

# ENFANTS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE REPÉRÉS PAR LA MÉDECINE SCOLAIRE :

## les oubliés du réseau de soins ?

F. NOIRHOMME-RENARD (1), Q. BULLENS (2), A. MALCHAIR (3), C. GOSSET (4)

**RÉSUMÉ :** Les besoins actuels de santé des enfants sortent largement du cadre biomédical. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la surveillance des enfants offre au médecin scolaire un poste «vigie» pour le repérage d'enfants en situation de vulnérabilité, qui le conduit à la nécessité d'un réel «travail en réseau» pour concourir au développement harmonieux de l'enfant.

**MOTS-CLÉS :** *Inégalités de santé - Négligence - Enfants - Santé publique - Prévention*

Le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE) représente un service public, universel, gratuit et obligatoire de médecine préventive pour les enfants scolarisés dans la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De ce fait, il occupe un poste d'observation privilégié de la santé des enfants et des adolescents. Cependant, l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est loin d'être atteint, les problèmes dépistés n'étant pas toujours pris en charge. Le médecin scolaire est démuné face à ces situations de «négligence» médicale ainsi qu'aux autres formes de négligences (physique, émotionnelle, éducative...).

Avec la réforme de 2001 remplaçant l'«Inspection Médicale Scolaire» (IMS) par la «Promotion de la Santé à l'École» (PSE), les concepts et modèles de «santé globale» et de «promotion de la santé» se situent désormais au cœur du travail de terrain et ouvrent une porte pour la réduction de ces inégalités.

Après avoir décrit l'organisation actuelle des bilans de santé scolaires, cet article identifie certaines limites du système liées à la réduction des inégalités sociales de santé; enfin, il suggère des pistes de réflexion pour la pratique.

### LES SERVICES PSE : MISSIONS ET ORGANISATION

#### LES 4 MISSIONS DES SERVICES PSE

Les quatre missions des équipes PSE sont les suivantes (1) :

(1) Médecin scolaire et de Santé publique, (4) Professeur, Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège.

(3) Pédiopsychiatre, Université de Liège.

(2) Psychologue à l'équipe SOS Enfants du SAILFE (Ciney). Chercheur, Université de Liège.

#### VULNERABLE CHILDREN DETECTED BY THE SCHOOL HEALTH SERVICE : THE FORGOTTEN ?

**SUMMARY :** The current health needs of children largely exceeds the biomedical model. The school doctor occupies a special position where he can take into account the social determinants of health and identify vulnerable children. After the detection by the school health service, the harmonious development of the child requires that health professionals cooperate in a «preventive network».

**KEYWORDS :** *Health inequalities - Neglect - Children - Public health - Prevention*

- 1) le suivi médical individuel des élèves : bilans de santé périodiques et mise en œuvre de la vaccination. Cette mission représente au minimum 70% du temps de travail des équipes PSE;
- 2) le recueil standardisé de données sanitaires. Force est de constater que plus de 10 ans après la réforme, les seules données PSE publiées sont relatives à l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants (2);
- 3) la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles dont la liste est fixée par le Gouvernement;
- 4) la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Cette mission représente un minimum de 20% du temps de travail des équipes.

#### ZOOM SUR LE BILAN DE SANTÉ DANS L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL (3-12 ANS)

Le bilan de santé permet une surveillance de la croissance et du développement de l'enfant ainsi que le dépistage de troubles spécifiques susceptibles notamment de compromettre sa scolarité.

Dans l'enseignement fondamental, les élèves bénéficient d'un bilan de santé complet en 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> maternelles, ainsi qu'en 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> primaires. Un bilan partiel (examen de la vue) est également prévu en 4<sup>ème</sup> primaire. Les bilans complets comportent, au minimum :

- 1) une anamnèse médicale (questionnaire adressé aux parents relatif aux antécédents médicaux, problèmes de santé, vaccinations, habitudes de vie et comportements de leur enfant);
- 2) un bilan vaccinal;

- 3) un examen biométrique : examen sensoriel (vue et audition), examen statur pondéral (courbe de croissance et IMC), analyse d'urines;
- 4) un examen clinique complet.

Selon les classes, ce bilan est complété de certaines particularités :

- en 3<sup>ème</sup> maternelle : un bilan neuro-moteur avec repérage des troubles du langage;
- en 6<sup>ème</sup> primaire : un questionnaire aux élèves sur leurs «habitudes de vie».

Outre les bilans obligatoires, des bilans sélectifs supplémentaires peuvent être envisagés. Ils sont soit demandés par l'école ou le centre PMS, soit programmés par le médecin scolaire (le plus souvent) s'il juge qu'un suivi plus rapproché de l'enfant est nécessaire.

Lorsqu'un problème de santé est dépisté et nécessite un relais vers la médecine curative, le médecin scolaire oriente l'enfant vers le médecin traitant ou le service spécifique adéquat. Les parents reçoivent alors deux courriers. Le premier leur est destiné et mentionne les résultats du bilan de santé de leur enfant avec les recommandations médicales. Le second est destiné au médecin à consulter et mentionne les éléments de référence utiles à la continuité de la prise en charge. Un «talon-réponse» est prévu, permettant au médecin consulté d'assurer un retour au service PSE.

#### SITUATION DE VULNÉRABILITÉ MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE D'ENFANTS SANS ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS

##### *LES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉPISTÉS NE SONT PAS TOUJOURS PRIS EN CHARGE*

Le dépistage systématique organisé par la médecine scolaire se focalise sur les troubles visuels et auditifs, les troubles de croissance statur pondérale, les caries et malposition dentaires, les anomalies du bilan urinaire, les troubles du langage et/ou le retard de développement neuro-moteur (en 3<sup>ème</sup> maternelle), le schéma vaccinal.

La prise en charge des problèmes dépistés - et, par là, la continuité des soins - est loin d'être assurée, réduisant ainsi la contribution de la médecine scolaire à la réduction des iné-

galités sociales de santé et à la santé publique. Déjà en 1999, De Spiegelaere et coll. ont décrit (3) une rupture, dans notre pays, entre d'une part, le système de dépistage organisé dans un souci d'équité (gratuité et accessibilité à tous) et d'autre part, le système de prise en charge après dépistage organisé de manière essentiellement libérale et dont l'accès est inégalement réparti entre les groupes sociaux. De fait, malgré les efforts des services de médecine scolaire pour s'assurer de la prise en charge des problèmes dépistés, les familles de classe sociale plus aisée adhèrent ou sont en mesure d'adhérer davantage aux recommandations faites à l'issue du bilan de santé. Dès lors, la médecine scolaire risque d'accentuer les inégalités sociales, voire d'en créer de nouvelles.

Ainsi, il n'est pas rare de voir un enfant avec une diminution d'acuité visuelle importante repérée en 3<sup>ème</sup> maternelle, puis en 2<sup>ème</sup> primaire, poursuivre sa scolarité sans correction visuelle. De même, bon nombre d'enfants obèses sont dépistés précocement par le service PSE, mais la situation n'est pas analysée dans toute sa complexité (difficultés sociales, éducatives, relationnelles...). Les parents recourent peu aux avis du médecin de famille pour cette problématique, et la tendance générale est souvent, au fil des bilans de santé, à l'aggravation de la situation. Des retards de développement neuro-moteur sont parfois mis en évidence dès la 1<sup>ère</sup> maternelle. L'état de santé bucco-dentaire des enfants est parfois désastreux.

A titre d'illustration, sur environ 2.000 bilans de santé réalisés par un centre de la région liégeoise en 2012 (centre qui a majoritairement sous tutelle des établissements scolaires à «indice socio-économique faible» (4)), 20 à 25% des élèves ont été orientés vers la médecine curative\* (médecins généralistes et spécialistes). En fin d'année scolaire, seuls 10 à 12% de «retours» ont confirmé la prise en charge du problème de santé de ces élèves. L'interprétation de ces taux doit être prudente : l'absence de feed-back au PSE ne signifie pas nécessairement absence de prise en charge. Cependant, ces données laissent entrevoir les problèmes d'accessibilité aux soins à différents niveaux: compréhension des informations, absence de médecin référent, hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux, barrière financière et/ou culturelle aux soins,.... (5).

\* À ces données doivent s'ajouter les enfants orientés vers les soins dentaires, vers les bilans pour troubles du langage ou du comportement, ou encore vers les centres PMS, les équipes SAJ (Service d'Aide à la Jeunesse) et SOS Enfants.

*LES «SYMPTÔMES COMPLEXES» SONT FRÉQUENTS*

Il est évident que l'incidence des troubles facilement objectivables ne donne qu'une vision parcellaire des besoins de santé des enfants. En effet, parmi ces besoins, on peut également citer tous les symptômes complexes à composantes multiples et aux conséquences potentiellement sévères sur la santé et le bien-être des enfants qui nécessiteraient des stratégies diagnostiques pluridisciplinaires fondées sur une approche holistique de la santé (6). Le médecin est régulièrement amené à constater, lors du bilan de santé ou de l'entretien préalable mené avec l'enseignant, ou encore de la consultation du dossier médical scolaire, des cas d'enfants en «situation de vulnérabilité» :

- défaut de soins ou d'éducation : sous-vêtements régulièrement souillés ou inadaptés, négligence alimentaire, manque d'hygiène important, retard majeur d'apprentissage de la propreté et/ou du langage, comportements inappropriés, pédiculose chronique, absentéisme scolaire fréquent... ;
- éléments cliniques préoccupants : décrochage de la courbe de croissance, énurésie ou encoprésie primaire ou secondaire, cicatrices récentes ou anciennes avec une explication de l'enfant qui «ne colle pas»,... ;
- propos inquiétants de la part de l'enfant («c'est Papa qui m'a brûlé avec une cigarette», «Maman me frappe quand je ne m'habille pas assez vite»);
- troubles du sommeil;
- mutisme;
- troubles du comportement (colères, agressivité, tristesse,...);
- contexte connu ou évident de violence familiale, antécédents familiaux «lourds» (parent toxicomane, alcoolique, incarcéré,...);
- antécédent de suivi par le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ), reflet d'une probable fragilité au niveau de la parentalité;
- absence systématique le jour du bilan de santé.

Si aucun diagnostic n'est établi, la majorité de ces troubles peut avoir des conséquences graves sur le développement et l'avenir de l'enfant. Les compétences d'un pédopsychiatre, d'un neuropédiatre et d'une équipe pluridisciplinaire s'imposent de toute évidence.

*LE REPÉRAGE ET LE SUIVI DES SITUATIONS PRÉSUMÉES DE NÉGLIGENCE SONT COMPLEXES*

Les situations de maltraitance avérées sont des situations pour lesquelles le travail d'orientation est globalement plus aisé. En effet,

les éléments cliniques objectifs permettent le signalement et l'orientation vers les structures d'aide spécifiques telles que le SAJ ou les équipes SOS Enfants.

Par contre, la gestion de situations présumées de négligence (qu'elle soit physique, médicale, éducative ou émotionnelle) est beaucoup plus complexe. La source des données amenant à s'inquiéter pour un enfant (les «puces à l'oreille» (7)) est généralement diverse et multifocale (médecin scolaire, communauté éducative, parents, PMS...), ce qui requiert un travail d'écoute, d'observation, de compilation d'éléments *a priori* peu probants, aspécifiques, de rassemblement de pièces de puzzle. Ce travail exige une attention aiguisée et du temps, avant et/ou après la consultation médicale, temps qui n'est pas toujours prévu, planifié ni valorisé. En outre, l'approche de ces situations préoccupantes peut varier d'un intervenant à l'autre, pour des raisons diverses : appréciation ou interprétation subjective des éléments (souvent aspécifiques) dont on dispose; seuil d'alarme différent; déni et/ou incapacité à penser la maltraitance (8); représentation différente de leurs rôles et missions entre médecins scolaires (approche biomédicale *versus* biopsychosociale); manque de formation dans le cursus de base; interrogation sur la légitimité d'intervenir.

Par ailleurs, la gestion de ces situations peut être malaisée pour le médecin. Si on sait que, lorsque le doute est palpable et que des investigations non médicales s'imposent, l'approche multidisciplinaire est requise (9), en pratique, le médecin scolaire est bien souvent démuni : peu de relais possibles ou connus, manque de temps, crainte de se tromper, listes d'attente dans les services de santé mentale, expériences de partenariats antérieures insatisfaisantes,... Dans ce contexte, aucune procédure standard, aucun «arbre décisionnel» n'existe quant à l'évaluation et au suivi des situations de négligence potentielles.

**COMMENT CONTRIBUER AU REPÉRAGE ET À L'AIDE AUX ENFANTS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ?**

Face à la fréquence de ces signaux d'alerte, il est indispensable d'organiser des pratiques permettant de donner tout son sens au bilan de santé scolaire, renforçant ainsi l'«égalité des chances» des enfants dès les classes maternelles. Comment contribuer au repérage et à l'aide aux enfants en situation de vulnérabilité ? Comment construire un pont entre les secteurs préventif et curatif lorsque

les parents rencontrent des difficultés pour l'accès au diagnostic et aux soins ?

*L'ENTRETIEN SYSTÉMATIQUE DU MÉDECIN SCOLAIRE AVEC L'ENSEIGNANT*

L'enseignant est, après les parents, la personne que l'enfant côtoie le plus fréquemment; il en est parfois même le confident. C'est la personne la mieux placée pour observer non seulement la scolarité de l'enfant mais aussi son comportement individuel et social, son évolution quotidienne et l'attention dont il est l'objet de la part de ses parents. L'entretien mené en toute discrétion par le médecin scolaire avec l'enseignant, en début de consultation et au cabinet médical, permet de pointer les élèves méritant une attention particulière lors du bilan de santé. L'approche holistique de la santé partagée à la fois par le médecin scolaire, son équipe et les intervenants scolaires constitue une plus-value pour le repérage de signes d'alerte des situations de négligence chez un enfant (tableau I) et une plus-value pour un partenariat optimal école-PSE autour des enfants «à risque».

*LA NOTION DE «SUIVI PRIORITAIRE» POUR LES ENFANTS «À RISQUE»*

Pour les situations d'enfants à risque (tableau II), un suivi prioritaire ou suivi renforcé peut s'établir du fait :

TABLEAU I. SIGNES D'ALERTE DES SITUATIONS DE NÉGLIGENCE/MALTRAITANCE CHEZ UN ENFANT (13, 14)

Signes physiques	Troubles du comportement	Troubles cognitifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echymoses fréquentes - multiples</li> <li>• Brûlures - griffures</li> <li>• Problème d'hygiène</li> <li>• Habillement inadapté ou inadéquat</li> <li>• Enfant pâle - cerné - fatigué</li> <li>• Alimentation insuffisante</li> <li>• Absences non motivées - répétées</li> <li>• Enfant «oublié» à la garderie</li> <li>• Mauvais suivi médical</li> <li>• Infections fréquentes</li> <li>• Enfant laissé seul</li> <li>• ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agressivité avec les autres</li> <li>• Automutilation</li> <li>• Isolement, repli sur soi, bouc émissaire ...</li> <li>• Comportement sexuel inadéquat avec les autres enfants</li> <li>• Vocabulaire sexuel inadéquat pour son âge</li> <li>• Troubles du contact : regard fuyant, enfant indifférent</li> <li>• Énurésie - encoprésie</li> <li>• Enfant refusant de se déshabiller</li> <li>• Peurs - phobies de certains endroits</li> <li>• ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de désir d'apprendre</li> <li>• Manque d'estime de soi</li> <li>• Inhibition intellectuelle - blocage de la pensée</li> <li>• Déstructuration spatio-temporelle</li> <li>• Troubles de l'attention - concentration</li> <li>• Troubles du langage</li> <li>• Chute brutale du rendement scolaire</li> <li>• Travaux sales - négligés</li> <li>• Phobies scolaires</li> <li>• Trop de pression ou désintérêt des parents</li> <li>• ...</li> </ul>

- 1) de la gravité du problème de santé dépisté (acuité visuelle ou auditive fortement diminuée, «cassure» d'une courbe de croissance, obésité extrême, signes de souffrance);
- 2) du nombre de problèmes;
- 3) de la notion de chronicité;

TABLEAU II. SCHÉMA DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS À L'ISSUE DU BILAN DE SANTÉ EN PSE

Bilan de santé scolaire périodique/sélectif			
De manière schématique, la pratique de terrain permet de distinguer 4 types de situations à l'issue du bilan de santé: rien à signaler», problème mineur (orienté ou non), enfant «à risque», enfant «en danger». La catégorisation entre «enfant à risque» et «enfant en danger» représente un enjeu qui impose une évaluation interdisciplinaire. L'expérience montre que ces situations se répartissent différemment selon l'indice socio-économique de l'école.			
↓	↓	↓	↓
<b>RAS</b>	<b>Problème de santé «mineur»</b>	<b>Enfant à risque</b>	<b>Enfant en danger</b>
Croissance harmonieuse Aucun trouble décelé Vaccinations en ordre		Problème de santé majeur et/ou facteurs de risques psycho-sociaux (négligence)	Négligence grave Maltraitance avérée Notion d'urgence
	↓		
	Non-orienté  Fiche de liaison pour le médecin (généraliste ou spécialiste) à consulter	<b>Suivi renforcé :</b> 1) contact avec les parents (téléphone et/ou rencontre) 2) contact avec le médecin traitant 3) bilan de santé scolaire « sélectif » systématique (bilan annuel voire 2x/an) 4) fiche de liaison pour le centre PMS 5) contact avec une équipe SOS Enfants (conseils et/ou prise en charge)	Relais vers les services compétents : • Équipe SOS-Enfants • SAJ • Hôpital • Parquet

4) de la notion de «risque» pour le développement harmonieux de l'enfant (situation familiale délétère, négligence, dossier SAJ/SPJ, etc).

L'objectif du suivi renforcé est de tenter de réduire le délai de prise en charge par les familles, mais aussi de s'assurer que l'enfant victime d'une négligence potentielle ne sera pas perdu de vue. Les modalités de ce suivi peuvent être les suivantes :

- 1) la rencontre des parents pour les situations complexes, permettant une meilleure appréciation de la situation;
- 2) le contact avec le médecin traitant (travail en réseau);
- 3) l'inscription des enfants à un bilan de santé «sélectif» au centre;
- 4) la référence et la collaboration avec le centre PMS;
- 5) le recours aux conseils d'une équipe SOS Enfants.

Le bilan de la situation de ces enfants se fait plus fréquemment sur l'année scolaire (une réunion d'équipe trimestrielle). La situation de la fratrie est également évaluée, les risques socio-familiaux impliquant souvent l'ensemble des enfants. Un bilan de santé sélectif est programmé d'emblée dans le courant de l'année ou l'année suivante.

#### *LE RENFORCEMENT DU «TRAVAIL EN RÉSEAU» POUR LE «SOUTIEN À LA PARENTALITÉ»*

En pratique, le contact direct avec le médecin traitant est important pour les enfants «à risque» : il permet de faire part des inquiétudes et de réfléchir conjointement à un plan d'action lorsque la mobilisation des parents vers le secteur des soins fait défaut ou que des investigations plus poussées sont nécessaires. L'éventualité d'une orientation vers un service d'aide spécialisée (SAJ, SOS Enfants) peut être discutée pour les situations les plus graves.

La collaboration avec le centre PMS est privilégiée dans tous les cas. Cependant, l'impact sur l'enfant reste limité du fait que ce service représente également un service préventif (pas de suivi dans la durée, ni de prise en charge thérapeutique) qui, de plus, est consultatif (10) (les agents PMS ne rencontrent pas les enfants sans l'autorisation des parents, exception faite des situations de maltraitance avérée).

#### *LE PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ AVEC LES ÉQUIPES SOS ENFANTS*

Les équipes SOS Enfants représentent un service pluridisciplinaire spécialisé dans la pré-

vention individuelle, l'évaluation ou le bilan et la prise en charge de situations de maltraitance d'enfants. Elles peuvent donner une orientation sur ce qui pourrait être mis en place préventivement. Le contact du service PSE avec une équipe SOS Enfants permet, outre le fait de ne pas rester seul et de se mettre en situation pluridisciplinaire, d'apprécier ensemble l'urgence et les voies d'aide possibles à l'enfant. Les équipes sont disponibles pour aider l'intervenant PSE à évaluer la situation de l'enfant et, si nécessaire, la prendre en charge.

## **DISCUSSION**

Si la gestion des données relatives à la santé des enfants de 3 à 12 ans manque cruellement en FWB, la banque de données médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (qui concerne les enfants de 0 à 30 mois) (11) et l'enquête HBSC («Health Behaviour in School-aged Children») (qui concerne les adolescents de 12 à 18 ans) (12), mettent clairement en évidence des inégalités sociales de santé pour la majorité des indicateurs de santé : santé physique, développement psychomoteur, alimentation, santé perçue, comportements à risque...

Dans la pratique de médecine scolaire, à défaut de données objectives, notre expérience de terrain montre que les problèmes de santé dépistés sont plus nombreux chez les élèves d'écoles à «indice socio-économique faible» (4) *versus* ceux d'écoles à ISE élevé. De même les symptômes complexes, médico-psychosociaux, aux origines multiples et aux conséquences potentiellement sévères, sont fréquents et mériteraient une attention accrue pour la santé et le bien-être des enfants.

Or, la médecine scolaire, qui s'inscrit dans le champ de la médecine préventive, est limitée en ressources humaines, temporelles et matérielles, et se trouve donc en difficulté pour aider à assurer adéquatement l'évaluation, puis la gestion du «risque» repéré auprès d'enfants en situations de vulnérabilité. Cette responsabilité nécessite que les divers professionnels interpellés travaillent dans un «réseau de prévention» au sein duquel le partenariat entre le médecin scolaire et le médecin généraliste – pour autant qu'il y en ait un occupe une place centrale. Les avantages du bilan de santé scolaire sont nombreux (tableau III) et la concertation médecin scolaire/médecin généraliste est importante pour faire le lien entre le repérage des enfants vulnérables et les soins de première ligne.

TABLEAU III. PRINCIPAUX AVANTAGES ET LIMITES DU BILAN DE SANTÉ SCOLAIRE CHEZ L'ENFANT

Avantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture de la population scolaire proche de 100%</li> <li>• Vision globale de l'enfant et de sa fratrie</li> <li>• Suivi longitudinal : dans le temps (5 bilans de santé entre 3 et 12 ans) et dans l'espace (le dossier médical scolaire «suit» l'enfant qui change d'école)</li> <li>• Dépistage systématique de problèmes spécifiques</li> <li>• Bonne couverture vaccinale</li> <li>• Contact individuel avec l'enfant</li> <li>• Carrefour de nombreuses informations (parents, communauté éducative, PMS)</li> <li>• Recours au bilan de santé sélectif si nécessaire</li> <li>• ...</li> </ul>
Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de moyens pour une approche globale (temps, outils)</li> <li>• Dépistage et non diagnostic.</li> <li>• Peu de relais lorsqu'une évaluation pluridisciplinaire est nécessaire</li> <li>• ...</li> </ul>

8. Tursz A, Greco C.— La maltraitance envers les enfants: comment sortir concrètement du déni. *Arch Péd*, 2012, **19**, 680-683.
9. Bouvet R, Pierre M, Le Gueut M.— Responsabilité du pédiatre et signalement. *Arch Péd*, 2014, **21**, 1-2.
10. Décret du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapports d'activités des Centres psychomédico-sociaux.
11. Rapport 2010.— Banque de données médico-sociales. *ONE*, 2011, 224.
12. Moreau N, de Smet P, Godin I.— La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. SIPES, ESP-ULB, Bruxelles, février 2013.
13. Conférence «Quelle place pour la formation en matière de maltraitance, de négligences graves et d'abus sexuels ? », Bruxelles, Palais des Académies, 8 mai 2009.
14. Communauté française de Belgique.— *L'aide aux enfants victimes de maltraitance : guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents*. 2002, 29.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.
2. Fédération Wallonie-Bruxelles. La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres, Edition 2013, 232.
3. De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P.— Dépistage et prise en charge des troubles visuels chez l'adolescent: impact sur les inégalités sociales. *Santé Publique*, 1999, **11**, 41-47.
4. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française établissant les listes des implantations de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire bénéficiaires de l'encadrement différencié ainsi que la classe à laquelle elles appartiennent en application de l'article 4 du décret du 30 avril 2009, modifié par le décret du 9 février 2011 organisant un encadrement différencié au sein des établissements scolaires de la Communauté française afin d'assurer à chaque élève des chances égales d'émancipation sociale dans un environnement pédagogique de qualité.
5. CODE— La pauvreté nuit gravement à la santé des enfants, 2009, [www.lacode.be](http://www.lacode.be)
6. Danel P.— Lettre ouverte à tous les responsables, décideurs et acteurs dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Péd*, 2008, **15**, 1155-1158.
7. Lachaussée S, Bednarek S, Absil G, et al.— Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. *Observatoire : Revue d'Action Sociale & Médico-Sociale*, 2011, **67**, 108-113.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr F. Noirhomme-Renard, Département des Sciences de la Santé Publique, CHU de Liège, Belgique.  
Email : [florence.renard@ulg.ac.be](mailto:florence.renard@ulg.ac.be)