

Synthèse

Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux
morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ?
Étude auprès des parquets

Sous la direction de

Anne TURSZ
Pédiatre, épidémiologiste, DR INSERM

Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CERMES)
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Septembre 2005



Le présent document constitue la synthèse du rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP Mission de recherche Droit & Justice. Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.

Problématique

Sur le plan de l'intérêt médical et épidémiologique, l'analyse des taux et des causes de mortalité infantile ainsi que de leur évolution est largement justifiée par l'importance du nombre de morts avant l'âge de 1 an, par la part très particulière de la mortalité d'origine violente et par les problèmes de fiabilité des données à cet âge. Ainsi, en 1993, dernière année pour laquelle la Police et la Gendarmerie nationales ont produit des chiffres fiables d'« infanticides », ceux-ci représentaient 3,8% de l'ensemble des homicides alors que les enfants de moins de 1 an ne constituaient que 1,2% de la totalité de la population française. Par ailleurs, dans cette tranche d'âge, les incertitudes diagnostiques, même dans le cas d'un événement en apparence aussi circonscrit et clair qu'un décès, sont grandes et la survenue d'un décès « inattendu » chez un nourrisson exempt de toute pathologie ou malformation connues, notamment sous l'étiquette « mort subite du nourrisson », pose de délicats problèmes d'interprétation. En effet, l'analyse des données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, responsable des statistiques nationales des causes médicales de décès en France, révèle, pour cet âge, certains phénomènes troublants : 1) tout d'abord le pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées » (ces décès correspondant au codage de certificats de décès sans mention de cause, notamment par non-transmission de l'information à partir des Instituts médico-légaux [IML]) ; 2) ensuite le taux très élevé de décès dits accidentels, particulièrement celui des morts par accidents non liés à la circulation (notamment par comparaison avec les données de pays du Nord de l'Europe), à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (9,5 pour 100 000 en 2000, alors que ce taux n'est plus que de 5,2 chez les enfants de 1 à 4 ans, « âge de tous les dangers » notamment face au risque d'accident domestique) ; 3) le petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels, au niveau national, les chiffres semblant peu réalistes compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements signalés annuellement et des comparaisons que l'on peut faire, pour les homicides chez l'ensemble des enfants de moins de 15 ans, entre les données du CépiDc et celles de la Police et la Gendarmerie nationales (les chiffres du CépiDc étant toujours inférieurs) ; 4) enfin, une évolution, depuis une vingtaine d'années, des causes de décès (telles que déclarées), avant l'âge de 1 an, marquée par des changements dans le temps, souvent liés à des changements de diagnostic et de codage (par exemple diminution massive du taux des « suffocations alimentaires » et augmentation parallèle de celui des « morts subites du nourrisson »). En ce qui concerne plus particulièrement certains cas de morts violentes intentionnelles, des confusions avec d'autres diagnostics (« fausse route », mort subite, « accident ») ne sont pas impossibles.

Ces constatations ont conduit notre équipe à s'intéresser à ces « décès inattendus » survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connues, souvent étiquetés « mort subite inexplicquée du nourrisson » (MSIN), et plus particulièrement aux cas d'enfants « trouvés décédés », et à lancer une recherche sur « **les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an** », avec le triple objectif de mieux mesurer l'ampleur de ce problème, d'en identifier les composantes en termes de causes de décès et d'analyser les pratiques professionnelles face aux décès d'enfants de cet âge, survenus dans des conditions pas tout à fait claires sur le plan médical. L'identification des sources d'information potentielles nous a conduits à en explorer quatre (sur une période de 5 ans : 1996-2000) : des services hospitaliers, les systèmes de transport des enfants décédés (enquête encore en cours), les parquets, les statistiques du CépiDc, les diverses données recueillies devant être recoupées entre elles (avec l'accord acquis de la CNIL).

L'enquête hospitalière menée auprès des « centres de référence de la mort subite du nourrisson » et de services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés est venue confirmer l'importance probable de la partie cachée de la forme la plus grave de violence envers les enfants (celle entraînant la mort). En effet, l'analyse des données hospitalières de trois régions dans lesquelles le recueil a été exhaustif (l'Île-de-France, la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais ; 607 cas recueillis dans 28 services), a montré que : 1) le diagnostic porté par les pédiatres au terme des investigations médicales et déclaré dans l'enquête est celui de MSIN dans 61,7% des cas, de mort de « cause naturelle » dans 26,8%, de mort accidentelle dans 6,1%, de mort suspecte ou violente dans 5,4% des cas ; 2) si les pédiatres ont proposé le diagnostic de mort suspecte ou violente dans 5,4% des cas, ce pourcentage atteint 17% lorsque qu'on ajoute les cas où des signes évocateurs de violences ont été notés dans le questionnaire de l'enquête et ceux où le pédiatre lui-même a déclaré avoir suspecté une maltraitance (sans toutefois avoir conclu à ce diagnostic) ; 3) on constate une importante variabilité et subjectivité des critères de suspicion de maltraitance et il existe visiblement une crainte de commettre une erreur et de nuire à des familles ; 4) on a retrouvé plusieurs cas de répétition de morts suspectes (voire d'homicides) dans une même fratrie ; 5) toutes les investigations nécessaires ne sont pas toujours réalisées devant un décès inattendu, notamment l'autopsie (faite dans seulement 75% des cas où le pédiatre avait déclaré une suspicion) ; 6) même en cas de suspicion de mauvais traitements ou de négligence grave, une démarche judiciaire, ni même administrative, n'est pas toujours engagée ; 7) la communication entre médecine et justice est problématique (retour de l'information vers les médecins observée dans seulement 13% des cas de signalement à la justice) ; 8) le remplissage des certificats de décès au niveau des services de soins est de qualité douteuse, d'où des problèmes de codage pour le CépiDc et de fiabilité des statistiques nationales de mortalité, principal outil d'évaluation des politiques de santé.

De ces résultats, il ressort bien qu'il existe certainement un sous-enregistrement, par les structures hospitalières, des morts liés à des mauvais traitements, ce phénomène se reflétant dans les statistiques des causes médicales de décès. Ce sous-enregistrement peut trouver son origine à plusieurs niveaux : diagnostic erroné de mort accidentelle ou de MSIN, certification inexacte de la cause du décès même après les résultats des investigations, non-transmission des informations médico-légales. L'étude hospitalière du Cermes met bien en lumière les principaux modes de sous-enregistrement des cas au niveau des structures médicales : les réticences des pédiatres, notamment par peur de nuire à des familles, les conduisent à déclarer moins de morts violentes ou suspectes qu'ils n'en soupçonnent ; toutes les investigations nécessaires à la reconnaissance de la maltraitance ne sont pas toujours menées, principalement l'autopsie. Au sous-enregistrement vient enfin s'ajouter un sous-signalement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signalement.

Le recueil de données dans les parquets et le recoupement des données du système de santé, de la justice et du CépiDc, qui ont suivi l'enquête hospitalière, apparaissent donc bien comme deux temps essentiels dans un projet qui vise à « *redessiner le paysage de l'ensemble de la mortalité infantile* », et, à travers une réévaluation de l'importance relative des grandes causes de décès avant 1 an, proposer des pistes pour l'actualisation de certaines consignes de dépistage et de prévention. L'enquête auprès des parquets a bénéficié d'un double financement : celui du GIP « Mission de recherche Droit et Justice » et un financement de la Direction générale de la Santé (DGS).

Méthodologie de l'enquête auprès des parquets

Objectifs

- Faire une évaluation réaliste, en mesurant la contribution du secteur judiciaire, de la magnitude du problème des homicides de nourrissons en France ;
- Réaliser une approche des caractéristiques des familles et des circonstances de l'ensemble des décès (données souvent absentes des dossiers médicaux hospitaliers) ;
- Mener une analyse des relations entre le secteur de la justice, celui de la médecine et celui de l'aide sociale, autour de ces décès ;
- Évaluer la contribution des données judiciaires et médico-légales à la qualité des statistiques nationales de mortalité établies par l'Inserm.

Méthode de recueil des données

Les parquets inclus dans la recherche sont ceux des TGI saisis, pendant la période 1996-2000, pour des affaires de morts de mineurs et situés dans les trois régions dans lesquelles le recueil de données hospitalières a été exhaustif : l'Île-de-France, la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais. Les procureurs ou substituts des mineurs des 27 parquets concernés ont été sollicités par un courrier leur demandant l'accès aux pièces de procédure et en particulier aux rapports médico-légaux de tous les dossiers ouverts pour des nourrissons de moins de un an décédés, sur la période de 1996 à 2000. L'accord écrit du Directeur des Affaires criminelles et des Grâces du Ministère de la Justice nous a été donné pour nous présenter dans les parquets.

Le recueil de données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire qui a été élaboré et testé auprès du Parquet de Paris, puis modifié après consultation des dossiers dans d'autres parquets de l'Île-de-France et de Bretagne (qui reflétaient une plus grande diversité de situations). Ce questionnaire comprend les principales rubriques suivantes : données indirectement nominatives (dates et communes de naissance et de décès, commune de résidence, sexe) ; circonstances du décès, motifs d'intervention du parquet et éléments d'enquête ayant, le cas échéant, conduit à une suspicion de maltraitance ou de négligence grave ; informations sur les familles, les antécédents de santé de l'enfant et sur les antécédents éventuels de maltraitance dans la fratrie (répétition de décès suspects dans une même fratrie notamment) ; conclusions de l'autopsie médicale ou médico-légale et des examens complémentaires éventuellement réalisés ; conclusions des expertises médicales, techniques, psychologiques et psychiatriques éventuelles ; cause du décès établie dans le dossier judiciaire à l'issue des investigations ; circuit du corps de l'enfant (passage éventuel par un service hospitalier), mode de signalement, circulation des informations et relations établies dans le cadre de l'enquête, notamment avec les services hospitaliers, les centres de Protection maternelle et infantile et les services sociaux ; suites de la procédure.

La méthode de travail qui a été mise au point pour l'accès aux données comportait les étapes suivantes : 1) extraction d'une liste informatique, à partir du logiciel dont est équipé le parquet (micro, mini ou nouvelle chaîne pénale), des procédures ouvertes entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 janvier 2001 avec les codes Nataff suivants : A11 (homicide volontaire), A12 (coups mortels), A25 (accident mortel), A26 (mort suspecte, recherche des causes de la mort), A29 (mort naturelle) et A43 (mauvais traitements, violences sur mineur) ; 2) sélection, à partir des données disponibles sur les dossiers informatiques, de ceux pouvant concerner un décès de nourrisson de moins de un an sur la période considérée ; 3) identification des suites

judiciaires (classement sans suite, passage à l'instruction, non lieu, tribunal correctionnel, cour d'assises...) afin de dresser une liste des numéros de dossiers à rechercher selon les différents lieux et modes d'archivage ; 4) recherche, notamment avec l'aide des greffes, des dossiers sélectionnés dans les diverses archives, avec vérification des critères d'inclusion (nourrisson de moins de un an décédé entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2000), puis 5) recueil des données correspondantes.

Un comité d'experts a été constitué autour de la recherche, la composition de ce comité assurant la représentation de la justice, de la pédiatrie, de la médecine légale, de la PMI, de la psychologie et de la recherche épidémiologique. Son rôle, par rapport à l'enquête auprès des parquets, a principalement été d'étudier collectivement les cas complexes.

D'importants problèmes de faisabilité ont été rencontrés et on a pu calculer que pour identifier 1 cas correspondant à la définition de l'enquête, il fallait examiner en moyenne 125 dossiers informatiques. Malgré ces problèmes (difficultés d'obtention des autorisations nécessaires, difficultés liées à la performance et à la maîtrise des outils informatiques, difficultés d'accès aux dossiers « papier »), le recueil des données a pu être mené (notamment grâce à l'accueil et l'aide des personnels des parquets) entre juin 2002 et mai 2005, et peut être considéré comme achevé dans 24 parquets sur 27. Dans un parquet, l'enquête n'aura pas lieu (Avesne sur Helpe) du fait du refus de participation. Dans deux (Bobigny et Cergy-Pontoise) le recueil de données est encore en cours du fait de problèmes d'archivage ou de difficultés d'accès à certains cas. L'analyse, dont les résultats sont indiqués ci-dessous, a porté sur 218 dossiers.

Synthèse et discussion des résultats

Dans notre population d'étude, les codes Nataff les plus fréquemment retrouvés sont A29 (mort naturelle) et surtout A26 (morts suspectes, recherche des causes de la mort). Les cas d'emblée suspects de violence ou négligence à enfant (codes A11, A12, A43, L41) ne représentent que 17% de l'échantillon.

Parmi l'ensemble des 218 cas, les enfants décédés sont en majorité de sexe masculin (dans 63% des cas) et sont de très jeunes enfants (77% ont moins de 6 mois). Les décès sont survenus à la naissance dans 15% des cas. Le lieu de l'événement à l'origine du décès est majoritairement le domicile des parents (dans 60% des cas) ; le deuxième lieu est le domicile de la nourrice. Les premiers intervenants sur place sont les pompiers dans plus de la moitié des cas, ils appellent secondairement le Samu et éventuellement la police. Cette dernière, à égalité avec les hôpitaux, est à l'origine du signalement à la justice dans un quart des cas.

Dans ces dossiers de tribunaux, on dispose globalement de très peu d'informations sur les familles (composition, niveau éducatif et socio-économique). On note toutefois qu'en ce qui concerne la fratrie, un décès est noté dans 11 cas et des antécédents de maltraitance, de négligence grave ou de suivi par les services sociaux ou judiciaires dans 20 cas.

Au terme des investigations, la cause du décès, telle qu'établie dans le dossier, est une mort suspecte ou violente dans 30% des cas, une MSIN dans 27%, une mort de cause médicale naturelle dans 16% et une mort accidentelle dans 17% des cas. Dans 9% des cas aucune cause n'est déterminée. Il est à noter que les investigations réalisées sont souvent non précisées dans le dossier et que l'autopsie notamment n'est pas mentionnée comme faite dans 25% des cas

(40% en cas de diagnostic de MSIN, 8% en cas de conclusion à une mort suspecte ou violente).

Parmi les morts suspectes ou violentes (67 cas), la pathologie la plus représentée est celle du syndrome du bébé secoué (31 cas dont la moitié avec des signes de coups ou de chocs : fractures, hématomes extra-duraux). Vingt deux décès sont survenus à la naissance (chez des nouveau-nés ayant respiré) et parmi ceux-ci 19 sont liés à un défaut de soins ou à une asphyxie (par confinement dans un sac ou, plus rarement, strangulation) ou à une noyade. Ces 67 décès concernent 66% de garçons et 34% de filles et cette prédominance masculine est massive dans le cas des « bébés secoués » (77% sont des garçons). Parmi les bébés secoués, 74% ont moins de 6 mois. Les bébés secoués sont des premiers nés dans 48% des cas, des seconds dans 30%. En revanche, la moitié des enfants décédés à la naissance est constituée d'enfants de rang 3 ou plus (jusqu'à 9). Parmi l'ensemble des 67 cas, 20% des enfants décédés ont des antécédents de maltraitance, et significativement plus lorsqu'il s'agit de bébés secoués (32%).

Sur 59 cas (parmi les 67 morts suspectes ou violentes) pour lesquels on dispose de l'information, on observe un classement sans suite dans 5 cas et des poursuites dans 54 (92%). On note 18 cas d'ordonnances de non-lieu (ONL). Ces clôtures de l'affaire correspondent à des situations diverses : manque de preuves médicales, ambiguïté sur l'auteur, abolition du discernement de l'auteur, auteur inconnu, extinction de l'action publique... Trente six affaires ont donc été renvoyées à la Cour d'Assises, au tribunal correctionnel ou étaient encore en instruction lorsque nous avons étudié le dossier.

52 mères ont été mises en cause (seule ou avec une autre personne dont le père) et 34 pères (seuls ou non). Dans le cas du syndrome de l'enfant secoué la personne mise en cause est majoritairement le père (dans 70% des cas). Parmi les 52 mères mises en causes, 8 étaient cadres, 12 employées ou ouvrières, 18 sans activité professionnelle au moment du décès de l'enfant, et on ignore leur situation professionnelle dans 14 cas. Sur 33 cas où on dispose de l'information, 3 mères avaient eu un cursus scolaire dans l'enseignement général (du primaire au lycée), 18 dans l'enseignement technique court et 12 avaient fait des études au-delà du baccalauréat.

Le croisement entre les données des parquets et celles du CépiDc fait bien apparaître la MSIN comme un diagnostic « fourre-tout » et d'exclusion : sur les 59 MSIN du CépiDc (pour la même période et dans les mêmes départements) seulement les deux tiers sont des MSIN pour les parquets et 17% quand on catégorise les cas des dossiers judiciaires selon des critères strictement médicaux (variable élaborée par l'équipe de recherche). Les morts suspectes et violentes soulèvent les questions les plus troublantes. Sur les 67 cas de l'enquête parquets, seules 7 morts de ce type figurent dans les statistiques officielles des causes de décès sous la rubrique homicides, 14 d'entre elles n'ayant pas du tout été retrouvées (en grande partie des néonaticides), 7 figurant dans la rubrique morts de « causes inconnues ou non précisées », 18 dans les morts de cause médicale « naturelle », 6 dans les morts accidentelles, et 15 dans les morts traumatiques d'intention indéterminée. Finalement 8 homicides ont été enregistrés au CépiDc au cours de notre période d'étude et ces 8 cas sont à comparer au 54 cas des parquets pour lesquels des poursuites ont été engagées.

Quelles réponses nos résultats apportent-ils à nos objectifs initiaux ?

Qu'en est-il de l'hypothèse d'une sous-estimation du nombre d'homicides de nourrissons en France et quelle est la contribution du secteur judiciaire à la connaissance de la magnitude du problème ?

Suivant les conseils du Ministère de la Justice, nous avons utilisé, comme porte d'entrée de notre identification des cas, le code Nataff, en incluant dans nos recherches les codes les plus susceptibles de nous conduire aux types d'affaires qui nous intéressaient. Cette investigation large s'est avérée judicieuse puisque, par exemple, 10 % des morts suspectes ou violentes ont été retrouvées parmi les cas codés A29 (morts naturelles) et A25 (morts accidentelles), et que les cas d'emblée suspects de violence ou négligence à enfant (codes A11, A12, A43, L41) ne représentent, on l'a vu, que 17% de l'échantillon.

Compte tenu des problèmes de faisabilité évoqués précédemment et malgré tous nos efforts, notre recueil n'est certainement pas exhaustif. Toutefois cette recherche qui était, en France, une première tentative d'approche approfondie de la fréquence réelle des homicides de nourrissons, permet sans conteste de confirmer l'hypothèse que, dans les données du CépiDc de l'Inserm, le nombre des homicides est sous évalué, même si les informations produites par les deux sources (justice/CépiDc) sont difficiles à comparer. En effet, la justice se forge une opinion à partir d'auditions, d'expertises, de résultats d'investigations médico-légales ; le CépiDc établit ses statistiques à partir de documents administratifs (les certificats de décès) et d'une classification internationale dans laquelle il est prescrit de qualifier les traumatismes d'« accidentels », « intentionnels » ou « d'intention indéterminée ». Dans ce domaine, il est, pour les codeurs du CépiDc, généralement bien difficile de trancher, voire impossible en l'absence d'éléments médico-légaux. Dans notre étude, les morts de « causes inconnues ou non précisées » du CépiDc sont pour le quart d'entre elles des morts suspectes ou violentes pour les parquets et il faut souligner ici l'importance de la collaboration IML/CépiDc. Un problème reste actuellement insoluble, quant aux possibilités de chiffrer exactement les homicides de nourrissons, celui du nombre (inévaluable) des néonaticides d'enfants dont le corps n'est jamais retrouvé.

Les autres hypothèses qui avaient été soulevées au début de ce texte concernant les données de mortalité se vérifient également : les morts « accidentelles » sont pour 1/3 d'entre elles des morts suspectes et violentes dans les dossiers de la justice ; les MSIN n'en sont pas dans de nombreux cas. Conclure à un diagnostic de MSIN laisse en fait souvent un problème sans solution, et ce diagnostic d'exclusion ne devrait pas être porté sans toutes les garanties nécessaires. Rappelons ici la définition donnée par Willinger en 1991 : il s'agit de « la mort soudaine d'un enfant de moins de 1 an, qui reste inexpliquée après une investigation approfondie, incluant l'autopsie, l'examen de la scène du décès et la revue de l'histoire clinique ». Dans notre enquête, on a vu que l'autopsie n'était pratiquée que dans 60% des cas finalement considérés comme MSIN dans les parquets.

Qu'avons-nous appris des caractéristiques des familles et des circonstances de l'ensemble des décès ?

Un problème méthodologique majeur auquel notre étude s'est trouvée confrontée est représenté par la carence, dans certains dossiers, en données sur l'environnement du décès (circonstances, mécanisme des lésions et du décès, caractéristiques familiales). Du fait du choix méthodologique effectué (inclusion de tous les cas de décès de nourrissons quelles

qu'en soient la cause et la suite judiciaire), les dossiers à partir desquels le recueil de données s'est fait sont d'épaisseur variable. Ceux ayant donné lieu à une instruction diffèrent en général sensiblement, par la richesse des informations recueillies, de ceux classés sans suite après enquête préliminaire. Les procès verbaux d'interrogatoire, les rapports d'expertise médico-légale et technique sur les causes et circonstances du décès, les expertises médico-psychologiques et psychiatriques menées auprès des personnes mises en cause, les rapports de signalement ou rapports médico-sociaux sur la famille et l'environnement de l'enfant fournissent, quand ils sont présents dans le dossier, des informations précieuses, mais leur absence ne permet pas de conclure à l'inexistence d'éléments d'information. Il existe ainsi un nombre non négligeable de dossiers « opaques » : l'aspect extérieur de l'enfant, les caractéristiques familiales, le rapport de la police (et/ou des pompiers, du Samu) sur les conditions de logement (taille, ordre, hygiène...), l'attitude et le discours des parents (sa cohérence, sa structuration, ce qu'il traduit du niveau éducatif) conduisent très rapidement à l'évocation de la MSIN comme le diagnostic le plus vraisemblable, et dès lors il n'y a pas d'autopsie, on ne sait rien des antécédents de l'enfant et de ses éventuels frères et sœurs et ce qu'on sait des parents ne figure pas nécessairement dans le dossier.

Une limite importante pour l'analyse globale de l'ensemble des cas qui ont été recueillis réside donc dans la non standardisation des informations recueillies et des investigations menées, tel que cela ressort des dossiers consultés. Ainsi des informations importantes pour la réflexion sur les facteurs de risque, comme la PCS des parents ou la taille de la fratrie manquent dans 21 à 45% des cas, particulièrement dans les procédures rapidement classées sans suite ; le niveau éducatif des parents est ignoré pour la mère dans 69% des cas, pour le père dans 78%. Surtout il est possible que ce type d'information, qui n'est pas recueilli de manière systématique, le soit plutôt devant un problème qui conduit à rechercher spécifiquement telle ou telle caractéristique de la famille, comme c'est sans doute le cas pour les antécédents de maltraitance ou de mort dans la fratrie.

Malgré ces difficultés, les données sur l'environnement du décès sont intéressantes à analyser (à condition d'en connaître les limites) car l'échantillon constitué par cette étude auprès des parquets présente des caractéristiques reconnues dans la littérature internationale sur la mortalité avant 1 an dans les pays développés : une prédominance masculine nette, le très jeune âge des enfants concernés dans le cas des morts suspectes et violentes. Les hématomes sous-duraux, avec ou sans fractures associées, concernent des enfants particulièrement jeunes, ce qui correspond bien avec ce que l'on sait de la physiopathologie des lésions par secouement.

Dans notre étude la personne mise en cause est le plus souvent un parent naturel (la mère principalement) et un concubin ou beau-père beaucoup plus rarement, résultats également retrouvés dans d'autres études.

Les données françaises sur l'enfance maltraitée, produites chaque année par l'ODAS (Observatoire de l'Action sociale décentralisée) insistent sur les relations existant entre précarité économique et maltraitance. Les résultats de notre étude montrent que les morts suspectes et violentes concernent toutes les catégories socio-économiques, comme cela ressort aussi bien des données chiffrées que d'études de cas (notamment celles concernant des bébés secoués). Une comparaison avec les données de la population générale (données du recensement de la population par l'INSEE en 1999 pour les mêmes départements), menée pour une partie de l'échantillon lors du rapport préliminaire de cette recherche, montrait que le nombre de mères cadres dans notre étude ne différait pas significativement de celui qu'on

attendait compte tenu de la répartition des PCS dans la population générale. Par ailleurs, les études de cas de décès suspects à la naissance présentées dans notre rapport soulignent le rôle de l'isolement social mis en avant par l'ODAS comme source de mise en danger des enfants, sans qu'on puisse affirmer de lien avec la précarité. Ici la dimension prédominante semble plutôt être d'ordre affectif, comme cela ressort très bien de l'analyse des cas de bébés secoués, dans lesquels le manque d'investissement affectif des enfants est souligné. Il semble que, dans certains cas, des parents, dotés d'un bagage intellectuel de haut niveau, soient inaptes à répondre aux besoins quotidiens (physiques et affectifs) d'un bébé.

Des antécédents graves dans la fratrie ont été notés parmi les 67 sujets décédés de mort suspectes/violentes dans un pourcentage important de cas (23% pour la maltraitance, la négligence grave, le suivi par les services sociaux ; 19% pour les antécédents de décès), et il s'agit certainement d'une information intervenant lourdement dans la suspicion devant un nouveau décès. Il paraît donc particulièrement important que cette information soit recueillie systématiquement dans les dossiers judiciaires, même dans le cas des supposées simples « MSIN » (notons que des antécédents de maltraitance dans la fratrie ont été notés pour 6 enfants décédés de « MSIN »), et que l'on dispose de données totalement fiables, tout particulièrement dans le contexte de la controverse actuelle à propos des répétitions de décès dans une même fratrie : des facteurs génétiques sont maintenant évoqués à propos de la MSIN, des parents emprisonnés pour homicide de nourrissons (à répétition dans certains cas) ont récemment été libérés en Angleterre.

Quelles relations entre le secteur de la justice, celui de la médecine et celui de l'aide sociale, autour de ces décès suspects de nourrissons ?

Ces répétitions de décès dans une même fratrie, des signalements à la PMI n'ayant pas permis la prévention de telles répétitions soulèvent la question de la coordination entre les différents secteurs intervenant dans la protection de l'enfance. Ce problème ressort clairement de notre étude, dans laquelle 6 affaires ont été déclenchées par une autre affaire du même type survenue dans la même famille (avant le décès inclus dans notre échantillon, ou, plus grave, après), et les dysfonctionnements s'observent à plusieurs niveaux : enfants suivis régulièrement par des médecins qui ne « voient rien », antécédents de maltraitance chez le même enfant sans effets sur sa surveillance, inefficacité des signalements antérieurs, rareté des contacts pris par la justice avec les services sociaux au sujet d'une famille en cas de mort suspecte (dans 34% des cas).

Dans ces conditions de manque de communication entre secteurs, la conscience de la gravité du problème ne peut guère être développée chez les personnels chargés des soins préventifs et curatifs des jeunes enfants (médecins et personnels paramédicaux de PMI, médecins hospitaliers, pédiatres et généralistes de ville), d'autant qu'un des principaux outils de description de l'état de santé de la population, les statistiques de mortalité, s'avère d'une fiabilité douteuse quant aux données liées à la maltraitance. La contribution des données judiciaires et médico-légales à la qualité de ces statistiques apparaît bien faible (et c'est là la réponse à notre 4^{ème} objectif) : carence en autopsies (notamment pour poser le diagnostic de MSIN), non transmission des résultats d'autopsies des IML vers le CépiDc (avec de grosses disparités géographiques dans cette pratique).

Perspectives

La surveillance épidémiologique

Les résultats de cette recherche sont d'un apport indéniable à la réflexion engagée sur la surveillance épidémiologique de la violence envers les enfants à la fois dans le cadre du fonctionnement de l'ONED (l'Observatoire de l'enfance en danger, récemment mis en place) et dans celui du Plan « Violence et santé » en cours d'élaboration par la Direction générale de la Santé (DGS). En effet, dans l'optique de l'intérêt actuel pour l'enfance en danger et l'enfance maltraitée, et de l'intérêt plus particulier pour un chiffrage et une surveillance statistique de ces problèmes, que dire de l'utilisation « en routine » des données de la justice ? Dans l'état actuel des choses elles ne s'y prêtent pas et sont pourtant essentielles comme le montre bien notre analyse confrontant les données judiciaires à celles du CépiDc et le fait que les sources médicales sont insuffisantes pour assurer une couverture exhaustive du problème des enfants maltraités, particulièrement en cas de décès.

Une réflexion devrait donc être lancée sur les possibilités de systématiser les recueils d'information dans les dossiers judiciaires d'enfants morts de façon suspecte, et de rendre accessible la notion de victime (la statistique judiciaire privilégiant une « entrée par auteur »), notamment dans l'optique d'un recoupement avec des données épidémiologiques, médicales et sociales. Certains pays, principalement les États-Unis mais aussi le Canada et l'Australie, ont su développer des systèmes de revue systématique de l'ensemble des décès suspects d'enfants qui reposent sur la collaboration, dans une même équipe, de professionnels issus des mondes de la justice, des services sociaux de protection de l'enfance, de la médecine et de la santé publique. Les résultats issus de ces revues de cas ont aidé à comprendre comment améliorer les services et comment augmenter la conscience qu'a la population de la valeur de la vie des enfants.

Les données que nous avons recueillies sont révélatrices d'un manque d'informations recueillies de façon standardisée sur les circonstances des décès et les caractéristiques des familles. Pourtant elles ouvrent des pistes prometteuses, permettant notamment d'envisager d'autres populations cibles pour les actions d'information et de prévention, qui sont actuellement pratiquement toutes élaborées en direction des populations « précaires ». Les données présentées ici plaident pour les stratégies de soutien à la parentalité, recommandées dans plusieurs plans de la DGS (« Périnatalité », « Violence et santé »), et de rupture de l'isolement de certains parents, des mères principalement (notamment au cours de leur grossesse). Mais c'est aussi auprès des professionnels de la santé qu'il importe d'agir car leur formation est à l'évidence déficiente, qu'il s'agisse du repérage des facteurs de risque de maltraitance, ou de celui des symptômes de certaines violences.

L'amélioration des pratiques professionnelles

La constatation des trois principaux problèmes qui ressortent de cette étude et de celle menée dans les hôpitaux : la sous-estimation du nombre réel des homicides, la non standardisation des conduites à tenir devant une mort inattendue de nourrisson, les problèmes de collaboration entre secteurs médical, social et judiciaire (éventuellement à l'origine du phénomène de répétition, dans une même fratrie, de décès suspects qu'on n'a pas su prévenir), ont conduit notre équipe à proposer la mise au point d'une Conférence de consensus soutenue par la DGS. Cette conférence, « *Les morts inattendues de nourrissons : les repérer, les prendre en charge, les prévenir* », a fait l'objet d'une demande par la DGS auprès de l'ANAES, et son principe a été retenu par la Haute Autorité de Santé pour l'année 2006. Les réflexions menées dans ce cadre devraient conduire à une amélioration des pratiques des professionnels en

charge de la protection et de la prise en charge de la petite enfance, notamment par le développement de deux domaines : celui de l'organisation des collaborations, celui de la définition des formations initiales et continues nécessaires.