



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Paris, le 13 mars 2003

Dossier de presse

ETUDE DES CONSEQUENCES GRAVES DE LA MALTRAITANCE MECONNUE DANS L'ENFANCE : premiers résultats d'une enquête nationale sur les « morts suspects » de nourrissons de moins de 1 an¹.

Anne TURSZ, Pascale GERBOUIN-REROLLE, Monique CROST
Unité Inserm 502/Cermes².

Les données présentées ici s'inscrivent dans le cadre d'une recherche qui a été réalisée à la demande de la Direction générale de l'Action sociale (DGAS).

L'ampleur du problème des mauvais traitements aux enfants est de mieux en mieux connue, notamment grâce aux efforts conjoints de l'ODAS (l'Observatoire de l'Action sociale décentralisée qui rassemble les signalements de l'Aide sociale à l'Enfance [ASE]), du SNATEM (le Service national téléphonique pour l'Enfance maltraitée) et des médecins de l'Education nationale. En revanche **les conséquences pathologiques diverses de mauvais traitements, qui n'ont pas été diagnostiqués lors de leur survenue dans l'enfance, font actuellement l'objet de très peu de travaux de recherche en France.** Il peut s'agir de conséquences immédiates (mort violente dont l'origine intentionnelle n'est pas diagnostiquée, traumatisme considéré comme relevant d'une cause accidentelle par le personnel soignant [de consultation d'urgences hospitalière, de SAMU...] accueillant et prenant en charge l'enfant), ou de conséquences à plus long terme qu'il est devenu souvent difficile de rattacher à une maltraitance dans l'enfance.

C'est ce constat qui a poussé la DGAS à solliciter l'Unité 502 de l'Inserm pour lui demander d'évaluer la faisabilité d'une surveillance épidémiologique des conséquences graves de la maltraitance envers les enfants. Cette étude a pour premier objet d'identifier les sources potentielles d'information sur ce sujet.

¹ Recherche financée par la DGAS, l'Inserm et la Fondation Mustela

² Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société. Site CNRS, 7 rue Guy Môquet. 94801 Villejuif Cedex. Tél : 01 49 58 36 34 - 36 40 (ligne directe). E mail : tursz@vjf.cnrs.fr

Décrypter les causes de décès

Un des thèmes abordés par notre équipe a été celui des « morts suspectes » de nourrissons de moins de 1 an. En effet, si la mortalité avant l'âge de 1 an diminue régulièrement en France (8010 cas en 1980, 5600 en 1990, 3545 en 1995 et 3216 en 1999), l'analyse des données de mortalité du CépiDc de l'Inserm (les statistiques nationales des causes médicales de décès), pour cet âge, révèle un certain nombre de phénomènes troublants :

- tout d'abord le **pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées »** (182 cas, soit 5,3 % des causes de décès en 1997, respectivement 307 cas et 9,1 % en 1998, 165 cas et 5,1% en 1999) : ces décès correspondent au codage de certificats de décès sans mention de cause, notamment par non-transmission de l'information à partir des Instituts médico-légaux (IML) ;
- ensuite le **taux très élevé de décès dits accidentels** (notamment par comparaison avec les pays européens du Nord : Royaume-Uni, Suède principalement), particulièrement celui des accidents non liés à la circulation, à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (15,1 pour 100 000 chez les garçons et 8,5 chez les filles de moins de 1 an, alors que ces taux ne sont plus que de 6,0 et 3,6 chez les enfants de 1 à 4 ans en 1999) ;
- le **petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels**, au niveau national (13 en 1990, 17 en 1995, 11 en 1999), **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 (40 cas pour le CépiDc versus 74 pour la source policière, en 1999) ;
- 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.

Il a donc été décidé de s'intéresser aux décès « inattendus » survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connues, souvent étiquetés « mort subite du nourrisson », et plus particulièrement aux cas d'enfants « trouvés décédés ».

Les objectifs ont donc été :

- faire un **recensement des sources d'information** disponibles sur ces décès ;
- pour chacune des sources, **analyser les pratiques professionnelles conduisant ou non à la suspicion**, puis la reconnaissance de la maltraitance, et les suites données ;
- **évaluer**, par investigation auprès de ces sources, **la prévalence de maltraitance suspectée** (et, si possible, celle de la maltraitance authentifiée) ;
- confronter les données recueillies dans ces sources aux statistiques du CépiDc et tenter ainsi d'**affecter des diagnostics aux morts « de cause inconnue »**, et de **redresser des erreurs diagnostiques, notamment en ce qui concerne la fréquence réelle des homicides.**

L'enquête

Nous avons donc mis au point une enquête nationale auprès de **sources multiples**, rétrospectivement sur une période de 5 ans (1996-2000). Celles-ci sont au nombre de 4 :

- les statistiques nationales des causes médicales de décès (CépiDc) ;
- les services hospitaliers accueillant des enfants décédés : 30 « centres de référence de la mort subite du nourrisson » et 60 services hospitaliers ;
- les services transportant des enfants décédés : SAMU et brigades de sapeurs pompiers ;
- les services de la justice : les parquets.

Le protocole de recherche a associé des entretiens avec les divers professionnels concernés (pédiatres, urgentistes, médecins légistes, procureurs, responsable du CépiDc) et un recueil de données quantitatives sur les cas d'enfants identifiés auprès des hôpitaux, des services de transport d'urgence et des parquets.

Cette recherche est encore en cours. En effet, l'objectif d'analyse de faisabilité, proposé par la DGAS, a été atteint, et nos conclusions ont été rendues quant aux difficultés d'une surveillance en routine des conséquences graves de la maltraitance.

En revanche, la mesure de **l'amplitude du problème des homicides de nourrissons**, l'analyse des caractéristiques des enfants et de leurs familles, et celle **des problèmes de sous-déclaration ou de déclaration inappropriée**, sont des objectifs que nous poursuivons actuellement, dans le cadre d'une recherche complexe et difficile à mener (sujet sensible, attente et obtention des autorisations nécessaires : CNIL, Ministère de la Justice...). Par ailleurs, les premiers résultats de l'étude hospitalière nous ont conduites à un **élargissement de l'analyse à l'ensemble des morts avant un an**, au-delà des seules morts suspectes et violentes qui restent toutefois au cœur de nos préoccupations.

Même dans le cadre d'une recherche encore en cours, il nous a paru légitime de communiquer les premiers résultats fiables, pour des raisons éthiques, compte tenu des questions majeures de santé publique que soulèvent ces résultats sur des morts, pour beaucoup d'entre elles « évitables ».

A l'heure actuelle, environ 1000 cas hospitaliers ont été enregistrés et **l'enquête auprès de 5 parquets a été achevée** (Paris, Arras, Douai, Quimper, Vannes). Pour des raisons d'exhaustivité des données hospitalières, la recherche se concentre en effet actuellement sur trois régions : **l'Île-de-France, la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais**.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus des données hospitalières de ces trois régions (514 cas recueillis dans 28 services pour la période 1996-2000), des dossiers consultés au parquet de Paris et d'entretiens avec des professionnels.

- Des entretiens menés auprès de pédiatres et urgentistes, il ressort bien qu'il existe une **grande complexité des circuits après le décès**, et une variabilité certaine du premier intervenant dont la nature conditionne souvent toute la suite (circuit emprunté, autopsie, signalement ou non...) ;
- on constate une **importante variabilité et subjectivité des critères de suspicion de maltraitance**. Il existe visiblement une crainte de commettre une erreur et de nuire à des familles ;
- dans l'enquête hospitalière, les diagnostics déclarés par les pédiatres ont été : MSIN (mort subite inexplicable du nourrisson) dans 60% des cas, mort de cause médicale « naturelle » dans 28% des cas, mort accidentelle dans 6% et **mort suspecte ou violente dans 6%** ;
- pourtant, si l'on s'en tient aux signes cliniques et radiologiques évocateurs de mauvais traitements, **11% des enfants accueillis décédés dans les services hospitaliers peuvent avoir été victimes de morts violentes intentionnelles** ;

- les enfants sont âgés de moins de 4 mois dans 58% des cas et il existe une **sur-représentation masculine importante** quel que soit le diagnostic ;
- dans les dossiers hospitaliers et ceux des parquets, on a retrouvé plusieurs cas de **répétition de morts suspectes** (voire d'homicides) **dans une même fratrie** ;
- toutes les investigations nécessaires ne sont pas toujours réalisées devant un décès inattendu, notamment **l'autopsie** ; pourtant lorsque celle-ci est réalisée, on voit décroître le pourcentage de MSIN (qui représentent 76% des diagnostics en l'absence d'autopsie et 49% après autopsie) et celui des morts suspectes ou violentes est multiplié par deux ;
- **même lorsqu'il existe des signes très évocateurs de violence**, une **autopsie médicale ou médico-légale** n'est demandée **que dans 77% des cas** ;
- **en cas de suspicion de mauvais traitements** ou de négligence grave, une **démarche judiciaire**, ou simplement administrative, n'est **pas toujours engagée** (elle l'est dans seulement 70% des cas de lésions évocatrices de violence) ;
- toutefois, pour les pédiatres, **la connaissance des suites données à un signalement est rare** (dans 37% des cas de signes fortement évocateurs de mauvais traitements) et cela est certainement démotivant ;
- en effet, **la communication entre médecine et justice est problématique**, comme cela ressort aussi bien des entretiens et de l'enquête hospitalière que de notre propre expérience de terrain : le vocabulaire, les outils de recueil de données, les logiques de travail sont différents. Ainsi la Justice raisonne en termes d'auteur et la Médecine en termes de victime ;
- **le lien** (souvent présumé) **entre milieu social défavorisé et mort suspecte est loin d'être établi** et ne ressort en tous cas pas de l'enquête auprès des parquets. Ainsi sur 9 cas de morts violentes enregistrées au parquet de Paris, on a pu noter les professions suivantes pour les parents : 4 mères étaient cadres, 3 étaient sans professions, pour 2 la profession était inconnue ; 3 pères étaient ingénieurs, 1 était étudiant en informatique, 1 ouvrier, 1 inactif, pour 1 la profession était inconnue, et enfin 2 pères étaient inconnus. Ces petits nombres doivent inciter à la prudence dans l'interprétation, toutefois il faut noter que ce profil est strictement comparable à celui des positions professionnelles déclarées à Paris lors du recensement national de la population par l'Insee en 1999, pour la même tranche d'âge (20 à 35 ans) ;
- il est pour l'instant **difficile de comparer les effectifs de morts suspectes ou violentes retrouvés** jusqu'à présent grâce à notre enquête **auprès des parquets et les données du CépiDc** pour la même période. Notons néanmoins qu'à Paris, entre 1996 et 1999, le croisement des données du parquet avec celle du CépiDc permet de constater que le CépiDc a pu coder (à partir des certificats reçus) 0 homicide et 1 cas de mort « violente indéterminée quant à l'intention », tandis que 8 dossiers du parquet de Paris concernaient 6 homicides et 2 morts violentes en cours d'instruction. Il est donc probable que le nombre de morts violentes intentionnelles qu'on atteindra à l'issue de la recherche dépassera le nombre des cas des statistiques officielles de mortalité ;
- enfin, les **certificats de décès** n'étant pas rectifiés en général après les investigations scientifiques et notamment l'autopsie, **leur remplissage est de qualité douteuse**, d'où des problèmes de fiabilité des statistiques nationales de mortalité, principal outil d'évaluation des politiques de santé.

Il semble important de signaler qu'au-delà du problème spécifique de la maltraitance, l'enquête auprès des services hospitaliers accueillant des enfants décédés révèle des **problèmes préoccupants de santé publique**. Ainsi, **24%** des nourrissons décédés de « MSIN » étaient couchés dans des **conditions de couchage inappropriées** (en position ventrale notamment) et **8%** sont morts **dans une situation de « cosleeping »** avec un adulte (un ou les parents le plus souvent), le mécanisme du décès étant l'asphyxie. Il est à noter aussi qu'en France, à la fin du 20^{ème} siècle, des nourrissons meurent encore de **gastro-entérites et déshydratation** (3,8% de l'ensemble des cas de l'étude).

Les résultats de cette recherche ont des **implications importantes pour l'action**. Il y a en effet urgence, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la **prévention des récidives de maltraitance grave dans une famille**. Il faut définir des critères standardisés de suspicion de maltraitance, de classification des grandes causes de décès, et de signalement, des stratégies pour améliorer certaines procédures (principalement celles qui concernent la collaboration entre services hospitaliers, PMI, police et justice, et celles relatives au remplissage et au circuit des certificats de décès) ; améliorer la qualité des données nationales de mortalité (notre recherche pouvant aboutir à, en quelque sorte, « redessiner le paysage de la mortalité infantile ») ; poursuivre les études permettant de mieux appréhender l'ampleur du problème et ses causes ; **assurer une surveillance épidémiologique rigoureuse du phénomène de la maltraitance et de l'efficacité des mesures prises**. C'est cette dernière tâche que s'est donné l'**Observatoire de l'Enfance maltraitée**, actuellement en cours de mise en place par le Ministère de la Famille.