

# Surveillance de l'enfant normal : prévention des risques

M. Roussey

## Plan du chapitre

|   |     |
|---|-----|
| Institutions de prise en charge . . . . .                       | 159 |
| Le carnet de santé de l'enfant :<br>un outil précieux . . . . . | 161 |
| La médecine scolaire . . . . .                                  | 164 |

## ■ Institutions de prise en charge

L'essentiel de la protection de l'enfance est assuré par trois catégories d'institutions :

- la *protection médico-sociale* par le service départemental de protection maternelle et infantile pour les enfants de moins de 6 ans, le service de santé scolaire pour les enfants de plus de 6 ans, et les services chargés de l'hygiène mentale ;
- la *protection sociale* par le service de l'aide sociale à l'enfance et le service départemental de l'action sociale (service social de secteur) ;
- la *protection judiciaire* par l'intervention du procureur et du juge pour enfants.

La répartition des compétences entre le département et l'État, définie par la loi de décentralisation, a conduit à transférer sous l'autorité du président du Conseil général le service de l'aide sociale à l'enfance, les actions de protection maternelle et infantile, et le service de l'action sociale. En revanche, l'hygiène mentale et la santé scolaire restent des compétences de l'État.

## ■ Missions de la PMI

Soucieux d'améliorer la condition sanitaire médiocre à l'époque des femmes et des enfants, l'État, par son ordonnance du 2 novembre 1945, a créé la PMI, Protection maternelle et infantile. Cette vocation s'est affinée et confirmée au cours de ces dernières décennies, comme en témoignent les circulaires et décrets successifs, les dernières mesures étant fixées par la loi du 18 décembre 1989 et plus récemment encore par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Placée sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil général, la PMI est dirigée par un médecin chargé d'organiser les activités de protection et de santé dans les trois domaines principaux :

- la planification des naissances ;
- l'action prénatale ;
- l'action envers la petite enfance.

Le type d'intervention auprès du public se présente sous trois grandes formes : des informations auprès des familles, la proposition de visites à domicile par du personnel spécialisé, sages-femmes ou puéricultrices, des consultations médicales gratuites.

Ainsi, les objectifs, qui étaient initialement de diminuer la mortalité tant maternelle qu'infantile, se sont concentrés ensuite vers une amélioration de la morbidité en luttant contre les infections grâce en particulier à l'application des programmes vaccinaux, mais aussi au dépistage précoce des déficits sensoriels, des retards psychomoteurs et des handicaps et du soutien des familles pour aboutir actuellement à favoriser le développement harmonieux de l'enfant en tenant compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs comme le préconise la loi du 5 mars 2007.

## ■ Moyens

### Certificats de santé

De 0 à 6 ans, le nombre d'exams obligatoires a été fixé réglementairement à 20, par le décret du 2 mars 1973, pris en charge à 100 % (tableau 8.1).

**Tableau 8.1. Les 20 examens de santé obligatoires.**

| Âge de l'enfant                              | Nombre |
|--|--------|
| 1 dans les 8 jours suivant la naissance      | 1      |
| 1/mois jusqu'à l'âge de 6 mois               | 6      |
| 1 à l'âge de 9 mois                          | 1      |
| 1 à l'âge de 12 mois                         | 1      |
| 2 au cours de la 2 <sup>e</sup> année de vie | 2      |
| 1 à l'âge de 24 mois                         | 1      |
| 2/an jusqu'à l'âge de 6 ans                  | 8      |

Parmi eux, trois examens ont fait l'objet d'une attention particulière (loi du 15 juillet 1970) : au 8<sup>e</sup> jour, au 9<sup>e</sup> mois et au 24<sup>e</sup> mois.

Ces examens, en effet, sont utiles à la fois pour l'enfant et pour la collectivité.

- *pour l'enfant* : l'analyse des données permet de s'assurer de l'existence d'un suivi médical et d'une prise en charge adaptée. En conséquence, ces bilans comportent le dépistage des maladies congénitales, des troubles sensoriels, des maladies

acquises et des affections actuelles. Ils s'assurent de l'état vaccinal de l'enfant, de son développement staturo-pondéral et psychomoteur. On y trouve également quelques informations complémentaires sur le profil familial. Ce certificat de santé permet au médecin chef de PMI du département, sous sa responsabilité et sous le couvert du secret médical, de « proposer l'information, le suivi et le soutien nécessaire à la santé de l'enfant » ;

- *pour la collectivité* : les renseignements obtenus par ces bilans sont exploités de manière strictement anonyme, dans un double dessein :

- l'évaluation de l'état de santé de la mère et de l'enfant dans le département. Ceci autorise, en cas de nécessité, la prise de mesures appropriées, de prévention, de dépistage et de traitement ;
- l'évaluation dans une population des besoins plus spécifiques tels par exemple les besoins de modes de garde.

Ces certificats de santé s'établissent sur des feuillets mobiles fournis avec le carnet de santé à la naissance ; ils se présentent sous forme d'un questionnaire comportant une première partie administrative remplie par les parents, destinée à donner quelques informations générales sur la famille et sur l'enfant et une seconde partie, strictement médicale. Ce volet doit être envoyé au médecin chef du département.

Enfin, la loi confirme l'obligation, à l'âge de 3-4 ans, d'un bilan de santé afin de prévenir et dépister les troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Les enfants seront orientés si nécessaire vers des professionnels de santé et les structures spécialisées. Il n'existe à cet âge aucun feuillet mobile, mais l'examen doit être consigné sur le carnet de santé à la page réservée à cet effet.

### Centres de consultation

La PMI assure des consultations gratuites pour les enfants de 0 à 6 ans, consultations assurées par des pédiatres et des médecins généralistes.

Le calendrier des 20 examens obligatoires de l'enfant est respecté (cf. tableau 8.1).

Outre l'examen pédiatrique habituel, et le respect du schéma vaccinal du petit enfant, le législateur a introduit la notion de « l'intérêt de l'enfant » : il appartient à l'examineur d'évaluer les besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs de l'enfant, ainsi que le respect de ses droits (cf. encadré 8.1). L'intérêt de l'enfant ainsi défini doit guider toute décision le concernant (CASF [Code de l'action sociale et des familles], art. L. 112-4 nouveau).

Enfin, des informations sanitaires générales portant sur l'alimentation, le rythme, le développement et les besoins de l'enfant, la prévention des accidents sont fournies aux familles, ainsi que le soutien à l'allaitement, soit individuellement par les médecins ou les puéricultrices, soit sous forme de réunions dans le cadre des activités de consultation.

Des liaisons peuvent être assurées par le médecin de PMI entre les différents intervenants d'une même famille : médecins traitants, services sociaux, hospitaliers, juridiques, etc. afin d'en faciliter une meilleure prise en charge.

À côté des consultations gratuites pour les enfants de 0 à 6 ans, la PMI dispose de puéricultrices de secteur pouvant se rendre au domicile des parents qui le souhaitent, pour prodiguer conseils de puériculture et faciliter le lien mère-enfant.

## ■ Autres missions de la PMI

### Surveillance et contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans

La PMI intervient à trois niveaux en application du décret du 20 février 2007 :

- *dans les établissements* : le médecin de PMI est l'un des conseillers techniques lors de leur création, pour leur agrément et pour leur fonctionnement. Il contrôle le nombre et la qualification du personnel. Il vérifie la salubrité, la conformité des locaux et des équipements et leur adéquation à la petite enfance. Après avis favorable, le président du Conseil général délivre une autorisation d'ouverture. Dans les établissements, crèches collectives ou familiales, jardins d'enfants, le médecin attaché à l'établissement effectue un bilan médical d'admission, en présence des parents. Il considère notamment son aptitude à fréquenter un groupe d'enfants. Il vérifie la couverture vaccinale des enfants. Il observe le développement de l'enfant de façon individuelle et dans la collectivité et l'oriente vers son médecin traitant lorsqu'il constate des anomalies. Il veille au bon état sanitaire des enfants dans l'établissement. Il applique, en accord avec sa hiérarchie, les mesures préconisées en cas d'épidémie ;

- *auprès des assistantes maternelles* : leur agrément et leur formation professionnelle « relèvent de la compétence du département, qui en assure l'organisation et le financement » (art. L.147 du code de santé publique). Les agréments sont proposés au cours de commissions multidisciplinaires précisant le type d'accueil (permanent ou à la journée), ainsi que le nombre d'enfants. Les renouvellements sont effectués tous les 5 ans, après un nouveau bilan ;

- *auprès des familles* : la PMI a pour mission de les informer, les conseiller et les orienter vers le mode de garde le plus adapté à leur besoin, en fonction des ressources locales.

### Actions de prévention et de dépistage des handicaps

Elles s'exercent dans trois domaines :

- *les enfants en danger* : la PMI exerce une action préventive dès la grossesse et évalue les situations familiales à risque de danger pour l'enfant. Elle mandate les puéricultrices à domicile pour favoriser l'élaboration du lien entre la mère et l'enfant en s'efforçant de l'effectuer au service des familles et non comme un contrôle, et pour assurer une prévention médico-sociale. Elle a un rôle dans la protection de la petite enfance. Elle peut signaler au président du Conseil général, qui saisira la justice, les cas d'enfance en danger, par l'intermédiaire de la cellule de recueil, de traitement, de signalement et d'évaluation élaborée par le Conseil général en conformité avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ;

- *les handicaps* : elle participe à leur dépistage (suivi de la grossesse et de l'enfant). Elle facilite l'insertion de l'enfant dans les différentes structures d'accueil (crèche, halte-garderie, etc.) jusqu'à son orientation vers un établissement spécialisé ;

- *les populations défavorisées* : elle renforce la prise en charge et la surveillance des enfants en s'orientant, entre autres, vers le dépistage d'une pathologie plus spécifique : anémies carenciales, rachitisme, saturnisme, accidents, hospitalisations multiples, etc. Elle concentre ses actions envers ces

familles : elle les informe par exemple sur les dangers des peintures au plomb ou sur les avantages d'inscrire l'enfant quelques heures en halte-garderie, afin de faciliter une meilleure insertion sociale.

Depuis 1945, la PMI s'est régulièrement adaptée aux besoins des petits enfants et de leur famille. Elle joue un rôle capital dans la prévention qu'elle partage avec la santé scolaire.

## ■ Le carnet de santé de l'enfant : un outil précieux

### ■ Le carnet de santé, un outil évolutif

#### Historique et dispositions légales (code de la santé publique, art. L.2132-1)

Les ordonnances de 1945 ont créé, en France, les services de protection maternelle et infantile et ont donné un cadre réglementaire au carnet de santé de l'enfant (CSE). Le CSE est délivré par l'officier d'état civil au moment de la déclaration de naissance de l'enfant. Il doit être conservé par les parents ou la personne ayant la charge de l'enfant jusqu'à sa majorité. Il est conseillé aux parents de le présenter lors de chaque intervention médicale ; le médecin peut ainsi prendre connaissance des renseignements qui y figurent et y consigner ses propres indications et constatations.

Ce carnet médical peut valoir certificat de vaccinations à la condition que le médecin ait daté et signé la mention de la vaccination. Le nom et l'adresse du médecin doivent être précisés. Toute personne appelée par sa profession à connaître les renseignements inscrits dans le CSE est astreinte au secret professionnel. Il est explicitement précisé en première page que seuls les certificats de vaccination (ou photocopies) sont exigibles en dehors d'une consultation médicale. Il est également spécifié que, lorsque le CSE est

remis à un tiers, il doit l'être sous pli cacheté portant la mention « secret médical ».

La loi du 15 juillet 1970 a institué la délivrance des trois certificats de santé obligatoires pour l'enfant, le premier dans les 8 premiers jours de vie (CS8), le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> respectivement aux 9<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois.

La loi stipule que toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant faites au cours de son suivi médical doivent y être notées.

#### Le carnet de santé actuel (2007)

Différentes versions ont progressivement amélioré la qualité du document et enrichi son contenu. La dernière version date de 2006. Elle comporte 96 pages dont les différentes sections sont facilement repérées par des couleurs différentes portées sur sa tranche. Les informations importantes dont le médecin a besoin dans l'exercice médical quotidien doivent être consignées aux différents chapitres qui concernent *la période néonatale, la croissance staturale-pondérale, le développement psychomoteur, le repérage des troubles sensoriels, les vaccinations, les antécédents de maladies contagieuses, les consultations, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les examens radiologiques.*

Elles font l'objet de questions-réponses à cocher par le médecin sur les certificats médicaux obligatoires correspondant à des âges clés du développement, au 8<sup>e</sup> jour, aux 9<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois (tableau 8.2).

La surveillance médicale a été enrichie de nouveaux examens individualisés à 2 mois, entre 2 et 4 ans, à 8 ans.

La nouvelle présentation du CSE permet une utilisation conviviale grâce à différents espaces signalés par des pictogrammes selon qu'ils sont destinés aux professionnels de santé, aux parents, à l'enfant ou à l'adolescent. Les

**Tableau 8.2. Carnet de route de surveillance de l'enfant normal – visites recommandées et obligatoires (J8, 9<sup>e</sup> mois, 2 ans) – objectifs de surveillance.**

| Items/Âge                  |          | < J8 | 1 mois | 3 mois | 6 mois | 9 mois | 1 an |
|----------------------------|----------|------|--------|--------|--------|--------|------|
| Poids/Taille               |          | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
| Périmètre crânien          |          | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
| Développement psychomoteur |          | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
| Langage                    |          |      |        |        |        |        |      |
| Organes sensoriels         | Audition | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
|                            | Vue      | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
| Dents                      |          |      |        |        |        | +      | +    |
| PA                         |          | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
| Appareil locomoteur        | Hanches  | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
|                            | Pieds    | +    | +      | +      | +      | +      | +    |
|                            | Rachis   | +    |        |        |        |        |      |
| Organes génitaux externes  |          |      |        |        |        |        |      |

**Tableau 8.2. Carnet de route de surveillance de l'enfant normal – visites recommandées et obligatoires (J8, 9<sup>e</sup> mois, 2 ans) – objectifs de surveillance. (suite)**

| Items/Âge                        | 18 mois  | 2 ans                   | 4 ans | 5-6 ans             | 6-12 ans<br>(1 visite/an) | 12-15 ans |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-------|---------------------|---------------------------|-----------|
| Poids/Taille                     | +        | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
| Périmètre crânien                | +        | +                       |       |                     |                           |           |
| Développement psychomoteur       | +        | +                       | +     | Adaptation scolaire |                           |           |
| Dépistage des troubles affectifs | +        | +                       |       |                     |                           |           |
| Langage                          |          | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
| Organes sensoriels               | Audition | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
|                                  | Vue      | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
| Dents                            | +        | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
| PA                               | +        | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
| Appareil locomoteur              | Hanches  |                         |       |                     |                           |           |
|                                  | Pieds    | +                       | +     | +                   | +                         | +         |
|                                  | Rachis   |                         |       |                     | ++                        | +++       |
| Organes génitaux externes        |          | Intervention<br>Ectopie |       |                     |                           | Puberté   |

PA :

messages de prévention ont été revus et enrichis d'illustrations sur le repérage des signes précoces des troubles sensoriels (vue et audition), des troubles du langage, des troubles de la relation. En tête de chaque double page consacrée à un examen détaillé (2<sup>e</sup> mois, 4<sup>e</sup> mois, 9<sup>e</sup> mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 8 ans, 10 à 13 ans, 14 à 18 ans) figure un espace destiné aux parents leur rappelant les repères de développement, les invitant à préparer la consultation en notant des informations, s'ils le souhaitent, sur la vie quotidienne de l'enfant et à faire part au médecin de leurs observations et de leurs questions. Des conseils de prévention sont donnés aux âges clés, par exemple concernant la mort inattendue du nourrisson, le bébé secoué, les accidents domestiques. Les messages concernant la nutrition ont trait à la promotion de l'allaitement maternel, à la préparation des biberons, et les repères concernant la lutte contre l'obésité du Programme national nutrition santé (alimentation, activité physique) ont été repris et incluent la courbe d'indice de masse corporelle. La conduite à tenir devant un enfant malade est schématisée dans les situations suivantes : fièvre, diarrhée, vomissements, gêne respiratoire.

## ■ Un outil d'informativité et de confidentialité

### Informativité du carnet de santé

Aujourd'hui la plupart des médecins impliqués dans le suivi médical des enfants considèrent que le CSE constitue un important document de travail. Cependant, une étude publiée en 2003 a montré un sous-enregistrement des faibles scores d'Appgar dans les carnets de santé, amenant à se demander si

ces résultats n'étaient pas liés aux réticences des professionnels à enregistrer une information jugée comme susceptible d'être préjudiciable à l'enfant.

Dans la même enquête, les courbes de croissance n'étaient remplies que dans un tiers des cas pour les nourrissons et dans moins d'un quart des cas pour les enfants de 3-4 ans. L'identification de la totalité des lots vaccinaux n'était possible que pour un tiers des nourrissons et pour un quart des enfants de 3-4 ans. Beaucoup de progrès restent donc à accomplir, d'autant que la pratique quotidienne semble indiquer qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative.

### Carnet de santé et confidentialité

Dans un certain nombre de cas, les praticiens craignent une rupture de confidentialité pour des informations qualifiées de « sensibles » qu'ils auraient notées sur le CSE. Ils mettent en avant le fait que le CSE « circule beaucoup », parfois confié par les parents à la famille proche ou élargie, à la nourrice, à une travailleuse familiale. Le CSE est demandé, parfois abusivement, par des travailleurs sociaux, des organismes publics et les parents se sentent parfois mis en difficulté s'ils refusent. C'est également cette crainte qui anime les médecins qui omettent de porter sur les certificats de santé des informations tels retards de développement ou autres items « négatifs ».

### Langage aux familles

Il faut dire et redire aux parents que le CSE est leur propriété, qu'il s'agit d'un document médical confidentiel. La famille est seule à décider de sa présentation au médecin. Pour l'admission à l'école ou à la crèche, le carnet de santé doit être remis sous enveloppe à l'intention du médecin responsable – qui est seul habilité à en prendre connaissance.

Dans certains cas, un dialogue noué avec les parents peut aider le médecin à faire le choix des informations que l'on décide d'omettre ou de transcrire sur le CSE. Rappelons que les informations concernant la période prénatale ne peuvent être rapportées dans le CSE qu'avec l'accord de la mère (notamment les sérologies maternelles, les résultats des échographies anténatales).

## ■ Un outil pour un bon usage

Le suivi médical des enfants par leur pédiatre ou leur médecin généraliste nécessite une bonne connaissance de leur histoire personnelle et familiale. Le praticien s'appuie le plus souvent sur un dossier personnel papier et/ou informatique. Néanmoins, la petite enfance est un âge où des intervenants multiples sont amenés à voir l'enfant : en médecine libérale, en secteur hospitalier, en PMI et en santé scolaire. Il est donc important que l'information « circule » et cela n'est pas incompatible avec la confidentialité.

Un guide à l'intention des professionnels de santé concernant l'usage du dernier modèle du CSE a été rédigé parallèlement à cette édition et il est disponible sur le site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) rubrique carnet de santé. Il vise à améliorer la qualité du suivi et du dépistage. De fait, si beaucoup de CSE sont très informatifs durant les deux premières années, la densité des renseignements médicaux se raréfie, comme on l'a vu plus haut dans les résultats de l'enquête sur l'informativité du CSE, laissant alors dans l'embarras le médecin, quel que soit le motif de la consultation, mais tout particulièrement si la consultation est motivée par un retard de croissance !

Un intérêt tout particulier s'attache à la courbe de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé en fonction du poids et de la taille ( $P/T^2$ ). Cet indice est un reflet fidèle de la masse grasse de l'organisme. Il passe par un minimum entre l'âge de 4 ans et l'âge de 6-7 ans avant de remonter dans les années suivantes. Lorsque l'ascension de la courbe survient plus tôt, ce « rebond d'adiposité » précoce est prédictif du risque d'obésité à l'âge adulte. L'établissement de cette courbe est donc particulièrement intéressant pour le repérage précoce de l'obésité infantile. Un cas particulier est représenté par les carnets de santé « pléthoriques ». Plusieurs situations sont en cause :

- parfois il s'agit d'un enfant atteint de maladie chronique et dans ces cas il incombe au médecin de ne consigner sur le CSE que les renseignements indispensables pour un nouveau prescripteur éventuel et il importe de ne pas confondre dossier médical et CSE ;
- plus souvent, il s'agit d'une longue suite de consultations aux motifs apparemment très bénins, et parfois, auprès de très nombreux médecins différents... nécessitant l'ajout de nombreuses feuilles supplémentaires au carnet de santé. Ce « nomadisme médical » demande à être interprété : hyperanxiété familiale ? Affection psychiatrique maternelle avérée ou ignorée ?

Trois exemples de situations de bon usage illustrent l'intérêt du CSE :

- *aux urgences pédiatriques hospitalières*, le carnet de santé est très utile, le médecin qui accueille l'enfant le voit souvent pour la première fois et en feuilletant le CSE, il a sous les yeux en quelques minutes une moisson de renseignements qui lui permet de mener l'interrogatoire avec un impact beaucoup plus fort grâce à un dialogue très interactif appelant les

parents à commenter les écrits que le médecin lit à haute voix devant eux. Les pages sur les vaccinations permettent de savoir immédiatement où en est l'enfant dans son calendrier et de donner les conseils adéquats en cas de retard. En l'absence de toute vaccination y compris pour les obligatoires (diphthérie, tétanos, poliomyélite), il faut rappeler que les parents ont le devoir de protéger leur enfant et qu'ils peuvent être l'objet d'information préoccupante ou de signalement judiciaire en cas de refus (loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007). Les parents ont compris l'importance du CSE, comme le montre une enquête effectuée aux urgences pédiatriques de l'hôpital Bicêtre rapportant que plus de 80 % des parents consultant pour des motifs médicaux viennent munis du CSE ;

- *lors des examens médicaux en milieu scolaire*, les praticiens sont également amenés à voir les enfants pour la première fois. Leur travail n'a de sens que s'ils peuvent s'appuyer sur les données antérieures du suivi, correctement et régulièrement inscrites dans le CSE. Sans doute trop de praticiens considèrent-ils leur travail comme inscrit dans une relation exclusive entre l'enfant, sa famille et eux-mêmes et ne se sentent-ils pas partie prenante d'un travail commun incluant les médecins intervenant à titres divers dans les différents milieux de vie de l'enfant et avec lesquels le partage des informations médicales serait bénéfique ;

- *certaines maladies chroniques* peuvent justifier la nécessité d'un document spécifique de prise en charge de l'affection : le diabète, l'hémophilie en sont deux exemples particulièrement démonstratifs. La tenue de ces carnets ou agendas ne dispense pas le médecin de l'obligation de tenir à jour le CSE, tout spécialement pour le suivi du développement staturo-pondéral et psychomoteur, des vaccinations. Dans le rôle de lien avec les autres médecins appelés à soigner l'enfant, on peut imaginer deux attitudes extrêmes : ne rien dire du tout « pour ne pas nuire », ou à l'inverse considérer que l'information la plus précise possible est utile à tous les médecins susceptibles d'intervenir. Les deux attitudes nous paraissent également préjudiciables. Certaines informations sont précieuses, notamment dans le cadre d'une consultation d'urgence. Ainsi, tout médecin susceptible d'intervenir en urgence chez un enfant drépanocytaire doit-il pouvoir connaître le taux moyen d'hémoglobine de l'enfant et le volume habituel de la rate... avant d'avoir accès au dossier ou au compte rendu de la dernière hospitalisation.

Dans un autre domaine, il est anormal que certains enfants posant des problèmes de retard grave du développement n'aient aucune indication sur leur carnet de santé concernant par exemple l'âge d'acquisition de la station assise ou de la marche. Leur a-t-on vraiment rendu service avec ces omissions ?

## ■ Conclusion

Le carnet de santé n'a pas pour objectif de remplacer l'observation médicale personnelle du praticien mais il représente un outil de travail irremplaçable pour exercer correctement le suivi médical d'un enfant dans un esprit de « médecine globale » et dans le souci de partager les informations médicales avec les autres praticiens travaillant en médecine libérale, en PMI ou dans les structures hospitalières. Il est enfin préconisé que le « bon usage » du CSE fasse l'objet d'un enseignement pratique aux étudiants en médecine, ce qui est aujourd'hui rarement le cas dans nos facultés.

## ■ La médecine scolaire (cf. aussi Chapitre 6 page 107)

Le service de santé scolaire dénommé officiellement « service de promotion de la santé en faveur des élèves » dépend du ministère de l'Éducation nationale et non du ministère de la Santé. Les actions de santé sont assurées par deux services qui agissent en étroite collaboration : le service médical et le service infirmier

La médecine scolaire a une mission de promotion de la santé en faveur des élèves, avec pour but essentiel de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite, de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

Ses missions principales sont les suivantes :

- favoriser l'intégration des enfants atteints de troubles de santé (pathologies chroniques, situations de handicap) : projet d'accueil individualisé, programme personnalisé de scolarisation ;
- intervenir dans les actions de protection de l'enfance en danger ;
- aider aux mesures de dépistage et de prophylaxie en cas de maladie transmissible (méningite, toxi-infection alimentaire collective, tuberculose, dermatose contagieuse) ;
- assurer des études épidémiologiques (indicateurs sanitaires et sociaux) et mener des missions d'information et d'éducation à la santé (addictions, enfance maltraitée, sexualité, obésité) ;
- être référent en matière de santé dans l'équipe éducative : prise en compte des aptitudes médicales de l'élève pour son projet professionnel, facilitation de l'accès aux soins et prévention des risques professionnels.

Dans le cadre du suivi de l'enfant normal, la médecine scolaire assure des bilans de santé systématiques ou des examens à la demande, pour les enfants âgés de plus de 6 ans.

La loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007 a prévu l'instauration de trois autres examens de santé : au cours de la 9<sup>e</sup>, de la 12<sup>e</sup> et de la 15<sup>e</sup> année.

À partir des 54 articles de la convention internationale des droits de l'enfant ont été extraits 10 principes. Quatre d'entre eux nous semblent devoir illustrer et conclure cette partie sur « l'enfant normal » (encadré 8.1).

### Encadré 8.1

#### Droits de l'enfant (extrait)

##### Le droit à la vie (article 1)

L'enfant a le droit à un niveau de vie compatible avec son développement. Ses parents ont la responsabilité de le lui garantir.

- 14 millions d'enfants meurent chaque année en bas âge dans le monde.
- 250 000 enfants meurent chaque semaine de malnutrition.
- 7 000 enfants meurent chaque jour de déshydratation aiguë par diarrhée.
- En Inde, 650 000 enfants sont morts de la rougeole en 1984.

L'État a l'obligation d'aider les parents en cas de difficultés à assumer cette tâche.

Le droit à la santé

Garantir ce droit c'est prendre les mesures nécessaires :

- pour que les enfants reçoivent les soins médicaux dont ils ont besoin ;
- pour qu'ils vivent dans un environnement sain et salubre ;
- pour que diminue la mortalité infantile ;
- pour que soit dépistée, traitée et facilitée l'insertion sociale des enfants handicapés.

##### Le droit à l'éducation (article 3)

C'est :

- contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme ;
- rendre l'enseignement primaire obligatoire gratuit ;

900 millions d'adultes sont analphabètes dans le monde. Le taux de scolarisation est une assez bonne mesure du degré de développement d'un pays.

- favoriser l'épanouissement des enfants, leur faciliter l'accès tout en respectant leur personnalité, les préparer à leur vie d'adulte dans le respect des droits de l'homme.
- Il faut ajouter au verbe « travailler » le verbe « jouer ». L'enfant a droit aux loisirs, aux jeux, et à toute activité culturelle et artistique.

##### Le droit à la protection contre la maltraitance et l'exploitation sexuelle (article 6)

Il faut donner obligation à l'État de :

- mettre les enfants à l'abri des violences, des sévices et des mauvais traitements de toute nature ;
- protéger les enfants des abus sexuels ;
- empêcher la prostitution, l'enlèvement, la vente et la traite d'enfants.

##### Le droit à la protection contre l'exploitation dans le travail

L'enfant doit être protégé contre tout travail qui :

- altère sa santé par son caractère exténuant et dangereux ;
- gêne son éducation en le privant d'une scolarité et d'une formation régulière ;
- nuit à son développement.

200 millions d'enfants sont obligés de travailler pour vivre (Bureau international du travail : BIT).

- En Asie, 11 % de la main-d'œuvre est infantile.
- En Afrique et en Amérique latine, 15 à 25 % des moins de 15 ans travaillent.

Quatre objectifs prioritaires pour l'enfant « normal » dans le monde : nutrition, vaccinations, éducation, protection contre les risques de l'environnement.

Les moins de 15 ans constituent environ un tiers de l'humanité.