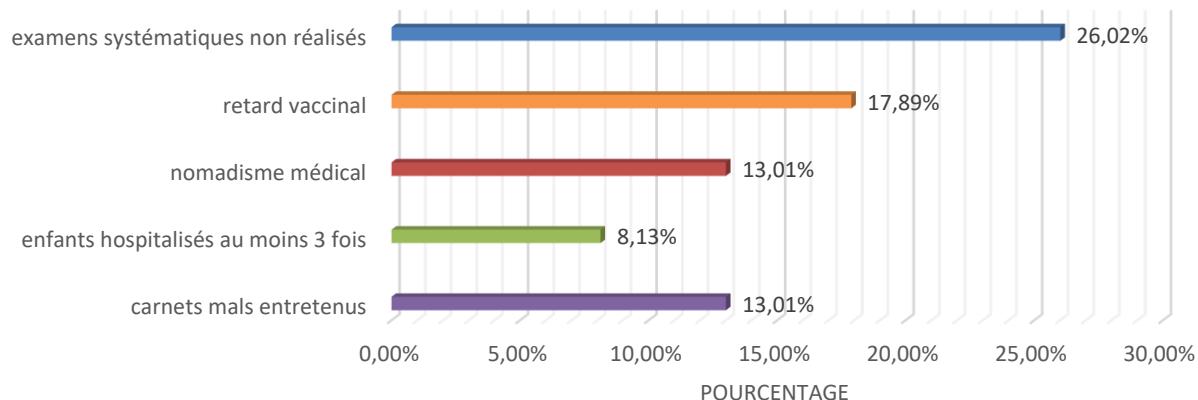
Du 13 au 17 avril 2015, 211 enfants ont été accueillis aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers entre 9h et 19h. 123 d'entre eux avaient leur carnet de santé. L'auteure prenait un temps d'explication concernant la question de thèse et demandait l'autorisation écrite (Annexe 2) des parents d'observer le carnet de santé de leur enfant. Tous ont accepté. 123 carnets de santé ont pu être analysés, soit 58,2% de l'ensemble des entrées. La population étudiée correspond aux carnets de santé des 123 enfants.

L'âge moyen des enfants est de 4,15 ans.

59 enfants sont des garçons (soit 47,9%) et 64 des filles (soit 52,1%) ; ce qui correspond à un sex-ratio H/F de 0,92.

2. Résultats de prévalence

Figure 1 : Prévalence des signes évocateurs de négligence de soins



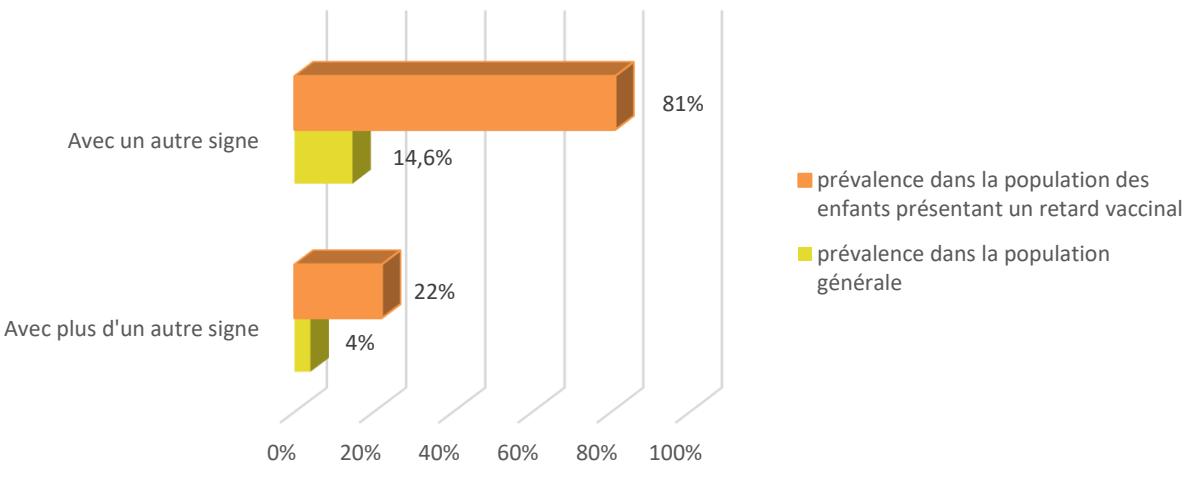
- L'absence de la réalisation d'au moins un examen obligatoire systématique a été retrouvée 32 fois soit 26%.
- La présence d'un retard vaccinal a été identifiée 22 fois, soit 17,8 %.
- 16 carnets de santé montrent que l'enfant a consulté au moins 10 médecins différents soit 13%.
- 10 enfants ont été hospitalisés au moins 3 fois (hors enfants présentant une maladie chronique) soit 8,13%.
- 16 carnets de santé sont mal entretenus soit 13%.

Chaque signe indicateur de négligence est donc retrouvé dans l'observation directe des carnets de santé. L'absence de la réalisation d'au moins un examen obligatoire est le plus fréquent pour plus d'un quart des carnets de santé étudiés. Le nombre d'hospitalisations supérieur ou égal à 3 fois est le moins fréquent avec moins d'un enfant sur dix concerné. Le nomadisme médical et le carnet de santé mal entretenu sont observés chez un peu moins d'un enfant sur 8. Le retard vaccinal est présent chez un peu plus d'un enfant sur 5.

3. Prévalence de plusieurs critères réunis

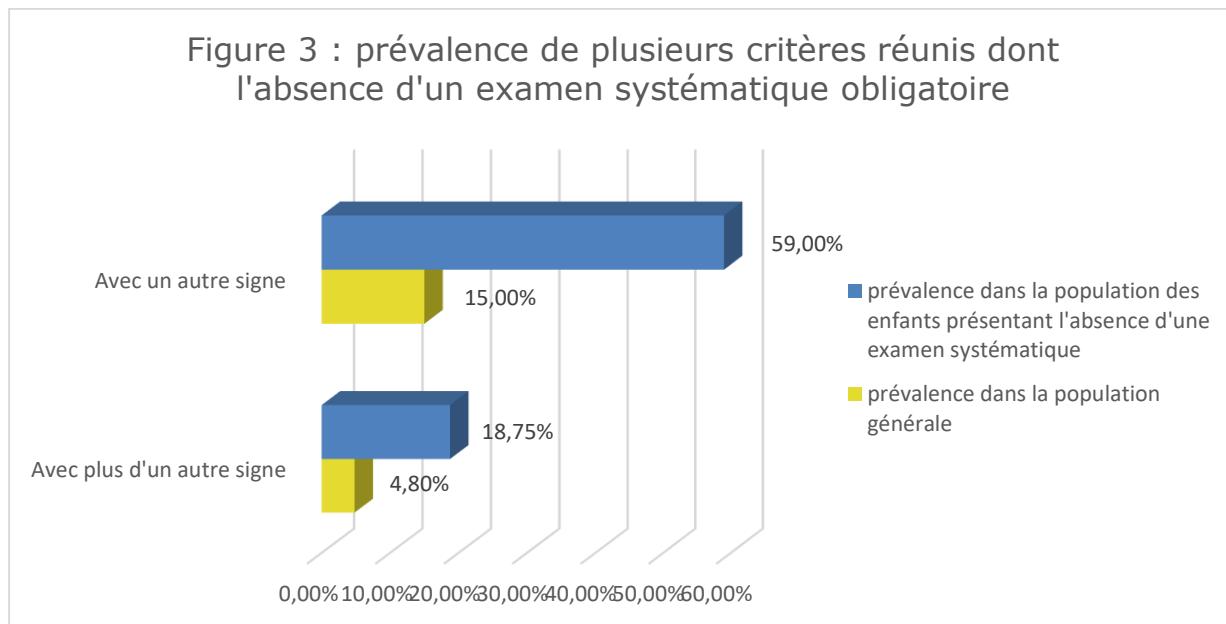
3.1 Retard vaccinal positif et autre(s) critère(s)

Figure 2 : Prévalence de plusieurs critères réunis dont un retard vaccinal



Si on s'intéresse aux 22 enfants présentant un retard vaccinal, soit 17,8% de la population étudiée, on note que 18 présentent au moins un autre signe de négligence, soit 81% des retards vaccinaux et 14,6% de l'ensemble de la population étudiée. 5 enfants présentent au moins 2 signes supplémentaires de négligence, soit 22% des retards vaccinaux et 4% de l'ensemble de la population étudiée. Donc un retard vaccinal sur 5 est associé à deux autres signes évocateurs.

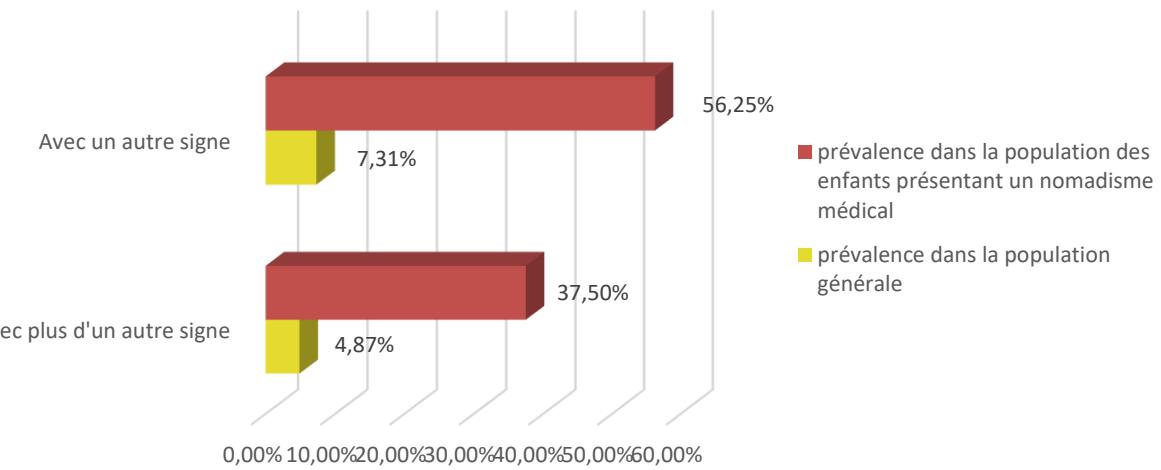
3.2 Absence d'un examen systématique positif et autre(s) critère(s)



Pour les 32 carnets de santé (26%) où on note l'absence d'au moins un des examens systématiques obligatoires, 19 d'entre eux présentent au moins un autre signe, soit 59% des enfants dont l'un des examens n'a pas été réalisé, et 15% de l'ensemble de la population étudiée. Dans 6 de ces carnets de santé, on note la présence d'au moins deux autres signes évocateurs de négligence, soit 18,75% des carnets avec un examen systématique non réalisé, et 4,8% de l'ensemble de la population étudiée.

3.3 Nomadisme médical positif et autre(s) critère(s)

Figure 4 : prévalence de la présence de plusieurs critères dont le nomadisme médical



Pour les carnets de santé qui montrent un nomadisme médical, soit 13% de la population étudiée, la présence d'au moins 1 signe supplémentaire de négligence est repérée dans 9 carnets de santé, soit 56,25% des carnets dont on note la présence d'un nomadisme médical, et 7,31% de l'ensemble de la population étudiée. Dans 6 carnets, on relève la présence d'au moins 2 signes supplémentaires de négligence, soit 37,5 % de ceux présentant un nomadisme médical et 4,87% de l'ensemble de la population étudiée.

3.4 Présence d'au moins 3 des 5 critères

La prévalence des enfants présentant au moins 3 des 5 signes évocateurs dans leur carnet de santé est de 6,5% (soit 8 enfants), ce qui est supérieur à la prévalence d'un retard vaccinal associé à au moins 2 autres critères (4%), supérieur à la prévalence d'absence d'examen systématique associé à au moins 2 autres critères (4,8%), et enfin supérieur à la prévalence d'un nomadisme médical associé à au moins 2 autres critères (4,87%).

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence la prévalence des signes potentiellement évocateurs de négligence de soins présents dans les carnets de santé des enfants se présentant aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers du 13 au 17 avril 2015.

1. Limites méthodologiques de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de vacances scolaires pour des raisons d'organisation. Cependant cette période a connu une moindre affluence aux urgences pédiatriques, entraînant un recueil de carnets de santé inférieur aux projections. En effet le nombre moyen d'entrées sur la période choisie a été de 70,8/24h ; alors qu'il était de 86,2/24h la semaine précédente.

Cette étude a été monocentrique. Elle a concerné uniquement la population des urgences pédiatriques d'Angers. Une étude sur plusieurs centres ou élargie aux cabinets de médecine générale aurait permis une meilleure représentation des carnets de santé de la population pédiatrique générale.

Le recueil des carnets de santé a été réalisé par une seule et même personne, l'auteure. Cela n'a pas permis de couvrir l'ensemble des entrées sur 24 heures, avec une vacance du recueil entre 19h et 9h.

2. Population étudiée

La population étudiée était celle des urgences pédiatriques du CHU d'Angers. Dans notre population la répartition concernant le sexe de l'enfant est de 47,9% de garçons et de 54,1% de filles. Ce sex ratio est différent de la population générale puisque l'INSEE publie qu'en 2015, en France métropolitaine, il y avait 51,1% garçons de 0 à 19 ans et 48,9% de filles de 0 à 19 ans. [17]

Les caractères socio-économiques de la population des urgences pédiatriques du CHU d'Angers ont fait l'objet d'une thèse publiée en 2014 [18]. Les résultats de cette étude montraient par rapport à la

population générale : une proportion légèrement plus élevée de foyers pauvres (selon la définition de l'INSEE) ; un taux de chômage plus important et une proportion plus élevée de foyer bénéficiaires de la CMU (20% vs 4,8% département Maine et Loire vs 6% France métropolitaine). Le taux de précarité est donc plus important chez les usagers des urgences pédiatriques du CHU Angers que dans la population générale.

Dans le rapport d'élaboration de l'HAS sur la maltraitance chez l'enfant [3], il est noté que le niveau socio-économique des parents peut être apparenté à un facteur de risque de maltraitance. L'analyse de la littérature internationale montre que le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue de la maltraitance est diversement apprécié, même si pour la majorité des auteurs, les mauvais traitements surviennent plus fréquemment dans les familles pauvres. Mais il est aussi spécifié que la pauvreté est difficile à mesurer de façon standardisée et universelle.

Le rapport NAVES-CATHALA de juin 2000 [19] s'est intéressé au facteur « précarité » dans les situations d'accueil provisoire ou de décision de placement. Ils notent que sur les 114 situations qu'ils ont étudiées, ils n'ont pas constaté de famille ayant des ressources supérieures à 10 000 francs par mois. Le plus souvent ces ménages vivaient de prestations diverses : allocations familiales, RMI ... Ils précisent que les décisions d'accueil provisoire ou de placement n'ont pas été prises du seul fait de la pauvreté des familles. En reprenant les différentes causes de séparation pour les situations analysées, la carence éducative arrive au premier rang.

Anne Tursz, dans l'une des rares études françaises menées en population générale, a identifié les cas de maltraitance avant l'âge de 2 ans et constaté que, dans les familles concernées, la fréquence de la pauvreté et de l'exclusion était de 87%. [20]

Dans le lieu d'étude de la population, la précarité étant plus importante que dans la population générale, le risque de négligence serait plus élevé.

3. Evaluation des critères de recherche

L'un des principaux biais de notre étude relève de l'absence de définition scientifiquement reconnue du retard vaccinal, du nomadisme médical, et d'un excès d'hospitalisation.

Il a été décidé subjectivement, en lien avec l'expérience professionnelle, par l'auteure et la directrice, pour chacun de ces critères, un seuil critique au-delà duquel il paraissait possible de considérer un risque de négligence. Les recherches bibliographiques n'ont pas permis de croiser ces seuils avec les données de la littérature avant le recueil de données.

Depuis, concernant le retard vaccinal, une étude a été publiée en 2016, visant à déterminer le retard vaccinal potentiellement préjudiciable chez les enfants de moins de 2 ans. Cette étude a été réalisée avec 37 experts français de la vaccination infantile. Ils ont déterminé pour chacune des 10 doses de vaccins recommandés avant 2 ans le retard préjudiciable. Pour les deux premières doses à 2 et 4 mois (comprenant DTPC, Hépatite B, Haemophilus et pneumocoque) ils estiment un retard préjudiciable à 15 jours. Pour les vaccins de 11 mois qui sont les mêmes qu'à 2 et 4 mois, ils placent le retard préjudiciable à 2 mois. Concernant le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, ils estiment qu'un retard de 1 mois pour la première dose et 6 mois pour la deuxième dose est préjudiciable. [21]

Nous nous étions basé sur un retard vaccinal plus important, car nous avions estimé un retard vaccinal à 6 mois pour tous les vaccins réalisé avant 2 ans. Dans notre étude, les enfants présentent donc un retard vaccinal réellement préjudiciable. Si cette étude avait été réalisée avant notre recueil de données et que nous avions utilisé ces chiffres, notre prévalence du retard vaccinal aurait été plus importante. Cependant cela permet de considérer le retard supérieur à 6 mois comme pouvant réellement évoquer une négligence de soins.

Concernant les examens systématiques de l'enfant, ils constituent une méthode de prévention. Ils se concentrent surtout au cours des 6 premières années de vie avec 20 examens pris en charge par la sécurité sociale, dont 3 sont obligatoires, avec délivrance de certificat médical : examens du 8eme jour, du 9eme mois et du 24eme mois ; suivi minimal en deçà duquel une négligence de soin est pensable.

Sur les carnets de santé analysés, le taux de non réalisation d'au moins un examen obligatoire est de 26,02%. Le ministère des Affaires Sociales et de la Santé a publié le taux de couverture en 2012 des examens systématiques obligatoires. Pour l'examen du 8eme jour, le taux de couverture en France métropolitaine est de 83%, et de 87,3% en Maine et Loire. Le taux de couverture de l'examen du 9eme mois, est de 39% en France Métropolitaine, et de 55,7% en Maine et Loire. Le chiffre continue de diminuer pour l'examen du 24ème mois avec un taux de couverture en France Métropolitaine de 31,6%, et de 46,7% en Maine et Loire. [22-24]

Dans notre étude le taux moyen de réalisation des 3 examens est de 73,98%. Les chiffres publiés par le ministère correspondent au nombre de formulaires reçus par les médecins départementaux de PMI. Le taux de réception des formulaires n'est pas un bon indicateur de la réalité du taux de réalisation des examens. L'étude directe des carnets de santé est donc un indicateur plus précis de la réalité.

4. Le carnet de santé, un bon outil ?

Notre étude est basée uniquement sur les données du carnet de santé. Est-il un bon outil ? Les informations concernant la santé de l'enfant sont-elles bien répertoriées ? Une étude publiée en 2003 [5] avait pour objectif d'évaluer l'informativité du carnet de santé de l'enfant en France. L'analyse portait sur les informations concernant le score d'Apgar, le développement staturo-pondéral, le développement psychomoteur, l'enregistrement des consultations médicales et des hospitalisations, et la traçabilité des vaccinations. Il en ressort qu'il existe encore de nombreuses lacunes dans l'enregistrement des données, surtout chez les enfants les plus grands. Notamment sur l'enregistrement des consultations et des hospitalisations, car la dernière consultation médicale ou hospitalisation n'était pas notée dans 5 à 10 % des cas, alors que le carnet de santé était disponible. On peut donc penser que la prévalence du nomadisme médical et du nombre important d'hospitalisations a pu être sous-évaluée dans notre étude.

Comment améliorer l'utilisation par les professionnels de santé du carnet de santé pour qu'il puisse devenir un bon outil de dépistage de la négligence ?

CONCLUSION

Les signes évocateurs de négligence de soins sont bien retrouvés dans les carnets de santé analysés. La prévalence est différente pour chacun de ces critères : absence de la réalisation d'au moins un examen systématique dans 26% des carnets de santé ; présence d'un retard vaccinal dans 17,8% des cas ; présence d'un nomadisme médical dans 13 % des cas ; dans 8,13% des carnets de santé l'enfant avait été hospitalisé plus de 3 fois ; et 13% des carnets étaient mal entretenus. Pour 6,5% des enfants il a été noté la présence d'au moins 3 critères. L'observation du carnet de santé est donc un outil informatif pour le repérage ciblé de la négligence de soins, et devrait inviter le professionnel à une vigilance accrue dans le suivi de l'enfant concerné. Le choix d'un médecin traitant de l'enfant possible depuis décembre 2016, diminuerait le nomadisme médical et donc la négligence du médecin dans le suivi de l'enfant. Cependant le carnet de santé serait-il mieux complété ?

Il serait nécessaire d'élargir notre travail à une étude cas-témoins en comparant les carnets de santé des enfants suivis pour carence éducative à ceux de la population générale. Informer et former les professionnels de santé au repérage de la négligence de soins, par l'observation du carnet de santé est une autre perspective de notre travail.

En mars 2017, un plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants a été publié [25]. Il préconise un meilleur dépistage de la maltraitance avec notamment la mise en place de médecins référents dans tous les hôpitaux, qui peuvent jouer un rôle majeur en matière de repérage des violences et de dépistage de la maltraitance. On reste néanmoins surpris que les médecins libéraux ne soient pas nommés dans ce plan. Ils ont aussi un rôle important à jouer dans le dépistage de la maltraitance faite aux enfants.

Il serait intéressant de pouvoir intégrer dans le plan interministériel, l'importance de la lecture du carnet de santé dans le dépistage de la négligence. Actuellement, un travail de thèse sur l'intérêt de l'utilisation du carnet de santé par les pédiatres et les généralistes, est en cours dans le Maine et Loire ; ce qui

pourrait venir renforcer l'idée qu'il est important de s'intéresser au carnet de santé au cours des consultations et ainsi mieux dépister la maltraitance par négligence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009 ;373(9657) :68-81.
2. La lettre de l'ODAS décembre 2006. Document consulté sur le site http://odas.net/IMG/pdf/200612_lettreEnfance_Dec06.pdf
3. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration octobre 2014.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. Update february 2014. London: RCOG; 2014.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/cg89-when-to-suspect-child-maltreatment-full-guideline2>
5. Dommergues JP. Carnet de santé : informativité et confidentialité. Archives de pédiatrie 11(2004) : 42-45.
6. Document consulté sur le site <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171130&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
7. Document consulté sur le site http://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf
8. Document consulté sur le site :
http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf
9. La négligence envers les enfants. Bilan de connaissance. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale. Avril 2008. Document consulté sur le site http://www.clipp.ca/images/documents/bilans/BilanConnaissances_negligence.pdf
10. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, & al. (2005). Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants _ 2003 : Données principales. Ottawa, ON : Ministre des travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2005, pp 39-41.

11. Duverger P, Chocard AS, Malka J, Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie. Pédiopsychiatrie de liaison. Edition Elsevier Masson.
12. Labbé J. Maltraitance des enfants _ perspectives historiques. Santé, Société et Solidarité (2009), volume 8, pp 17-25.
13. Document consulté sur le site
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000823100&categorieLien=id>
14. Document consulté sur le site
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
15. Maltraitance des enfants : ouvrir un œil et intervenir. Le bulletin de l'ordre national des médecins. (2015) numéro 38 : 17-22
16. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes Grenoble : Université Joseph Fourier. Faculté de Médecine de Grenoble ; 2012.
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/708587/filename/2012GRE15047_el-hanaoui-atif_hasna_1_D_.pdf
17. INSEE. Estimation de la population au 1er janvier 2016.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
18. Ferme D. Consultations aux urgences pédiatriques : caractéristiques socioéconomiques et parcours de soins de 104 enfants accueillis au CHU d'Angers. Université d'Angers. Faculté de médecine. 2014. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20010954/20143117/fichier/3117F.pdf>
19. Naves P, Cathala B. Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001642.pdf>
20. Tursz A, Gerbouin-Réolle P. Enfants maltraités, les chiffres et leur base juridique en France. Edition Lavoisier.
21. Gras P, Bailly AC, Lagrée M, Dervaux B, the GPIP and Infovac-France partners, Martinot A. What timing of vaccination is potentially dangerous for children younger than 2 years. Human vaccines and Immunotherapeutics. Volume 12 (2016) Issu 8 : 2046-2052.

22. Document consulté sur le site <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8eme-jour-cs8-2012>
23. Document consulté sur le site <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-deuxieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-9eme-mois-cs9-2012>
24. Document consulté sur le site <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-troisieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-24eme-mois-cs24-2012>
25. Plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.
Document consulté sur le site http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1: prévalence des signes évocateurs de négligence de soins	11
Figure 2 : prévalence de plusieurs critères réunis dont un retard vaccinal.....	12
Figure 3 : prévalence de plusieurs critères réunis dont l'absence d'un examen systématique obilgatoire.....	13
Figure 4 : prévalence de plusieurs critères réunis dont le nomadisme médical.....	14

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
INTRODUCTION.....	1
NEGLIGENCE EN 2016.....	3
1. Définition.....	3
2. Historique.....	5
3. Négligence de soins	6
4. La place du médecin.....	7
MÉTHODES	8
RÉSULTATS.....	10
1. Données épidémiologique générales	10
2. Résultats de prévalence	11
3. Prévalence de plusieurs critères réunis.....	12
3.1. Retard vaccinal positif et autre(s) critère(s)	12
3.2. Absence d'un examen systématique positif et autre(s) critère(s)	13
3.3. Nomadisme médical positif et autre(s) critère(s)	14
3.4. Présence d'au moins 3 des 5 critères	14
DISCUSSION	15
1. Limite méthodologique de l'étude	15
2. Population étudiée	15
3. Evaluation des critères de recherche.....	17
4. Le carnet de santé, bon outil ?	18
CONCLUSION.....	19
BIBLIOGRAPHIE	21
LISTE DES FIGURES.....	24
TABLE DES MATIERES.....	25
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : grille de recueil de données

Date de naissance : / /

Sexe : ♂ M

Retard Vaccinal significatif oui non

Si oui sur quelle(s) vaccination(s) ?

—

—

—

—

Carnet de santé mal entretenu (mauvaise odeur, sale, déchiré..)

Oui no

Nombre d'hospitalisations notées dans le carnet de santé :

Nombre de tampons de médecins différents :

Examens obligatoires non remplis (9eme et 24eme mois) :

Oui Non

Annexe 2 : Autorisation parentale

Je soussigné(e)..... autorise le CHU d'Angers à utiliser les données du carnet de santé de mon enfant.

Signature :

RÉSUMÉ

GEFFARD Marie

Le carnet de santé : outil de repérage d'une maltraitance par négligence de soins ?

Etude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU D'Angers

INTRODUCTION : D'après une étude publiée dans THE LANCET, 10% des enfants seraient victimes de maltraitance dans les pays à haut niveau de revenus. En France en 2006, 26% des enfants maltraités sont gravement négligés. Le carnet de santé pourrait-il être un bon outil pour le dépistage de la négligence de soins ? Nous recherchons la prévalence des signes évocateurs de négligence que l'on peut retrouver dans les carnets de santé.

METHODE : Nous avons réalisé une étude quantitative, transversale, descriptive, par observation des carnets de santé des enfants se présentant aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers du 13 au 17 avril 2015. Il était recherché la présence d'un retard vaccinal, de l'absence de la réalisation d'au moins un des examens systématiques obligatoires, d'un nomadisme médical, d'un nombre important d'hospitalisation, un carnet de santé mal entretenu.

RESULTATS : 211 enfants ont été accueillis, dont 123 avec leurs carnets de santé. L'âge moyen était de 4,15 ans. Le sex ratio H/F était de 0,92. La prévalence de l'absence d'au moins un examen systématique était de 26% ; un retard vaccinal était présent dans 17,8% ; un nomadisme médical était retrouvé dans 13% des cas ; 8,13% des enfants avaient été hospitalisés plus de 3 fois ; et 13% des carnets de santé étaient mal entretenus. La prévalence des enfants présentant au moins 3 des 5 signes évocateurs dans leur carnet de santé était de 6,5%.

CONCLUSION : Les signes les plus susceptibles d'évoquer une négligence de soins sont l'absence d'au moins un examen systématique obligatoire, la présence d'un retard vaccinal, et la présence d'un nomadisme médical. L'observation du carnet de santé est donc un outil informatif pour le repérage ciblé de la négligence de soins, et devrait inviter le professionnel à une vigilance accrue dans le suivi de l'enfant concerné.

Mots-clés : négligence ; maltraitance ; carnet de santé

The child health record : could it be a tool for detecting abuses through care negligence ? Research study carried out in the pediatric emergencies of CHU Angers

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to a research study published on THE LANCET, 10% of children are victims of mistreatment in high-income countries. In France, in 2006, 26 % of abused children who are severely neglected. Could a child health record booklet be an useful tool for screening for care negligence? we will search for the prevalence of evocative signs of negligence that can be found in personal health records.

METHODS: From 13 to 17 April 2015, we conducted a quantitative, cross-sectional and descriptive study by observing child health record booklets of children who came in the pediatric emergency department of CHU d'Angers. During this observation, we looked for the presence of a vaccine delay, the absence of at least one of the compulsory systematic examinations, a medical nomadism, a large number of hospitalisations and poorly maintained child health record log.

RESULTS: Over 211 received, only 123 of them brought their health records. The average age was 4.15 years old. The sex ratio was 0.92. The prevalence of at least a systematic review was 26%; Vaccine delay was present in 17.8%; A medical nomadism was found in 13% of cases; 8.13% of children had been hospitalised more than 3 times; And 13% of health records were poorly maintained. The prevalence of children with at least 3 of the 5 evocative signs in their health record was 6.5%.

CONCLUSION: The most likely signs of care negligence are the absence of at least one compulsory systematic examinations, the presence of vaccine delay, and finally the presence of medical nomadism. The observation of the child health record booklet is therefore an informative tool for targeting the negligence of care and should tempt medical professional to a high vigilance in the follow-up of this child.

Keywords : négligence ; mistreatment ; child health record booklet