

Université Paris Diderot-Paris 7

Faculté de médecine Xavier-Bichat

Année 2010

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Élise COTASSON

Née le 22 aout 1981 aux Lilas (93)

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2010

**EVALUATION DE LA DERNIERE VERSION DATANT DE 2005
DU
CARNET DE SANTE DES ENFANTS
PAR DES
MEDECINS GENERALISTES PARISIENS**

Jury:

Président :	Professeur Antoine BOURRILLON
Directrice de thèse :	Docteur Pascale SANTANA
Assesseurs :	Professeur Albert FAYE
	Professeur Philippe LABRUNE
	Professeur Dominique LUTON

DEDICACE

A notre président de Jury,

Monsieur le Professeur Antoine BOURRILLON

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous vous en remercions et vous témoignons notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A notre directrice de thèse,

le Docteur Pascale SANTANA,

Merci pour votre disponibilité, votre confiance. Nous vous adressons toute notre reconnaissance pour tous les bons conseils et l'attention portée à notre travail et espérons ne pas vous décevoir.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Albert FAYE,

Vous avez accepté de siéger parmi nos juges. Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Philippe LABRUNE,

Vous nous avez encadré durant notre stage dans votre service de pédiatrie. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail, et vous en sommes reconnaissante.

Monsieur le Professeur Dominique LUTON,

Vous avez accepté de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous portez, et vous témoignons notre profonde reconnaissance.

DEDICACE

A mon frère, qui a consacré de longues heures pour m'aider à retranscrire les entretiens et égayé notre labeur de son humour mordant,

A mes parents qui m'ont soutenue tout au long de mes études. Merci pour votre présence aimante et encourageante. Sans vous, je n'y serais pas arrivée,

A mes grands-parents pour leur éternelle jeunesse et leur permanente bonne humeur,

A ma tante loin de nous par la distance mais toujours présente dans mes pensées,

A ma grand-mère qui n'est plus là pour voir l'aboutissement,

A ma belle-famille que j'ai toujours beaucoup de plaisir à retrouver

A mes amis,

A Jean-Marie.

**EVALUATION DE LA DERNIERE VERSION
DATANT DE 2005
DU
CARNET DE SANTE DES ENFANTS
PAR DES MEDECINS GENERALISTES
PARISIENS**

Table des Matières

Liste des abréviations	7
 <u>I - Introduction</u>	
A. Avant-propos	9
B. Objectifs de la thèse	9
 <u>II - Historique du carnet de santé des enfants</u>	
A. Les prémices (avant 1945)	12
B. De 1945 à 1995: naissance et évolution	
1. Naissance de la PMI	13
2. Les modifications jusqu'à 1995	15
C. Une nouvelle mission du carnet de santé	
1. La version de 1995	
a. Circonstances d'apparition	17
b. Les nouveaux apports	18
2. La version de 2005	
a. Vers une refonte du CSE	21
b. Présentation du carnet et de ses modifications	23

III - Méthode

A. Choix de la méthode: qualitative versus quantitative ?	31
B. Application de la méthode	
1. Échantillon choisi	32
2. Technique de recueil des données	33
3. Rédaction des questionnaires	34
C. Méthode d'analyse des données	36

IV - Résultats

A. Connaissance de la nouvelle version du CSE par les médecins généralistes	38
B. Utilisation du CSE par les médecins généralistes	39
C. Que représente le CSE pour les médecins généralistes ?	40
D. Opinion concernant le CSE	
1. Opinion générale	41
2. A propos de la présentation	
a. Points positifs	41
b. Points négatifs	42
3. A propos du contenu	
a. Points positifs	43
b. Points négatifs	43
E. Un thème particulier: la confidentialité	
1. Le CSE permet-il de conserver la confidentialité ?	45
2. Le manque de confidentialité vous pose-t-il problème ?	46
F. La formation au nouveau CSE	47

G. La communication avec les parents	48
H. Les suggestions d'améliorations	
1. Concernant la présentation	
a. Les onglets	49
b. Les vaccinations	49
c. Les allergies et pathologies au long cours	50
d. Deux propositions générales	51
e. Propositions diverses	51
2. Concernant le contenu	
a. L'alimentation	52
b. Le développement psychomoteur	52
c. Les informations hospitalières/consultations spécialisées	53
d. Suggestions diverses	53
3. Les suppressions proposées	54
4. Concernant la conservation du secret médical	55
5. Divers	55

V - Discussion

A. Biais de l'étude

1. Biais de sélection	58
2. Biais de contexte	58
3. Suggestions de corrections	59

B. Les items passés inaperçus

60

C. Le paradoxe

61

VI – Conclusion

63

VII – Bibliographie

68

LISTE DES ABBREVIATIONS

CSE : carnet de santé de l'enfant

MST : maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la santé

DGS : Direction Générale de la Santé

FMC : Formation médicale continue

CRH : Compte-rendu d'hospitalisation

CRO : Compte-rendu opératoire

CCNESVS : Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences
de la Vie et de la Santé

I - INTRODUCTION

I - Introduction

A. Avant –propos

Le carnet de santé des enfants est un outil de suivi médical ancré dans la pratique des médecins depuis de nombreuses années, et dont la nécessité et l'utilité pour maintenir les enfants en bonne santé ne se discutent plus.

(1)(2)(3)(4)(5)(6)

Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi tout au long de l'histoire de la médecine. En effet, le carnet de santé n'est apparu qu'en 1945 suite à l'ordonnance du 2 novembre 1945 bien que l'idée d'un tel objet ait vu le jour plus d'un demi siècle avant (4). Celui-ci a, par la suite, vécu de multiples modifications. L'avant-dernière version de 1995 a bénéficié de plusieurs études d'évaluation et de plusieurs thèses contrairement à celui de 2005 distribué à partir de 2006. (1)(4)(7)

B. Objectifs de la thèse

Compte-tenu de l'évolution permanente des connaissances médicales et des mentalités, il est nécessaire d'adapter régulièrement le CSE à ces changements. Il est important également d'améliorer sa présentation afin d'accroître le recours à son utilisation.

Partant de toutes ces constatations, il me paraissait intéressant d'effectuer

une évaluation de la dernière version de 2006 auprès de médecins généralistes parisiens. De cette évaluation, je cherche à faire émerger des suggestions d'améliorations possibles.

II - HISTORIQUE
DU
CARNET DE SANTE

II - Historique du CSE

A. Les prémices du CSE (avant 1945)

Dès le XIX^{ème} siècle, un peu partout en Europe, on retrouve la trace d'ébauches de CSE. A cette époque, la population française doit faire face à 3 fléaux : la mortalité infantile, la tuberculose, la syphilis (4). La mortalité infantile n'est plus acceptable en France pour bon nombre de personnes : médecins, pharmaciens, politiciens... Ceux-ci comprennent alors qu'une meilleure maîtrise de la santé des enfants et un meilleur suivi passent par la transmission d'informations, pour améliorer la coordination des soins autour de l'enfant.

Le CSE comprend deux types d'informations :

Premièrement des informations destinées au médecin : suivi du poids et de la taille des enfants, du développement psychomoteur, des antécédents médicaux, événements pathologiques marquants...

Et deuxièmement, des informations à titre éducatif destinées aux parents : conseils d'hygiène, d'alimentation, de suivi de la courbe staturo-pondérale, langage, marche...

C'est à la suite de ce constat que de multiples initiatives sont prises pour développer des carnets de suivi. Chacune diffère par la présentation et les informations recueillies mais toutes sont orientées vers l'amélioration du suivi de l'enfant. Ainsi, de nombreuses initiatives vont voir le jour, issues

d'origines très variées : médecins et pharmaciens bien sûr, mais également ingénieurs, industriels, intellectuels...

Dès 1867, un des pionniers, le Dr Fonssagrives veut constituer des «Annales de la santé des enfants» et ceci en mettant les mères à contribution : celles-ci doivent se faire les observatrices de leur enfant malade dans l'idée de seconder le médecin. L'ingénieur Lescasse conçoit «Les carnets de Bébé» accompagnés d'un graphique où les mères devront reporter le poids et la taille tout au long de la croissance, initiative qui aura le plus grand succès en terme de durée d'utilisation et de nombres de personnes l'utilisant. Des pharmaciens éditent leur propre livret, des firmes comme Nestlé et Gallia également. L'écrivain Louise Hervieu entreprend une campagne acharnée en faveur du CSE. Elle crée l' «Association Louise Hervieu pour l'établissement du carnet de santé», qui milite également pour une éducation des femmes concernant les maladies vénériennes, dans l'idée d'enrayer la syphilis grande cause de morbi-mortalité infantile.

Mais ces initiatives précoces font face à une grande réticence de la part du monde médical qui craint que le secret professionnel ne soit pas respecté; et que les parents soient en quelque sorte « sous surveillance ».

Finalement, il ne faudra pas loin d'un siècle pour qu'un carnet national voie le jour et obtienne un cadre légal. (4)(5)(7)

B. De 1945 à 1995 : naissance et évolution

1. Naissance de la PMI

En 1945, le Journal Officiel du 5 novembre constate que «la mortalité infantile atteint en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer. Depuis quarante ans des efforts persévérants avaient fait tomber la mortalité infantile des enfants de moins de un an de 15 à 6.5% en 1938. Depuis cette date, la mortalité infantile a cessé de décroître et a même dangereusement remonté. Au début de 1945, dans certains secteurs, elle a même atteint le taux effrayant de 22% soit presque le quart des naissances. C'est, pour la France, une question de vie ou de mort que de l'enrayer dans le plus bref délai». De là, l'ordonnance du 2 novembre 1945 numéro 45-2720 (article L 163 du code de la santé publique), en 51 articles, organise la Protection Maternelle et Infantile en lui donnant un cadre légal et des structures et moyens adaptés à l'objectif de lutte contre la mortalité infantile. Elle fixe 26 consultations obligatoires jusqu'à l'âge de 6 ans. Elle fixe également (article 19 de l'ordonnance) l'apparition d'un carnet de santé des enfants national devant être distribué obligatoirement par le maire ou éventuellement les PMI à la naissance de chaque enfant. Certaines informations sont rendues obligatoires: les résultats des examens radiologiques et sérologiques, les vaccinations et injections de sérums, les maladies épidémiques et contagieuses définies par la

loi du 15 février 1902. Ce carnet comporte en outre, en première page des informations concernant l'alcoolisme et la tuberculose, fléaux de l'époque, puis des conseils d'hygiène pour la stérilisation du lait, sur l'importance de l'apport en sels minéraux et vitamines par les jus de fruits, les antécédents prénataux, néonataux et familiaux, les transfusions. Puis on trouve les courbes biométriques (poids et taille). Une page est consacrée au développement psychomoteur, les incidents et maladies pouvant survenir, le tout partagé en 4 périodes: 0 à 2 ans, 2 à 6 ans, 6 à 14 ans et 14 à 20 ans. Une page est réservée aux interventions chirurgicales, d'autres à des schémas dentaires. Et enfin, une partie est réservée à l'âge adulte. (4)(6)(7)(8)

2. Les modifications jusqu'à 1995

Le modèle suivant est établi en 1957 avec le concours de la commission de la maternité et de la commission de l'enfance du conseil permanent d'hygiène sociale. Seule persiste l'obligation de noter les vaccinations, les 2 autres items obligatoires disparaissent. Les courbes de poids et taille disparaissent du fait de leur caractère illisible dans la version de 1945. La présentation est changée.

En 1970, en vue d'améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes avec handicaps notamment mentaux, sensoriels et moteurs, la loi numéro 70-633 du 15 juillet prévoit la délivrance obligatoire d'un certificat de santé comportant une liste des affections invalidantes que le médecin était tenu de déclarer. La commission de l'enfance créée par la secrétaire d'État à la Santé

en 1967 avait pour mission de déterminer l'âge et le nombre des certificats obligatoires. Elle les fixe au nombre de 3: 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois. Le nombre d'examen obligatoires est au nombre de 20 avant 6 ans ce qui permet un suivi et dépistage plus précis des éventuelles pathologies infantiles.

La version de 1972 rétablit les courbes biométriques avec indication d'une courbe de normes. On introduit un arbre généalogique, des indications sur la fratrie. L'aspect change.

En 1974, on ajoute les courbes de périmètre crânien, des bilans de santé de la période scolaire qui sont obligatoires et une part relativement importante est donnée à des conseils concernant l'environnement de l'enfant: le logement, le nombre de pièces, l'eau courante, salle d'eau, télévision, WC, voiture... L'arbre généalogique disparaît. Les pages des certificats sont duplicables. La présentation change à nouveau.

Le carnet de 1978 met l'accent sur les éléments de législation concernant les droits des usagers et notamment ceux de la loi numéro 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et de la loi numéro 78-753 du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs. Il est rappelé l'usage fait des certificats, la décision de supprimer, avant que l'enfant atteigne 6 ans, les données nominatives enregistrées le concernant, la possibilité pour les parents, d'exercer auprès des services de la PMI, leur droit d'accès aux données concernant leurs enfants, de les rectifier et de les mettre à jour.

En 1985, pour bien identifier les différentes parties du carnet, des couleurs apparaissent. Puis, jusqu'à 1995, pas de modification majeure. (4)(6)

C. Une nouvelle mission du carnet de santé

1. La version de 1995

a. Circonstances d'apparition

Progressivement, au fur et à mesure des changements effectués, apparaît l'idée qu'il pourrait ne pas être uniquement un dossier médical et un outil de santé publique (cf les 3 certificats obligatoires des 8ème jour, 9ème et 24ème mois) mais également un outil d'éducation des parents.

Par ailleurs, depuis les débuts de ce carnet, on assiste à des allers-retours concernant l'implication des parents dans son remplissage. Après une période où il était plutôt aux mains du monde médical, on voit réapparaître dans les années 90 le souci de réappropriation du CSE par les parents.

On note également une réexacerbation du souci de risque de rupture du secret médical, ce d'autant que plusieurs études ont montré le manque de vigilance des parents vis-à-vis du caractère confidentiel de ce carnet.

Dans cette ambiance, la Direction générale de la santé le 17 juillet 1990 lance une enquête pour tester l'intérêt du public sur le CSE, son utilisation actuelle, sa perfectibilité, les attentes. Cette enquête a été menée auprès de 3 groupes : les mères de jeunes enfants et adolescents, les adolescents, les

médecins (PMI, généralistes, pédiatres). Elle confirme que le CSE est un outil de suivi sanitaire reconnu par tous et que les modifications à y apporter, relèvent de sa mise à jour et de l'amélioration de sa présentation.

De novembre 1993 à décembre 1994, pour réaliser les adaptations requises, un groupe de travail réunissant des représentants des ministères (santé, éducation nationale, jeunesse et sport), des médecins de PMI, et de la DDASS, des experts en pédiatrie, des représentants de l'INSERM est constitué. L'avis de l'académie de médecine a été recueilli.

Ainsi le nouveau modèle est fixé par l'arrêté du 2 mars 1995, signé par Simone Veil et Philippe Douste-Blazy et distribué à partir de septembre 1995. (3)(4)(6)

b. Les nouveaux apports

Les améliorations, compte-tenu des préoccupations du moment, portent :

- *sur la mise en valeur de la confidentialité:*

Est spécifié explicitement en première page que seuls les certificats de vaccination sont exigibles en dehors d'une consultation médicale et qu'il est possible de présenter le CSE ouvert aux pages correspondantes. Il est aussi précisé que lorsqu'il est remis a un tiers, il doit être mis sous enveloppe fermée avec mention «secret médical» dessus.

- *sur la modification de la présentation :*

Il est désormais daté. Des rappels aux âges clé de vaccination sont notés. Il comprend 16 pages supplémentaires avec répartition du nombre de pages en

fonction des âges modifiée selon avis des utilisateurs.

- *sur une plus grande implication des parents avec ajout d'encarts éducatifs:*

- sanitaires: plusieurs pages de conseils simples aux parents apparaissent concernant le rythme de vie du bébé, son environnement (danger du tabac), son alimentation, son repos (prévention de la mort subite du nourrisson par indication de la position de sommeil du nourrisson), les signes qui doivent motiver une consultation médicale.

- sur l'hygiène et la santé buccodentaire: schémas dentaires numérotés selon la numérotation internationale recommandée par l'OMS et conseils d'hygiène (brossage de dents, limitation des sucreries...).

- sur le dépistage précoce des troubles auditifs et visuels qui doit être consigné aux examens des 4ème, 9ème et 24ème mois.

- sur la santé des adolescents: abordant les problèmes spécifiques de cette période et incitant les jeunes à s'approprier le carnet.

- sur la lutte contre les accidents domestiques: conseils en cas de brûlure, empoisonnement...

- *sur l'ajout ou la mise à jour d'informations jugées utiles:*

- mesure du segment supérieur (distance joignant le plan des ischions au vertex),
- courbes de corpulence avec indice de Quételet. Celles-ci sont introduites devant l'augmentation de la prévalence de

l'obésité et la réapparition de signes de dénutrition dans les populations avec difficultés économiques. Réactualisation des courbes biométriques (introduction des percentiles en remplacement des déviations standards, adaptation à l'accroissement séculaire de la taille).

- évaluation de l'alimentation à l'endroit de l'examen de 10-12 ans, reposant sur la répartition des aliments en 4 grands groupes. La consommation journalière est exprimée en portions. La consommation idéale signalée par un carré vert.
- Apparition d'un examen orienté vers la pratique d'activités sportives vers 10-12 ans.

- *sur des modifications des vaccinations :*

Celles-ci sont reportées à la fin du carnet de santé pour les retrouver plus aisément. Mise à jour du calendrier vaccinal (introduction des vaccins contre l'hépatite B et l'haemophilus), petits encarts signalant aux âges concernés les vaccins à faire. (9)(10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)

Par la suite, des évaluations de ce modèle ont été faites. Entre autre, la thèse d'Elodie FAUGERON-CAZAUX (6) qui étudie la connaissance qu'en ont les médecins généralistes et leur utilisation de cette nouvelle version. Il en ressort que 18% des médecins interrogés ne connaissent et n'utilisent pas ce

nouveau carnet. Parmi les 82% restant, ils l'utilisent de façon très insuffisante entre autre la courbe de corpulence (28% la remplissent), le mesure du segment supérieur (28%), l'examen orienté vers la pratique d'activités sportives, le dépistage des troubles neurosensoriels sont très peu effectués (cf. thèse de Jean-Benoît DAUPHIN (5))... Les conseils sanitaires, d'hygiène et de santé buccodentaire sont très inégalement utilisés. La page concernant les accidents domestiques n'est pas utilisée dans 68% des cas. Quant aux pages concernant la santé des adolescents, elles sont très décriées et considérées comme étant passées à coté de leur objectif. Les raisons évoquées à cette méconnaissance sont: le manque de temps en premier, de facilité d'utilisation (difficulté à trouver un item en particulier), de formation et d'informations sur le sujet.

Ségoène MAQUET-GUYOT dans sa thèse (3), étudie l'autre versant c'est-à-dire la connaissance et l'utilisation par les parents du CSE. Les résultats des interrogatoires montrent que les parents sont bien conscients de l'utilité du CSE mais seuls 7 sur 10 savent qu'ils ont le droit d'écrire dans ce carnet et finalement, peu le font réellement. La notion de confidentialité est passée complètement inaperçue. Les encarts sanitaires sont très appréciés pourtant 4 parents sur 10 ne les lisent pas.

Ces informations et d'autres problématiques font envisager une refonte du CSE dès 2004.

2. La version de 2005

a. Vers une refonte du carnet de santé

Rappelons le cadre légal de cette refonte. Le code de Santé Publique, par son article L. 2132-1 prévoit la délivrance pour tout enfant, lors de la déclaration de naissance, d'un carnet de santé dont le modèle et le mode d'utilisation sont déterminés par arrêté interministériel. L'article L. 2112-2-6 prévoit que le service départemental de PMI « doit organiser l'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L.2121-1, L.2122-2, L.2132-1 et L. 2132-2. ». Par ailleurs, la loi numéro 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, précise en effet ces droits. Le secret médical est plus que jamais d'actualité. La personne soignée peut s'opposer au secret «partagé» et, chose nouvelle, il est précisé qu'elle a droit à l'information et au respect de ses décisions.

D'autre part, le contexte social et médical ayant évolué depuis 1995, il convenait de réactualiser le carnet en fonction de ces nouvelles données.

Un comité de pilotage, mis en place par l'arrêté du 18 mai 2004 a réuni: des pédiatres (Société française de pédiatrie, Association française de pédiatrie ambulatoire), des généralistes (Union régionale des médecins libéraux, Collège national des généralistes enseignants), des médecins des PMI, de santé scolaire, une sage-femme, un néonatalogiste, des représentants des usagers (UNAF), de la santé publique (Société française de santé publique) et des sciences sociales et des représentants institutionnels. Celui-ci avait pour but d'organiser la refonte. Il aboutira à l'arrêté du 13 décembre 2005 relatif à la forme et au mode

d'utilisation du carnet de santé, publié au Journal Officiel de la République Française. Les nouveaux carnets voient donc le jour le 1^{er} janvier 2006.

(4)(18)(19)(20)

b. Présentation du carnet et de ses modifications

- modifications concernant la forme :

Le nouveau modèle du carnet de santé est du même format que le modèle précédent et comporte le même nombre de pages, mais quelques nouveautés visent à le rendre plus facile à utiliser. Les onglets permettent un accès plus rapide à partir du sommaire aux différentes rubriques. L'utilisation d'illustrations, de pictogrammes et de couleurs améliore la lisibilité de l'ensemble.

- modifications concernant le contenu :

Sur la page de garde, le nom et prénom de l'enfant ainsi que sa date et lieu de naissance sont à noter. Il est clairement rappelé que toute information doit y être inscrite avec l'accord des parents et est soumise au secret médical. Nul ne peut exiger sa présentation et si on doit le confier, c'est sous enveloppe fermée marquée «secret médical».

La 2^{ème} page note les adresses successives de l'enfant avec les numéros des médecins qui le suivent ainsi que les numéros du SAMU et d'urgence européens.

La 3^{ème} page est consacrée à la table des matières et à l'explication des

différents logos figurant tout au long du carnet de santé.

Les pages 4-5-6 sont nouvelles et concernent la mention d'affections au long cours avec date du diagnostic, nom du médecin suivant l'enfant et les coordonnées en cas d'urgence. Apparaît la mention d'allergie alimentaire, médicamenteuse ou autre. Sur la 6^{ème} page, les parents sont encouragés à signaler à leur médecin les principaux antécédents familiaux. Mais ils ne sont plus invités à les inscrire dans le carnet car cette rubrique était souvent remplie de manière inexacte ou peu pertinente et posait la question de la confidentialité des informations médicales.

Un encadré attire l'attention des parents sur le risque familial d'allergie.

La page 7 concerne la période prénatale nouvelle également. Sur cette page, le médecin reportera, avec l'accord de la mère, les renseignements essentiels au suivi de l'enfant :

- la parité,
- le groupe sanguin maternel et le taux d'agglutinines irrégulières,
- les sérologies obligatoires réalisées : toxoplasmose, rubéole et antigène HBs. D'autres sérologies peuvent être mentionnées, toujours avec l'accord de la mère, si leur inscription paraît nécessaire au suivi de l'enfant (hépatite C, CMV...),
- la prise par la mère de médicaments au cours de la grossesse,
- les échographies anténatales : indiquer à cet endroit, en particulier, la date de la dernière échographie et, si nécessaire, le calendrier des contrôles à prévoir.

Les pages 8, 9, 10 et 11 reprennent la période périnatale et les informations déjà présentes en 1995 : date, heure, lieu, poids, taille et périmètre crânien de naissance, conditions de l'accouchement, les dépistages biologiques systématiques de la naissance, l'examen clinique de la 1^{ère} semaine, la courbe de poids du 1^{er} mois en rappelant bien aux parents l'importance d'une pesée régulière de leur nourrisson. Suivent pages 12 à 17, des conseils sur le rythme de vie du bébé, la promotion de l'allaitement maternel, des conseils de préparation d'un biberon; l'accent est mis sur la prévention de la mort subite du nourrisson, des conseils de sécurité au domicile et en voiture puis sont notés les signes qui doivent faire évoquer précocement un trouble sensoriel.

Les pages de la croissance recèlent plusieurs nouveautés.

Premièrement, tout au long du carnet de santé, sont notés en bas des pages de suivi, des repères de développement de l'enfant en fonction de l'âge concerné, permettant aux parents d'avoir une idée de la croissance normale d'un enfant. Avant chaque consultation, un espace est dédié aux parents puis plus tard à l'enfant, pour qu'ils notent leurs observations ou questions, et favoriser le dialogue avec les professionnels de santé.

Une double page individualisée pour l'examen du 2^{ème} mois est apparue pour permettre d'aborder avec les parents les nombreuses questions qu'ils peuvent se poser à ce moment (ex: l'allaitement et en particulier l'allaitement au sein pour les mères qui reprennent le travail, le sommeil, le développement du bébé...). Cela correspond au début des vaccinations (voir calendrier vaccinal), et est l'occasion de dépister les dépressions du post-partum (un

encadré avertit des symptômes qui peuvent l'évoquer et faire consulter) et les troubles précoces de la relation entre la mère et l'enfant.

A l'examen du 9ème mois, on commence à rechercher des signes de saturnisme avec un examen orienté vers le développement moteur. On recherche une réponse négative à la répétition de syllabe, au pointage, au jeu de « coucou, le voilà » (*jeu connaissant de nombreuses variantes au cours desquelles le visage de l'adulte est dissimulé puis dévoilé à l'enfant, provoquant le rire*) qui pousserait à revoir rapidement l'enfant pour l'adresser à un spécialiste si nécessaire.

L'examen du 24ème mois met l'accent sur les signes évoquant un trouble du développement. Les signes suivants ont une valeur d'alerte chez l'enfant de moins de 3 ans et doivent conduire à consulter rapidement un spécialiste: l'absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois, absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots (non-écholaliques) à 24 mois, perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

Un examen détaillé de la 3ème année a été introduit pour compléter l'examen sensoriel et l'évaluation de l'évolution du langage.

Pour l'examen de la 6ème année effectué par un médecin scolaire, un test de langage est ajouté.

Un autre examen individualisé est ajouté à l'âge de 8 ans. Il permet d'insister sur l'importance d'examen réguliers axés sur la prévention chez l'enfant, après l'âge de prise en charge par la PMI (enfants de 0 à 6 ans).

Cet examen est l'occasion d'effectuer des dépistages ou de suivre des anomalies déjà dépistées. C'est en particulier à cet âge qu'on pourra explorer :

les troubles du langage écrit (des « difficultés » scolaires ont pu être notées sans mener à des explorations), les pubertés précoces. S'il y a déjà à l'examen des signes pubertaires, l'âge d'apparition doit être noté.

Tout au long de ces pages de suivi, sont émaillées des recommandations, conseils, informations diverses :

- conseils en cas de fièvre, diarrhée, vomissements et gêne respiratoire, ceux-ci placés juste après l'examen du 2ème mois.
- avant la période 4-9 mois, on retrouve des repères d'introduction des aliments de 0 à 3 ans.
- avant la période 9-16 mois, sont notés des conseils de protection (soleil, animaux, portes, produits dangereux, pharmacie, prises électriques et appareils dangereux, noyade), surveillance (fenêtre, sac plastique, casserole, four, escaliers, objets coupants), conduite à tenir en cas de brûlure et inhalation de corps étrangers.
- avant la 3ème année: sont notés des repères des consommations pour les enfants de 3 ans jusqu'à l'adolescence issus du Programme National Nutrition Santé. Et nouveauté, on y donne des renseignements sur la date d'apparition des dents, des conseils d'hygiène buccodentaire (brossage régulier et précoce des dents, pas de boissons sucrées en dehors des repas), la consultation d'un chirurgien-dentiste dès 3 ans est recommandée sachant que les pages 82 et 83 sont dédiées aux examens

buccodentaires obligatoires de 6 et 12 ans. L'Accent est mis sur l'intérêt de la supplémentation fluorée.

- pour la période 10-13 ans et 14-18 ans, les pages s'adressent directement à l'enfant ou pré-adolescent et l'engage à s'approprier son carnet et à prendre en charge sa propre santé. On l'encourage à consulter en cas de symptômes évocateurs de dépression (qui sont précisés), ou en cas de difficultés scolaires ou de troubles alimentaires. Des informations concernant les MST, la contraception, sont présentes. On retrouve également des conseils de sécurité routière, des mises en garde contre la consommation de substances psycho actives (tabac, alcool, cannabis...). Ensuite on retrouve les habituelles courbes de poids, taille, périmètre crânien (jusqu'à 36 mois) et corpulence jusqu'à 18 ans, les courbes des filles séparées de celles des garçons.

Les pages 84 et 85 sont destinées à reporter chaque hospitalisation (ce qui est une nouveauté) ainsi que les traitements par produits sanguins.

La page 86 consigne les examens de radiologie.

Les pages 90 à 93 sont les doubles pages faisant office de certificats de vaccination. Elles sont maintenant devenues un document CERFA. La première double page est réservée aux vaccins BCG, contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae b*. La deuxième double page est réservée aux vaccins contre le pneumocoque, le VHB, la rougeole, les oreillons et la rubéole, ce qui constitue une innovation. Certains mots ont été

traduits en anglais (coqueluche, rubéole, rougeole, oreillon, ROR). Le calendrier vaccinal avec la mise à jour de 2005 est rappelé.

Les 2 dernières pages du carnet concernent les maladies infectieuses et comprend 3 tableaux. Un reprenant le statut clinique ou immunitaire pour les maladies à prévention vaccinale. L'objectif est d'y inscrire le diagnostic de pathologies pour lesquelles il existe une prévention vaccinale, ainsi que le résultat de la recherche éventuelle d'anticorps spécifiques pour ces maladies, même en dehors d'un contexte clinique évocateur (varicelle, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche...).

Le 2ème, intitulé: «Maladies contagieuses et épidémiques», reprend les pathologies contagieuses pour lesquelles il n'existe pas de prévention vaccinale (exanthème subit...).

Le 3ème, intitulé: «Exploration lors d'un contage tuberculeux suspecté», permet de noter les IDR effectuées si nécessaires.

Le carnet termine en rappelant le caractère confidentiel de ce document ainsi que les articles du code de la santé publique relatif à la forme et la distribution du carnet de santé. (21)(22)

III - METHODE

III - METHODE

A. Choix de la méthode quantitative versus qualitative ?

La recherche en médecine générale s'appuie principalement sur 2 types de méthodes : la méthode quantitative et la méthode qualitative.

La recherche clinique quantitative s'intéresse habituellement à des questions biomédicales. Elle met à l'épreuve des hypothèses sur les relations causales entre des variables quantifiées. La question expérimentale qui en résulte consiste à se demander si une variable (par exemple une intervention) en affecte quantitativement une autre (par exemple la santé) et exige une réponse par « oui » ou « non ». Elle permet d'obtenir des statistiques chiffrées.

La recherche qualitative examine et décrit des phénomènes sociaux à propos desquels il existe peu de présupposés. Elle décrit et interprète ces phénomènes, en termes de signification, et participe à leur compréhension.

La recherche quantitative débute avec une idée, une hypothèse. Elle répond à la question « combien de X ? » Elle utilise un raisonnement hypothéticodéductif.

La recherche qualitative commence avec l'intention d'explorer un phénomène.

Elle répond à la question « qu'est-ce qu'est X ? » Elle utilise un raisonnement inductif. Elle est souvent définie de façon réductrice, en référence ou en

opposition à la recherche quantitative car elle ne cherche pas à quantifier ou énumérer. Elle ne mesure pas mais consiste à recueillir des données verbales

permettant une démarche interprétative et de définir des tendances.

C'est un terme générique qui regroupe des perspectives extrêmement diverses sur le plan des bases théoriques, des techniques de recueil et d'analyse des données.

Cette méthode est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale qui étudie souvent des facteurs difficiles à mesurer, complexes. Elle permet de répondre à bon nombre de questions soulevées par la pratique en médecine générale auxquelles la recherche quantitative ne peut pas répondre.

Cependant, les 2 méthodes ne sont pas à l'exclusion l'une de l'autre mais peuvent être complémentaires et, combinées, permettent une étude plus large et plus détaillée d'une question. (23)(24)(26)

Ainsi pour mon étude, j'ai choisi la méthode qualitative. En effet, le sujet abordé (que pensent les médecins généralistes de la nouvelle version du carnet de santé ?) rejoint le ressenti des médecins, leur expérience personnelle, leur opinion. Par ailleurs, les précédentes évaluations du carnet de santé ont plutôt utilisé la méthode quantitative et il me paraît intéressant d'avoir une nouvelle approche à l'occasion de cette thèse afin de faire émerger des suggestions pratiques pour optimiser l'utilisation du carnet de santé.

B. Application de la méthode

1. Échantillon choisi

Pour mon étude, j'ai choisi d'effectuer les questionnaires auprès de médecins généralistes installés dans Paris intramuros. Je les ai randomisés dans l'annuaire téléphonique de Paris. Au final, j'en ai sélectionné un par arrondissement afin d'avoir des médecins travaillant dans des quartiers avec milieux socioculturels différents. Sur 20 entretiens programmés initialement, 19 médecins seront effectivement disponibles, seul celui du 13ème arrondissement ne pourra se libérer. Il y aura 6 femmes pour 13 hommes, de 30 à 66 ans.

2. Technique de recueil de données

Après avoir choisi la méthode qualitative, il convient de choisir une technique de recueil des données. Il en existe 4 :

- L'entretien individuel :
 - *structuré* : un enquêteur remet un questionnaire structuré, c'est une technique proche de la recherche quantitative,
 - *semi structuré* : composé de questions ouvertes,
 - *compréhensif* : aborde un ou deux sujets mais de manière approfondie.
- L'entretien de groupe ou focus group (habituellement considéré comme une technique d'entretien semi structuré)
- L'observation *directe* :
 - *participante* si le chercheur s'intègre dans la vie quotidienne du groupe étudié. Elle-même *explicite* ou *implicite* selon que le groupe étudié est informé ou non du fait que l'observateur participant est aussi chercheur.
 - *non participante* quand le chercheur adopte une position d'observateur externe.

- L'observation *indirecte* :

- *analyse de conversation*,

- *analyse documentaire*.

(23)(25)

J'ai choisi d'utiliser la technique d'entretien semi structuré. Ainsi, je me suis rendue au cabinet de chaque médecin pour effectuer les entretiens suivant un questionnaire préétabli selon des règles détaillées plus bas. Pour obtenir leurs réponses dans leur intégralité, je les enregistre sur mon ordinateur portable au moyen du logiciel Audacity, après leur accord oral. Puis je les retranscris le plus rapidement possible, intégralement, mot à mot, notant les hésitations et silences. Je n'ai cependant pas retranscrit les : «bah, hein?», les débuts de phrases non achevées, ceci pour rendre la transcription plus lisible et plus aisée à coder.

Après le premier entretien réalisé sans exemplaire de démonstration du CSE, il est apparu nécessaire d'en présenter un vierge afin de favoriser le discours des médecins. Ceci a été fait pour chaque entretien par la suite.

Enfin, j'ai effectué l'analyse des données.

3. Rédaction du questionnaire

Avant de rentrer dans le sujet, il convient de commencer par des questions pour présenter le médecin interviewé, résumer son cursus afin de mettre la personne interrogée en confiance.

Ensuite, les questions posées doivent l'être en essayant de se mettre à la

place de la personne. Elles doivent être simples, courtes, ouvertes, non suggestives. Du type : que pensez-vous de...?

L'ensemble des questions doit couvrir tous les thèmes que l'on souhaite aborder concernant le sujet. Il est nécessaire d'avoir réfléchi à une progression logique des questions même s'il est possible de les poser dans un ordre aléatoire.

Pendant l'entretien, il ne faut pas hésiter à reformuler et poser des questions de confirmation : «ai-je bien compris...?». Par ailleurs, il sera possible de modifier ce questionnaire en cours de recueil de données pour l'améliorer. Ainsi, le premier médecin ayant d'emblée mentionné le manque de confidentialité comme problème majeur du CSE et considérant ce sujet important, ce thème a été ajouté au questionnaire lorsque les médecins ne l'évoquaient pas spontanément.

Par ailleurs, le 3ème médecin interrogé m'a fait remarquer que le fait d'avoir des enfants modifiait les réponses au questionnaire ; la mention du nombre d'enfants et de leur âge a donc été rajoutée au questionnaire reprenant les caractéristiques socioprofessionnelles de chaque médecin. Ainsi, 2 médecins n'ont pas d'enfants, 6 avaient des enfants de moins de 10 ans, 10 ont des enfants de plus de 10 ans, un a des enfants des 2 tranches d'âge.

Pour clôturer le questionnaire, on peut utiliser une question du type : «souhaitez-vous ajouter quelque chose?» ou bien résumer pour mettre en évidence les points importants, ceci en faisant intervenir la personne. (25)(27)(28)

Ainsi ai-je rédigé le questionnaire (cf. Annexe I).

C. Méthode d'analyse des données

Il existe plusieurs techniques d'analyse des données.

La première dite de la «table longue», consiste à découper des morceaux de phrases pertinentes par rapport au sujet de recherche, puis de les regrouper selon des thèmes.

Il est également possible de lire toute la transcription en distinguant des groupes d'idées, puis d'y regrouper les morceaux de phrases correspondant. Ainsi se dégageront des thèmes.

On peut également utiliser des logiciels de codage dont la maîtrise demande un certain temps d'apprentissage. Ils ne sont donc pas forcément la meilleure solution.

Quelle que soit la méthode, les réponses sont analysées en dehors de tout jugement personnel : les résultats du codage devraient être proches voire identiques quel que soit le chercheur qui a travaillé sur le texte. Il reste néanmoins préférable pour s'en assurer que plusieurs chercheurs travaillent, séparément d'abord puis comparent leurs codages. Ce travail assure la reproductibilité des résultats.

Pour mon sujet, j'ai choisi la «table longue».

La collecte des données s'arrête lorsqu'on arrive à saturation, c'est-à-dire, lorsqu'on ne voit plus apparaître de nouveau concept au cours des entretiens. Ce qui s'est produit après dix-neuf entretiens. (25)(28)

IV - RESULTATS

IV - RESULTATS

Le questionnaire soumis aux différents médecins généralistes abordait plusieurs thèmes: en premier, je leur ai demandé s'ils avaient déjà vu et utilisé la version 2005 du CSE. Puis, je m'enquerais de l'utilisation de ce CSE en leur faisant préciser la fréquence d'utilisation ainsi que les différents items remplis. Ensuite, je leur demandais leur opinion concernant les modifications du contenu et de la présentation. J'ai également essayé de savoir ce que représentait pour eux ce CSE, ce qui permet d'avoir une idée de ce qu'ils en attendent. Enfin, j'ai souhaité savoir les suggestions d'améliorations qu'ils envisageaient et s'ils pensaient que des informations sous quelque forme que ce soit leur semblait utile pour mieux connaître ce CSE. Par ailleurs, le thème de la confidentialité étant à mon avis important, je l'ai abordé lorsqu'ils ne le faisaient pas spontanément. Ce sont ces différents sujets que je vais détailler par la suite dans cette partie concernant les résultats des entretiens.

A. Connaissance de la nouvelle version du CSE par les médecins généralistes.

Sur dix-neuf médecins, seuls deux ont dit n'avoir jamais vu la version 2005 du CSE. Les autres l'avaient tous vue et utilisée plus ou moins fréquemment. Sur ces dix-neuf médecins, douze m'ont dit l'avoir seulement survolée car lorsqu'ils l'utilisent, ils vont directement aux pages dont ils ont besoin. Ils ont cependant quasiment tous pu me dire qu'ils avaient remarqué les conseils aux parents, la modification de la page des vaccinations. Mais la plupart

d'entre eux ne les avait pas vraiment lus. Ils ont tous pu citer la modification de la présentation «plus colorée» mais cinq n'avaient pas remarqué les onglets. Quatre les ont remarqués mais ne les utilisent pas. Beaucoup n'avaient pas remarqué les petits encarts en bas des pages de suivis donnant des repères de développement psychomoteur aux parents. Et quatre médecins m'ont expliqué n'avoir de toute façon pas le temps de se pencher sur le détail du CSE.

B. Utilisation du CSE par les médecins généralistes

Sur les dix-neuf médecins interrogés, quinze disent s'en servir tout le temps, et quatre très souvent sauf si le motif de consultation est mineur (rhinopharyngite sans prescription d'antibiotique, 3ème otite...). Les items remplis de façon unanimes sont: le suivi, le poids, les vaccins. Les courbes biométriques sont faites de façon variable (environ une fois sur deux) et les examens obligatoires plus rarement encore. Deux médecins ont mentionné noter le périmètre crânien, un l'IMC, deux autres les maladies éruptives.

Par ailleurs, six médecins ont dit se servir des pages de conseils aux parents (un médecin utilise uniquement les pages concernant l'alimentation) comme point de départ de discussion avec les parents, comme support à la consultation.

Six médecins ont mentionné qu'ils trouvaient le CSE mal rempli par leurs confrères. En effet, ils déplorent la présence d'informations inutiles noyant celles qui le sont vraiment, ou au contraire, l'omission d'informations jugées importantes.

Un médecin a évoqué la nécessité médico-légale de remplir le CSE.

C. Que représente le CSE pour les médecins généralistes ?

Pour l'intégralité des médecins, le CSE est un dossier médical à part entière. A ce titre, il doit leur donner des informations concernant les antécédents médicaux, familiaux, les allergies de l'enfant ainsi qu'une vision succincte de l'histoire médicale de l'enfant. Cependant, pour la moitié des médecins interrogés, en plus de ce rôle, il possède d'autres dimensions. En effet, pour quatre médecins, c'est un support d'informations voire même une référence en matière de pédiatrie pour les parents. Ceci via les différentes pages de conseils, les encarts de suivi du développement psychomoteur en bas des pages. C'est pourquoi certains les utilisent comme point de départ de discussion en consultation pour l'information des parents.

Cinq médecins considèrent ce CSE comme un support d'informations pour eux-mêmes. Par exemple, les examens obligatoires servent de rappel du développement psychomoteur. Ils permettent de savoir quel point de l'examen clinique approfondir en fonction de l'âge. Les pages concernant l'alimentation permettent de rappeler les différents âges d'introduction des aliments. Le rappel du calendrier vaccinal permet d'avoir une référence dans la mesure où celui-ci change fréquemment... C'est un outil de travail à part entière.

A ce sujet, un médecin dénonce même un excès d'informations qui transforme ce CSE en cours de pédiatrie.

Un médecin pense que le CSE permet d'améliorer les inégalités de santé.

Un autre pense que c'est un reflet des évolutions des mentalités vis-à-vis de l'enfance et un reflet de la place de l'enfant dans la famille.

Un médecin considère lui, que c'est un dossier purement administratif. Il est là pour montrer que l'enfant est suivi, à jour de ses vaccinations. En conséquence, aucune information médicale vraiment importante ne peut y être notée.

D. Opinion concernant le CSE.

1. Opinion générale

Sur dix-neuf médecins, dix-sept ont un avis positif, voire très positif concernant ce carnet. En effet, les mots : «mieux fait que l'autre version, bien fait, j'en suis très content(e)...» ont été fréquemment évoqués. Les deux médecins ayant une opinion négative ont évoqué l'aspect «brouillon, touffu» qui fait qu'ils se sentent perdus. Un des deux a évoqué une présentation «débile, moche, infantile, pas pratique».

2. A propos de la présentation

a. Points positifs

«Plus colorée, ludique, plus lisible, plus pratique...» ont été les expressions les plus fréquemment utilisées pour décrire la nouvelle présentation. Les différents médecins ont apprécié le fait de retrouver facilement les

vaccinations et les courbes de poids. La présentation est plus agréable de l'avis général, plus lisible. Elle fait gagner du temps pour deux des médecins.

Deux médecins ont évoqué le fait que la couverture (et tout le CSE) est globalement plus résistante et lavable.

b. Points négatifs

«Touffu, trop d'informations» ont été les deux premières expressions reprises par onze des médecins au moment d'évoquer les aspects négatifs. Ce qui explique que cinq médecins ont mentionné le fait que maîtriser le CSE demande du temps. Cette densité serait responsable d'une mauvaise accessibilité aux informations et entraînerait un risque d'erreur de remplissage pour un des médecins.

Concernant les onglets, onze médecins n'ont pas trouvé qu'ils étaient plus pratiques. La raison évoquée est que l'intitulé de chaque onglet ne figure pas dessus mais sur un index en tout début du carnet. Cela nécessite donc qu'il soit bien connu pour être utilisé de façon efficace. Et cet index passe généralement inaperçu. Par ailleurs, lorsqu'on prend l'exemple de l'onglet: surveillance médicale, il ouvre sur une page récapitulant les examens obligatoires. Ce qui ne paraît pas logique pour la plupart des médecins. De même, plusieurs médecins ont trouvé qu'il y avait trop d'items. Seuls devraient figurer les éléments importants, les plus utilisés pour ne pas passer à côté. Notamment, l'onglet des pathologies au long cours et des allergies qui passe très souvent inaperçu pour

au moins quatre d'entre eux. Par ailleurs, quatre autres estiment qu'il est inutile du fait de son invisibilité. De même pour l'onglet des hospitalisations, difficile à trouver pour plusieurs d'entre eux.

Un médecin trouve les examens à partir de 6 ans trop lourds, «chronophages» à réaliser.

En dépit de toutes ces remarques, un seul médecin a considéré le remplissage du CSE comme contraignant.

3. A propos du contenu

a. Points positifs

Le contenu a été jugé le plus fréquemment comme : « complet, pertinent, plus adapté aux connaissances médicales actuelles».

Les conseils aux parents et notamment ceux qui concernent l'alimentation ont bonne presse auprès de la plupart des médecins et servent pour certains d'entre eux de support de conversation.

b. Points négatifs

A l'opposé de ceux qui apprécient les conseils aux parents trois médecins les trouvent inutiles pour plusieurs raisons. La première est que cela nie le rôle de prévention, d'éducation du médecin. La deuxième est qu'il y a trop d'informations et que les parents risquent de s'y perdre. La troisième est qu'en cas de problème, les parents ne regardent pas dans le CSE mais appellent leur

généraliste ou leur pédiatre pour de plus amples conseils.

Pour ces raisons, ces conseils n'auraient pas leur place dans ce CSE.

Par ailleurs, neuf médecins se sont posés la question de savoir si les parents lisaient réellement ces conseils bien que tous ne pensent pas qu'il faille les supprimer.

Quatre médecins ont évoqué le problème des enfants qui ont une maladie au long cours et pour cela, sont suivis en milieu hospitalier ou en consultation spécialisée. Dans ces cas particuliers, aucune information concernant la pathologie n'est disponible dans le CSE. En effet, les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation sont le plus souvent envoyés uniquement à la famille et au médecin référent. Idem pour les comptes-rendus de consultation spécialisée (exemple : ORL...).

Deux médecins ont soulevé le problème de l'inaccessibilité des informations délivrées par le CSE pour les populations non francophones qui sont souvent celles qui en auraient le plus besoin.

Un médecin reproche la répétition de l'examen auditif à l'examen du 24^{ème} mois, de 3 et 4 ans.

En marge de ces différentes opinions, trois médecins ont considéré que ce n'est pas à un médecin généraliste de dire ce qu'il faut changer ou pas dans le CSE, n'étant pas le seul utilisateur.

E. Un thème particulier : la confidentialité

Sur les dix-neuf médecins interrogés, deux ont mentionné spontanément le problème du respect du secret médical comme inconvénient majeur à l'utilisation du CSE. Ce qui les pousse à le remplir de façon incomplète. A tel point que l'un des deux considère ce carnet comme un dossier administratif pur et non un dossier médical.

Pour les dix-sept autres qui n'ont pas abordé d'eux-mêmes le sujet, j'ai posé trois questions:

- le CSE permet-il de conserver la confidentialité ?
- Si non, trouvez-vous que cela pose un problème dans son utilisation ?
- Y-a-t'il des diagnostics «délicats» que vous ne notez pas ?

1. Le CSE permet-il de conserver la confidentialité ?

A cette question, treize ont répondu non. En effet, le CSE va souvent de mains en mains entre la crèche, l'école, les colonies de vacances. Il est souvent réclamé par de nombreuses administrations et les parents le donnent volontiers.

Quatre autres considèrent qu'en tant que dossier médical, il est parfaitement confidentiel, qu'il est aux mains des parents dépositaires du secret médical concernant leur enfant. En conséquence, ce CSE n'est censé quitter leurs mains que pour aller dans celles d'un médecin.

2. Le manque de confidentialité du CSE vous pose-t-il un problème ?

A cette question, onze ont répondu non. Ainsi, ils n'omettaient en général pas de noter un diagnostic même «délicat» type épilepsie, VIH. En effet, l'explication avancée est que la rupture du secret médical porte moins préjudice à l'enfant qu'à l'adulte. Et pour une prise en charge la plus efficace possible, il valait mieux noter tous les diagnostics pour limiter les erreurs, comme vacciner un enfant sans connaître son statut VIH positif. En résumé, il y a plus de risque de préjudice à ne pas noter toutes les informations dans le CSE qu'à le faire.

Par ailleurs, tous ces médecins ont concédé n'avoir jamais été confronté à cette situation de devoir se poser la question de noter un diagnostic ou pas en raison des implications possibles. Certains ont conclu en disant que les médecins généralistes n'étaient probablement pas les plus concernés par ce problème. En effet, ce sont plutôt aux médecins spécialistes qui ont posé le diagnostic «délicat» que se pose ce problème.

Plusieurs d'entre eux m'ont également dit n'avoir jamais vraiment réfléchi à ce sujet.

Les quatre médecins qui ont répondu oui à la question, en conséquence, ne notent pas de diagnostic délicat. Et chacun avait été confronté au moins une fois à une situation de ce type.

Un médecin m'a répondu que ce n'était pas à lui de donner de réponse mais à l'ordre des médecins par exemple.

F. La formation au nouveau CSE

Sur ce sujet, j'ai abordé deux questions:

- comment ont-ils connu la dernière version du CSE ?
- souhaitent-ils recevoir sous quelque forme que ce soit des informations lors de changements effectués au CSE ?

A la première question, tous ont répondu : en consultation. Trois l'ont également utilisé en tant que parents. Deux médecins se rappellent avoir reçu un spécimen, et un seul d'avoir reçu un courrier. Un médecin a parlé d'une revue : «Médecine et enfance».

A la deuxième question, plusieurs réponses ont émergé :

- huit ont souhaité recevoir un spécimen commentant les différences avec la version précédente. Un pensait qu'il pouvait être accompagné d'un questionnaire d'évaluation à faire par le médecin.
- six ont évoqué un courrier simple alertant de la présence d'une nouvelle version et résumant les principales différences (dont un proposant un courrier de l'ordre des médecins).
- deux souhaitent recevoir des informations par mail
- deux souhaitent avoir un site internet où se référer
- onze ont estimé inutile de faire des FMC consacrées à ce sujet.

Cependant, un a proposé de faire une FMC sur le CSE dans le but d'homogénéiser les pratiques. Un autre a proposé qu'une formation sur le CSE fasse partie intégrante des études de pédiatrie. Un autre encore a proposé de faire des FMC courtes uniquement sur le CSE.

G. La communication avec les parents

Au fil des entretiens et des différents sujets abordés, un autre thème transversal a émergé: il est important de communiquer avec les parents à propos du CSE ; celui-ci est un support favorisant des échanges plus faciles sur la santé de l'enfant. Que ce soit en abordant la confidentialité ou les informations contenues, il semble que la communication occupe une place importante pour les différents médecins interrogés. En effet, en abordant le contenu du CSE, plusieurs médecins après avoir soulevé le doute sur le fait que les parents lisent le carnet, ont expliqué la nécessité de les informer sur ce qu'on peut y trouver, et de développer les différents conseils. Les parents peuvent se sentir « noyés » par un apport d'informations trop important : le CSE permettra au médecin de détailler progressivement chaque élément. Un médecin a par ailleurs parlé d'améliorer l'observance en favorisant la réappropriation du CSE par les parents, ce qui passe par la communication entre le médecin et les parents.

L'autre point important, c'est la nécessité de rappeler aux parents que le CSE est un dossier médical. Il est donc à ce titre confidentiel et ne doit aller dans d'autres mains que celles d'un médecin.

Quant à ce que les médecins notent comme informations, quatre ont mentionné le faire en accord avec la décision des parents quand il s'agit de diagnostics délicats.

H. Les suggestions d'améliorations

1. Concernant la présentation

Les trois items cités les plus fréquemment comme nécessitant une amélioration (cf opinion sur le CSE) sont : les onglets, la page des vaccins, la page des allergies et pathologies au long cours. Les autres suggestions touchent des domaines plus variés.

a. Les onglets

Concernant les onglets, six ont proposé d'individualiser par des onglets les items principaux qui seraient : suivi médical, vaccins, courbes biométriques, allergies, hospitalisations, antécédents médicaux. Quelques médecins ont proposé de mettre l'intitulé sur l'onglet même et non résumer dans un index peu accessible. Un médecin a proposé de séparer les pages de suivi par des onglets en fonction des différentes tranches d'âges.

b. Les vaccinations

Concernant la page des vaccins, bien que la plupart en soient satisfait, voici les modifications proposées:

- fusionner le tableau synoptique et les vaccins en eux-mêmes pour ne plus avoir à calculer la date du prochain rappel. Ce qui permet aux parents de prévoir eux-mêmes quand doit être fait le prochain vaccin et lequel.
- inclure les vaccins dans les pages de suivi pour que, de la même manière, les vaccins à réaliser soient mis en relation avec les périodes auxquelles

ils doivent être faits. Ils seraient validés au fur et à mesure des pages de suivi.

- séparer les vaccins obligatoires des recommandés
- rajouter le vaccin contre le méningocoque et le cancer du col de l'utérus.

c. Les allergies et pathologies au long cours

Concernant la double page allergies/ pathologies au long cours, le principal problème réside dans son manque de visibilité, d'accessibilité. En effet, plusieurs médecins n'avaient simplement pas remarqué ces items, et les autres ne les utilisent pas, car ils pensent que personne ne les regarde ni ne les remplit. Par ailleurs, les informations à fournir ont semblé trop détaillées la différenciation entre les différents types d'allergies inutile et chronophage. Les propositions en conséquence concernent la place de cette double page, à mettre plutôt en toute première position, avant même la page de garde, voire dessus. Et une présentation plus simple a été évoquée, comme une page blanche simple intitulée allergie et antécédents médicaux, ou encore un simple cadre rouge vierge.

Deux médecins ont par ailleurs souhaité rétablir une vraie place dédiée aux antécédents familiaux, à réunir avec les deux items précédents. Un médecin a également émis l'idée de rapprocher la page des maladies éruptives des antécédents médicaux.

d. Deux propositions générales

La première concerne la place des conseils aux parents. Cinq médecins ont voulu les rassembler en une seule partie, de façon à bien séparer dans le CSE, ce qui est consacré aux parents de ce qui l'est aux médecins. Ceci dans le but de simplifier l'accès aux différentes informations et de le rendre moins «touffu».

La deuxième concerne les pages de suivi. Une double page supplémentaire a été réclamée pour les tranches d'âge de 0 à 2 ou 6 ans. En effet, huit médecins se sont plaint du manque de place pour écrire le suivi médical des enfants en bas âges. L'un d'entre eux a proposé de rajouter des pages supplémentaires à la fin du CSE à détacher et rajouter à l'endroit nécessaire pour pallier à ce problème.

e. Propositions diverses

Un médecin a demandé que les numéros d'urgence soient notés sur la première page pour être accessible immédiatement si besoin.

Un médecin s'est plaint de l'inadéquation de la taille des cachets par rapport à la taille des cases de vaccinations. Il souhaite donc pour cela harmoniser la taille entre les deux. Dans le même registre, un autre a remarqué la différence de taille entre les étiquettes des vaccins et la taille des cases du tableau où il faut les coller. Il souhaite en conséquence harmoniser leur taille.

2. Concernant le contenu

Trois sujets principaux ont émergé des entretiens : l'alimentation, le développement psychomoteur, les informations hospitalières/consultations spécialisées. Parallèlement à ça, des propositions concernant des domaines très variés ont également émergé.

c. L'alimentation

Parmi les conseils aux parents, c'est l'item le plus plébiscité par les médecins. En effet, ils l'ont trouvé très utile, bien fait. Mais ils aimeraient qu'il soit plus développé. Par exemple, comme l'ont fait remarquer deux d'entre eux, il n'y a pas d'indications de quantité des différents aliments en fonction des âges. Ce qui serait souhaitable d'après ces médecins. Par ailleurs, l'un d'entre eux voudrait que soit rajouté un encart sur l'intolérance aux protéines de lait de vache.

d. Le développement psychomoteur

Plusieurs médecins ont mentionné utiliser le CSE comme pense-bête vis-à-vis des éléments du suivi du développement psychomoteur. Par ailleurs, ils ont également souligné que le développement neurologique de l'enfant est souvent une source d'inquiétude pour les parents. Ceux-ci ont donc de fréquentes interrogations à ce sujet. Ainsi, un médecin a proposé de rajouter une page résumant les différentes étapes du développement psychomoteur. Un autre médecin a suggéré d'intégrer les étapes du développement sous forme de cases à cocher tout au long des pages de surveillance médicale.

c. Les informations hospitalières/consultations spécialisées

Plusieurs médecins ont remarqué l'absence fréquente des CRH ou CRO, l'absence d'informations issues des consultations spécialisée (ORL, ophtalmologue...) que ce soit de ville ou hospitalière. Pour pallier à ce manque, différentes options ont été émises:

- aménager un endroit pratique dans le CSE pour mettre les CRH et CRO, résultats d'examens. Par exemple, faire un rabat plus grand que celui déjà prévu.
- consacrer une partie aux hospitalisations et aux comptes-rendus de consultation de suivi de pathologies au long cours. Ceci pour permettre aux professionnels de santé de résumer les informations principales.

d. Suggestions diverses

Plusieurs pages abordant différents sujets ont été proposées :

- inclure un bilan orthoptique systématique de dépistage vers 5 ans et demi (les problèmes orthoptiques étant responsables de symptômes variés pouvant retarder l'acquisition de la lecture entre autre).
- faire de la prévention contre l'utilisation de tétine et le fait de sucer son pouce après un an.
- ajouter un paragraphe sur le risque de déshydratation en laissant un enfant dans une voiture.
- ajouter dans l'examen de l'adolescent la mention des sports pratiqués

- ajouter une page pour noter les voyages effectués
- ajouter des encarts dans les pages de surveillance médicale pour rappeler et noter la prescription de vitamine D.
- ajouter un encadré au niveau des courbes de corpulence pour expliquer aux parents comment les remplir afin qu'ils les fassent eux-mêmes.

3. Les suppressions proposées

Le principal reproche fait à ce CSE est sa «densité», l'excès d'informations. Et à ce titre, plusieurs médecins souhaitent une simplification, une diminution de la quantité d'informations. Ainsi ont-ils cité certains items leur paraissant inutiles :

- la page des examens radiologiques
- les petits encarts de repère de développement psychomoteur pour les parents en bas des pages de suivi médical
- les conseils aux parents pour ne pas se substituer au médecin dans son rôle d'éducation, de prévention.
- les parties de préparation de la consultation par les parents et l'adolescent

4. Concernant la confidentialité

Les suggestions d'amélioration de la confidentialité du CSE, en plus de le rappeler aux parents sont les suivantes :

- mettre plus en évidence la phrase rappelant que le CSE est soumis

au secret médical

- rappeler à l'endroit des sérologies de la mère le caractère confidentiel de ces informations
- faire un deuxième CSE succinct pour noter les diagnostics délicats. Celui-ci serait détachable et rattachable facilement en cas de besoin.
- coder certains diagnostics pour qu'ils ne soient accessibles qu'aux professionnels de santé.

5. Divers

Voici les diverses propositions isolées faites :

- prolonger le CSE pour qu'il devienne un carnet de santé de toute une vie
- faire figurer le numéro de sécurité sociale sur la première page
- faire figurer le groupe sanguin à la première page
- faire un fac-simile vierge informatique du CSE pour servir de support de la mémoire en cas d'oubli par les parents à la consultation (pouvoir contrôler sur les courbes biométriques que les mesures de l'enfant sont normales, ou rappeler les éléments de l'examen obligatoire à un âge donné...)
- faire des CSE en différentes langues (au moins pour la partie conseils aux parents)
- ajouter Liberté, Égalité, Fraternité
- rappeler les condamnations encourues en cas de maltraitance

- passer au CSE électronique à la fois pour pallier au manque de confidentialité mais pour éventuellement faciliter l'accès aux informations (suggestion reprise par quatre médecins).

V - DISCUSSION

V - DISCUSSION

A l'issue de ce travail, on peut émettre quelques réflexions. Tout d'abord, on peut évoquer deux biais : de sélection et de «contexte». Ensuite, l'analyse des résultats permet de mettre en évidence un paradoxe que je détaillerai plus bas.

A. Les biais de l'étude

1. Le biais de sélection

Mon étude a été réalisée chez des médecins de Paris intra-muros. Or, ceux-ci voient finalement peu d'enfants en consultation, les habitudes pour les parents étant plutôt de consulter un pédiatre. Les médecins généralistes parisiens voient les enfants plutôt dans le cadre de l'urgence (fièvre...) ou pour de simples vaccins. Ils n'ont donc pas la même utilisation de ce CSE qu'un pédiatre qui voit des enfants dans le cadre d'un suivi. Ils utilisent moins les examens obligatoires, les courbes.

2. Biais de contexte

Dix sept entretiens ont été réalisés au cabinet médical de chaque médecin entre deux consultations, excepté un qui a eu lieu en fin de journée. Les deux autres ont eu lieu au domicile des médecins. Or, pendant chaque entretien fait en cabinet, nous avons été interrompus plusieurs fois par la sonnerie du téléphone auquel la plupart du temps les médecins répondaient, et parfois par des coups frappés à la porte du cabinet auxquels les médecins répondaient également.

Les deux entretiens au domicile ont été également interrompus par les enfants des deux médecins qui réclamaient leur parent. Toutes ces interruptions ont perturbé le cours de l'entretien et n'ont pas facilité l'émergence des idées. Ce d'autant que tous les médecins avaient le stress de la salle d'attente pleine qui les attendaient derrière moi ou de leur enfant les réclamant. Ce qui a probablement favorisé «l'auto-censure» de chacun pour ne pas passer trop de temps.

3. Suggestions de correction

Les précédentes versions du CSE ont bénéficié d'évaluations faites auprès de médecins généralistes, de pédiatres, parfois de parents. Cette mouture a été pensée par un comité pluridisciplinaire réunissant des gens de professions très variées. Par ailleurs, plusieurs médecins pensent que ce n'est pas à eux de donner un avis sur le CSE car ce n'est pas leur rôle. Compléter mon travail par des évaluations auprès d'autres utilisateurs (pédiatres, parents...) permettrait de leur donner une réponse et dans le même temps, de pallier au biais de sélection.

Pour pallier au deuxième biais, un focus group permettrait de limiter l'auto-censure. En effet, les médecins ayant accepté se trouvent sortis du contexte de leur cabinet médical avec le stress de la salle d'attente bondée. Ils n'auront donc pas la pression de vouloir faire vite. Par ailleurs, le fait de rassembler plusieurs personnes sur un même sujet à améliorer favorise l'émulation, une personne pouvant rebondir sur une ébauche d'idée d'une autre.

B. Les items passés inaperçus dans le CSE

Dans les propositions de changement, on remarque que quatre d'entre elles existent déjà dans ce carnet. Les items concernés sont donc passés complètement inaperçus.

La plus fréquemment proposée, concerne l'ajout d'une page pour consigner les antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que les allergies. Or celle-ci existe déjà au tout début du CSE. A chaque fois que la situation s'est présentée, j'en ai fait la remarque aux médecins interviewés. Ceux-ci m'ont alors en général confié n'avoir jamais vraiment regardé les pages précédant le suivi médical. Ce qui les a poussé à demander une plus grande mise en valeur de cette page, en proposant les mesures précédemment citées dans le chapitre des résultats.

La deuxième concerne la mention du caractère confidentiel. En effet, plusieurs médecins ont proposé de rappeler le caractère confidentiel de ce document. Or cette mention existe déjà sur la toute première page, en bas. Elle est faite en caractère gras et de plus grande taille que le reste de la page.

La troisième concerne le rajout d'un rabat en fin de carnet pour placer les différents comptes-rendus, qui existe déjà dans cette version.

La dernière propose de rappeler les valeurs de la République : liberté, égalité, fraternité. Or, sur la première page en bas à gauche, figure le symbole de la République Française et sa devise.

Par ailleurs, comme on l'a vu précédemment, les onglets figurent dans les éléments passés inaperçus.

Mais le grand oubli est l'encart sur la santé des adolescents. En effet, aucun médecin ne l'a mentionné. Pas le moindre avis n'a été donné dessus. Aucun médecin ne s'est arrêté sur les pages concernées lorsqu'il feuilletait le CSE sous mes yeux.

C. Le paradoxe

Comme on l'a vu précédemment, les médecins ne souhaitent pas de réelle formation sur le CSE, simplement un courrier informatif voire un spécimen du nouveau carnet. Et pourtant, on a vu que la connaissance n'était pas parfaite puisqu'un certains nombres d'éléments qui leurs semblent pourtant utiles, sont passés inaperçus.

VI - CONCLUSION

VI - CONCLUSION

Ce travail de thèse fondé sur l'absence d'évaluation de la dernière version du CSE, a permis d'apporter un début de réponse quant aux directions à prendre lors de la prochaine proposition du nouveau CSE. Son originalité réside dans l'utilisation d'une méthode qualitative de recherche, alors que la plupart des évaluations précédentes reposait sur la méthode quantitative.

L'impression globale auprès des médecins généralistes interrogés concernant le CSE est positive. Ils ont notamment aimé la nouvelle présentation plus claire, plus colorée, plus lisible. Les conseils aux parents ont finalement plu dans la mesure où ils peuvent servir de support lors de discussion entre parents et médecins. Les idées sont claires, simples. Seuls trois médecins pensent à l'opposé qu'ils sont inutiles, qu'ils se substituent au rôle d'éducation du médecin.

Le contenu a paru complet à l'ensemble des médecins, trop complet finalement. Et cette densité d'informations se révèle être un obstacle à une utilisation facile. Les propositions d'améliorations les plus reprises vont donc dans le sens d'une simplification de ce CSE :

- l'amélioration des onglets pour qu'ils deviennent réellement pratiques
- la séparation des informations concernant les parents de celles pour le médecin
- la mise en valeur des pages d'allergies et pathologies longue durée, et hospitalisations.
- doubler les pages du suivi de la petite enfance

Malgré ce besoin de simplifier les informations, les médecins ont souhaité

voir apparaître certaines informations qui leur faisaient défaut :

- les étapes du développement psychomoteur
- des précisions sur l'alimentation
- la création d'une partie réservée au dossier hospitalier pour les pathologies au long cours et d'une place spéciale pour les consultations spécialisées.

L'item vaccination a été dans l'ensemble bien plébiscité même si plusieurs propositions d'améliorations ont été faites.

L'analyse des résultats a mis en évidence un paradoxe : plusieurs items importants sont passés inaperçus et pourtant, les médecins n'estiment pas nécessaire d'avoir une formation à ce sujet. Ils préfèrent un simple courrier ou un spécimen.

Par ailleurs, de nombreux médecins estiment que le CSE est peu confidentiel. Malgré cela, cela ne se révèle pas être un problème pour la plupart d'entre eux car les bénéfices à posséder les informations exactes concernant l'enfant sont supérieurs au risque de rupture du secret médical.

Finalement, des études interrogeant d'autres professionnels de santé et des parents, seront nécessaires pour compléter ce travail et donner une vision plus approfondie des améliorations nécessaires.

Enfin, ainsi que l'évoquaient quatre des médecins, le carnet de santé électronique sera peut-être une solution pour régler le problème de

confidentialité et augmenter le recours à son utilisation. En effet, les informations pourraient être accessibles beaucoup plus facilement donc mieux notées. L'utilisation d'un tel CSE en serait renforcée. Les informations seraient par ailleurs protégées en n'autorisant leur accès qu'à certaines personnes (les professionnels de santé s'occupant de l'enfant, les parents...) via des codes par exemple, possédés par les parents de l'enfant. Il y aurait la possibilité de masquer certaines informations.

Cependant, comme le souligne le CCNESVS dans son avis numéro 104, il existe pour l'instant des difficultés non surmontées à la mise en place d'un tel outil.

Ainsi, le CCNESVS est favorable à un dossier médical électronique étant donné qu'il assure « une meilleure coordination des soins conduisant à une amélioration de leur efficacité, de leur qualité, avec une meilleure utilisation des dépenses pour un coût identique ou diminué »⁽²⁹⁾. Cependant, des obstacles éthiques, techniques et humains entre autres, font que ce dossier ne peut encore voir le jour. Ainsi, sur le plan éthique, l'exigence de respecter le droit des patients à masquer les informations qu'ils souhaitent, va à l'encontre de l'efficacité de l'outil informatique. Sur le plan technique, l'informatique n'offre pas de garanties absolues d'un bon fonctionnement. Elle ne permet pas non plus d'assurer une sécurité absolue aux données enregistrées. Sur le plan humain, il n'est pas certain que la totalité de la population soit en mesure d'utiliser un tel outil. Il n'est pas sûr non plus, que tous possèdent un ordinateur et une connexion internet. Par ailleurs, si les soignants et patients ne sont pas partie

prenante de la construction et la mise en place de cet outil, il est à craindre de voir apparaître une résistance devant sa nouveauté et donc une résistance à son utilisation. (29)

Ainsi, un CSE électronique pourra être une solution intéressante au problème de la confidentialité et faciliter son utilisation dès lors que les obstacles cités ci-dessus seront franchis.

VII-BIBLIOGRAPHIE

VII - BIBLIOGRAPHIE

- (1) Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. VINCELET ,C: TABONE, M.D.; BERTHIER, M, ; BONNEFOI, MC ; CHEVALLIER, B ; LEMAIRE,J.P. ; DOMMERGUES, J.P. Archives de Pédiatrie (Paris), 2003 vol.10(5) :pp.403-409
- (2) Carnet de santé : informativité et confidentialité. DOMMERGUES J.P. Archives de Pédiatrie 2004 vol.11: 42s-45s
- (3) Le carnet de santé de l'enfant: Connaissance et utilisation par les parents. Ségolène MAQUET—GUYOT, thèse d'exercice de médecine générale 2005. Université de Versailles-Saint-Quentin-en –Yvelines.
- (4) Les carnets de santé des enfants. Catherine ROLLET La Dispute Corps Santé Société 2008.
- (5) Intérêt du carnet de santé pour le médecin généraliste dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à 2 ans. Jean-Benoît DAUPHIN, thèse d'exercice de médecine générale Université de Clermont – Ferrand 2004.
- (6) Étude de la connaissance et de l'utilisation du nouveau carnet de santé de l'enfant par les médecins généralistes. Elodie FAUGERON-CAZAUX, thèse d'exercice de médecine générale. Université de Nice Sophia-Antipolis 2003.
- (7) Journal Officiel de la République Française. 5 novembre 1945. ; 7297-300. Charles DE GAULLE, F BILLOUX.
- (8) Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant: une affaire publique ou privée ? Revue de presse du Haut Comité de santé publique du 16 au 31 octobre 2005. Revue française des affaires sociales numéro 3, juillet-septembre 2005
- (9) Le nouveau carnet de santé: guide d'utilisation. Préface. DESCHAMPS, J.P. Médecine et enfance 1995 vol 15 (14) pp447-448.
- (10) Le nouveau carnet de santé : guide d'utilisation. V : examen médical d'aptitude au sport. MANDEL, C Médecine et enfance 1995 vol15(18) pp :663-682
- (11) Le nouveau carnet de santé : guide d'utilisation VI : Courbes de croissance GAUDELUS,J. Médecine et enfance 1995 vol 15(20) pp766-778.
- (12) Le nouveau carnet de santé : guide d'utilisation VII : Vaccinations : Pratique et objectifs. BEGUE J Médecine et enfance 1995 vol 15(20) pp766-778.
- (13) Le nouveau carnet de santé : guide d'utilisation VIII : Alimentation et conseils diététiques. OLIVIER J.P Médecine et enfance 1996 vol 16(2) pp 41-48.
- (14) Le nouveau carnet de santé: Guide d'ilisation IX : Les accidents. LAVAUD J SMUR pédiatrique Necker enfants malades. Médecine et enfance 1996 vol 16(3-4) pp 101-107.

- (15) Carnets de santé de l'enfant, troubles psychopathologiques et confidentialité. Evaluation thérapeutiques : situation clinique. WELNIARZ B ; LETRAIT S; SUESSER P Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence 2001 vol 49(2) : pp147-151.
- (16) Guide pratique : La Pédiatrie sociale de A à Z. JOS J : article intitulé « carnet de santé ». pp33-34.
- (17) Du bon usage du carnet de santé de l'enfant : surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans. DOMMERGUES Jean-Paul, DECOBERT Marion. La revue du praticien (paris), 2004 vol 54(18), pp 2030-2034.
- (18) Conférence de presse du 18 septembre 2006 la production réglementaire de la DGS. Arrêté du 5 décembre 2005 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé publié au journal officiel du 13 décembre 2005.
- (19) Code de la santé publique partie législative Chapitre II articles L 2132-1 ;L 2132-2 ; L 2132-3 ; L2132-4 ; L 2132-5.
- (20) Journal Officiel de la République française du 13 décembre 2005: Arrêté du 5 décembre relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé.
- (21) Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant (en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2006): Guide à l'usage des professionnels de santé.
- (22) Carnet et certificats de santé de l'enfant : Les nouveaux modèles. PACLOT C, LEFEUVRE B, CRETIN C, LEQUELEC-NATHAN M. La Revue du Praticien (Paris) 2006 vol 56(2) : pp.121-122.
- (23) Le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale : déterminants et éléments de mesure. ISAMBERT A, thèse d'exercice de médecine générale Université de Montpellier 1, 2007
- (24) Introduction à la recherche qualitative : Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone.
- (25) Introduction à l'utilisation des focus group : Laurence Baumann-Coblentz (DUMG Paris 7), Anne-Marie Lehr-Drylewicz (DUMG Tours), Isabelle Aubin-Auger (DUMG Paris 7), Alain Mercier (DUMG Rouen), Yves Zerbib (DUMG Lyon) et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone.
- (26) Les « preuves » issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches. M.K Giacomini. EBM Journal (édition française) N° 29, décembre 2001.
- (27) Entretien approfondi semi-structuré: fiche méthodologique. Office fédéral des finances suisses
- (28) Balises de méthodologie pour la recherche en sciences sociales matériaux de cours en 8 modules. Daniel Schneider [TECFA](#), Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, Université de Genève 1998.

(29) Avis n°104: Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.

VIII - ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire à l'intention des médecins

Bonjour. Vous êtes médecin généraliste installé à Paris et vous avez accepté de participer à mon travail de thèse, ce dont je vous en remercie, qui consiste à savoir ce que pensent les médecins généralistes du carnet de santé des enfants. L'objectif est de pouvoir apporter des améliorations pour qu'il soit mieux utilisé et soit plus efficace dans la promotion de la santé des enfants. Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter, votre prénom, nom de famille et me dire quelques mots de votre cursus professionnel?

- 1) Utilisez-vous le CSE? (souvent, rarement...). Le demandez-vous aux parents ? Si oui, quels items remplissez-vous le plus fréquemment ?(courbes biométriques, vaccins, compte-rendu de consultation, examens obligatoire...)
- 2) Étiez-vous au courant qu'il existe une nouvelle version datant de 2005 ?
- 3) Avez-vous remarqué des différences par rapport à la version de 1995 ?
- 4) Si oui, qu'en pensez-vous ?
 - contenu, en particulier «informations délivrées»
 - forme: ordre de présentation des items, onglets, (points positifs et négatifs)
- 5) Si non, pourquoi ? Souhaiteriez-vous recevoir sous quelque forme que ce soit des informations concernant les modifications du CSE ? Que pensez-vous qu'on doive faire pour pallier à ce manque d'information ?
- 6) Qu'attendez-vous du CSE ? Quelles informations souhaitez-vous y trouver ?
Les trouvez-vous dans la version actuelle ?

7) Trouvez-vous son utilisation contraignante ? (items précis difficiles à trouver ...)

8) Quels changements, améliorations proposez-vous ?

9) Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Caractéristiques socio-démographiques du médecin investigateur (1 fiche par médecin investigateur)

- Sexe

Homme Femme

- Age:
28- 40 ans 40-50 ans 50- 60 ans 60 ans et plus
- Année d'installation:
- Faculté d'étude:
- Lieu d'exercice:
 - Code postal |_|_|_|
 - Zone urbaine Zone semi-rurale Zone rurale
- Mode d'exercice: seul en groupe
- Appartenance à un ou plusieurs réseaux de soins et le(s)quel(s) : oui
non
 -
- Orientations d'exercice:
- Autre activité en plus de l'exercice de la médecine libérale:

Hospitalière Universitaire

- Participation à des actions de FMC: oui non
- Si oui, en qualité de participant: oui non
organisateur: oui non

- Avez-vous des enfants?
oui non

Si oui, quel âge ont-ils?

ANNEXE II


CODE résumé

- 1) Le médecin émet une opinion sur le CSE (générale, sur le contenu, sur la forme du CSE)
- 2) Le médecin parle de sa manière d'utiliser le CSE
- 3) Le médecin estime que ses collègues n'utilisent pas bien le CSE
- 4) Le CSE sert de moyen de communication entre les parents et le médecin
- 5) Il faut communiquer avec les parents pour se mettre d'accord sur ce qu'on inscrit dans le CSE et pour qu'ils se le ré approprient
- 6) Le médecin évoque ce qu'il a remarqué comme modification dans ce nouveau CSE
- 7) Le médecin dit ne pas avoir le temps de se pencher sur ce que contient le nouveau CSE
- 8) Il existe une nécessité médicalement d'écrire ce qui s'est passé pendant la consultation
- 9) Le médecin dit comment il a rencontré cette nouvelle version
- 10) Le médecin explique comment il souhaite être informé de l'existence d'une nouvelle version
- 11) Le médecin dit ce que représente pour lui le CSE
- 12) Le médecin dit ce qu'il pense de la confidentialité du CSE et si cela lui pose un problème
- 13) Suggestion d'amélioration

Page du Permis d'imprimer

Vu :

Le Président de Thèse
université Paris Diderot
le Professeur



Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Paris Diderot - Paris 7
Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

RESUME

COTASSON Élise : Évaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens.

Résumé : Le carnet de santé des enfants (CSE) existe depuis 1945. Il a prouvé son efficacité dans la promotion de la santé des enfants depuis sa diffusion.

Objectif : Cette étude a cherché à savoir ce que pensent des médecins généralistes de la nouvelle version 2005. L'objectif est de voir émerger des idées d'amélioration pour optimiser et accroître le recours à son utilisation.

Méthode : Des entretiens semi-structurés de recherche qualitative ont été réalisés auprès de 19 médecins généralistes parisiens.

Résultats : L'opinion est globalement positive. Le CSE serait facile d'utilisation, agréable à lire; le contenu très complet et adapté, notamment les conseils aux parents. L'inconvénient majeur est qu'il est trop «touffu».

Les principales suggestions évoquées sont de :

- séparer les pages concernant les parents de celles du médecin,
- améliorer les onglets pour qu'ils soient plus pratiques,
- mettre en valeur la page allergies/pathologies au long cours,
- instaurer une partie destinée aux comptes-rendus hospitaliers et consultations spécialisées,
- doubler les pages de suivi de la petite enfance.
- ajouter une page résumant le développement psychomoteur de l'enfant ainsi que des précisions concernant l'alimentation.

La confidentialité du CSE est remise en cause, mais cela ne pose pas de problème aux médecins interrogés. Méconnaître une information importante est jugé plus grave que rompre le secret médical.

Bien que des items soient passés inaperçus, les médecins estiment une formation inutile. Un simple courrier ou spécimen du CSE suffirait à s'approprier une nouvelle version.

Discussion : Cette étude donne un éclairage sur les orientations à prendre pour la prochaine version du CSE et devra être complétée par d'autres sondages auprès de différents professionnels de santé et des parents afin d'avoir une idée plus approfondie des besoins de chacun vis-à-vis de ce CSE.

Mots-clés : évaluation, carnet, santé, enfant, 2005, généralistes, étude qualitative.