

LE MÉDECIN SCOLAIRE ET LA SUSPICION DE MALTRAITANCE À ENFANT : vers des recommandations de bonnes pratiques dans l'intérêt de l'enfant

F. NOIRHOMME-RENARD (1), A. BLAVIER (2), S. LACHAUSSÉE (3), C. MONVILLE (4), C. NIHOUL (5), C. GOSSET (6)

RÉSUMÉ : La maltraitance infantile représente, dans les pays à haut niveau de revenus, un «problème de santé publique majeur», 5 à 10 % des enfants étant concernés, toutes formes de maltraitements confondus. Les professionnels de santé contribuent à une petite proportion seulement des signalements. En Fédération Wallonie-Bruxelles, les bilans de santé scolaire périodiques couvrant près de 100 % des enfants scolarisés, le médecin scolaire est bien placé pour le repérage d'enfants exposés à une négligence de soins et/ou à de mauvais traitements. Se basant sur des recommandations de bonne pratique publiées, cet article propose des pistes d'action permettant de contribuer à un meilleur repérage et à une prise en charge adaptée de la maltraitance infantile dans le cadre de la médecine scolaire.

MOTS-CLÉS : *Maltraitance infantile - Négligence - Prévention - Médecine scolaire*

Les professionnels de santé peuvent, tous, être confrontés à une situation de suspicion de maltraitance chez un enfant. Plusieurs «affaires» ont été médiatisées, interrogeant la responsabilité du médecin - qu'il soit pédiatre, généraliste ou médecin scolaire (1-3). Elles ont mis en évidence qu'en l'absence d'éléments probants – situation évidemment fréquente –, tant l'action que l'inaction du médecin peuvent avoir des conséquences graves, voire létales, pour l'enfant, et exposer l'intervenant à des condamnations tantôt pour «non-assistance à personne en danger» en cas d'évolution défavorable pour l'enfant, tantôt pour «absence fautive de prudence et de circonspection» en cas de signalement *a posteriori* injustifié (1). Chaque situation de suspicion de maltraitance est unique, complexe et la subjectivité du médecin se mêle à la démarche clinique objective dans l'analyse qui en est faite.

Des recommandations de bonnes pratiques (RBP) destinées aux professionnels de santé ont été publiées en France par la Haute Auto-

THE SCHOOL DOCTOR AND SUSPECTED CHILD ABUSE :
TOWARDS GOOD PRACTICE RECOMMENDATIONS IN THE
CHILD'S INTEREST

SUMMARY : Child maltreatment, including all forms of maltreatment, remains a major public health problem in high-income countries. Healthcare professionals only contribute to a small proportion of reports. In French-speaking Belgium, almost 100 % of school-aged children are regularly submitted to periodical school health visits. The school health doctor is well placed to recognize neglected or abused children. Based on international good practice recommendations, this paper proposes means for the detection and management of child abuse in the context of school medicine.

KEYWORDS : *Child abuse - Neglect - Prevention - School medicine*

rité en Santé (HAS) (4), au Royaume-Uni par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (5), en Belgique par la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) (6) : toutes visent une amélioration du repérage de la maltraitance.

Cet article, après avoir précisé le cadre légal dans lequel s'inscrit la détection de la maltraitance infantile par la médecine scolaire, propose des pistes d'action permettant de contribuer à un meilleur repérage et à une prise en charge adaptée de la maltraitance infantile dans le cadre de la médecine scolaire.

MALTRAITANCE INFANTILE : UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE SOUS-ESTIMÉ

La maltraitance infantile représente, dans les pays à haut niveau de revenus, un «problème de santé publique majeur», 5 à 10 % des enfants étant concernés (4, 7, 9), toutes formes de maltraitements confondus. Les conséquences de mauvais traitements sur le développement physique et psychologique de l'enfant peuvent être graves à long terme. La majorité des études estiment qu'existe une insuffisance du repérage et, *a fortiori*, du signalement de la maltraitance infantile (7). Il est fort probable qu'il en soit de même en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), les seules données dont on dispose se rapportant aux situations signalées aux Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et/ou aux équipes SOS Enfant.

(1) Médecin scolaire et de santé publique, (2) Professeur, Centre de recherche Vita, Violence et Traumatisme, Université de Liège, Belgique.

(3) Psychologue, (4) Coordinatrice, SOS Familles, CHC – Clinique de l'Espérance, Montegnée, Belgique.

(5) Référente Maltraitance, ONE, Liège, Belgique.

(6) Professeur de Santé publique, Université de Liège, Belgique.

Une revue de littérature publiée en 2009 dans «The Lancet» montrait que, de manière générale, les professionnels de santé contribuent à une petite proportion seulement des signalements. Ils représentent toutefois les professionnels les plus susceptibles de déceler la minorité d'enfants présentant des signes physiques ou des symptômes liés à la maltraitance (8). L'école contribue, quant à elle, à une proportion importante des signalements, mais elle est également responsable d'un taux très important de sous-signalements. Des obstacles au repérage et/ou au signalement par les professionnels ont été identifiés dans la littérature. Ils peuvent être liés à leurs perceptions de la situation de l'enfant (perception des besoins de l'enfant, de la maltraitance et des seuils de préjudices, manque de formation, déni, perception de leur rôle...), au stress engendré par la situation (charge émotionnelle, crainte de se tromper, crainte de plaintes,...), à la perception des bénéfices par comparaison aux inconvénients d'un signalement, ou encore au contexte de travail (manque de temps, manque de «pairs» pour discuter de la situation,...).

SUSPICION DE MALTRAITANCE : DÉFINITIONS

«Suspecter» une situation de maltraitance, quel qu'en soit le type (négligence, maltraitance physique, psychologique, sexuelle) implique la présence de signes d'alerte ou de symptômes chez l'enfant, que ceux-ci soient observés ou rapportés, amenant l'intervenant à penser que «quelque chose ne tourne pas rond» dans la situation de l'enfant, ou à lui faire «froncer intérieurement les sourcils» (10), même brièvement.

Sur le plan terminologique, le National Institute for Health and Care Excellence (5) distingue deux «grades» de préoccupation en fonction de la situation de l'enfant :

- *Envisager* une maltraitance infantile («to consider» en anglais) signifie qu'une maltraitance est une explication possible d'un symptôme ou d'un signe clinique ou fait partie des diagnostics différentiels.
- *Suspecter* une maltraitance infantile («to suspect») signifie qu'un niveau sérieux de préoccupation existe concernant la possibilité d'une maltraitance face à un/des signes d'alerte, mais qu'aucune preuve n'est disponible.

Exclure une maltraitance signifie qu'une explication adéquate est trouvée pour les signes d'alerte. Cela peut consister en une décision après discussion du cas avec un collègue plus

expérimenté, ou après le recueil d'informations collatérales, ou une visite suivante si l'on a envisagé une maltraitance infantile.

REPÉRAGE DE LA MALTRAITANCE : UN RÔLE POUR LE MÉDECIN SCOLAIRE ET SON ÉQUIPE

En FWB, les bilans de santé scolaire périodiques couvrant près de 100 % des enfants scolarisés, le médecin et l'infirmière scolaires sont particulièrement concernés par le repérage d'enfants exposés à une négligence de soins et/ou à de mauvais traitements, que ce soit :

- en urgence, dans le décours de l'appel d'une école pour réaliser un «constat» physique;
- sur la base de l'entretien mené avec l'enseignant avant la visite médicale, ce dernier partageant les difficultés de certains enfants de sa classe;
- ou de manière fortuite, lors du bilan de santé obligatoire (11).

Quel est le cadre d'intervention du médecin scolaire et de son équipe face à une situation de suspicion de maltraitance ?

A. CADRE LÉGAL DU REPÉRAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE PAR LE SERVICE PSE (PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE)

1) La médecine scolaire, service spécifique d'aide aux enfants maltraités

La médecine scolaire en FWB n'a pas, comme mission explicite, le repérage de la maltraitance infantile, mais représente un service «spécifique» d'aide aux enfants maltraités.

De fait, le Décret PSE et ses arrêtés d'application n'abordent pas du tout la question de la maltraitance infantile (11). Par contre, le Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance de 2004 identifie le service PSE comme service «spécifique» d'aide aux enfants maltraités, au même titre que les centres PMS, les équipes SOS Enfant et le SAJ (12). Même s'il n'y a pas de «dépistage» actif de la maltraitance par les services PSE, ces derniers sont régulièrement confrontés à des éléments de suspicion, voire à des urgences, et la gestion des situations de maltraitance est reconnue comme «allant de soi» par les médecins scolaires, qui se positionnent comme protecteurs du bien-être des enfants (13).

2) Avantages du bilan de santé scolaire

Le bilan de santé scolaire offre, de manière évidente, plusieurs avantages pour le repérage de la maltraitance (14)

En effet, le médecin scolaire a un contact individuel avec l'enfant; il est au carrefour de nombreuses informations (milieu scolaire, parents, équipe PMS); il a une vision globale de l'enfant et de sa fratrie, ainsi qu'un suivi longitudinal non seulement dans le temps, mais également dans l'espace (le dossier médical scolaire «suit» l'enfant qui change d'école). Le médecin scolaire peut rencontrer les parents, bien sûr, mais après avoir vu et entendu l'enfant. Enfin, il peut, aidé de son équipe, joindre de nombreux partenaires qui ont des éléments sur la situation (médecin traitant, ONE, hôpitaux, médecins spécialistes). Une collaboration étroite avec le centre PMS est prévue et est à favoriser dès la présence de signes d'alerte.

3) Balises du décret PSE pour le repérage de la négligence/maltraitance

Le décret PSE fournit quelques balises pour le repérage de la négligence/maltraitance.

- *Tout enfant scolarisé est soumis au bilan de santé scolaire selon un calendrier défini.*

Contrairement au suivi préventif dans le cadre des consultations de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), le bilan de santé scolaire en PSE est obligatoire (11, Art 3), y compris pour les enfants des classes maternelles n'ayant pas encore l'âge de la scolarité obligatoire (6 ans), dès lors qu'ils sont inscrits à l'école. Les parents sont informés, en début d'année scolaire, du caractère obligatoire du suivi PSE (11, Art 13) et de l'existence de sanctions pénales s'ils ne se conforment pas aux prescriptions du Décret (11, Art 29).

Il existe donc un dossier médical pour chaque enfant scolarisé, dont le médecin est responsable. Le dossier médical scolaire appartient au centre de santé.

- *Des bilans de santé supplémentaires au calendrier prévu sont possibles, «pour des risques particuliers ou imprévisibles, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé» (11, Art 6).*

Ces bilans sont décidés par le médecin scolaire (15, Art 3), qui les motive par écrit aux parents et informe la direction de l'école. Ces bilans peuvent également être demandés par l'école ou le centre PMS. En pratique, il semble que les motifs les plus fréquents d'inscription

d'un enfant à un bilan «sélectif» incluent les situations d'enfants «à risque» médical et/ou psychosocial, qu'il s'agisse de problèmes médicaux majeurs non suivis, et/ou de suspicion de négligence/maltraitance.

- *Des partenariats sont prévus dans le Décret PSE.*

Des collaborations sont prévues avec, notamment, le médecin généraliste ou le pédiatre, le service ONE et les services spécialisés d'aide à l'enfance et à la jeunesse (11, Art 10). Si l'élève a fréquenté antérieurement un autre service PSE ou une consultation ONE, le médecin scolaire «obtient sans délai le dossier médical ou des pièces de celui-ci, sur simple demande adressée au médecin responsable de l'autre service» (15, Art 9).

En cas de «suivi indispensable», le médecin scolaire communique les conclusions du bilan au médecin traitant dans un délai de quinze jours maximum à dater du bilan (15, Art 7).

La collaboration avec le centre PMS (psycho-médico-social) est prévue sous forme de «concertation spécifique» pour les élèves vivant «une situation particulière, si nécessaire avec la collaboration de toute personne ou service utile» (16) et pour les situations de «suspicion de maltraitance» (17).

4) Pas d'obligation de «signalement»

Il n'y a pas, en FWB, d'obligation de «signalement» d'une situation de maltraitance infantile, qu'elle soit suspectée ou avérée, aux services spécialisés. Mais, l'intervenant est tenu d'apporter son aide à l'enfant sous forme d'une information aux autorités compétentes et de tout mettre en œuvre pour que cesse la maltraitance (12).

B. RESPONSABILITÉ MÉDICALE FACE À DES SIGNES D'ALERTE CHEZ UN ENFANT

L'intérêt de l'enfant guide le médecin dans son appréciation de la situation. Si le code de déontologie médicale dans son Article 61 et le Code Pénal dans ses Articles 458bis (relatif à la levée du secret professionnel en cas de situation de maltraitance infantile) et 422bis (relatif à l'assistance à personne en danger) lui rappellent ses devoirs d'aide à l'enfant maltraité, en pratique, l'évaluation de la situation est souvent bien difficile.

«Protéger l'enfant en danger» et lui venir en aide est évidemment un devoir du médecin.

«Pointer l'hypothèse de maltraitance» fait partie de son rôle également (18).

VERS DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN PSE, DANS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (5) et la Haute Autorité en Santé en France (4) ont récemment publié des recommandations de bonnes pratiques (RBP) pour les professionnels de santé. La démarche à suivre selon le NICE comporte quatre étapes consistant à 1) écouter et observer; 2) chercher une explication; 3) noter; et 4) envisager, suspecter ou exclure une maltraitance.

Dans le cadre des bilans de santé scolaire, de «bonnes pratiques» pourront être les suivantes :

A. S'ENTREtenir AVEC L'ENSEIGNANT AVANT LA CONSULTATION

Les enseignants sont souvent les premiers à repérer d'éventuels «signes d'alerte» chez leurs élèves, qu'ils soient physiques, liés au comportement de l'enfant, ou cognitifs (19, 20).

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. Les remarques de l'enseignant seront notées dans le dossier de l'enfant.

Il est également important de s'enquérir du motif des élèves absents à la visite médicale auprès de l'enseignant. Après examen du dossier de l'enfant absent, il y a lieu de prendre une décision quant à l'organisation d'un bilan de santé au centre PSE dans un délai défini, sans quoi, l'enfant risque de n'être vu en bilan que 2 ans, voire 4 ans plus tard.

B. OBSERVER ET ÉCOUTER L'ENFANT

De manière générale, il convient de noter, dans le dossier médical, non seulement les constats d'ordre physique, mais également les signes de comportements particuliers observés ou rapportés, de même que les déclarations de l'enfant.

«Tout consigner par écrit dans le dossier» a un intérêt non seulement dans la situation actuelle, mais également pour le suivi à long terme (10, 21). En effet, il arrive régulièrement que le médecin soit interpellé par certains constats, propos ou comportements de l'enfant. Le plus souvent, il y a trop peu de

raisons pour articuler un soupçon, même s'il a le sentiment que «quelque chose cloche». Ces constats seront notés dans le dossier de l'enfant (infirmière et médecin). Si le soupçon resurgit, ces notes sur la présence de signes subtils, mais répétés, permettront d'apporter un éclairage objectif sur une situation complexe.

Les annotations personnelles distingueront :

- ce qui est observé (examen clinique, comportement);
- ce que dit l'enfant (spontanément ou en réponse aux questions qui lui sont posées).

Les propos de l'enfant sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus.

En cas de signes d'alerte :

C. DOCUMENTER LA SITUATION POUR «Y VOIR CLAIR», DÈS QU'UN SIGNE D'ALERTE ENTENDU OU OBSERVÉ INCITE LE MÉDECIN À ENVISAGER LA POSSIBILITÉ D'UNE MALTRAITANCE (22-23)

• Rechercher d'autres signes de maltraitance :

- dans la situation actuelle de l'enfant : examen clinique minutieux (enfant déshabillé), interrogation sur son «bien-être» (éviter les questions trop orientées);
- dans les antécédents de l'enfant : examen minutieux de son dossier médical et de ses éventuelles annexes (notes, avis PMS...);
- à travers l'examen des dossiers de la fratrie, les autres enfants de la fratrie étant particulièrement «à risque» (22);
- en réinterrogeant, avec la collaboration de l'équipe PMS, l'équipe enseignante.

• Contacter les partenaires qui peuvent connaître des éléments de la situation (22-23)

«Ne pas rester seul» est une première règle d'or (24). Après un échange avec l'infirmière scolaire présente, il s'agira de partager les préoccupations et/ou de recueillir des «informations collatérales» (4, 23) auprès des partenaires :

- le centre PMS partenaire (à noter que, contrairement au dossier médical PSE, le dossier PMS ne «suit» pas systématiquement l'enfant qui change d'école et se retrouve sous la tutelle d'un autre centre);
- le médecin traitant (secret professionnel, secret partagé);
- l'ONE, si l'on a connaissance d'un suivi de l'enfant ou de la fratrie;

- le SAJ (par exemple, pour savoir s'il y a déjà un ou plusieurs dossiers ouverts et dans ce cas, transmettre les informations utiles).

Dans tous les cas, si la possibilité d'une maltraitance ne peut pas être exclue, il est important de conclure clairement, avec chaque partenaire, «qui fait quoi ?» (10), c'est-à-dire :

1) Convenir conjointement de la suite des démarches, dans le respect des rôles et champs de compétence respectifs et en instaurant un lien de confiance (gestion de la crainte de suspecter à tort) :

- la question de savoir qui coordonne et prend temporairement la responsabilité de la situation, doit être définie très clairement;

- un planning des démarches (avec «deadlines» en fonction du danger présent pour l'enfant) doit être établi;

- le feedback (retour d'information) doit être programmé.

2) Envisager les différentes procédures possibles (solution consensuelle sans contact avec les services de seconde ligne, signalement).

3) S'assurer que l'un des partenaires revoie l'enfant de façon rapprochée.

• Rencontrer les parents

Même si l'organisation des consultations PSE ne prévoit pas la présence des parents lors des bilans de santé en routine, en cas de signes d'alerte, il sera utile de les inviter au centre de santé pour discuter, dans la transparence, des signes observés et se faire une idée plus précise de la situation, éventuellement en présence d'un collègue de l'équipe PMS.

Dans tous les cas, le médecin informera les parents de ses constatations et de ses initiatives, sauf si cela peut nuire à l'intérêt de l'enfant.

• Contacter une équipe SOS Enfant, le SAJ ou le Parquet

Il est possible de contacter ces trois instances pour être conseillé sous le couvert de l'anonymat, c'est-à-dire sans mentionner l'identité de l'enfant; il n'y a donc pas (encore) lieu de s'interroger quant à une éventuelle violation du secret professionnel.

D. S'ASSURER DE REVOIR L'ENFANT DE FAÇON RAPPROCHÉE

En cas de doute, un bilan supplémentaire sera programmé sur base du bilan actuel dans un délai clairement défini, les parents en étant informés.

QUE FAIRE EN CAS DE SIGNES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT ?

Le tableau I présente les démarches à envisager lorsque des signes physiques d'une possible maltraitance sont présents (avec ou sans révélations de l'enfant).

QUAND CONTACTER LE PARQUET ?

Dans la mesure où l'intervention dans le secteur médico-psycho-social doit être privilégiée, c'est très exceptionnellement, et de manière subsidiaire, qu'une situation de maltraitance est portée directement à la connaissance de la justice (26).

TABLEAU I. QUE FAIRE EN CAS DE SIGNES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT ?

LORSQUE DES SIGNES PHYSIQUES D'UNE POSSIBLE MALTRAITANCE SONT PRÉSENTS (AVEC OU SANS RÉVÉLATIONS DE L'ENFANT) :
1) Prendre des photos des éventuelles lésions : il est nécessaire de prendre des photos des lésions pour objectiver la situation et permettre d'observer une éventuelle gradation de la violence (4).
2) Un «constat de coups» est parfois nécessaire : il sera réalisé au centre de santé de préférence (25). Le constat de coups (et/ou blessures, lésions ou traces suspectes) fait partie intégrante du dossier médical. Il peut être transmis, sous le couvert du secret partagé, aux équipes SOS Enfants ou au SAJ, si la situation l'exige.
3) Une orientation vers une structure hospitalière est parfois nécessaire : En cas de situation de «gravité» et d'urgence (selon l'état physique de l'enfant, s'il a des craintes de rentrer chez lui,...) ou en cas de «péril grave et imminent», l'organisation d'un passage aux urgences pédiatriques, voire d'une hospitalisation, devra avoir lieu, en collaboration ou non avec les parents. La prise de contact préalable avec le médecin des urgences permettra de discuter de la situation et/ou d'organiser l'admission.
4) Informer les parents des constatations et initiatives, sauf si cela peut nuire à l'intérêt de l'enfant. L'enfant sera également informé de toute initiative s'il est en âge de discernement.

LE MÉDECIN ET L'INFIRMIÈRE SCOLAIRES, CO-ÉQUIPIERS DANS LA GESTION DU DOUTE

Le médecin et l'infirmière scolaires forment une équipe soudée dans le travail de suivi auprès d'enfants chez qui une négligence/maltraitance est envisagée, partageant une même vision de leur rôle de repérage de la négligence/maltraitance. Sous la responsabilité du médecin scolaire et en collaboration avec celui-ci, l'infirmière «de référence» de l'enfant est chargée du suivi, c'est-à-dire des contacts avec la famille et avec les partenaires médico-psycho-sociaux, de la coordination des informations et de la tenue du dossier médical.

POINTS DE REPÈRE JURIDIQUES

Le médecin scolaire peut contacter le médecin de famille, le service ONE, le SAJ ou d'autres services sans l'autorisation des parents, dans l'intérêt de l'enfant. Ce travail en réseau permet un partage d'informations et une réflexion commune sur les éventuelles aides à envisager. La transparence dans les démarches est recommandée dans les contacts avec la famille.

La soustraction de l'enfant au bilan de santé doit être analysée : contacts avec la famille, avec l'enseignant, avec le PMS, voire, dans certains cas, avec le SAJ ou les services de police.

RECONNAÎTRE LA MALTRAITANCE INFANTILE, LA PRÉVENIR, Y RÉPONDRE : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Le cloisonnement entre les domaines scolaire (enseignants), médical (PSE, médecine générale, ONE, médecine spécialisée), et psychosocial (PMS, centres de guidance, de santé mentale) ne permet actuellement pas suffisamment, face à des signes d'alerte repérés chez un enfant, une guidance parentale et une orientation précoce vers des services adéquats (bilan pluridisciplinaire, logopédie, services sociaux, centres de santé mentale,...). Il semble que les services d'aide soient généralement sollicités lorsqu'il y a «crise», ou présence de signes cliniques, alors qu'en amont, il y avait probablement des troubles plus discrets, sans qu'il n'y ait peut-être jamais eu de «mise en commun» des différents intervenants gravitant autour de l'enfant. Croiser les regards de l'enseignant, des parents, du PSE, du PMS sur la santé et le bien-être de l'enfant est primordial pour améliorer le repérage et l'aide aux enfants en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale.

En termes de formation, il est urgent de : 1) sensibiliser le monde enseignant à la problématique de la maltraitance; 2) améliorer la formation des intervenants du monde médical et psycho-social à la problématique de la maltraitance; 3) informer tous les professionnels de l'enfance des rôles respectifs des services de 1^{ère} et de 2^{ème} lignes, et de leur articulation.

En pratique, le «travail en réseau», dès le repérage de signes d'alerte chez un enfant, est à favoriser, tant pour permettre l'évaluation de la situation de l'enfant (carences et ressources familiales), que pour permettre un soutien entre professionnels (27).

«Il n'est certainement pas question de suspecter sans cesse et partout des mauvais traitements. Rappelons qu'ils sont l'exception plutôt que la règle. Mais l'attentisme ou la minimisation font autant de tort, si pas plus, qu'un excès de zèle confinant à l'activisme».

Marc Gérard, pédopsychiatre (24)

BIBLIOGRAPHIE

1. Gignon G, Manaouil C, Verfaillie F et al.— Suspicion de maltraitance à l'enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? *Presse Med*, 2009, **38**, 344-345.
2. Bouvet R, Pierre M, Le Gueut M.— Responsabilité du pédiatre et signalement. *Arch Ped*, 2014, **21**, 1-2.
3. Seurat A.— *La maladroite*. Editions du Rouergue, Arles 2015.
4. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé. Saint-Denis 2014.
5. When to suspect child maltreatment. National Institute for Health and Clinical Excellence. Manchester 2013. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg89> (Consultation du 16 janvier 2016)
6. Dekker N, Smets K, Kaïret K et al.— *Maltraitance infantile*. Recommandations de bonnes pratiques. 65 pages. Société Scientifique de Médecine Générale, Bruxelles 2014.
7. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K et al.— Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 2009, **373**, 68-81.
8. Gilbert R, Kemp A, Sidebotham P et al.— Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 2009, **373**, 167-180.
9. Benarous X, Consoli A, Raffin M et al.— Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2014, **62**, 299-312.
10. Lips U.— *Maltraitance infantile - Protection de l'enfant*. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical, Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant, 2011, 47 pages.
11. Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

12. Décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance, 2004.
13. Le médecin en promotion de la santé à l'école. Etats généraux de la médecine scolaire. *Association Professionnelle des Médecins Scolaires* (APMS) 2010.
14. Le Bihan C, Colombo S, Leroux J.— Le rôle du médecin de l'éducation nationale dans la prise en charge de la maltraitance, *Santé Publique* 1998, **10**, 3, 305-301.
15. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.
16. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant les modalités de concertation relative au suivi médical, entre les services de promotion de la santé à l'école et les centres psycho-médico-sociaux subventionnés, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.
17. Circulaire du 7 juillet 2009 relative à la concertation entre les services PSE et les centres PMS.
18. Golse B. La maltraitance infantile, par-delà la bien-pensée, Yapaka.be, Fédération Wallonie-Bruxelles, Bruxelles 2013.
19. Noirhomme-Renard F, Lafalize A, Gosset C.— Les enfants négligés : le regard d'enseignants de classes maternelles et primaires. *J Pediatr Puericulture*, en attente d'acceptation.
20. Noirhomme-Renard F, Bullens Q, Malchair A et al.— Enfants en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale repérés par la médecine scolaire : les oubliés du réseau de soins ? *Rev Med Liege*, 2014, **69**, 680-685.
21. Martin-Lebrun E.— Repérage des situations à risque de maltraitance en cabinet libéral. *Arch Ped*, 2014, **21**, 234-235.
22. Benarous X, Consoli A, Raffin M et al.— Abus, maltraitance et négligence (2) : prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2014, **62**, 313-325.
23. Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A et al.— When to suspect child maltreatment : summary of NICE guidance. *BMJ*, 2009, **339**, 230-232.
24. Gérard M.— *Guide pour prévenir la maltraitance*. Yapaka.be, Fédération Wallonie-Bruxelles, Bruxelles 2014.
25. Province de Liège.— *Gestion de cas de maltraitance*, 2011, 39 pages.
26. Ouvrage collectif.— Que faire si je suis confronté à une situation, de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance. Brochure destinée aux professionnels. <http://www.one.be/professionnels/publications-professionnelles/details-publications/que-faire-si-je-suis-confronte-a-une-situation-de-maltraitance-d-enfant/>
27. Bullens Q, Debluts D, Dubois F et al.— *Points de repère pour prévenir la maltraitance*. Yapaka.be, Ministère de la Communauté française, Bruxelles 2008.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr F. Noirhomme-Renard, Médecin scolaire et de Santé publique, Centre de recherche Vitra, Violence et Traumatisme, Université de Liège, Belgique.
Email : florence.renard@ulg.ac.be