



**Institut national
de la santé et de la recherche médicale**

Paris, le 12 octobre 2005

Dossier de presse

Morts suspectes de nourrissons de moins d'un an. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles ?

Anne TURSZ, Monique CROST, Pascale GERBOUIN-REROLLE, Julien BEAUTE, Hélène ROMANO. Unité Inserm 502/CERMES¹

Comme l'attestent les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc), la mortalité en France avant l'âge de un an diminue régulièrement mais reste toutefois importante (3393 cas en 2000) et plus élevée qu'à tous les autres âges de l'enfance.

Les statistiques nationales officielles de mortalité révèlent pour cette tranche d'âge certains phénomènes troublants :

- un pourcentage non négligeable de **morts « de causes inconnues ou non déclarées »**,
- un taux très élevé de **décès dits accidentels** à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (notamment face au risque d'accident domestique),
- un **petit nombre annuel d'homicides** répertoriés comme tels au niveau national, ce qui semble peu réaliste compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements signalés annuellement.

A la demande de la Direction générale de l'Action sociale (DGAS) de documenter le thème des conséquences graves de la maltraitance dans l'enfance, l'équipe de l'unité Inserm 502 a entrepris **une recherche sur les « décès inattendus »** survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connue et souvent étiquetés « mort subite du nourrisson ». L'équipe coordonnée par Anne Tursz s'est en particulier intéressée aux cas d'enfants « trouvés décédés ».

Sur une période de 5 ans (1996-2000), quatre sources d'information ont été explorées : les services hospitaliers, les systèmes de transport des enfants décédés, les parquets et les statistiques officielles de mortalité de l'Inserm. Une enquête hospitalière a été lancée au niveau national mais l'exhaustivité des réponses n'a été obtenue que dans 3 régions : **l'Île-de-France, la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais**.

L'identification des problèmes de collaboration entre les secteurs professionnels concernés (médecine, services sociaux, justice) a incité l'équipe à poursuivre le programme de recherche prévu par une étude auprès des parquets et le recoupement des données recueillies avec celles du CépiDc. L'enquête auprès des parquets a été menée dans ces trois mêmes régions.

¹ Cermes ("Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société". Unité Inserm 502 /CNRS UMR 8589/ EHESS)

Rappel des résultats de l'enquête hospitalière 2001-2002

Rendue publique en 2003², l'enquête hospitalière menée en 2001-2002 auprès des « centres de référence de la mort subite du nourrisson » et de services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés a mis en lumière les points suivants :

- des réticences des pédiatres les conduisant à déclarer moins de morts violentes ou suspectes qu'ils n'en soupçonnent,
- des carences dans les investigations nécessaires à la reconnaissance de la maltraitance, principalement l'autopsie,
- un sous-signallement, éventuellement lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signallement,
- une mauvaise qualité de remplissage des certificats de décès au niveau des services de soins, d'où des problèmes de codage pour le CépiDc et de fiabilité des statistiques nationales de mortalité.

L'enquête auprès des parquets

Tous les cas de **décès d'enfants de moins de 1 an pour lesquels les parquets d'Île-de-France, de Bretagne et du Nord-Pas-de-Calais ont été saisis durant la période 1996-2000** ont été examinés.

Le recueil des données a été mené entre juin 2002 et mai 2005 auprès de 27 parquets. Dans un parquet, l'enquête n'a pas eu lieu du fait du refus de participation ; dans deux (Bobigny et Cergy-Pontoise) le recueil est encore en cours du fait de problèmes d'archivage ou de difficultés d'accès à certains cas.

Objectifs :

- Faire une **évaluation réaliste de l'amplitude du problème des homicides de nourrissons** en France, en mesurant la contribution du secteur judiciaire.
- Tenter de caractériser **les familles et les 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.
- Evaluer la **contribution des données judiciaires et médico-légales à la qualité des statistiques nationales de mortalité** établies par le CépiDc de l'Inserm.

Principaux résultats :

□ Profil des nourrissons

Sur l'ensemble des 218 cas recueillis on note que 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**. Un décès au sein de la fratrie 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.

² Voir dossier de presse Inserm du 13 mars 2003

http://www.inserm.fr/fr/presse/dossiers_presse/att00000407/13mars2003.pdf

□ Répartition des causes de décès

Au terme des investigations, la cause du décès, telle qu'établie dans le dossier, est :

- Une mort suspecte ou violente	dans 31% des cas
- Une mort subite « inexplicée » du nourrisson	dans 27% des cas
- Une mort de cause médicale naturelle	dans 16% des cas
- Une mort accidentelle	dans 17% des cas
- Une mort de cause non déterminée	dans 9% des cas.

Mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN) : « mort soudaine d'un enfant de moins de 1 an, qui reste inexplicée après une investigation approfondie, incluant l'autopsie, l'examen de la scène du décès et la revue de l'histoire clinique » (Willinger, 1991).

Mort suspecte ou violente : mort pour laquelle une cause intentionnelle est suspectée ou une mort violente dont l'origine intentionnelle a été clairement établie.

Il est à noter que les investigations réalisées ne sont pas toujours précisées dans le dossier. Par ailleurs il est parfois mentionné qu'elles n'ont pas été faites. Ainsi **l'autopsie n'a pas été réalisée dans 25% des cas** (40% en cas de diagnostic de MSIN, 8% en cas de conclusion à une mort suspecte ou violente).

□ Morts « suspectes ou violentes » : 67 cas sur 218 (31% des cas)

Quelles causes, quels enfants ?

Les trois quarts de ces décès relèvent de deux causes : le « syndrome du bébé secoué » et la mort à la naissance par asphyxie, noyade ou abandon sans soins.

Les bébés secoués (31 cas dont la moitié avec des signes de coups ou de chocs : fractures du crâne, des côtes, des membres, hématomes extra-duraux) sont dans l'extrême majorité des cas **des garçons (77%)** et ont généralement moins de 6 mois (74%). **32% d'entre eux ont des antécédents de maltraitance (généralement connus de la PMI ou de la justice)**. Ils 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).

Les poursuites judiciaires

Sur les 59 cas pour lesquels l'information était disponible, l'équipe a relevé un classement sans suite dans 5 cas et des poursuites dans 54. 18 cas d'ordonnances de non-lieu ont été relevés. 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 au moment de l'étude.

Les caractéristiques des familles en cas de poursuites judiciaires

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.

Une analyse des cas de bébés secoués indique que les facteurs de risque prédominants semblent être surtout d'ordre psycho-affectif. **Le manque d'investissement affectif des enfants joue un rôle plus probable que d'éventuelles difficultés socio-économiques**. Il apparaît que, dans certains cas, des parents, dotés d'un bagage intellectuel de haut niveau, sont inaptes à répondre aux besoins quotidiens (physiques et affectifs) d'un bébé. L'analyse des cas de décès

suspects à la naissance souligne le rôle de **l'isolement affectif et social des mères**, sans qu'on puisse établir un lien avec la précarité.

Un manque de coordination entre les intervenants

Les **répétitions de décès dans une même fratrie**, de même que 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. Dans cette étude, 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). 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).

□ Recoupement des données avec celles du CépiDc

Les hypothèses formulées d'après les données du CépiDc sont confirmées par le croisement (pour la même période, dans les mêmes départements et avec l'accord de la CNIL) des données recueillies dans les parquets avec les statistiques du CépiDc. Ainsi :

- 1/4 des morts de « causes inconnues ou non précisées » du CépiDc sont des morts suspectes ou violentes pour les parquets (les données d'Instituts médico-légaux n'ayant pas été transmises au CépiDc)
- 1/3 des morts « accidentelles » codées comme telles au CépiDc sont aussi des morts suspectes ou violentes
- Le nombre des homicides est à l'évidence sous-évalué : 8 homicides ont été enregistrés au CépiDc au cours de l'étude et ces 8 cas sont à comparer au 54 cas des parquets pour lesquels des poursuites ont été engagées
- Les morts subites du nourrisson du CépiDc n'en sont pas dans de nombreux cas : sur les 59 MSN du CépiDc seulement les deux tiers sont des MSN pour les parquets.

Quels enseignements tirer de ces résultats?

Des « facteurs de risque » de morts suspectes...

- Les morts suspectes et violentes de nourrissons s'observent dans toutes les classes socio-économiques
- L'isolement social et affectif, l'imaturité affective jouent un rôle prédominant
- Les répétitions de décès suspects dans une même fratrie ne sont pas rares
- La plupart des mères auteurs de néonaticides sont des multipares d'un certain âge.

... qui ouvrent des pistes pour la prévention

Selon l'équipe d'Anne Tursz, certaines actions de prévention de la maltraitance sont à privilégier. En effet, face à des « pré-supposés » qui s'avèrent être faux tels que l'association entre précarité et maltraitance ou entre néonaticides et grossesses inassumables pour de jeunes adolescentes, par exemple, l'équipe préconise :

- Des stratégies qui ne visent pas des cibles inappropriées mais cherchent à toucher toute la population
- Des stratégies de prévention aussi précoces que possible.

Dans cette optique, les résultats proposés par l'équipe du Cermes plaident pour des stratégies de **soutien à la parentalité**, et de rupture de l'isolement de certains parents (des mères principalement, notamment au cours de leur grossesse), telles celles recommandées dans plusieurs plans récents de la Direction générale de la Santé (DGS) : « Périnatalité » ou « Psychiatrie et santé mentale ». Des plans qui préconisent notamment **l'entretien au cours du 4^{ème} mois de grossesse** destiné à favoriser l'établissement du lien précoce parents-enfant.

Des points à améliorer

□ Fiabilité statistique et connaissance épidémiologique

Les résultats de cette étude montrent que les causes de décès sont parfois déterminées sans toutes les investigations nécessaires. De cette carence en investigations résulte que les statistiques nationales de mortalité, principal outil de définition et d'évaluation des politiques de santé publique, manquent de fiabilité. On constate notamment un sous-enregistrement des homicides de nourrissons. D'après l'équipe coordonnée par Anne Tursz, il est donc important d'améliorer ces statistiques en respectant les protocoles standardisés d'investigation de la mort subite du nourrisson et en **retransmettant au CépiDc les données des Instituts médico-légaux.**

De façon plus large, il est urgent d'approfondir la connaissance épidémiologique de la maltraitance. 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 national de l'enfance en danger**, récemment mis en place) et dans celui du **Plan « Violence et santé »** en cours d'élaboration par la DGS. Dans l'optique d'un chiffrage et d'une surveillance statistique de la violence envers les enfants, les données de la justice ne se prêtent pas actuellement à ce type de mission. Elles sont pourtant essentielles car les sources médicales sont insuffisantes pour assurer une couverture exhaustive du problème des enfants maltraités, particulièrement en cas de décès. Il s'agit donc d'entamer la **réflexion sur la qualité des données et la mise en cohérence des diverses sources qui les produisent.**

□ Pratiques professionnelles face aux décès inattendus de nourrissons

Les résultats de cette recherche ont conduit l'équipe de Anne Tursz à proposer la mise au point d'une **Conférence de consensus** soutenue par la DGS. Le principe de cette conférence, « **Les morts inattendues de nourrissons : les repérer, les prendre en charge, les prévenir** », a été retenu par la Haute Autorité de Santé pour l'année 2006.

Les réflexions menées dans ce cadre devraient permettre d'aborder la notion d'intentionnalité, essentielle dans le cas du syndrome de l'enfant secoué, et de collaborer avec les associations de familles endeuillées par la perte d'un enfant décédé de mort subite. Elles devraient aussi conduire à une amélioration des pratiques des professionnels impliqués dans la protection et la prise en charge de la petite enfance, notamment par le développement de trois domaines :

- la standardisation des protocoles à suivre devant toute mort, quelle qu'en soit la cause et sans préjuger de celle-ci,
- l'organisation des collaborations,
- la définition des formations initiales et continues nécessaires.

Pour l'ensemble du programme de recherche, un comité de pilotage scientifique a été constitué, assurant la représentation de la justice, de la pédiatrie, de la médecine légale, de la Protection Maternelle Infantile (PMI), de la psychologie et de la recherche épidémiologique. Son rôle a notamment consisté à étudier collectivement les cas complexes.

Cette étude a bénéficié du soutien de la « Mission de recherche Droit et Justice » du ministère de la Justice (<http://www.gip-recherche-justice.fr>) et de la Direction Générale de la Santé (DGS) ainsi que d'une bourse de la Fondation Mustela.

Contact presse Inserm

Anne Mignot
Inserm Pôle presse
Tél : 01 44 23 60 73
Fax : 01 45 70 76 81
Mél : presse@tolbiac.inserm.fr

Contact chercheur

Anne Tursz
Inserm U502/Cermes
Tel: 01 49 58 36 40
Fax: 01 49 58 34 38
Mél : tursz@vjf.cnrs.fr