

CERMES (CNRS UMR 8559, Inserm U 502, EHESS)

**QUELLES DONNEES RECUEILLIR POUR AMELIORER LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES FACE AUX MORTS SUSPECTES DE NOURRISSONS DE
MOINS DE 1 AN ? ÉTUDE AUPRES DES PARQUETS**

ANNE TURSZ, pédiatre, épidémiologiste, DR Inserm
Coordination générale

MONIQUE CROST, statisticienne, IE Inserm
Analyse statistique

PASCALE GERBOUIN-REROLLE, chargée de projet en santé publique, vacataire
Coordination de l'enquête

JULIEN BEAUTE, Interne de santé publique ; HELENE ROMANO psychologue, vacataire
Recueil et codage des données

RAPPORT A LA MISSION DE RECHERCHE DROIT ET JUSTICE. MINISTERE DE LA JUSTICE

***Recherche subventionnée par le GIP : « Mission de recherche Droit et Justice »
Juillet 2005***

Le présent document constitue le rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP « Mission de recherche Droit et Justice » (subvention N°23.10.14.09). Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord du GIP.

SOMMAIRE

PROBLEMATIQUE	4
METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE AUPRES DES PARQUETS	9
OBJECTIFS	9
METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	9
Travaux préparatoires	9
Recueil de données dans les parquets	10
Problèmes de faisabilité	15
Difficultés d'obtention des autorisations nécessaires	15
Difficultés liées à la performance et à la maîtrise des outils informatiques	16
Difficultés d'accès aux dossiers "papier"	19
Traitement des données	20
Le codage et la saisie informatique des données	20
Variables descriptives de la cause et du mécanisme du décès	20
Le traitement statistique des données	21
PREPARATION DU RECOUPEMENT DES DIFFERENTES DONNEES	21
RESULTATS	22
LES DONNEES DES PARQUETS	22
État d'avancement du recueil	22
Caractéristiques des cas recueillis	25
La population de l'étude	25
Lieu de décès et mode d'entrée dans le système judiciaire	27
Investigations menées	30
Catégorisation des causes des décès dans les dossiers judiciaires	33
Caractéristiques médicales des décès	37
Les suites judiciaires	39
Les morts suspectes et violentes des dossiers judiciaires	40
LE RECOUPEMENT DES DONNEES JUDICIAIRES AVEC CELLES DU CEPIDC	46
SYNTHESE DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXES	62

PROBLEMATIQUE

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. En effet, durant toute l'enfance, c'est la première année de la vie qui est marquée par la mortalité la plus élevée : selon les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm [1], responsable des statistiques nationales des causes médicales de décès en France, le taux de mortalité infantile était, en 2000, de 451,0 pour 100 000 *versus* 25,1 pour les enfants de 1 à 4 ans, 12,6 pour ceux de 5 à 9 ans et 16,0 pour ceux de 10 à 14 ans. Par ailleurs, la tranche d'âge des enfants de moins de 1 an est tout particulièrement touchée par les mauvais traitements aboutissant à la mort (taux d'homicide de 2,5 pour 100 000 *vs* 0,7, 0,5 et 0,4 chez les 1-4 ans, les 5-9 ans et les 10-14 ans respectivement, en 2000, des différences de cet ordre étant observées chaque année). 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 homicides¹ alors que les enfants de moins de 1 an ne constituaient que 1,2% de la totalité de la population française. Dans cette tranche d'âge, enfin, 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 » (MSIN), pose de délicats problèmes d'interprétation. 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 3393 en 2000), elle reste néanmoins préoccupante notamment parce que l'analyse des données de mortalité du CépiDc, pour cet âge, révèle certains 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, 130 cas et 3,8% en 2000). Ces décès

¹ Données fournies par la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire

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, particulièrement celui des morts par accidents non liés à la circulation, 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). Ce taux (avant 1 an) est beaucoup plus élevé que ceux des pays du Nord de l'Europe et les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS [2] indiquent qu'en 1999, aux Pays-Bas le taux de mortalité par accident non lié à la circulation avant 1 an était de 4,9 pour 100 000, et en Suède, de 2,2 ;
- le petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels, au niveau national (13 en 1990, 17 en 1995, 11 en 1999, 19 en 2000), 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.

Finalement, en 2000 en France, le CépiDc a enregistré, pour les enfants de moins de 1 an, 348 syndromes de la mort subite du nourrisson, 130 morts de causes inconnues ou non précisées, 92 accidents (dont 72 non liés aux transports), 19 homicides et 4 morts violentes indéterminées quant à l'intention. Ces chiffres peuvent suggérer une sous-déclaration des homicides et des confusions entre morts violentes accidentelles et intentionnelles, avant un an, si l'on se réfère à plusieurs publications américaines récentes, indiquant que les homicides sont la première cause de décès traumatique à cet âge [3] et que les morts violentes dites « indéterminées quant à l'intention » ont une grande similitude, quant aux facteurs de risque, avec les morts violentes reconnues comme intentionnelles et de profondes différences avec les morts accidentelles [4].

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 du nourrisson », 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 (enquête objet du présent rapport), les statistiques du CépiDc, les diverses données recueillies devant être recoupées entre elles (avec l'accord acquis de la CNIL).

Une enquête nationale rétrospective a été menée dans les services hospitaliers accueillant des enfants décédés : 30 « centres de référence de la mort subite du nourrisson » et 60 services hospitaliers [5, 6]. Cette enquête a été menée grâce au soutien de la Direction générale de l'Action Sociale (DGAS), de l'Unité 502 de l'Inserm et de la Fondation Mustela. Le protocole de recherche a associé des entretiens avec les divers professionnels concernés et un recueil de données quantitatives sur les cas d'enfants identifiés auprès de ces hôpitaux. Les données de cette enquête nationale hospitalière viennent ajouter à nos inquiétudes quant à l'ampleur réelle du problème des morts de cause mal élucidée et à l'importance probable de la partie cachée de la forme la plus grave de violence envers les enfants (celle entraînant la mort), comme l'attestent les principaux résultats indiqués ci-dessous. Ces résultats sont issus des données hospitalières de trois régions, dans lesquels le recueil a été exhaustif (l'Île-de-France, la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais ; 607 cas recueillis dans 28 services).

- Des entretiens menés auprès de pédiatres et urgentistes, il ressort bien qu'il existe une grande complexité des circuits après le décès, la nature du premier intervenant conditionnant souvent toute la suite (circuit emprunté, autopsie, signalement ...) ;
- Le diagnostic porté par les pédiatres au terme des investigations médicales et déclaré dans l'enquête est celui de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN) dans 61,7%

des cas, de mort de « cause naturelle » dans 26,8%, de mort de cause accidentelle dans 6,1%, de mort suspecte ou violente dans 5,4% des cas ;

- Si les pédiatres ont proposé le diagnostic de mort suspecte ou violente dans 5,4% des cas, ce pourcentage monte à 7,8% lorsque qu'on considère l'ensemble des cas où il y a eu diagnostic de mort suspecte ou violente et/ou des signes évocateurs de violences notés dans le questionnaire de l'enquête, et il atteint 17% si on ajoute encore les cas où le pédiatre lui-même a déclaré avoir suspecté une maltraitance ;
- En cas de suspicion déclarée par le pédiatre, le pourcentage de diagnostic de morts suspectes ou violentes atteint 33% mais celui de morts accidentelles passe de 6 à 13% et il reste 23% de MSIN et 31% de causes naturelles parmi l'ensemble des diagnostics déclarés sur le questionnaire de l'enquête ;
- 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 ;
- 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 (faite dans seulement 75% des cas où le pédiatre avait déclaré une suspicion) ;
- Même en cas de suspicion de mauvais traitements ou de négligence grave, une démarche judiciaire, ni même administrative, n'est pas toujours engagée ;
- 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) ;
- 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 des mauvais traitements à enfant est un fait reconnu dans la littérature anglo-saxonne, particulièrement à propos des cas mortels [4, 7, 8]. Il 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'hypothèse a été faite que sous la catégorie MSIN se cachent des homicides, 29% de morts suspectes ayant été enregistrées comme MSIN dans les statistiques nationales de 1994 selon une étude britannique [9]. C'est un fait depuis longtemps connu qu'en France, en milieu clinique, la tendance à la suspicion, devant certains types particuliers de lésions présentées par exemple comme d'origine accidentelle, est peu développée en France [10]. L'étude hospitalière du Cermes met bien en lumière les principaux modes de sous-enregistrement des cas : 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-signallement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signallement.

Les résultats déjà acquis dans la partie hospitalière de notre recherche révèlent clairement l'existence de carences dans l'information et la formation des professionnels de la santé et dans la communication entre les différents secteurs concernés (médecine, justice, police, services sociaux). Il était donc nécessaire, comme prévu dans le protocole initial de poursuivre les investigations dans le secteur judiciaire afin 1) d'examiner, du côté de la justice, les problèmes de collaboration entre secteurs médical et judiciaire ; 2) de mesurer la part des morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an prises en charge par la justice ; 3) d'évaluer le rôle de cette dernière dans l'amélioration possible des statistiques de mortalité par la transmission d'informations issues des examens médico-légaux qu'elle fait réaliser. Ce dernier point apparaît tout particulièrement important en terme de santé publique d'autant qu'une analyse préliminaire menée par nous sur les données du parquet de Paris nous a permis de constater que, sur 9 cas de morts violentes identifiées au parquet, seuls 2 étaient retrouvés au niveau du CépiDc. Parallèlement dans les statistiques du CépiDc pour la même période (1996-2000) on relevait 57 cas de décès de « cause inconnue ou non déclarée », les morts de « cause inconnue » étant, selon une étude américaine récente, un mélange de MSIN et d'homicides [8].

Le recueil de données dans les parquets et le recoupement des données du système de santé, de la justice et du CépiDc apparaissent 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).

METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE AUPRES 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.

METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Travaux préparatoires

La collaboration entre notre équipe et le secteur de la Justice a été engagée dès 2001 grâce à : l'aide du Ministère lors de divers contacts ; une étude préliminaire des dossiers du parquet de Paris concernant des enfants de moins de 1 an décédés entre 1996 et 2000 ; une étude de faisabilité auprès de 2 parquets en Bretagne et 2 autres dans le Nord-Pas-de-Calais (les études auprès des parquets ont commencé en 2002).

- Les contacts pris avec Dominique Luciani (Bureau des Etudes, Direction des Affaires criminelles et des Grâces, Ministère de la Justice), et Brigitte Ernoul-Cabot (Chef du Bureau de la Police judiciaire à la Direction des Affaires criminelles et des Grâces)

nous ont permis de nous familiariser avec les codes NATAFF et NATINF, de comprendre la marche à suivre pour mener notre projet et de mener nos investigations ultérieures de façon appropriée ;

- 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 (Annexe 1) ;
- La coordinatrice du projet sur le terrain (Pascale Gerbouin-Rérolle) a pu se former à l'utilisation de la Nouvelle Chaîne pénale grâce à l'aide et aux explications fournies par le Bureau AB4 et plus particulièrement la section de la future application pénale (accueil de Mesdames Agnès Brelurut, Danièle Albareda et Claudie Coat) ;
- Après l'obtention de l'accord écrit du Directeur des Affaires criminelles et des Grâces, Monsieur Yvon Tallec, chef du parquet des mineurs de Paris, s'est longuement entretenu avec nous, nous a donné accès aux dossiers nous concernant et nous a familiarisés avec le fonctionnement de son service. Nous avons donc pu entreprendre notre étude dans ce parquet ;
- Les chefs des parquets des mineurs de Quimper (Monsieur Leroux), Vannes (Monsieur Steimer), Arras (Monsieur Simon-Delcros) et Douai (Monsieur Rubio-Gullo) nous ont permis de comprendre les problèmes d'archivage à prendre en compte pour la suite du travail projeté, nous ont fait rencontrer des médecins légistes (Quimper) et nous ont largement aidés à comprendre le fonctionnement des parquets, le mode de traitement des procédures selon les suites judiciaires ainsi que les rôles respectifs de la police et de la gendarmerie.

Recueil des données dans les parquets

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 (lettre type en annexe 2) 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. Dans la majorité des cas, des relances ont été nécessaires : après une première relance effectuée par courrier aux Procureurs de la République des parquets concernés (lettre type en annexe 2), des relances téléphoniques ont

permis soit d'obtenir un accord verbal de participation à l'étude, soit de disposer des informations utiles à la rédaction de lettres de relance personnalisées et argumentées, facilitant un accord ultérieur. Les arguments apportés ont concerné essentiellement l'organisation des modalités de notre travail, de façon à ne pas perturber l'activité des services.

Après l'accord du procureur pour l'accès à l'ensemble des procédures ouvertes, il a été nécessaire de solliciter l'autorisation d'accéder aux dossiers pour lesquels des poursuites avaient été engagées. Selon l'organisation des tribunaux de grande instance, les demandes d'autorisation ont été effectuées soit directement auprès des juges d'instruction concernés (lettre type en annexe 3), ou du doyen de l'Instruction, soit après une démarche préalable auprès du président du TGI.

Pour ne pas surcharger les services des parquets et assurer la confidentialité du recueil des données, celui-ci est entièrement réalisé par notre équipe. L'équipe de recherche a été progressivement renforcée et comporte la coordinatrice de la recherche sur le terrain, une psychologue clinicienne dont l'expérience de collaboration judiciaire dans le domaine de la maltraitance s'est avérée précieuse, notamment dans le recueil et l'utilisation des données d'expertises médico-psychologiques et psychiatriques, et un interne de santé publique dont le rôle est central pour la compréhension des données médico-légales.

Le recueil de données s'est effectué dans les locaux mis à disposition par les parquets ou les services de l'instruction, à l'aide d'un questionnaire qui a été élaboré puis testé auprès du Parquet de Paris. Cet outil de recueil a ensuite été 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, en matière de procédures et de circuit de l'information, mais aussi de contexte familial et socio-économique. Ce questionnaire comprend les principales rubriques suivantes :

- Données indirectement nominatives (dates et communes de naissance et de décès, commune de résidence, sexe) nécessaires notamment pour le recoupement ultérieur avec les autres fichiers. Aucun nom ni prénom ne sont recueillis ;
- 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 ;

- Éléments d'information sur le niveau socio-économique des 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 et techniques éventuellement réalisées pour la compréhension des causes de décès ou des mécanismes en cause, ainsi que des expertises psychologiques et psychiatriques, des examens de personnalité apportant un éclairage sur les personnes mises en cause ;
- Cause du décès établie dans le dossier judiciaire à l'issue des investigations, et, quand elles sont mentionnées, les causes immédiates et initiales portées sur le certificat de décès ;
- 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 (classement sans suite et motif du classement, qualification pénale au réquisitoire introductif, et requalifications éventuelles ultérieures, ordonnance de non lieu et motifs de la décision, jugement devant le tribunal correctionnel, ou la cour d'assises, condamnations et appels éventuels).

La méthode de travail qui a été mise au point pour l'accès aux données est précisée ci-dessous :

- une première étape consiste à extraire 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) ;
- la deuxième étape consiste à sélectionner, à partir des données disponibles sur les dossiers informatiques, ceux pouvant concerner un décès de nourrissons de moins de un an sur la période considérée, grâce à une batterie de critères (indications sur l'âge de la victime, sur la réalité du décès et précisions apportées par les codes Natinf) ;

- pour chacune des procédures retenues à l'issue de cette deuxième étape, on procède à l'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 ;
- la consultation des minutes pour les affaires jugées en correctionnelle et le recours au secrétariat de l'instruction et son outil logiciel Winstru permettent d'affiner la sélection des procédures selon les critères d'inclusion ;
- on recherche enfin, notamment avec l'aide des greffes, les dossiers sélectionnés dans les 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 recueil des données correspondantes.

Cependant, pour les Parquets d'Île-de-France (sauf ceux de Seine et Marne), équipés du logiciel NCP (nouvelle chaîne pénale), il a été nécessaire de procéder à une double extraction informatique des dossiers. En effet, seules les affaires encore actives au cours des 18 derniers mois sont conservées dans la base « vivante », les autres étant transférées dans une base de pré-archivage pendant quelques mois, où elles ne sont pas accessibles puis dans la base d'archivage où elles sont à nouveau accessibles, par une autre requête. Étant donné la période concernée par l'enquête (décès survenus entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2000), une grande partie des cas ont été retrouvés à partir de la base « archives », et plus particulièrement les cas ayant été rapidement classés sans suite.

Enfin, les possibilités d'interrogation offertes par Infocentre pour les parquets équipés de NCP ont été explorées, avec l'aide et dans les locaux du bureau AB4. Une requête sur les affaires classées ou poursuivies ayant au moins une victime mineure a été effectuée et les listings ont ensuite été comparés avec ceux issus des extractions menées sur les bases vivantes et « archives » de deux des parquets concernés. Un certain nombre d'affaires ont été retrouvées par ce recoupement mais, d'une part tous les cas retrouvés dans les parquets ne figuraient pas dans les listes extraites avec Infocentre, notamment les cas les plus anciens (1996 à 1998), et d'autre part, tous les cas retrouvés sur les listes Infocentres ont pu être repérés aussi dans les extractions faites au parquet. Il a donc été décidé de ne pas poursuivre cette sélection à partir d'Infocentre pour les autres parquets, afin de ne pas alourdir encore le travail sur le terrain.

Le tableau I présente l'origine des dossiers extraits pour les Parquets équipés de NCP dans lesquels le recueil a été fait.

TABLEAU I : ORIGINE DES DOSSIERS EXTRAITS INFORMATIQUEMENT DANS LES PARQUETS D'ÎLE-DE-FRANCE EQUIPES DE NCP

Parquets	Extraction base vivante	Extraction base archives	Total extraction
Créteil	125	2 060	2 185
Évry	117	1 097	1 214
Nanterre	222	2 400	2 622
Versailles	249	1 984	2 233
Bobigny	315	3 252	3 567
Cergy Pontoise	166	1 051	1 217
TOTAL	1 194	11 844	13 038

Il convient de préciser que la procédure utilisée au parquet des mineurs de Paris a été différente, car une copie des dossiers ouverts après un décès de mineur y est conservée : la sélection s'est opérée directement sur les dossiers « papier » et aucune extraction informatique des bases active et « archives » n'y a été réalisée.

Finally, malgré les problèmes de faisabilité évoqués dans le chapitre suivant, la méthode générale de travail pour l'accès aux données, qui avait pu être élaborée à partir de l'expérience acquise auprès des premiers Parquets consultés, et qui a été décrite ici, a été utilisée sans trop de difficultés et il n'a pas été nécessaire de la modifier.

Du fait des suites judiciaires variables, avec l'existence éventuelle d'une phase d'instruction, les dossiers consultés ont été de nature différente : dossier classé sans suite, encore à l'instruction, clos par une ordonnance de non-lieu, jugé au tribunal correctionnel ou à la Cour d'assises. Les résultats présentés dans ce rapport proviennent donc de l'analyse de données recueillies à partir de ces divers types de dossiers.

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 (liste des membres en annexe 4). Ce comité, dont le rôle, par rapport à l'enquête auprès des parquets, est principalement d'étudier collectivement les cas complexes, s'est déjà réuni trois fois (les 10 mars, 7 septembre et 13 décembre 2004). De plus certains experts ont été consultés individuellement, notamment l'anatomopathologiste pédiatre pour tous les cas où le mécanisme du décès était d'interprétation délicate et dans lesquels les constatations lors de l'autopsie avaient de ce fait un rôle explicatif central.

Problèmes de faisabilité : les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet

Difficultés d'obtention des autorisations nécessaires

Les difficultés majeures rencontrées dans ce travail de recherche sont déjà apparues lors de la phase préalable. Il s'agit d'abord de l'inadéquation des moyens informatiques dont disposent les parquets (micro, mini et nouvelle chaîne pénale) par rapport à l'objectif de retrouver les cas de victimes de moins de un an, décédées, ensuite de la difficulté d'accès aux dossiers « papier ».

Comme nous l'avons déjà souligné, ces difficultés, dont sont bien conscients les procureurs, leurs substituts et les greffiers en chef que nous sollicitons, expliquent en partie leurs réticences par rapport à notre demande. Ils ont pu craindre de ne pas être en mesure de nous répondre de façon satisfaisante ou d'occasionner un surcroît de travail pour les services sollicités.

Dans les relances écrites et téléphoniques effectuées auprès des parquets, la méthode de travail a été expliquée de façon détaillée, et l'expérience déjà acquise a permis de mettre en avant d'autres arguments, notamment le fait que l'équipe de recherche pouvait mener ces tâches de façon presque autonome (consultation informatique, recherche dans les archives et recueil des données) de façon à ne pas alourdir la charge des services.

Cependant, notre relative autonomie a aussi pu être un motif d'inquiétude pour les procureurs, pour des raisons, bien légitimes, de confidentialité. Ces inquiétudes ont été le plus souvent

levées lors des entretiens téléphoniques ou d'un premier rendez-vous, qui permettaient de préciser les conditions de recueil. Dans un seul parquet, sur les 27 contactés, l'autorisation de mener notre recherche nous a été refusée, malgré le changement de procureur et plusieurs relances de notre part. Les raisons invoquées ont été : la surcharge de travail, le manque de personnel et de moyens informatiques et les problèmes d'archivage.

Après l'autorisation donnée par le Procureur, d'autres autorisations au sein des différents services sont apparues nécessaires dans la suite de la recherche. Selon les suites données aux procédures par le parquet, nous avons été conduits à solliciter différents services (tribunal correctionnel, cour d'assises, cabinets d'instruction, ...) pour vérifier l'âge des victimes, sélectionner ainsi les cas nous intéressant et demander l'autorisation de consulter les dossiers papiers. Si ces autorisations ont été accordées assez facilement dans la plupart des tribunaux, notamment ceux de taille modeste, et n'ont occasionné qu'une perte de temps raisonnable, dans quelques autres tribunaux elles ont posé de réelles difficultés et les démarches nécessaires (accès aux personnes ressources, aux ordinateurs, aux logiciels, aux archives...) ont ralenti considérablement l'avancée du travail. Ainsi, le recueil des données s'est étalé sur plusieurs mois dans certains tribunaux du fait de délais importants à chaque étape de la procédure de sélection et d'accès aux dossiers. Dans un cas (à Bobigny), l'autorisation d'accès aux dossiers passés par l'instruction (sauf dans le cas d'affaires déjà jugées au tribunal correctionnel) n'a pas pu être obtenue à ce jour malgré de nombreuses démarches.

Difficultés liées à la performance et à la maîtrise des outils informatiques

L'informatisation des parquets est assez hétérogène et plutôt récente et les difficultés liées aux outils informatiques ont été de différents ordres.

Les performances des outils disponibles ont rendu difficile et laborieuse l'étape de sélection des dossiers et ont limité le champ de l'investigation. Le logiciel qui équipe les « grands » parquets d'Île-de-France, NCP, est le plus récent mais, comme la micro chaîne et la mini chaîne pénale qui équipent les plus petits parquets, il n'est conçu que pour l'extraction de certaines statistiques (cadres du parquets surtout). Aucun des logiciels du parquet ne permettait donc d'extraire facilement des affaires sur nos principaux critères : âge de la victime et notion de décès. En effet, les caractéristiques des victimes, en particulier leur âge, ne sont pas des critères permettant une extraction informatique des cas et nous avons du

limiter le champ de la recherche, sur le conseil de nos interlocuteurs et après quelques vérifications, aux affaires dont le code Nataff recouvrait soit la notion de décès, par homicide (A11 et A12), accidents autres que ceux de la circulation et du travail (A25), mort naturelle (A29), mort suspecte ou recherche des causes de la mort (A26) soit la notion de mauvais traitements et violences sur mineurs (A43). Malgré la restriction du champ d'investigation à ces seuls codes Nataff, le nombre de procédures à vérifier est resté très élevé (31 480 au 30 juin 2005).

Dans les Parquets d'Île-de-France équipés de NCP, les dossiers en phase de pré-archivage n'étaient pas accessibles et un certain nombre de cas n'ont donc pas pu être identifiés, sauf à faire une nouvelle extraction sur la base archives après 6 mois, et à réaliser sur celle-ci la même procédure de tri informatique, vérification des suites judiciaires, recherche des dossiers « papier ». Ceci aurait signifié une charge importante de travail supplémentaire car les dossiers récemment archivés ne peuvent être extraits séparément et c'est donc sur une base archives plus importante que le tri aurait dû s'effectuer.

Il n'a pas pu être trouvé d'explication au fait que certains dossiers ayant donné lieu à des poursuites et un jugement en cour d'assises (4 cas retrouvés dans 2 cours d'assises) n'apparaissent dans aucune des extractions informatiques réalisées, même après vérification du fait que le code Nataff attribué au dossier faisait bien partie de ceux que nous avons retenus. Ces dossiers d'homicide sur des nourrissons ont été retrouvés dans les greffes des cours d'assises, grâce à la mémoire des greffiers. Nous avons inclus ces cas dans l'étude en raison de leur intérêt, bien qu'ils n'aient pas été repérés par la même procédure. La mémoire des greffiers a permis par ailleurs de retrouver des cas dont le code Nataff était autre : L41 (mineur en danger), K11 (affaires pénales diverses), A22 (accident de la circulation) ainsi que d'autres cas (6) dont le code Nataff et l'enregistrement informatique n'ont pu être retrouvés. Ces cas ont aussi été inclus dans l'étude pour la même raison.

La maîtrise des logiciels par le personnel, surtout dans l'extraction de statistiques, est très hétérogène, et nous avons été conduits, dans certains cas, à réaliser nous-mêmes les extractions informatiques pour cette raison. Par ailleurs, la qualité du remplissage des dossiers informatiques est, elle aussi, très variable d'un parquet à l'autre, mais aussi d'une période à l'autre. Ainsi, on retrouve bien dans la NCP et la mini chaîne pénale des champs de saisie

pour quelques caractéristiques des victimes, notamment la date de naissance, mais ils sont assez rarement renseignés, avec une grande variabilité selon les parquets.

De ce fait, dans quelques tribunaux, les dossiers informatiques très bien remplis ont permis d'effectuer une première sélection rapide et efficace mais, dans la plupart des parquets, nous avons donc dû retenir un très grand nombre de dossiers à l'issue de la première sélection à l'écran, pour vérifier dans le dossier « papier » l'âge de la victime.

Les informations disponibles dans les dossiers informatiques sur les suites judiciaires sont aussi très inégalement renseignés selon les parquets, même avec la NCP. La situation actuelle du dossier et la nature de la décision judiciaire finale a presque toujours été retrouvée en cas de classement sans suite, avec mention de la date et du motif de classement et, en cas de réquisitoire introductif, avec la date et la nature de l'infraction. En revanche, les informations sur les suites de la procédure en cas d'instruction sont souvent parcellaires ou absentes : date, chambre et minute de jugement correctionnel, numéro d'instruction et date de la décision du magistrat instructeur (mise en accusation devant la Cour d'assises, renvoi devant le tribunal correctionnel, ordonnance de non-lieu,...).

Afin de préciser les services où rechercher les dossiers "papier" et de poursuivre la sélection de ceux à vérifier, il a souvent été nécessaire de consulter, ou de faire consulter par un greffier, d'autres outils logiciels comme « winneur » (parquet des mineurs), « winstru » (instruction), où l'âge des victimes peut être plus fréquemment retrouvé.

Les dossiers classés sans suite après ouverture d'une instruction, en général pour recherche des causes de la mort, ont été particulièrement difficiles à retrouver, du fait du manque d'actualisation systématique au bureau d'ordre du parquet en cas de passage à l'instruction et du cloisonnement informatique entre ces services.

La difficulté et la durée de ces étapes d'extraction et de sélection informatique des dossiers ont donc été très variables d'un tribunal à l'autre, et ont dépendu aussi de la disponibilité de postes informatiques, des contraintes diverses des greffes et bureaux d'ordre.

Difficulté d'accès aux dossiers « papier »

Selon les parquets, il a été nécessaire de consulter de plusieurs dizaines à plusieurs centaines de dossiers « papier », afin de vérifier l'âge et la véracité du décès de la victime. Les conditions et les modes d'archivage sont, eux aussi, très variables d'un tribunal à l'autre : archives des différents services regroupées ou éparpillées, années d'archives stockées à différents endroits, stockage dans des annexes du tribunal, des archives départementales, des « silos » communs à plusieurs tribunaux, voire sous-traitance par des sociétés privées. La consultation des archives a donc été difficile dans un certain nombre de cas, et la durée de cette étape a pu être importante.

Dans le cas particulier des tribunaux ayant confié le stockage des archives à des sociétés privées, avec un coût de consultation d'environ 10 euros par dossier, il a donc été indispensable de restreindre le nombre de dossiers à vérifier par une procédure de sélection supplémentaire. Celle-ci, basée sur le recoupement des affaires (par date des faits) avec les statistiques de décès par département (fournies par l'Inserm/CépiDc), est particulièrement difficile du fait des difficultés de rapprochement par le département de résidence de la victime et par sa date de décès : seuls le lieu de résidence des éventuels mis en cause et une « date des faits » pas toujours précise figurent en général dans le dossier informatique. Cette phase n'est pas encore achevée pour un seul des parquets (celui de Cergy-Pontoise).

Le mode de classement des dossiers (par dates d'ouverture, de classement sans suite, par numéro de parquet, par section...) et d'archivage (dossiers éparpillés dans les couloirs, des bureaux, des placards, dossiers stockés en vrac, entassés avec plusieurs années sur une même étagère, ou bien rangés dans des boîtes d'archive dûment répertoriées...) sont très variables et ont considérablement influé sur le temps nécessaire. Dans certains cas, des dossiers dont la victime était un nourrisson de moins de un an décédé n'ont pu être retrouvés. Il s'agit le plus souvent de dossiers classés sans suite, mais quelques dossiers passés à l'instruction, ayant donné lieu à un jugement en correctionnel ou un non-lieu, d'autres transmis pour le suivi de la fratrie au juge des enfants ou à la brigade de protection des mineurs n'ont pas été retrouvés.

L'ensemble des difficultés rencontrées explique la longueur du travail de recherche. Dans la plupart des cas, l'accueil des services et leur efficacité ont permis de lever ces obstacles. Cependant, certains facteurs comme la taille du tribunal, l'organisation plus ou moins

cloisonnée des services, la « mémoire institutionnelle » liée à l'ancienneté du personnel, ont eu une incidence considérable sur l'efficacité du travail mené.

Tout le travail de terrain (organisation des contacts et des missions, recueil de données, analyse des problèmes de faisabilité et élaboration de stratégies pour y répondre) a été supervisé par Pascale Gerbouin-Rérolle (chargée de projets en santé publique au Cermes) et réalisé en collaboration avec Julien Beauté (interne de santé publique) et Hélène Romano (psychologue).

Traitement des données

Le codage et la saisie informatique des données

Le codage a été effectué à l'aide d'un code ad hoc constitué par l'équipe de recherche et soumis, pour discussion des cas difficiles, aux experts du groupe de pilotage scientifique encadrant la recherche. Pour les causes figurant sur le certificat de décès, on a utilisé le code de la Classification internationale des Maladies de l'OMS (CIM 9^{ème} révision pour les années 1996-1999, 10^{ème} révision pour l'année 2000). Ce codage a été supervisé et vérifié par Monique Crost, ingénieur d'études Inserm, statisticienne au Cermes, et par Anne Tursz, coordinatrice générale du projet. La saisie informatique des données a été supervisée par Monique Crost.

Variables descriptives de la cause et du mécanisme du décès

Trois variables sont utilisées et confrontées entre elles : 1) une variable descriptive de la conclusion du dossier judiciaire, en 8 catégories (MSIN, mort naturelle par cause médicale, mort accidentelle, mort suspecte quant à l'intention, mort violente non accidentelle, assassinat, mort de cause indéterminée, mort par défaut de soins). Pour des problèmes d'effectifs et de puissance statistique, on a regroupé pour l'analyse les catégories « mort suspecte quant à l'intention, mort violente non accidentelle, assassinat, mort par défaut de soins » sous la rubrique « mort suspecte ou violente » ; 2) une variable synthétique créée par l'équipe de recherche en prenant en compte des éléments médicaux objectifs : les circonstances du décès, les résultats des examens clinique, radiologiques et anatomo-pathologiques et des expertises médicales et techniques, et enfin la cohérence entre l'âge du

sujet, les lésions observées et le mécanisme invoqué du décès. Cette variable vise à catégoriser les décès d'un point de vue purement médical ; très détaillée à l'issue du codage, elle peut être décrite en 5 grandes catégories : MSIN, mort de cause médicale naturelle, mort de cause « externe » (selon la terminologie de l'OMS pour parler des « traumatismes et empoisonnements ») de cause non intentionnelle (ou encore mort accidentelle), mort de cause intentionnelle, mort dont il est impossible de déterminer la cause à partir des éléments du dossier (par carence des investigations médicales nécessaires le plus souvent) ; 3) une variable commune à l'enquête hospitalière et à l'enquête parquets se rapportant à l'existence ou non de facteurs de risque ou de signes (cliniques, radiologiques, anatomo-pathologiques) évocateurs de maltraitance.

Le traitement statistique des données

Il est réalisé par Monique Crost ainsi que l'analyse qui est supervisée par Anne Tursz, élaborée par l'ensemble de l'équipe de recherche et menée avec le logiciel SAS. L'analyse bivariée a été faite avec le test du Chi-2 et, en cas d'effectifs faibles, le test exact de Fisher. L'analyse fait mention des différences observées au seuil de 5% ($p < 0,05$). Dans les tableaux statistiques, la mention NS signifie donc « non significatif au seuil de 5% ». La mention EI signifie que les effectifs ne sont pas suffisants pour conclure à l'existence d'une relation statistiquement significative.

PREPARATION DU RECOUPEMENT DES DIFFERENTES DONNEES

Grâce à l'accord donné par la CNIL et à la qualité de la collaboration avec le CépiDc, les fichiers nationaux des décès d'enfants de moins de 1 an pour les années 1996-2000 ont été transmis à l'équipe de recherche. Ils comportent les éléments essentiels au recouplement des données : dates de naissance et de décès, sexe, communes de résidence et de décès, ainsi que les causes médicales de décès. La confrontation des données issues des différentes enquêtes et des différents fichiers vise à comparer leur exhaustivité et leur cohérence, tout particulièrement en ce qui concerne les causes de décès.

Le recouplement des cas enregistrés dans l'enquête auprès des parquets avec les statistiques de mortalité du CépiDc ayant pour but principal de repérer avec quelles causes ces cas avaient

été codés au CépiDc, une fois identifiés les codes OMS de ces causes, on a constitué des catégories de « causes CépiDc » à comparer à celles des causes indiquées dans les dossiers judiciaires. Ces 6 catégories « CépiDc » et la nature des codes OMS qui les constituent sont indiquées ci-dessous (ne sont citées que les grandes catégories effectivement représentées dans les cas de l'enquête parquet).

GRANDES CATEGORIES DE « CAUSES CEPIDC »	CODES OMS (CIM 9^{EME} REVISION)	CODES OMS (CIM 10^{EME} REVISION)
1. MSIN	798.0	R95
2. Causes « médicales naturelles »		
Maladies des divers appareils	250.0 – 579.9	E00 – I99
Anomalies congénitales	740.0 – 759.9	
Affections périnatales	760.0 – 779.9	P00 – P96
Symptôme, signes, états morbides mal définis	780.0 – 799.8	R00 – R98
3. Traumatismes d'intention indéterminée		
Lésions traumatiques et empoisonnements	800.0 – 999.9	
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (intention indéterminée)	E980 – E989	
4. Morts accidentelles	E800 – E949	V01 – X59.9
5. Morts violentes intentionnelles		
Syndrome des enfants maltraités	995.5	
Homicide	E960 – E969	
Agressions		X85 – Y09
6. Causes inconnues	799.9	R99

RESULTATS

LES DONNEES DES PARQUETS

État d'avancement du recueil

Malgré les nombreuses difficultés précédemment évoquées, le recueil des données 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. Par ailleurs, pour certaines affaires, le dossier est encore en instruction et les résultats finaux de l'action judiciaire restent à identifier (toutefois ces cas sont inclus dans l'analyse). Des démarches sont donc à poursuivre pour ces cas ainsi que pour achever le recueil à Bobigny et Cergy-Pontoise. Le tableau II récapitule les principaux éléments descriptifs du recueil des cas.

Après élimination des doublons (cas ayant fait l'objet d'un dessaisissement pour un deuxième parquet) et des cas concernant des enfants décédés dans une des trois régions de l'enquête mais résidents d'une autre, le nombre total de cas retrouvés est de 226. Après exclusion des 8 cas déjà enregistrés auprès des parquets de Bobigny et Cergy-Pontoise (tribunaux qu'on a décidé d'exclure tant que le recueil n'est pas achevé), l'analyse porte actuellement sur 218 cas qui font l'objet du chapitre ci-dessous.

On notera au Tableau II qu'outre 14 cas non retrouvés pour le moment dans les archives des parquets de Bobigny et Cergy-Pontoise (mais qu'on peut espérer retrouver ultérieurement), il y a 10 cas que l'extraction informatique a permis d'identifier comme relevant des critères d'inclusion dans l'étude (enfant de moins de 1 an décédé au cours de la période 1996-2000 et résident d'une des trois régions d'enquête) pour lesquels, malgré des recherches renouvelées, il n'a pas été possible de retrouver le dossier « papier » dans les archives des tribunaux. Ces cas concernent essentiellement les parquets d'Île-de-France et doivent être considérés comme définitivement perdus, puisqu'ils concernent des parquets où le recueil est achevé. On notera aussi que pour identifier 1 cas correspondant à la définition de l'enquête, il faut examiner en moyenne 125 dossiers informatiques, et que le recueil des données dans 24 parquets a nécessité la présence dans ces établissements de 2 à 3 personnes pendant 6 mois à temps complet. Il faut ajouter à ce temps de travail « sur le terrain », un temps considérable consacré aux relances par téléphone et par courrier pour la préparation des missions.

TABLEAU II : ÉTAT D'AVANCEMENT DU RECUEIL AUPRES DES PARQUETS (Juin 2005)

Parquets	Etat du recueil	Nombre de cas retrouvés	Présence nécessaire*	Dossiers informatiques extraits**	Cas non retrouvés***
Arras	achevé	1	2	743	0
Avesne s/Helpe	refus				
Béthune	achevé	4	3	405	0
Boulogne s/mer	achevé	8	3	788	0
Cambrai	achevé	2	2	395	0
Douai	achevé	1	2	393	0
Dunkerque	achevé	1	3	836	0
Lille	achevé	26	10	4 422	1
Saint Omer	achevé	2	2	402	0
Valenciennes	achevé	4	3	616	0
Brest	achevé	7	2	703	0
Lorient	achevé	2	2	548	1
Quimper	achevé	1	2	966	0
Rennes	achevé	7	6	1 479	0
Saint Briec	achevé	3	2	567	0
Saint Malo	achevé	5	1	247	0
Vannes	achevé	1	2	548	0
Bobigny	<i>en cours</i>	5	16	3 567	13
Cergy Pontoise	<i>en cours</i>	3	8	1 217	1
Créteil	achevé	43	7	2 185	0
Évry	achevé	10	6	1 214	0
Fontainebleau	achevé	3	3	504	1
Meaux	achevé	8	6	2 503	1
Melun	achevé	2	6	1 227	1
Nanterre	achevé	17	13	2 622	2
Paris	achevé	43	10	150	0
Versailles	achevé	17	10	2 233	3
TOTAL		226	132	31 480	24

* *présence nécessaire : nombre de jours de présence dans le TGI qui ont été nécessaires pour réaliser le recueil de données (pour 2 ou 3 personnes)*

** *dossiers informatiques extraits : nombre de dossiers extraits informatiquement sur la base desquels s'est effectuée la sélection des cas de décès de nourrissons de moins de un an*

*** *cas de décès de nourrissons de moins de un an dont le dossier judiciaire « papier » n'a pas pu être retrouvé au tribunal*

Caractéristiques des cas recueillis

La population de l'étude

Caractéristiques démographiques des enfants décédés

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. Filles et garçons ne diffèrent pas significativement par l'âge.

TABLEAU III : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES ENFANTS DECEDES

	N (218)	%
Sexe		
Masculin	136	63
Féminin	79	36
Non déterminé	2	1
Âge au décès		
Décès à la naissance	33	15
0-1 mois	47	22
2-3 mois	53	24
4-5 mois	34	16
6-11 mois	51	23

Caractéristiques démographiques et socio-économiques des familles (Tableau IV)

La mère est présente au foyer dans 99% des cas (sur 196 cas où l'on dispose de cette information). Le père (ou un concubin ou un beau-père) est présent dans 82% des cas (sur 188 cas). Il y a donc relativement peu de mères seules (30 au total) mais seulement 38% des mères vivant en couple sont mariées. Très peu sont séparées (4) ou divorcées (4). Toutefois la situation de la mère n'est pas connue dans 1/3 des cas. Les cas où le père ne vit pas au foyer concernent très majoritairement des hommes vivant ailleurs (en France le plus souvent) mais il y a aussi 3 pères incarcérés, 2 décédés et 5 pères inconnus. Dans cet échantillon, il y a peu de très jeunes mères (3 ont entre 14 et 17 ans ; 74% de celles dont on connaît l'âge ont 25 ans ou plus). L'âge maximum est de 45 ans. Les pères sont âgés de 17 à 66 ans. Ici encore cette information est souvent manquante (dans 21% des cas pour la mère, 34% pour le père).

TABLEAU IV : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DES FAMILLES

	N (218)	%
Âge de la mère		
< 25 ans	45	21
25-34 ans	104	48
> 34 ans	23	10
Inconnu	46	21
Niveau d'étude de la mère		
Enseignement général*	18	8
Enseignement technique secondaire	29	13
> Bac, études universitaires	21	10
Inconnu	150	69
Activité professionnelle actuelle de la mère		
Oui**	69	32
Non, au foyer	64	29
Non, étudiante ou élève	11	5
Inconnue	74	34
PCS de la mère***		
Cadre, profession intermédiaire	27	12
Employée, ouvrière	49	22
Sans profession	69	32
Inconnue	73	34
Âge du père		
< 25 ans	25	11
25-34 ans	80	36
> 34 ans	41	19
Inconnu	72	34
Niveau d'étude du père		
Enseignement général*	13	6
Enseignement technique secondaire	19	9
> Bac, études universitaires	15	7
Inconnu	171	78
Activité professionnelle actuelle du père		
Oui**	106	49
Non	14	6
Inconnue	98	45
PCS du père***		
Cadre, profession intermédiaire	36	16
Employé, ouvrier	81	37
Sans profession	12	6
Inconnue	89	41
Nombre de frères et sœurs et demi-frères et sœurs		
0	64	29
1-2	81	37
≥ 3	28	13
Inconnu	45	21

Les PCS (professions et catégories socioprofessionnelles) ont été codées selon la classification de l'INSEE

* L'enseignement général concerne les études dans les établissements généraux du primaire au lycée

** L'activité professionnelle inclut l'activité effective, le chômage, les congés maladie, parental et de maternité

*** PCS : dernière profession exercée

On dispose de très peu d'informations sur le niveau d'études et l'activité professionnelle des parents des enfants décédés. Le niveau d'études est inconnu pour 69% des mères et 78% des pères. Dans les quelques cas où il est connu, on sait que seulement 4 mères et 6 pères n'ont pas dépassé le stade des études primaires, que 20% des mères et 15% des pères n'ont pas dépassé celui des études secondaires, que 43% des mères et 40% des pères ont suivi un cursus technique (généralement court) et enfin que 31% des mères et 32% des pères ont poursuivi des études au-delà du baccalauréat.

Lorsque la notion d'une activité professionnelle est connue (dans 66% des cas pour la mère et 57% pour le père), le chômage concerne 3 mères et 13 pères (soit 11%). 40% des mères exercent effectivement une activité professionnelle et 77% des pères. Lorsque la profession est connue, on constate que la majorité des mères sont employées (30%) et la majorité des pères sont ouvriers (43%). Le pourcentage de cadres supérieurs est de 9% chez les mères et de 12% chez les pères.

29% des enfants décédés sont des enfants uniques. On note de grandes fratries (5 enfants et plus, en incluant l'enfant décédé) dans 6% des cas où l'information est connue (79% de l'échantillon). L'enfant décédé est un jumeau dans 4% des cas.

Lieu de décès et mode d'entrée dans le système judiciaire

Lieu du décès (Tableau V)

Deux lieux sont intéressants à considérer : le « lieu de l'événement déclencheur du processus judiciaire » et le lieu du décès. En effet certains enfants ne sont pas morts immédiatement mais au terme d'hospitalisations, généralement brèves, dans des services de réanimation infantile ou neurochirurgie. La plupart des événements qui ont finalement causé la mort de l'enfant se sont déroulés au domicile des parents (dans 60% des cas), qui est également le premier lieu de décès (42%). Le deuxième lieu de l'événement déclencheur est le domicile de la « nourrice »² et le troisième des structures de soins ou de garde de nourrissons (maternités, hôpitaux, pouponnières et crèches). Dans 34% des cas l'enfant est décédé à l'hôpital.

² ont été regroupées sous le terme « nourrice » les assistantes maternelles agréées et les nourrices non agréées, qu'elles soient ou non déclarées, exerçant à leur domicile ou à celui de l'enfant.

Lors de l'événement qui a entraîné la mort, l'enfant était le plus souvent sous la responsabilité des ses parents, ou de l'un d'entre eux (la mère le plus souvent), ou gardé par une nourrice dans 16% des cas (Tableau V).

TABLEAU V : LIEU DU DECES ET PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT

	N (218)	%
Lieu de l'événement déclencheur		
Domicile des parents	131	60
Domicile de la nourrice	32	15
Domicile de membres de la famille	10	5
Structures de soins et de garde	17	7
Autres lieux	26	12
Non précisé	2	1
Lieu du décès		
Domicile des parents	91	42
Domicile de la nourrice	21	10
Domicile de membres de la famille	6	2
Structures de soins et de garde (hôpital, pouponnière)	77	35
Autres lieux	15	7
Non précisé	8	4
Personne en charge de l'enfant		
La mère et le père	22	10
La mère seule	35	16
Le père seul	27	12
La nourrice	34	16
Un membre de la famille	10	5
Une structure de soins ou de garde	14	6
Non déterminée	76	35

Mode d'entrée dans le système judiciaire

Sur le lieu de l'événement à l'origine du décès, le premier intervenant généralement appelé est la brigade de sapeurs pompiers (dans 53% des cas ; Tableau VI), les pompiers font ensuite souvent appel au Samu ou à un médecin (qui interviennent rarement en première intention). Au total si on considère les différentes catégories professionnelles qui interviennent sur le lieu de « l'événement déclencheur » à un moment ou à un autre, les pompiers comme le Samu sont concernés chacun dans 58% des cas, la police plus rarement (dans 26%). En revanche la police joue un rôle de premier plan dans le signalement à la justice. L'origine du signalement judiciaire des décès (connue dans 88% des cas) est très variable (Tableau VI). Les services de santé (hôpital, Samu, médecins libéraux, médecins d'UMJ) sont concernés dans 33% des cas.

Quatre signalements ont été faits par des médecins libéraux de ville. La police et la gendarmerie signalent dans la même proportion que les hôpitaux publics (26%). Il est intéressant de noter le rôle plus important des brigades de sapeurs pompiers (impliquées dans 13% des cas) que du SAMU (2%). Les services sociaux sont rarement à l'origine du signalement (2%). Dans certains cas (peu nombreux), une deuxième source de signalement est indiquée, et il s'agit dans 6 d'entre eux de signalements secondaires à une autre affaire judiciaire impliquant les mêmes personnes (décès dans la même fratrie avant ou après celui inclus dans notre enquête).

TABLEAU VI : PREMIER INTERVENANT, ORIGINE DU SIGNALEMENT ET CODE NATAFF DES AFFAIRES RETROUVEES

	N (218)	%
Nature du 1^{er} intervenant sur place		
Pompiers	116	53
Samu	33	15
Médecin	24	11
Police, gendarmerie	7	4
Autre	32	14
Non précisé	6	3
Origine du signalement		
Hôpital	56	26
Samu	5	2
Médecin d'état civil	14	6
Autres médecins	10	5
Pompiers	27	13
Police, gendarmerie	56	26
Services sociaux	5	2
Entourage (famille, voisins, concierge...)	18	8
Signalement secondaire à une autre affaire judiciaire	1	0
Origine non retrouvée	26	12
Code Nataff		
A11	22	10
A12	7	3
A22	1	0
A25	13	6
A26	115	53
A29	42	20
A43	8	4
L41	1	0
Non déterminé	9	4

Les codes Nataff les plus fréquents 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.

Investigations menées

Recherche d'antécédents de l'enfant

Certains antécédents particuliers sont signalés dans les dossiers. Ils peuvent concerner les enfants décédés eux-mêmes ou leurs frères et sœurs. Pour 13% des enfants décédés, il est indiqué une prématurité ou une hypotrophie à la naissance ; pour 9% une déficience ou une malformation ou une maladie héréditaire ; pour 8% des antécédents déjà connus de maltraitance ou négligence. 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.

Pratique d'examens paracliniques

Sont indiqués au tableau VII les principaux examens radiologiques ou sanguins pratiqués (à l'hôpital ou dans un cadre médico-légal) face à un nourrisson décédé dans l'optique d'une recherche de cause naturelle de décès (infectieuse notamment), toxique, ou traumatique (qu'elle soit intentionnelle ou accidentelle). Dans huit dossiers aucune des investigations listées dans le Tableau VII n'était mentionnée comme réalisée. En revanche, comme on peut le voir dans ce même tableau, dans nombre de cas, certains examens étaient pratiqués et d'autres pas.

Le fait que des examens ne soient pas mentionnés dans le dossier judiciaire ne signifie bien sûr pas nécessairement qu'ils n'ont pas été pratiqués. On est surpris toutefois de la rareté de la pratique d'un examen comme le fond d'œil, nécessaire à l'établissement du diagnostic du « syndrome de l'enfant secoué » ou du caractère certainement non systématique de la pratique des radios de squelette et du crâne, éléments de base de l'identification des causes traumatiques de décès et de dépistage de possibles lésions anciennes, voire répétées à des âges différents.

TABLEAU VII : PRATIQUE D'EXAMENS PARACLINIQUES

TYPE D'EXAMEN PRATIQUE	N (210)	%
Radiographie du squelette entier		
Non mentionnée dans le dossier	130	62
Faite, résultats connus	75	36
Mentionnée comme faite, résultats inconnus	5	2
Radiographie du crâne		
Non mentionnée dans le dossier	172	82
Faite, résultats connus	31	15
Mentionnée comme faite, résultats inconnus	6	3
Scanner		
Non mentionné dans le dossier	170	82
Fait, résultats connus	34	17
Mentionné comme fait, résultats inconnus	3	1
Fond d'œil		
Non mentionné dans le dossier	190	91
Fait, résultats connus	18	9
Mentionné comme fait, résultats inconnus	1	0
Examens sanguins toxicologiques		
Non mentionnés dans le dossier	189	90
Faits, résultats connus	20	10
Mentionnés comme faits, résultats inconnus	1	0
Examens sanguins bactériologiques		
Non mentionnés dans le dossier	207	99
Faits, résultats connus	3	1
Mentionnés comme faits, résultats inconnus	0	0
Examens sanguins virologiques		
Non mentionnés dans le dossier	207	99
Faits, résultats connus	3	1
Mentionnés comme faits, résultats inconnus	0	0

Pratique de l'autopsie

La pratique de l'autopsie n'est pas systématique (Tableau VIII) et on peut noter qu'aucune autopsie n'a été pratiquée dans 25% des cas. Par ailleurs l'information sur la pratique éventuelle de cet examen manquait dans 2% des dossiers consultés.

TABLEAU VIII : PRATIQUE DE L'AUTOPSIE

TYPE D'AUTOPSIE PRATIQUEE	N (218)	%
Autopsie médicale	22	10
Autopsie médico-légale	133	61
Autopsie médicale puis médico-légale	5	2
Pas d'autopsie pratiquée	54	25
Non déterminé*	4	2

*Pas de mention dans le dossier judiciaire

Pratique de l'autopsie selon les caractéristiques de l'enfant

Cette pratique ne diffère pas selon le sexe de l'enfant mais est significativement d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune : de 88% chez les enfants décédés à la naissance, sa fréquence passe à 61% à partir de l'âge de 6 mois (Tableau IX).

On note par ailleurs que tous les enfants pour lesquels on connaissait des antécédents de maltraitance ont fait l'objet d'une autopsie.

Pratique de l'autopsie selon les caractéristiques des familles

Ni les caractéristiques socio-professionnelles des parents, ni la situation de famille, ni l'existence d'antécédents de maltraitance, de négligence grave ou de suivi social ou judiciaire dans la fratrie ne sont liés à la pratique de l'autopsie (Tableau IX). Notons toutefois que, compte tenu du nombre de données manquantes pour ces variables (notamment les PCS), on manque bien évidemment de puissance statistique.

Pratique de l'autopsie selon le lieu de décès

Le pourcentage d'autopsie pratiquée ne varie pas significativement selon le lieu de l'événement qui a entraîné le décès. En revanche, il est significativement plus élevé lorsque le décès a eu lieu dans une structure médicale ou de garde de l'enfant ou au domicile des parents et le plus faible quand le décès est survenu chez la nourrice ($p < 0,02$).

TABLEAU IX : PRATIQUE DE L'AUTOPSIE SELON LES CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

CARACTERISTIQUES DES ENFANTS DECEDES ET DES FAMILLES	AUTOPSIE PRATIQUEE*		Signification P
	Non (n = 54) %	Oui (n = 160) %	
Caractéristiques de l'enfant décédé			
<i>Sexe</i>			
Masculin	23	77	NS
Féminin	28	72	
<i>Âge</i>			
À la naissance	12	88	0,02
0-1 mois	17	83	
2-5 mois	27	73	
> 5 mois	39	61	
<i>Antécédents de maltraitance</i>			
Non	27	73	0,01
Oui	0	100	
Caractéristiques des familles			
<i>PCS de la mère</i>			
Cadre, profession intermédiaire	5	95	NS
Employée, ouvrière	17	83	
Sans activité	25	75	
<i>PCS du père</i>			
Cadre, profession intermédiaire	7	93	NS
Employé, ouvrier	26	74	
Sans activité	12	88	
<i>Situation de famille</i>			
Mère seule	27	73	NS
En couple	24	76	
<i>Antécédents dans la fratrie**</i>			
Non	25	75	NS
Oui	10	90	

* Sur 214 cas où l'on sait si une autopsie a été pratiquée

** Antécédents de maltraitance, négligence grave, suivi par des services sociaux ou judiciaires

NS : statistiquement non significatif

Catégorisation des causes des décès dans les dossiers judiciaires

Au terme des investigations, on peut caractériser les causes de décès comme indiqué au Tableau X. Dans la majorité des cas le dossier conclut à une mort suspecte ou violente (29%)

ou à une mort subite inexplicée du nourrisson (MSIN : 27%). Dans 9% des cas aucune cause n'est déterminée.

TABLEAU X : CAUSE DU DECES ETABLIE DANS LE DOSSIER JUDICIAIRE AU TERME DES INVESTIGATIONS

CAUSE ETABLIE DU DECES	N (218)	%
MSIN*	59	27
Mort de cause médicale naturelle	35	16
Mort accidentelle	37	17
Mort suspecte ou violente	64	29
Mort par défaut de soins	3	1
Cause non déterminée	20	9

* Mort subite inexplicée du nourrisson

On l'a vu, la pratique de l'autopsie n'est pas systématique (Tableau VIII). Ceci concerne tous les types de décès (Tableau XI). Ainsi, on conclut au diagnostic de MSIN sans autopsie dans 40% des cas de cette pathologie alors que l'autopsie est un des éléments clés du protocole d'investigation de la mort subite du nourrisson, nécessaire pour poser ce diagnostic. Le diagnostic de mort accidentelle est porté avec un pourcentage de non pratique de l'autopsie de 42%. Le diagnostic de mort naturelle est quasiment toujours établi après une autopsie (réalisée dans 89% des cas associés à ce diagnostic). En cas de mort finalement considérée comme suspecte ou violente, l'autopsie n'a néanmoins pas été pratiquée dans 6% des cas. Mais, dans certains cas, l'état du corps (décomposition avancée, combustion) ne permettait pas de la réaliser. Notons enfin que le « diagnostic » de cause non déterminée est associé à une non pratique de l'autopsie dans 44% des cas.

TABLEAU XI : PRATIQUE DE L'AUTOPSIE ET CAUSE ETABLIE DU DECES

CAUSE ETABLIE DU DECES	AUTOPSIE PRATIQUEE*		Signification P
	Oui (n = 160) %	Non (n = 54) %	
Mort naturelle**	71	29	
Mort accidentelle	58	42	
Mort suspecte ou violente***	94	6	0,001
Cause non déterminée	56	44	

* Sur 214 cas où l'on sait si une autopsie a été pratiquée

** Regroupe les MSIN et les morts de cause médicale naturelle (pour des raisons de taille des effectifs et de puissance statistique). Le détail des % de pratique de l'autopsie pour chacune des deux catégories est indiqué dans le texte

*** Regroupe les morts suspectes et/ou violentes et les morts par défaut de soins

Cause établie du décès et caractéristiques des enfants décédés

La cause de décès finalement établie au terme des investigations ne diffère pas significativement selon le sexe de l'enfant. En revanche la cause de décès est très fortement liée à l'âge : la tranche d'âge électorale du diagnostic de mort naturelle est celle des enfants âgés de 2 à 5 mois révolus (et ceci est tout particulièrement vrai pour la MSIN) ; le diagnostic de mort accidentelle est associé à un âge plus avancé (6 mois ou plus) ; enfin, on notera le très jeune âge des enfants victimes de morts considérées comme suspectes, voire violentes (57% ont moins de 2 mois ; Tableau XII). Ces résultats sont cohérents avec ceux concernant la pratique de l'autopsie et l'âge (plus d'autopsie chez les plus jeunes ; Tableau IX) et cette pratique selon la cause établie du décès (plus fort taux d'autopsies pour les morts suspectes et violentes, plus faible pour les morts considérées comme accidentelles, Tableau XI).

En ce qui concerne les antécédents de maltraitance des enfants décédés, les effectifs sont trop faibles pour qu'on puisse conclure à une différence statistique ; on notera toutefois que, si, sans surprise, ils sont essentiellement présents dans la catégorie des enfants morts dans des conditions suspectes ou violentes (13 cas), on en retrouve quelques cas chez des enfants finalement considérés comme décédés de mort naturelle (2 cas pour les causes médicales naturelles et 2 pour les MSIN).

**TABLEAU XII : CAUSE DU DECES ETABLIE DANS LE DOSSIER JUDICIAIRE ET
CARACTERISTIQUES DES ENFANTS ET DES FAMILLES**

CARACTERISTIQUES DES ENFANTS ET DES FAMILLES	CAUSE ETABLIE DU DECES			
	Mort naturelle (n = 94) %	Mort accidentelle (n = 37) %	Mort suspecte, violente (n = 67) %	Cause non déterminée (n = 20) %
Caractéristiques de l'enfant				
<i>Sexe</i>				
Masculin	64	49	66	80
Féminin	36	51	34	20
			NS	
<i>Âge au décès</i>				
0-1 mois	28	19	57	45
2-5 mois	59	22	27	30
> 5 mois	13	59	16	25
			p<0,001	
<i>Antécédents de maltraitance</i>				
Non	96	100	80	100
Oui	4	0	20	0
			EI	
Caractéristiques des familles				
<i>PCS de la mère</i>				
Cadre, prof intermédiaire	10	12	24	0
Employée, ouvrière	29	21	29	30
Sans activité	61	67	47	70
			NS	
<i>PCS du père</i>				
Cadre, prof intermédiaire	20	33	28	0
Employé, ouvrier	62	67	55	75
Sans activité	18	0	17	25
			EI	
<i>Situation de famille</i>				
Mère seule	20	16	13	7
En couple	80	84	87	93
			NS	
<i>Antécédents dans la fratrie*</i>				
Non	82	91	77	83
Oui	18	9	23	17
			EI	

EI : effectifs insuffisants

* Antécédents de maltraitance, négligence grave, suivi par des services sociaux ou judiciaires

Cause établie du décès et caractéristiques des familles

On ne relève aucune relation statistiquement significative entre les caractéristiques familiales et la cause établie du décès (Tableau XII).

Caractéristiques médicales des décès

Comme indiqué dans la partie « méthode », il a été créé une variable synthétique qui prend en compte différents éléments : les circonstances et le mécanisme du décès, les résultats des examens clinique, radiologiques et anatomo-pathologiques ainsi que des expertises médicales et techniques, et enfin la cohérence entre l'âge du sujet, les lésions observées et le mécanisme invoqué du décès. Il s'agissait de reclasser ces décès selon un point de vue strictement médical, en se référant aux critères de jugement des médecins du groupe d'experts. Les résultats de l'autopsie ont joué un rôle tout particulièrement important pour créer les catégories MSIN et morts de causes médicales naturelles. La répartition des 218 cas selon cette catégorisation médicale est indiquée ci-dessous.

MSIN	10	5%
Causes médicales naturelles	28	13%
<i>Infections</i>	16	
<i>Autres</i>	12	
Causes accidentelles	55	25%
<i>Traumatisme</i>	12	
<i>Asphyxie</i>	33	
<i>Autre</i>	10	
Causes intentionnelles ³	52	24%
<i>Traumatisme intentionnel</i>	37	
<i>Asphyxie intentionnelle</i>	15	
Causes indéterminées	64	29%
Causes indéterminées probablement intentionnelles	9	4%

Les causes indéterminées probablement intentionnelles correspondent à des cas où l'on pouvait avoir une très forte suspicion de mauvais traitements envers les enfants même si on ne disposait pas de tous les éléments pour conclure (lésions évocatrices de mauvais traitements mais circonstances mal documentées, le plus souvent). On a donc regroupé ces 9 cas et les 52 cas de la catégorie « causes intentionnelles », créant ainsi une variable en 5 classes qui est

³ L'intentionnalité a été définie comme caractérisant un acte effectué volontairement sur un enfant par opposition à un accident, même sans véritable intention de nuire dans certains cas (par exemple : secouement vs chute pouvant dans les deux cas entraîner des lésions cérébrales)

comparée, dans le Tableau XIII, à celle décrivant la cause établie dans le dossier judiciaire au terme des investigations.

TABLEAU XIII : CARACTERISTIQUES MEDICALES DU DECES ET CAUSE ETABLIE DANS LE DOSSIER JUDICIAIRE (EN EFFECTIFS)

CAUSE ETABLIE DANS LE DOSSIER JUDICIAIRE	CARACTERISTIQUES MEDICALES DU DECES				
	MSIN (10)	Cause médicale naturelle (28)	Mort accidentelle (55)	Cause intentionnelle (61)	Cause indéterminée (64)
MSIN (59)	10	3	6	0	40
Cause médicale naturelle (35)	0	22	6	1	6
Cause accidentelle (37)	0	2	32	1	2
Morts suspectes, violentes (67)	0	1	9	57	0
Cause non déterminée (20)	0	0	2	2	16

Le tableau XIII montre une bonne cohérence entre les conclusions des dossiers judiciaires quant aux causes de décès et la catégorisation médicale effectuée par l'équipe de recherche, sauf en ce qui concerne 40 cas considérés comme de cause indéterminée par l'équipe (en l'absence de données médicales permettant de conclure de façon certaine, notamment des résultats d'autopsie) et étiquetés comme MSIN dans le dossier judiciaire. Notons aussi que seulement les 2/3 des « causes médicales naturelles » des dossiers judiciaires ont été considérées comme telles par l'équipe de recherche, le tiers restant se répartissant entre morts accidentelles, cause intentionnelle et cause indéterminée. Finalement c'est pour la MSIN que la différence est la plus flagrante (59 cas pour les dossiers judiciaires, 10 cas pour les médecins de l'équipe de recherche).

L'existence de résultats d'autopsie joue un rôle explicatif majeur dans les différences observées. Alors que, on l'a vu, le pourcentage global d'autopsies réalisées est de 75%, il est, dans la classification adoptée par l'équipe de 100% pour les 10 cas de MSIN (vs 60% dans les

dossiers judiciaires ; voir commentaires du Tableau XI), de 89% pour les morts de causes médicales naturelles et le plus bas (47%) pour les morts de causes indéterminées.

Les suites judiciaires

L'affaire a été classée sans suite dans 132 cas (60% des cas), il y a eu des poursuites dans 65 cas (30%). On ignore le devenir de l'affaire dans 10% des cas.

Ces suites ne sont liées ni au sexe de l'enfant, ni au lieu de l'événement à l'origine du décès, ni à la situation socioprofessionnelle des parents, ni à la situation matrimoniale de la mère (seule ou en couple), ni à l'existence d'antécédents de maltraitance dans la fratrie. En revanche on note des relations significatives avec l'âge de l'enfant lors du décès (69% de poursuites si l'enfant avait moins de 2 mois, *vs* 23 à 36% pour les tranches d'âge suivante ; $p < 0,001$), l'existence d'antécédents de maltraitance de l'enfant (60% de poursuites ; $p < 0,02$), et le lieu du décès (le plus fort pourcentage est observé en cas de décès en maternité, hôpital, crèche ou pouponnière : 49%).

Les suites judiciaires diffèrent bien sûr significativement selon la cause établie du décès dans le dossier judiciaire de même que selon les caractéristiques médicales du décès telles que catégorisées par le groupe de médecins experts (Tableau XIV). Si bien sûr le pourcentage le plus élevé de poursuites engagées concerne les morts suspectes et/ou violentes, on note aussi l'existence de poursuites initiales en cas de mort naturelle et en cas de mort accidentelle (avant l'établissement du diagnostic final). Si on se réfère à la classification médicale des causes de décès, on constate un pourcentage non négligeable de poursuites engagées pour des décès considérés par l'équipe de recherche comme relevant d'une cause médicale naturelle (25% de poursuites) ou accidentelles (27%) et aucune poursuite en cas de MSIN. Notons que des poursuites ont été engagées dans 13% des cas de décès qui n'avaient fait l'objet d'aucune autopsie (impossible à réaliser dans certains cas, du fait de l'état du corps).

TABLEAU XIV : SUITES JUDICIAIRES SELON LA CAUSE DU DECES

	SUITES JUDICIAIRES		Signification p
	Classement sans suite (n = 132) %	Poursuites judiciaires (n = 65) %	
Cause établie dans le dossier judiciaire*			
Mort naturelle** (91)	92	8	0,001
Mort accidentelle (32)	87	13	
Mort suspecte, violente (59)	8	92	
Cause non déterminée (15)	100	0	
Caractéristiques médicales du décès*			
Mort naturelle** (38)	82	18	0,001
Mort accidentelle (49)	73	27	
Cause intentionnelle (52)	13	87	
Cause indéterminée (58)	100	0	
Autopsie réalisée*			
Non (47)	87	13	0,001
Oui (146)	60	40	

* Données sur 197 cas où on connaît les suites judiciaires

** MSIN et morts de cause médicale naturelle

Les morts suspectes et violentes des dossiers judiciaires (N = 67)

La typologie de ces décès, selon le mécanisme en cause, est indiquée ci-dessous :

- secouement : 15 cas
- secouement + coups : 16 cas
- abandon, défaut de soins : 10 cas
- asphyxie : 8 cas
- noyade : 6 cas
- chute : 2 cas
- coups par arme blanche : 2 cas
- autres : 3 cas
- pas de mécanisme en cause : 5 cas

La plus importante catégorie parmi ces morts suspectes ou violentes (43%) est donc représentée par le syndrome du bébé secoué (31 cas dont la moitié avec des signes de coups ou de chocs : fractures, hématomes extra-duraux).

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 ; $p = 0,06$ pour la comparaison avec les autres mécanismes quant à la répartition par sexe).

Parmi les bébés secoués, 74% ont moins de 6 mois. Sur l'ensemble des 67 cas, 22 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 décès à la naissance constituent donc la deuxième grande catégorie de morts suspectes et violentes. Cette catégorie, associée aux secouements, représente 79% de l'ensemble de ces morts.

Le lieu de l'événement qui a entraîné la mort est le domicile des parents dans 69% des cas (dans 84% des cas de secouements), le domicile de la nourrice dans 7% des cas. Le lieu du décès est l'hôpital dans 57% des cas (dans 97% des cas de secouements).

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% ; $p = 0,03$).

Sur les 56 cas où l'on dispose de l'information, on note que 2 mères ont moins de 18 ans (4%), 27% ont entre 18 et 24 ans, 30% ont entre 25 et 29 ans, 39% ont plus de 30 ans. Dans les cas de bébés secoués, il n'y a aucune mère de moins de 18 ans, 10% ont plus de 30 ans. Dans les cas de décès à la naissance près de la moitié des mères ont plus de 30 ans. Compte tenu de la petite taille des effectifs, il s'agit là de données purement indicatives ; toutefois il faut noter la cohérence entre l'âge de la mère et le rang dans la fratrie selon le mécanisme du décès. Comme on l'a vu au Tableau XII, les morts suspectes et violentes ne diffèrent pas significativement des autres pour les caractéristiques familiales. Toutefois une comparaison,

pour la PCS de la mère, des morts suspectes et violentes et de toutes les autres catégories de décès réunies montre que c'est dans la catégorie des morts suspectes et violentes qu'on observe le pourcentage le plus élevé de mères cadres (24% vs 10% pour les autres types de décès) et le pourcentage le plus faible de mères sans activité professionnelle (47% vs 64%). Ce résultat est à la limite de la signification statistique ($p < 0,06$).

Suites judiciaires

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... 36 affaires ont donc été renvoyées à la Cour d'Assises, au tribunal correctionnel ou étaient encore en instruction lorsque nous avons étudié le dossier.

Dans les 31 cas de syndrome du bébé secoué, 2 affaires ont été classées sans suite, 3 se sont closes par une ONL et on ignore les suites dans 5 cas. Dans les 22 cas de décès suspects à la naissance, il y a eu classement sans suite dans 3 cas et une ONL dans 7 cas.

Il convient de signaler que des contacts ont été pris, lors de l'enquête judiciaire, avec des services sociaux dans 34% des cas au total (dans 26% des cas de syndrome du bébé secoué ; 50% des cas de décès suspects à la naissance).

Personnes mises en cause

Dans les 65 cas où des personnes ont été mises en cause, il s'agit de :

- les deux parents : 24 cas
- la mère seule : 21 cas
- la mère + autre : 7 cas
- le père seul : 9 cas
- le père + autre : 1 cas
- d'autres personnes : 3 cas

52 mères ont donc 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.

Parmi les 34 pères mis en causes, 5 étaient cadres, 15 employés ou ouvriers, 6 sans activité professionnelle au moment du décès de l'enfant, et on ignore leur situation professionnelle dans 8 cas. Sur 19 cas où on dispose de l'information, 6 pères avaient eu un cursus scolaire dans l'enseignement général (du primaire au lycée), 9 dans l'enseignement technique court et 4 avaient fait des études au-delà du baccalauréat.

Études de cas

En annexe 5, on trouvera 14 études de cas qui permettent d'aborder d'autres caractéristiques des familles, notamment grâce à la description des circonstances de l'événement cause du décès et grâce aux contenus des auditions des mis en cause, d'une part, et des expertises psychiatriques et médico-psychologiques, d'autre part. Trois types de décès sont représentés : les décès suspects à la naissance (5 cas), les décès liés au syndrome du bébé secoué (6 cas), les décès accidentels avec imprudence ou négligence (3 cas). Ces dossiers ont été sélectionnés par tirage au sort systématique ; un dossier était éliminé et le dossier suivant sur la liste était inclus dans deux cas : lorsque le dossier primitivement tiré au sort correspondait à une affaire non encore jugée, ou lorsque l'auteur présumé était inconnu (cas d'enfant décédé à la naissance dont on n'avait pas pu retrouver la mère). Les études de cas sont anonymes et ne contiennent notamment pas d'indication sur le lieu géographique du parquet concerné, mais les trois régions de l'enquête sont représentées dans les 14 cas.

L'analyse des 5 cas de décès à la naissance (A à E) montre des similitudes troublantes dans la situation des mères, pourtant bien différentes entre elles par leur âge ou leur origine sociale. Elles sont en effet âgées de 17 ans (mère de A) à 45 ans (la mère de B a 36 ans et déjà 2 enfants, celle de C 25 ans et 2 enfants, celle de D 21 ans, et celle de E 45 ans et 3 enfants) ;

leur niveau éducatif va de l'illettrisme (A) à la 3^{ème} année d'études universitaires (D) ; le niveau socio-économique est plutôt bon dans l'ensemble à part dans le cas de A. Toutes partagent un grand isolement lié notamment à une peur profonde des réactions de leur famille et à une massive absence affective du « conjoint » : on l'« informe » au 7^{ème} mois (A) ; il avait prévenu qu'il partirait au 3^{ème} enfant dont il ne voulait pas (C) ; il n'a rien vu du tout et convient lui-même qu'il a cru ce qu'on lui disait quand, au terme de 5 mois, il a évoqué une grossesse, niée par son amie qui « avait peur de le perdre » (D) ; il « s'en doutait mais il ne voulait pas le voir vraiment » dit la mère de E qui ajoute que « seuls les désirs de son mari comptaient pas les siens » et que de lui « elle n'attendait aucune aide ni morale, ni matérielle ». Néanmoins ces femmes ont assumé toutes seules les conséquences judiciaires de leurs actes. Ces conséquences sont très variables pour des actes semblables ; en effet si on exclut le cas de A, décédé dans des conditions de violence extrême (multiples coups par arme blanche), les 4 autres nouveau-nés ont été retrouvés dans des sacs en plastic et sont morts d'hypothermie ou d'asphyxie par confinement. L'affaire B a été classée sans suite pour absence d'infraction, la mère de C a effectué 6 mois de détention préventive puis a été condamnée à 5 ans de prison dont 6 mois avec sursis, la mère de D a effectué 8 mois de détention préventive puis a été condamnée en cour d'assises à 8 mois de prison, enfin la mère de E a été jugée au tribunal correctionnel qui a ordonné une relaxe. Par ailleurs, en cas de poursuite, les délais avant jugement ont été très variables (de 16 mois à 8 ans). Les dossiers de ces femmes sont étayés par des expertises psychiatriques et médico-psychologiques dont la cohérence et la convergence des résultats sont loin d'être claires : la mère de A est décrite par le psychiatre comme ayant un « niveau intellectuel liminaire » tandis que l'expertise médico-psychologique conclut à une intelligence normale ; la mère de D est immature et dans le déni de grossesse pour le psychiatre, elle ne montre pas de déni pour l'expertise médico-psychologique ; la mère de B n'a fait l'objet d'aucune expertise.

Les 6 cas de « bébés secoués » (F à K) concernent des enfants très jeunes (âgés de 4 à 15 semaines sauf K qui est décédé à l'âge de 9 mois mais après un long parcours de mauvais traitements). Tous sauf 1 (J) présentaient à l'autopsie, en plus des lésions caractéristiques du secouement (hématome(s) sous-dural(aux) et hémorragies rétiniennes), des signes de coups ou choc direct (avec ecchymoses multiples, fractures récentes et anciennes du crâne et des côtes, hématome extra-dural dans un cas). K présentait des lésions de secouement, des fractures anciennes du crâne et d'un membre inférieur, des ecchymoses, des griffures et avait eu une brûlure du 2^{ème} degré par eau chaude. Les caractéristiques démographiques, éducatives

et socio-économiques des familles sont remarquablement homogènes : les mères sont âgées de 31 à 35 ans (sauf une âgée de 27 ans), les pères sont âgés de 24 à 37 ans (les deux pères de 24 ans ayant des femmes beaucoup plus âgées qu'eux) ; 3 des enfants sont des premiers nés, les 3 autres sont des seconds (l'un, J, ayant une sœur aînée décédée dans les mêmes conditions que lui 15 mois plus tôt à l'âge de 2 mois 1/2 ; le niveau d'études est globalement très élevé (sauf dans le cas des parents de H) ; un des parents est cadre supérieur ou a une profession scientifique de haut niveau ou une profession libérale (F, G, I, J) ou c'est le cas pour les deux parents (K). L'auteur est le père dans 3 cas (F, H, I), les deux parents dans 2 cas (G, J), la nourrice pour K. A part dans le cas du père de I (qui infligeait à son enfant de 3 mois des « gifles magistrales » et pour lequel le psychiatre a diagnostiqué un « noyau psychotique »), les expertises ont conclu à l'absence de troubles psychiatriques (pour F, G et H ; les parents ne sont pas en cause pour K et on n'a pas retrouvé de résultats d'expertise dans le dossier J). Les parents en cause dans 5 affaires (F à J) ont une caractéristique commune : une ignorance totale des besoins, des capacités et des attentes d'un tout petit enfant. Dans certains cas, il semble bien s'agir plus d'indifférence que d'ignorance ; dans tous les cas les réponses apportées à l'enfant étaient totalement inappropriées de même que le discours sur leur relation avec l'enfant et la façon de le traiter. « Je lui disais 'tais-toi' » (le père de F, âgé de 6 semaines). Les parents de G disent ne pas avoir beaucoup d'informations sur les bébés et le père de H affirme ne pas savoir qu'un petit bébé ne peut pas tenir sa tête tout seul. Les parents de I (décédé à l'âge de 3 mois) disent « avoir été très déçus par le bébé avec lequel la communication était inexistante », et, au sujet du père de I, il est noté par le psychiatre un « hyper investissement intellectuel aux dépens des affects ». Enfin les parents de J sont décrits par le personnel du service hospitalier où il a passé quelques heures comme « étonnamment froids et distants », la psychologue ayant été « impressionnée par les termes dépourvus d'affection employés par la mère ». Pour cette catégorie de décès aussi, on note une grande variété dans le degré des condamnations : le père de F a fait l'objet, pendant 1 an d'un contrôle judiciaire avec suivi psychiatrique, puis a été condamné en cour d'assises à 1 an de prison avec sursis ; les parents de G ont été jugés au tribunal correctionnel et relaxés ; le père de H, après 2 ans 1/2 de détention préventive, a été condamné en cour d'assises à 4 ans de prison avec sursis ; le père de I a été condamné en cour d'assises à 8 ans de prison ; les parents de J ont été relaxés ; la nourrice de K a été condamnée à 10 ans de prison en appel. Dans plusieurs de ces décès (3 en tout cas), on note de graves problèmes de fonctionnement du système médico-social ; ces enfants étaient suivis sur le plan médical et ni surveillance, ni prévention, ni dépistage des signes avant-coureurs, ni prise en charge appropriée n'ont été

réalisés de manière adéquate. Compte tenu des circonstances dans lesquelles sa sœur aînée était décédée, un signalement avait été fait à la PMI à la naissance de J ; G n'a été hospitalisé que le lendemain d'un épisode associant un secouement « énergique », un choc sur une table basse et un malaise, alors qu'un médecin de SOS Médecins, appelé quelques heures plus tard, avait vu l'enfant mais avait diagnostiqué une hernie hiatale ; enfin K (probablement maltraité gravement pendant des mois) était suivi par un médecin de famille qui n'a pas été alerté par la cassure de la courbe de poids, et a été hospitalisé pour une brûlure du 2^{ème} degré à l'eau chaude, pour laquelle, comme l'ont affirmé ultérieurement des experts, le diagnostic de mauvais traitements aurait dû être évoqué. Dans cette dernière affaire, les parents, quoique techniquement non coupables, apparaissent étrangement complaisants vis à vis de l'auteur des faits, cette nourrice qu'ils ont envisagé de licencier après l'épisode de la brûlure mais finalement décidé de garder. Cette façon de « ne pas voir » traduit peut-être aussi, comme dans les cas précédents, une grande indifférence vis à vis d'un enfant et une négligence grave. Ce type de négligence, cette façon d'ignorer les besoins d'un enfant sont retrouvés aussi dans certains décès accidentels analysés ci-dessous.

Ainsi M et N sont morts accidentellement dans des situations où leurs parents les avaient exposés à de graves dangers (M, âgé de 10 mois, posé sur le sol de la cuisine et enfermé toute une nuit avec un berger allemand ; N, âgé de 6 semaines, 4^{ème} enfant d'un couple de haut niveau éducatif et socio-économique, laissé dans son couffin sur une plaque de cuisson). Dans les deux cas l'objectif des parents était de ne pas entendre l'enfant (quatre portes séparaient N du reste de l'appartement). Le cas de L est plus « classique », celui d'un enfant laissé seul, à 8 mois ½ dans une baignoire, situation en principe connue comme dangereuse par les parents car signalée comme telle par beaucoup de médecins et personnels de PMI. Quelles étaient, sur ce sujet, les connaissances de la mère de L dont c'était, à 31 ans, le 5^{ème} enfant (les précédents étant suivis par les services sociaux de la PMI) ?

LE RECOUPEMENT DES DONNEES JUDICIAIRES AVEC CELLES DU CEPiDC

La correspondance des causes de décès établies dans les dossiers judiciaires et des causes figurant sur les certificats de décès et codées par le CépiDc de l'Inserm est indiquée au Tableau XV.

TABLEAU XV : COMPARAISON DES DONNEES JUDICIAIRES ET DE CELLES DU CEPIDC POUR LA CAUSE DU DECES

CAUSES CEPIDC	CAUSES DE DECES DANS L'ENQUETE « PARQUETS » (N = 218)					
	MSIN (59)	Causes médicales naturelles (35)	Morts accidentelles (37)	Morts suspectes, violentes (67)	Cause non déterminée (20)	
MSIN	(59)	42	11	1	0	5
Causes « médicales naturelles »	(41)	5	11	2	18	5
Traumatismes d'intention indéterminée	(37)	3	1	15	15	3
Morts accidentelles	(21)	1	1	10	6	3
Morts violentes intentionnelles	(8)	0	0	1	7	0
Causes inconnues	(28)	8	8	5	7	0
Cas non retrouvés au CépiDc	(24)	0	3	3	14	4

L'analyse de ce tableau montre d'emblée plusieurs phénomènes saillants :

- tous les cas enregistrés dans les parquets n'ont pas été retrouvés dans les données du CépiDc dans les mêmes départements et à la même période (1996-2000) et seulement 194 cas sont communs (11% des cas de l'enquête parquets n'ont pu être identifiés dans les données de mortalité de l'Inserm) ;
- dans les statistiques du CépiDc, la MSIN occupe une place prépondérante (30% des causes retrouvées), et le cumul MSIN / « morts de causes inconnues ou non précisées » représente presque la moitié des causes retrouvées ;
- les cas codés comme MSIN au CépiDc ont été pour 29% d'entre eux étiquetés différemment dans les dossiers judiciaires (notamment comme morts de cause médicale naturelle dans 11 cas sur 59) ;

- au CépiDc la deuxième catégorie de décès est représentée par les morts de cause médicale naturelle (21%) mais presque la moitié de ces décès ont été catégorisés comme morts suspectes ou violentes dans les parquets ;
- de la même manière près du tiers des morts accidentelles du CépiDc sont des morts suspectes ou violentes pour les parquets ;
- 15% des cas du CépiDc sont des morts de cause inconnue dont ¼ sont des morts suspectes ou violentes pour les parquets ;
- les morts suspectes ou violentes enregistrées dans les parquets sont réparties dans toutes les catégories de causes du CépiDc (à l'exclusion de la MSIN) ;
- les 67 morts suspectes retrouvées par notre enquête dans les parquets contrastent lourdement avec les 8 cas de morts violentes intentionnelles figurant dans les statistiques du CépiDc (3 « homicides par asphyxie », 2 « assassinats par arme blanche », 1 « homicide par coups », 2 « syndrome de l'enfant maltraité » ou « mauvais traitements par un parent ») ;
- parmi les 24 cas non retrouvés au CépiDc figurent : 3 morts naturelles de l'enquête parquets, 3 morts accidentelles, 14 morts suspectes et 4 morts de cause non déterminée dans le dossier judiciaire.

Sur les 24 cas non retrouvés, 20 sont des décès à la naissance dont 13 sont suspects pour le parquet. Dans la mesure où, dans l'enquête parquets, on a enregistré au total 22 décès suspects à la naissance, on peut constater que certains de ces cas figurent dans les statistiques du CépiDc et d'autres non. Ces 22 cas ont fait l'objet d'une autopsie médico-légale et il est donc probable que, pour une part d'entre eux, les informations médico-légales n'ont pas été transmises au CépiDc, mais il est certain aussi que des décès néonataux ne sont pas pris en compte par le CépiDc car considérés comme des cas de morts-nés⁴.

Les 28 morts codées comme de cause inconnue au CépiDc ont toutes fait l'objet d'une autopsie (médicale dans 2 cas, médico-légale dans 26) et les résultats n'ont donc pas été transmis au CépiDc. Ces 28 cas se répartissent géographiquement en 1 cas en Bretagne, 1 dans le Nord-Pas-de-Calais et 26 en Île-de-France (dont 18 à Paris et dans le Val de Marne).

⁴ Peut-être suite à l'établissement par l'officier d'état civil d'un acte d'enfant sans vie (art 79-1 du Code civil), à défaut d'un certificat médical attestant que l'enfant est né viable et vivant.

Enfin, le croisement entre les deux sources de données fait bien apparaître la MSIN comme un diagnostic « fourre-tout » et d'exclusion : sur les 59 MSIN du CépiDc 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). Ces données incitent à rappeler l'importance de l'autopsie des morts subites du nourrisson, dont on a vu qu'elle n'était pratiquée que dans 60% des cas finalement considérés comme MSIN dans les parquets. 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. Même si les éléments sur les circonstances et les données médicales associés à ces 67 décès comportent des aspects inquiétants, il paraît sage de ne pas faire ici d'arbitrage sur leur classification éventuelle à partir des données que nous connaissons, mais plutôt de les catégoriser suivant que les affaires ont fait ou non l'objet d'une instruction. Il reste alors 54 cas à comparer aux 8 du CépiDc.

SYNTHESE DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Ce projet de recherche s'était donné 4 objectifs : 1) faire une évaluation réaliste, en mesurant la contribution du secteur judiciaire, de la magnitude du problème des homicides de nourrissons en France ; 2) réaliser une approche des caractéristiques des familles et des circonstances de l'ensemble des décès (données souvent absentes des dossiers médicaux hospitaliers) ; 3) 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 ; 4) évaluer la contribution des données judiciaires et médico-légales à la qualité des statistiques nationales de mortalité établies par l'Inserm. A l'issue de ce rapport, on peut estimer que ces objectifs ont été globalement atteints dans la mesure des possibilités d'accès aux données pertinentes pour répondre aux questions initiales.

Cette recherche a été de réalisation très difficile, le principal problème étant celui de l'identification, dans les parquets, des cas de morts de nourrissons âgés de moins de 1 an, et,

parmi ceux-ci, des morts suspectes d'être violentes (cette identification étant la première étape du processus visant à répondre à la question du 1^{er} objectif : combien de cas ?). On se heurte en effet à l'inadéquation des moyens informatiques dont disposent les parquets (micro, mini et nouvelle chaîne pénale) et aux problèmes de qualité de l'enregistrement informatique des affaires par rapport à l'objectif de retrouver ces cas de victimes, puis à la difficulté d'accès aux dossiers « papier » dans lesquels on recherche les circonstances des décès et les suites données. Un constat similaire avait été fait en 2002, lors de la mission parlementaire relative à la création d'un observatoire de la délinquance, dont le rapport soulignait notamment l'incapacité de l'outil informatique des parquets à répondre en l'état aux besoins statistiques, avec la coexistence de trois logiciels de performance inégale équipant les parquets, ainsi que les conditions difficiles dans lesquelles les chercheurs avaient parfois à effectuer leurs travaux [11].

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 que 17% de l'échantillon. Le recours à ces codes est toutefois insuffisant puisque des cas pertinents pour notre étude n'ont pu être identifiés que grâce à notre connaissance de certains cas au travers de l'enquête hospitalière ou grâce à la mémoire des greffiers, or celle-ci peut difficilement être considérée comme un élément totalement fiable compte tenu de la mobilité du personnel des tribunaux. Des cas ont donc certainement été manqués sans qu'il soit possible d'avoir une idée de la magnitude de ce sous-enregistrement. Par ailleurs quel que soit le soin avec lequel a été effectué le tri des dossiers extraits informatiquement, leur nombre considérable (plus de 30 000⁵) et la pauvreté de leurs informations ont rendu les critères de sélection quelque peu grossiers. Il a ainsi été décidé d'éliminer d'emblée les procédures ayant donné lieu à des mesures alternatives (médiation pénale) et celles ayant été

⁵ Parmi les procédures A43 (mauvais traitements, violences sur mineurs), qui représentaient entre le quart et le tiers des procédures extraites, seules 8 concernaient effectivement un décès de nourrisson. Ce code Nataff est en effet utilisé pour des faits de nature et de gravité très variables (gifles, disputes entre élèves, homicide) mais aussi pour d'autres catégories de victimes en raison de leur vulnérabilité (personnes handicapées ou âgées, et même animaux domestiques). Toutefois l'exclusion de nos recherches du code A43 aurait fait perdre 8 cas qui se sont avérés être des décès suspects ou violents (soit 12% de l'ensemble des morts suspectes ou violentes enregistrées)

classées pour certains motifs (carence du plaignant, plaignant désintéressé, préjudice ou trouble peu important, ...) peu susceptibles de correspondre aux types d'affaires recherchées. Des cas ont certainement aussi été manqués dans les TGI dont les archives sont confiées à des sociétés extérieures privées. Cette situation a rendu impossible le tri des dossiers papiers et nécessaire une sélection des procédures sur des critères très restrictifs.

De toutes ces considérations il ressort que, 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. En effet, notre enquête auprès des sources judiciaires nous a permis d'enregistrer 67 morts suspectes et violentes, parmi lesquelles 54 cas ont conduit à une instruction, ces 54 cas étant à comparer aux 8 morts violentes intentionnelles codées comme telles par le CépiDc dans les mêmes départements et au cours de la même période. Par ailleurs il est possible que des morts du même type figurent parmi les cas de classements sans suite. On peut donc très certainement affirmer que les données officielles de mortalité françaises sous-estiment largement le nombre d'homicides de nourrissons, même si les informations produites par les deux sources (justice/CépiDc) sont difficiles à comparer : 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, et une étude internationale récente (comparant 11 pays pour leurs données de mortalité par « injury ») menée au National Center for Health Statistics des États-Unis indique qu'en France il y a un réel problème de codage lorsqu'il s'agit de trancher entre ce qui est intentionnel et ce qui ne l'est pas et qu'ainsi la plupart des noyades apparaissent comme « d'intention indéterminée » [12]. De plus le CépiDc ne dispose parfois d'aucune information sur le certificat de décès, lorsqu'il y a « obstacle médico-légal » principalement, et, on l'a vu, 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. Il faut souligner ici l'importance de la collaboration IML/CépiDc [13]. 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 rapport 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 inexplicée après une investigation approfondie, incluant l'autopsie, l'examen de la scène du décès et la revue de l'histoire clinique » [14]. Toutes les MSIN devraient faire l'objet d'une autopsie. Explorer de façon appropriée les décès supposés être de simples MSIN est d'autant plus important que plusieurs études anglo-saxonnes récentes ont conduit à formuler l'hypothèse que sous la catégorie MSIN se cachent des homicides [9, 15]. Notre enquête hospitalière avait bien montré qu'en cas d'autopsie, le pourcentage de MSIN dans l'échantillon était plus faible et ceux des morts de cause médicale naturelle (notamment d'origine infectieuse) et de morts suspectes/violentes plus élevés [5, 6]. Or, on l'a vu, dans les parquets inclus dans notre recherche, le diagnostic de MSIN est porté sans autopsie dans 40% des cas. Il est probable qu'une conviction initiale qu'il s'agit d'une « simple MSIN » conduit à cette attitude. Une vision strictement médicale des décès enregistrés dans les parquets, faisant abstraction des auditions des auteurs présumés, des témoins..., et ne s'intéressant qu'aux lésions constatées sur l'enfant (à partir de l'autopsie principalement), et surtout à la cohérence et à la vraisemblance du lien « âge – stade de développement de l'enfant – mécanisme invoqué – lésions observées » aboutit à une classification différente des décès (celle de notre équipe de recherche) dans laquelle les MSIN ont une part minime et les causes indéterminées sont nombreuses car le manque d'informations précises sur les circonstances du décès est fréquent.

Là est le deuxième problème méthodologique majeur auquel cette étude s'est trouvée confrontée : 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'information⁶. 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 conjointe de l'ensemble des cas qui ont été recueillis réside en effet 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

⁶ Comme le signale L. Mucchielli [16] à propos de la source judiciaire, « les principaux biais ne se trouvent pas dans le contenu du récit judiciaire mais en dehors, dans ses silences ou dans ses points aveugles ».

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 moitié des bébés secoués et la majorité des enfants décédés de traumatismes crânio-cérébraux étaient des premiers nés, comme dans une étude britannique de 81 affaires dans lesquelles les parents avaient été jugés pour homicide en cour d'assises [15]. En revanche une étude américaine portant sur 2 776 homicides d'enfants de moins de 1 an a conclu à une plus grande vulnérabilité des seconds enfants [17]. Mais, cette étude est une enquête utilisant des données statistiques nationales de naissances et de décès et les différences de méthodologie entre ce travail et le nôtre peuvent expliquer les problèmes de comparabilité en matière de facteurs de risque.

Dans cette même étude américaine [17] le jeune âge de la mère (< 17 ans) est considéré comme un important facteur de risque, ce qui n'est pas le cas dans notre étude où peu de mères ont moins de 18 ans (3 cas pour l'échantillon total, 2 cas parmi les 67 morts suspectes/violentes). Ainsi, par exemple, dans le cas des décès suspects à la naissance, il n'y a qu'une mère adolescente, les autres sont âgées de 19 à 45 ans (près de la moitié a plus de 30 ans) et l'enfant est de rang 3 à 9 dans la fratrie dans la moitié des cas.

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 [15, 18, 19, 20], qui citent la mère comme principal auteur [15, 19], le père étant le principal auteur pour une étude américaine ne portant pas uniquement sur les enfants de moins de 1 an [18].

Les données françaises sur l'enfance maltraitée, produites chaque année par l'ODAS (Observatoire de l'Action sociale décentralisée) [21] 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 des 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 [22] 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.

Les études de cas de décès suspects à la naissance présentées dans ce 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. Cette hypothèse de la prédominance de l'incapacité à nouer précocement le lien enfant-parent sur des facteurs d'ordre socio-économique est renforcée par nos constatations sur les taux de prématurité et de gémellité supérieurs dans notre étude à ceux observés en population générale. On sait que ces situations (la prématurité, la gémellité par le biais du petit poids de naissance qui lui est généralement associé) sont sources d'hospitalisations néo-natales elles-mêmes à l'origine de difficultés d'attachement à l'enfant. Toutefois l'analyse du rôle possible des facteurs économiques et sociaux devra être reprise lorsqu'on disposera des données des TGI de Bobigny et Cergy-Pontoise, pour l'instant absentes de l'échantillon.

Des antécédents graves dans la fratrie ont été notés chez les enfants (identifiés comme non uniques) 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 [23], des parents emprisonnés pour homicide de nourrissons (à répétition dans certains cas) ont récemment été libérés en Angleterre [24, 25]. Dans ce pays un article très récent a fait une mise au point, et, à partir du suivi d'une cohorte de 6 373 nourrissons, dans laquelle 48 décès inattendus sont survenus

(dont 18 associés à un autre décès dans la même fratrie), a conclu à la probabilité d'un homicide dans 6 cas [26].

Ces répétitions de décès dans une même fratrie, des signalements à la PMI n'ayant pas permis la prévention de telles répétitions (voir l'étude de cas J) 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 : carence en autopsies (notamment pour poser le diagnostic de MSIN), non transmission des résultats d'autopsies des IML vers le CépiDc (avec, on l'a vu, de grosses disparités géographiques dans cette pratique).

Perspectives

Perspectives pour la suite de l'analyse

Les résultats présentés ici montrent bien que la recherche a atteint les objectifs qu'elle s'était assignés et qui étaient ceux du projet soumis au GIP « Recherche, droit et justice ». Toutefois la longueur du recueil des données n'a pas permis de réaliser une analyse aussi approfondie que nous l'aurions souhaité et celle-ci va être poursuivie dans plusieurs directions prioritaires : la description des circuits avant le signalement ; l'analyse fine de certains

facteurs de risque pour lesquels nous disposons d'informations le plus souvent fiables (notamment les caractéristiques des grossesses, dans l'optique de la définition de critères de dépistage des grossesses à risque de maltraitance ultérieure, et de leur issue : prématurité, petit poids de naissance, gémellité) ; des comparaisons entre régions pour différentes variables, dont les suites judiciaires ; après l'obtention des dernières données des deux tribunaux en cours d'enquête, la poursuite du recoupement avec les données du CépiDc et des comparaisons avec les données de l'Insee pour les 3 régions.

Perspectives pour l'action

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 santé en cours d'élaboration par la Direction générale de la Santé (DGS) [27]. 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 (qui raisonnent en terme de victimes contrairement à la statistique judiciaire qui privilégie une « entrée par auteur ») sont insuffisantes pour assurer une couverture exhaustive du problème des enfants maltraités, particulièrement en cas de décès [6].

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, 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 [20, 28] 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 le plan de la DGS, 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 Direction Générale de la Santé (qui a également co-financé l'étude auprès des parquets et le fonctionnement du groupe d'experts). 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.

REFERENCES

1. Inserm. Causes médicales de décès. Résultats définitifs France. Paris, publication annuelle. Inserm/CépiDc.
2. Organisation Mondiale de la Santé. 1999. World Health Statistics Annual. Genève <http://www3.who.int/whosis/mort/table1/>
3. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med* 1998;339: 1211-6.
4. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Smith GS, MacDorman MF, Berendes HW. Infant injury deaths with unknown intent : what else do we know ? *Injury Prevention* 1999 ; 5 : 272-5.
5. Tursz A, Gerbouin-Rérolle, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. Inserm U502/Cermes.
6. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P. La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 439-44.
7. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, Carlson PJ, Hooten EG, Howell E *et al.* Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *J Am Med Assoc* 1999; 282: 463-7.
8. Overpeck MD, Brenner RA, Cosgrove C, Trumble AC, Kochanek K, MacDorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics* 2002 ; 109 : 274-83.
9. Reder P, Duncan S. Debate on cot death. *Br Med J* 2000 ; 320 :311.
10. Tursz A. Les accidents: signification et prévention chez le très jeune enfant. *In* : Raimbault G., Manciaux M. *Enfance menacée*. Paris, Inserm/La Documentation française, Collection Analyses et Prospective, 1992 ; p 183-98.
11. Caresche C., Pandraud R. Mission parlementaire relative à la création d'un observatoire de la délinquance, Rapport présenté au Premier ministre. Paris, janvier 2002, 55 p + annexes.
12. Fingerhut LA, Cox CS, Warner M. International comparative analysis of injury mortality. Findings from the ICE on injury statistics. *Advance Data* 1998; 303: 1-20.
13. Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C *et al.* Importance des données medico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. *Presse médicale* 2000 ; 29 : 181-5.

14. Willinger M, James LS, Katz c. Defining the sudden infant death syndrome: deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991; 11: 677-84.
15. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999; 80: 7-14.
16. Mucchielli L. Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990. *Population* 2004 ; 59 : 203-32.
17. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC *et al.* Risk factors for infant homicide in the United States. *New Engl J Med* 1998; 339: 1211-16.
18. Lucas DR, Wezner KC, Milner JS . Victim, perpetrator family and incident characteristics of infant and child homicide in the United States Air force. *Child Abuse Neglect* 2002; 26: 167-86.
19. Temrin H, Buchmayer S, Enquist M. Step-parents and infanticide: new data contradict evolutionary predictions. *Proc R Soc Lon B Biol Sci* 2000; 267: 943-5.
20. Gellert GA, Maxwell RM, Durfee MJ, Wagner GA. Fatalities assessed by the Orange county child death review team, 1989 to 1991. *Child Abuse Neglect* 1995; 19: 943-5.
21. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre de l'ODAS, publication annuelle. Paris, ODAS.
22. INSEE. Recensement de la population 1999. Exploitation complémentaire : population de 15 ans ou plus par région, sexe, âge et catégorie socio-professionnelle.
23. Weese-Mayer DE, Berry-Kravis EM, Zhou L *et al.* Sudden infant death syndrome: case-control frequency differences at genes pertinent to early autonomic nervous system embryologic development. *Pediatr Res* 2004; 56: 391-95.
24. Craft AW, Hall DMB. Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *Brit Med J* 2004; 328: 1309-12.
25. Dyer C. Eight cases of parents convicted of killing their children are referred to commission. *Brit Med J* 2004; 329: 878.
26. Carpenter RG, Waite A, Coombs RC *et al.* Repeat sudden unexpected and unexplained infant deaths: natural or unnatural? *Lancet*. 2005; 365: 29-35.
27. Tursz A. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Rapport général. Paris, Mai 2005. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction générale de la Santé. 124 p + Annexes.

28. Durfee M, Durfee DT, West MP. Child fatality review : an international movement. Child Abuse neglect 2002 ; 26 : 619-36.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier pour leur aide précieuse toutes les personnes qui ont consacré beaucoup de leur temps à apporter leurs conseils et les informations nécessaires à la réalisation de cette recherche et à l'élaboration de ce rapport.

Elles remercient tout particulièrement leurs premiers interlocuteurs à la Direction des Affaires criminelles et des Grâces, Dominique LUCIANI et Brigitte ERNOULT CABOT, pour leurs judicieux conseils ainsi que Yvon TALLEC pour avoir facilité l'accès aux dossiers du Parquet des mineurs de Paris. Leur collaboration, ainsi que les informations fournies par le bureau AB4, ont été essentielles pour permettre d'élaborer une méthodologie de travail adaptée au contexte judiciaire.

Les autorisations accordées par les procureurs et les présidents des tribunaux sollicités, leur aide lors des missions de recueil de données, la disponibilité et l'efficacité des greffiers ont rendu possible ce travail, malgré les difficultés rencontrées.

Les auteurs remercient les membres du comité d'experts dont les observations et les conseils sur la conduite de l'étude et l'analyse des cas complexes rencontrés ont été précieux, et enfin, pour leur apport essentiel à la poursuite de ce travail, Éric JOUGLA, directeur du CépiDc-Inserm et Françoise LAURENT.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettres du Directeur des Affaires criminelles et des Grâces (Ministère de la Justice)

Annexe 2 : Lettres types du mailing auprès des Procureurs des Tribunaux de grande instance des trois régions d'enquête (Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et Île-de-France)

Annexe 3 : Lettre type de demande de consultation de dossier au Juge d'instruction

Annexe 4 : Composition du Comité d'experts

Annexe 5 : Études de cas

**Annexe 1 : Lettres du Directeur des Affaires criminelles et des Grâces
(Ministère de la Justice)**



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 03 DEC. 2001

DIRECTION
DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES
LE DIRECTEUR

Le directeur des affaires criminelles
et des grâces

à

Madame le Docteur Anne TURSZ

émit par
IGDANVC
44 77 63 03

Madame,

Par courrier en date du 17 octobre 2001, vous avez appelé mon attention sur une étude que vous menez, dans le cadre de l'action du groupe permanent interministériel à l'enfance maltraitée, sur les morts suspectes de nourrissons de moins d'un an.

Votre lettre a retenu toute mon attention.

Vos travaux s'inscrivent en effet dans des orientations scientifiques complémentaires des réflexions menées le cadre de la médecine légale et présente, à ce titre, un intérêt particulier.

Afin d'obtenir copie des pièces de procédure et en particulier des rapports médico-légaux, il vous appartiendra de prendre attache directement avec les parquets, étant précisé que vous pourrez lors de vos démarches faire état du présent courrier.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma parfaite considération.


Robert FINIELZ

JACG
13, place Vendôme
75002 Paris Cedex 01
téléphone : 01 44 77 63 05
téléfax : 01 44 77 63 21

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION
DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES
LE DIRECTEUR

Paris, le 16 février 2004

Monsieur le premier président,

L'amélioration de la prise en charge des mineurs victimes d'infractions pénales constitue une préoccupation majeure de ma direction qui a engagé un travail de fond en la matière. Ce travail s'appuie sur une démarche de recueil de données sur les pratiques institutionnelles en jeu et les caractéristiques des populations concernées.

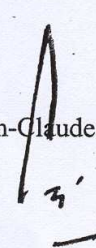
C'est pourquoi j'ai donné mon accord à un projet d'étude auprès de plusieurs parquets, dont celui de Bobigny, sur les morts suspectes de nourrissons de moins de un an.

Ce projet a reçu le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice et de la Direction générale de la Santé. Il est conduit par le docteur Anne TURSZ qui agit dans le cadre d'un centre de recherche de l'INSERM.

Je vous serais obligé de bien vouloir en informer dès à présent Monsieur le président du tribunal de grande instance de Bobigny et lui demander de bien vouloir prendre toutes dispositions utiles pour favoriser la conduite de cette étude quantitative qui doit être terminée en août 2004. J'ai saisi Monsieur le procureur général pour qu'il en fasse de même avec le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Bobigny.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le premier président, l'expression de ma considération la meilleure. *et de mon cordial souvenir.*

Jean-Claude MARIN



Monsieur Renaud CHAZAL DE MAURIAC
Premier président de la cour d'appel de Paris
34, quai des Orfèvres
75001 PARIS

DACG
13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 63 05
Télécopie : 01 44 77 60 21

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 18 OCT. 2004

DIRECTION
DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES

LE DIRECTEUR

Monsieur le procureur général,

L'amélioration de la prise en charge des mineurs victimes d'infractions pénales constitue une préoccupation majeure de ma direction qui a engagé un travail de fond en la matière. Ce travail s'appuie sur une démarche de recueil de données sur les pratiques institutionnelles en jeu et les caractéristiques des populations concernées.

C'est pourquoi j'ai donné mon accord à un projet d'étude auprès de plusieurs parquets sur les morts suspectes de nourrissons de moins de un an.

Ce projet a reçu le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice et de la Direction générale de la Santé. Il est conduit par le docteur Anne TURZ qui agit dans le cadre d'un centre de recherche de l'INSERM.

Je vous serais obligé de bien vouloir en informer dès à présent Madame et Messieurs les procureurs de la République des tribunaux de grande instance de votre ressort et leur demander de bien vouloir prendre toutes dispositions utiles pour favoriser la conduite de cette étude quantitative. J'ai saisi Monsieur le premier président pour qu'il en fasse de même avec les président près des tribunaux de grande instance de votre ressort.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le procureur général, l'expression de ma considération la meilleure.

Jean-Claude MARIN



M. Jean-Jacques ZIRNHELT
Procureur Général
Près la Cour d'appel de DOUAI
Place Charles de Pollinchove
59500 DOUAI

DACG

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 63 05
Télécopie : 01 44 77 60 21



COPIE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 18 OCT. 2004

DIRECTION
DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES

LE DIRECTEUR

Monsieur le premier président,

L'amélioration de la prise en charge des mineurs victimes d'infractions pénales constitue une préoccupation majeure de ma direction qui a engagé un travail de fond en la matière. Ce travail s'appuie sur une démarche de recueil de données sur les pratiques institutionnelles en jeu et les caractéristiques des populations concernées.

C'est pourquoi j'ai donné mon accord à un projet d'étude auprès de plusieurs parquets sur les morts suspectes de nourrissons de moins de un an.

Ce projet a reçu le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice et de la Direction générale de la Santé. Il est conduit par le docteur Anne TURZ qui agit dans le cadre d'un centre de recherche de l'INSERM.

Je vous serais obligé de bien vouloir en informer dès à présent Madame et Messieurs les présidents des tribunaux de grande instance de votre ressort et leur demander de bien vouloir prendre toutes dispositions utiles pour favoriser la conduite de cette étude quantitative. J'ai saisi Monsieur le procureur général pour qu'il en fasse de même avec les procureurs de la République près des tribunaux de grande instance de votre ressort.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le premier président, l'expression de ma considération la meilleure.

et de mon cordial souvenir.

Jean-Claude MARIN

M. Jean-Claude CHILOU
Premier Président
de la Cour d'appel de DOUAI
Place Charles de Pollinchove
59500 DOUAI

DACG

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 63 05
Télécopie : 01 44 77 60 21

**Annexe 2 : Lettres types du mailing auprès des Procureurs des Tribunaux
de grande instance des trois régions d'enquête (Nord-Pas-de-Calais,
Bretagne et Île-de-France)**

Dr Anne TURSZ
Pascale GERBOUIN-REROLLE
INSERM U502/CERMES
182 Boulevard de la Villette
75019 PARIS
Tel : 01 53 72 80 23
Fax : 01 53 72 80 49
E mail : tursz@ext.jussieu.fr

Paris, le 6 mars 2002

Monsieur le Procureur,

Nous menons actuellement, à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale, Bureau de l'enfance maltraitée, une recherche sur « les conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance ». Plusieurs thèmes sont abordés, parmi lesquels celui des « morts suspectes » de nourrissons de moins de 1 an.

En effet les décès à cet âge posent des problèmes complexes, notamment quand on considère les données issues des statistiques annuelles des causes médicales de décès produites par l'Inserm. Dans cette tranche d'âge des moins de 1 an, qui est celle où les taux de mortalité sont le plus élevés pendant toute l'enfance (515,0 pour 100 000 dans le sexe masculin, et 419,8 dans le sexe féminin, versus respectivement 28,1 et 19,6 dans la tranche d'âge des 1-4 ans, 15,0 et 12,3 dans celle des 5-9 ans, et 17,4 et 13,4 dans celle des 10-14 ans, en 1998), certains phénomènes sont en effet troublants. Citons à titre d'exemples : 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) ; ensuite le taux très élevé de décès dits accidentels (notamment par comparaison avec la plupart des autres pays européens), 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 (15,7 et 7,7 pour 100 000 selon le sexe en 1998, alors que ces taux ne sont plus que de 6,1 et 2,9 chez les 1-4 ans).

La multiplicité des intervenants et des circuits concernés lors du décès de nourrissons hors d'une structure hospitalière nous a conduites, dans cette recherche nationale à reconnaître la nécessité de confronter, avec l'autorisation de la CNIL, des données issues de secteurs divers : celui des établissements sanitaires recevant des enfants décédés ; celui des systèmes de transport sanitaires prenant en charge de tels enfants ; le service de l'Inserm qui code, au niveau national, les données de mortalité, et produit annuellement les statistiques des causes médicales de décès par âge et sexe ; et enfin, les secteurs judiciaire et médico-légal.

C'est pour l'accès à ces dernières sources d'information que nous sollicitons votre aide. En effet, les résultats déjà acquis grâce au recueil de données auprès des centres de référence de la mort subite et des services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés, qui ont déjà répondu à notre demande, montrent que le vocable « mort subite inexpliquée du nourrisson » recouvre des réalités diverses. Par ailleurs, les pédiatres semblent avoir des difficultés à

adopter des lignes de conduites fermement établies pour différentes raisons et, dans certains cas, par méconnaissance du devenir de leurs signalements à la justice.

Nous souhaiterions donc que vous nous accordiez une audience pour nous aider à retrouver les cas passés par vos services et qui correspondent à notre population d'étude: les nourrissons décédés avant l'âge de 1 an au cours des années 1996 à 2000 incluses. Les données que nous envisageons de recueillir pourraient être obtenues à partir des copies des pièces de procédure, en particulier les rapports médico-légaux. Nous joignons à ce courrier une copie de la lettre du Directeur des Affaires criminelles et des Grâces au Ministère de la Justice, qui a bien voulu témoigner de son intérêt pour notre recherche.

Dans un premier temps, il serait sans doute approprié que nous appelions vos services afin de comprendre à quel type d'archivage nous aurons à faire face (actuellement toutes nos données sont anonymes).

En vous remerciant à l'avance de l'attention que vous voudrez bien porter à cette lettre et de votre réponse, nous vous prions d'accepter, Monsieur le Procureur, l'expression de notre considération.

Monsieur
Procureur de la République
Tribunal de Grande Instance

Dr Anne TURSZ
Pascale GERBOUIN-REROLLE
INSERM U502/CERMES
Site CNRS
7 rue Guy Môquet
94801 VILLEJUIF Cedex
Tel : 01 49583640
Fax : 01 49583438
E mail : gerbouin@vjf.cnrs.fr

Paris, le

Monsieur le Procureur,

Nous menons actuellement une recherche sur les décès de nourrissons de moins de un an, avec le soutien du GIP Mission de Recherche Droit et Justice, de la Direction Générale de l'Action Sociale ainsi que de la Direction Générale de la Santé.

L'un de nos objectifs est de confronter, pour les nourrissons de moins de un an décédés entre 1996 et 2000, des données issues de plusieurs sources : les services hospitaliers accueillant certains de ces nourrissons au moment du décès, les services de transport sanitaire (Smur et pompiers) les prenant en charge, le Cepidc, service de l'Inserm qui code, au niveau national, les données de mortalité et produit les statistiques des causes médicales de décès et, enfin, les services judiciaires où sont ouverts des dossiers dans certains cas de décès de nourrissons.

Le recueil de données auprès des structures de santé est aujourd'hui achevé et nous avons entrepris la phase de recherche auprès des Parquets des régions Ile de France, Bretagne et Nord-Pas de Calais. C'est pour l'accès à cette dernière source d'information que nous sollicitons votre aide.

En effet, nous souhaiterions retrouver les cas passés par vos services et qui correspondent à notre population d'étude: les nourrissons décédés avant l'âge de 1 an au cours des années 1996 à 2000 incluses. Les données que nous souhaitons recueillir peuvent être obtenues à partir des copies des pièces de procédure, en particulier les rapports médico-légaux.

L'expérience acquise ces derniers mois grâce à l'accueil et l'efficacité de différents Parquets nous permet aujourd'hui de vous exposer en détail la méthode que nous pouvons utiliser pour retrouver les cas nous intéressant :

- une première étape consiste à extraire une liste informatique, à partir du logiciel micro ou minipénal, des dossiers ouverts entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 janvier 2001 avec les codes Nataff suivants : A11, A12, A25, A26, A29 et A43 ;
- la deuxième étape consiste à sélectionner, à partir des données disponibles sur les dossiers informatiques, ceux pouvant concerner un décès de nourrisson de moins de un an sur la période considérée, grâce à une batterie de critères (indications sur l'âge de la victime, sur la réalité du décès et précisions apportées par les codes natinf) ;
- pour chacun des dossiers retenus à l'issue de cette deuxième étape, identification des suites judiciaires (classement sans suite, passage à l'instruction, non-lieu, tribunal correctionnel, ...) afin de dresser une liste des numéros de dossiers à rechercher selon les différents lieux et modes d'archivage ;
- recherche des dossiers sélectionnés dans les 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 recueil des données correspondantes.

Bien entendu, nous pouvons mener ces tâches de façon presque autonome (consultation informatique avec le logiciel micro ou minipénal, recherche dans les archives et recueil des données) de façon à ne pas alourdir la charge de travail de vos services, déjà considérable. La disponibilité d'un poste informatique pendant deux ou trois demi-journées, ainsi que des indications sur les modes et lieux d'archivage nous sont cependant nécessaires.

Nous espérons que ces éléments d'information seront suffisants et que vous pourrez nous autoriser à mener ce travail, comme nous l'avons déjà fait dans d'autres parquets. Nous restons bien entendu à votre disposition pour vous apporter les précisions dont vous souhaiteriez disposer.

Dans cette attente, nous vous prions d'accepter, Monsieur le Procureur, l'expression de notre parfaite considération.

Dr Anne TURSZ
Directeur de Recherche

Pascale GERBOUIN REROLLE
Chargée d'étude

**Annexe 3 : Lettre type de demande de consultation de dossier au Juge
d'instruction**

Monsieur
Juge d'instruction
Tribunal de Grande Instance

Dr Anne TURSZ
Pascale GERBOUIN-REROLLE
INSERM U502/CERMES
Site CNRS
7 rue Guy Môquet
94801 VILLEJUIF Cedex
Tel : 01 49583640
Fax : 01 49583438
E mail : gerbouin@vjf.cnrs.fr

Paris, le

Monsieur le Juge d'instruction,

Nous menons actuellement une recherche sur les décès de nourrissons de moins de un an, avec le soutien du GIP Mission de Recherche Droit et Justice et l'autorisation de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces, dont vous trouverez ci-joint une copie.

L'un de nos objectifs est de confronter, pour les nourrissons de moins de un an décédés entre 1996 et 2000, des données issues de plusieurs sources : les services hospitaliers accueillant certains de ces nourrissons au moment du décès, les services de transport sanitaire (Smur et pompiers) les prenant en charge, le CepiDC, service de l'Inserm qui code, au niveau national, les données de mortalité et produit les statistiques des causes médicales de décès et, enfin, les services judiciaires où sont ouverts des dossiers dans certains cas de décès de nourrissons.

Le recueil de données auprès du Parquet de a été réalisé avec l'accord du Procureur de la République et nous avons ainsi pu consulter dossiers avec classement sans suite, ordonnance de non-lieu ou jugement en correctionnelle. Nous avons par ailleurs identifié cas de décès de nourrisson dont les dossiers sont encore à l'instruction, en particulier un dossier dont vous avez la charge :

Afin de pouvoir compléter notre étude, nous souhaiterions pouvoir consulter ce dossier et y recueillir les données nécessaires, en particulier celles issues des rapports médico-légaux.

Bien entendu, comme dans les autres tribunaux où nous avons déjà mené ce travail et dû consulter des dossiers en cours d'instruction, les données recueillies dans ce cadre sont traitées de façon strictement confidentielle, sans recueil de données nominatives. Nous avons par ailleurs l'accord de la Cnil pour le traitement informatisé.

Nous espérons que ces éléments d'information seront suffisants et que vous pourrez nous autoriser à consulter ce dossier. Nous restons bien entendu à votre disposition pour vous apporter les précisions dont vous souhaiteriez disposer.

Dans cette attente, nous vous prions d'accepter, Monsieur le Juge d'instruction, l'expression de notre parfaite considération.

Dr Anne TURSZ
Directeur de Recherche

Pascale GERBOUIN REROLLE
Chargée d'étude

Annexe 4 : Composition du Comité d'experts

**COMMENT AMELIORER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES FACE AUX
MORTS SUSPECTES DE NOURRISSONS ? TRAVAUX PREPARATOIRES POUR
UNE CONFERENCE DE CONSENSUS**

**LISTE DES MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS
(au 12 février 2004)**

Élisabeth BRIAND
Pédiatre, néonatalogiste
Service de Néonatalogie
Centre de Référence sur la Mort subite du Nourrisson
Hôpital Antoine Bécclère
157 rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART
Tel : 01 45 37 40 74
Fax : 01 45 37 49 86
E mail : secretariat.neonat@abc.ap-hop-paris.fr

Marie DESURMONT
Médecin légiste, pédiatre
Service de Médecine légale et pénitentiaire
Hôpital Roger Salengro
Place de Verdun
59037 LILLE Cedex
Tel : 03 20 44 66 46
Fax : 03 20 44 65 96
E mail : docteurmdesurmont@yahoo.fr

Roland ESCH
Procureur de la République
TGI de Quimper
48 quai de l'Odéon
29000 QUIMPER
Tel/ 02 98 52 99 92
E mail : Roland.Esch@justice.fr

Eric JOUGLA
Statisticien, épidémiologiste
Chef du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)
44 Chemin de Ronde
78116 LE VESINET
Tel : 01 34 80 24 36
Fax : 01 64 80 24 29
E mail : jougl@vesinet.inserm.fr

Caroline RAMBAUD
Médecin anatomo-pathologiste
Hôpital de Garches
Tel : 01 47 10 76 92
E mail : caroline.rambaud@rpc.ap-hop-paris.fr

Michel ROUSSEY
Pédiatre
Unité de Pédiatrie sociale
Département de Médecine de l'Enfant et de l'Adolescent
CHU de Rennes-Hôpital Sud
16 boulevard de Bulgarie
BP 90347
35203 RENNES Cedex 2
Tel : 02 99 26 67 42
michel.roussey@chu-rennes.fr

Bernard TOPUZ
Médecin-chef de PMI
Département de la Seine-Saint-Denis
Tel : 01 43 93 80 70
btopuz@cg93.fr

Équipe de l'U502 Inserm/UMR 8559 CNRS/Cermes
Site CNRS
7 rue Guy Môquet
94801 VILLEJUIF Cedex
Tel: 01 49 58 36 40
Fax: 01 49 58 34 38

Monique CROST
Statisticienne, Ingénieur Inserm
E mail : crost@vjf.cnrs.fr

Pascale GERBOUIN-REROLLE
Chargée de projets en santé publique
E mail : gerbouin@vjf.cnrs.fr

Hélène ROMANO
Psychologue
E mail : lncr@wanadoo.fr

Anne TURSZ
Pédiatre, épidémiologiste, Directeur de Recherche Inserm
E Mail : tursz@vjf.cnrs.fr

Jon COOK
Anthropologue médical, Chercheur associé
E mail : cook@vjf.cnrs.fr

Annexe 5 : Études de cas

ÉTUDES DE CAS

I. DECES SUSPECTS A LA NAISSANCE

Cas A

A, nouveau-né de sexe masculin est découvert dans un sac poubelle au domicile de sa mère. Celle-ci s'est présentée peu auparavant au service des urgences de l'hôpital où une révision utérine est réalisée. Après avoir nié qu'elle ait accouché, elle déclare au personnel médical que le « *bébé est parti en morceaux* ». Le nouveau-né, hospitalisé dans un état critique, décède peu après. L'autopsie médico-légale met en évidence que A est né viable, à terme, qu'il a respiré, qu'il présente un important traumatisme crânien et que son décès est consécutif aux plaies multiples et pénétrantes à la tête, au cou, au thorax et à l'abdomen par un couteau. La mère de A, âgée de 17 ans, a un niveau d'étude primaire et est employée de commerce. Elle réside chez les parents de son concubin.

La grossesse a été longtemps cachée à l'entourage, la mère avait décidé de ne plus manger pour que « *le bébé parte tout seul* ». Seul le concubin en a été informé, au 7^{ème} mois. Ils craignent particulièrement la réaction de la mère du concubin, qui exerce parfois des violences physiques sur son fils. Devant les questions de son entourage sur ses modifications physiques, elle avoue être enceinte quelques jours avant les faits et un rendez-vous est pris pour elle chez le gynécologue.

Sur les faits, la mère de A dit « *avoir senti tomber quelque chose... cette chose est tombée par terre* ». Elle déclare « *j'ai compris que c'était le bébé qui tombait de mon ventre, j'ai entendu qu'il claquait par terre, j'ai vu qu'il était plein de sang et je l'ai ramassé; j'étais tellement mal, la tête me tournait, c'est alors que j'ai lâché le bébé qui est en fait tombé par terre en même temps que moi une deuxième fois (...) il y avait une ficelle et j'ai tiré dessus pour l'arracher de moi* ». Interrogée sur les traces de coups de couteau, elle finit par reconnaître « *je me suis énervée parce que je n'arrivais pas à couper le cordon, je n'avais plus la force de le couper, je ne me souviens plus si je me suis énervée contre le bébé à cause de cela* ». Pensant que le bébé était mort, elle dit l'avoir mis dans un sac plastique car « *il ne bougeait pas, il ne criait pas* ».

L'examen psychiatrique pratiqué le lendemain des faits décrit une jeune fille immature, de niveau intellectuel liminaire chez laquelle on retrouve des éléments de dissociation psychique

avec une pauvreté des affects, l'existence de bizarrerie corporelle associés à des angoisses majeures de morcellement évoluant dès le début de la grossesse. Celle-ci a été vécue dans un contexte d'angoisse.

L'enquête de personnalité réalisée après la mise en examen évoque une jeune fille issue d'une fratrie de huit enfants, dont les parents, gens du voyage sédentarisés, ont pour principales ressources les prestations sociales. Elle a quitté l'école sans savoir écrire et semble s'être construite par mensonges, dissimulation et affabulations un monde bien à elle.

L'expertise psychologique met en évidence une jeune fille sans antécédents ni troubles psychiatriques, d'intelligence normale. La grossesse semble avoir été cachée mais sans véritable déni. L'hypothèse est que l'accouchement a été « *vécu d'abord dans un sentiment d'abandon et d'isolement puis dans une angoisse destructurante au cours de laquelle elle a pu frapper son enfant de plusieurs coups de couteau, comme pour se défendre contre un objet agressif et dangereux* ».

L'expertise psychiatrique conclut à des manifestations aiguës d'angoisse ayant partiellement altéré son discernement et entravé le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code pénal.

Mise en examen pour homicide volontaire quelques jours après les faits, et placée sous contrôle judiciaire, la mère de A est jugée 8 ans plus tard à la Cour d'assises des mineurs et est condamnée à 3 ans avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve de 3 ans.

Cas B

Intervenant pour une grave hémorragie au domicile, le Samu découvre une femme ayant récemment accouché, et dont le nouveau-né est retrouvé dans un sac plastique dans la même chambre. La mère de B, âgée de 36 ans, est hospitalisée d'urgence dans le coma. Cadre moyen, avec un niveau d'étude secondaire, elle vit seule avec ses deux enfants (16 et 19 ans).

L'autopsie médico-légale évoque un nourrisson né à terme sans lésion traumatique apparente.

Interrogée ultérieurement, la mère de B dit avoir découvert sa grossesse à 5 mois de gestation et l'avoir caché par crainte de la réaction de son entourage et par refus d'un suivi médical. Son « *aversion du monde médical* » serait liée aux circonstances du décès de son père et l'aurait aussi conduite à cacher à son entourage et à ne pas faire suivre sa première grossesse.

Le matin des faits, elle se sent mal mais dit à sa fille qui s'inquiète de son état « *ce n'est rien, j'ai juste mes règles* » pour se retrouver seule dans l'appartement. Elle dit n'avoir gardé aucun souvenir de l'accouchement. Selon les premières constatations du Samu, le cordon a été coupé et le corps placé dans un sac plastique. A son retour du lycée, son fils aîné la découvre inanimée et appelle les secours.

Pour expliquer le fait d'avoir caché sa grossesse à son entourage, la mère de B évoque aussi sa situation familiale : « *j'étais focalisée sur le fait que (ma fille) ne soit pas scolarisée* », et son « *caractère fermé* ». Séparée de son concubin, cadre supérieur dont elle a eu 2 enfants, après 18 ans de vie commune, elle a une relation avec un collègue de travail (30 ans), père du bébé, mais dit qu'elle « *ne souhaite pas former un nouveau couple* ». Elle évoque son appréhension d'une « *réaction intrusive du père du bébé* » mais conteste l'avoir craint : « *je voulais cet enfant pour moi, c'est sans aucune arrière pensée que j'ai caché ma grossesse, en n'espérant ne pas la mener à terme* ».

Elle dit « *fumer du shit pour son effet somnifère* ». Selon son fils, « *ma mère a des problèmes d'argent, elle souffre d'une hépatite B ou C, mais ne suit pas de traitement* » et sa fille dit « *je ne suis pas surprise que ma mère ne m'ait rien dit pour la grossesse, c'est son genre... elle ne se dévoile pas, elle ne se confie pas à moi en général* ». Le loyer de l'appartement n'est plus payé depuis 2 ans et un voisin l'a « *souvent entendu pleurer ces derniers temps* ».

Aucun examen psychologique ou psychiatrique de la mère de B n'est demandé et la procédure est classée sans suite pour absence d'infraction, 2 semaines plus tard.

Cas C

La mère de C est hospitalisée pour « *fausse couche* » suite à l'intervention du Samu à son domicile. L'hôpital signale à la police que le placenta expulsé est celui d'un nouveau-né à terme, alors que la mère nie avoir accouché. Le corps de C est découvert quelques heures plus tard par la police, dans un sac plastique dissimulé dans une glacière retrouvée sur la terrasse de l'appartement.

Selon l'autopsie médico-légale, C est un nourrisson de sexe masculin, né à terme, qui a respiré et sur lequel on ne retrouve aucune trace de violence. Il est décédé par asphyxie avec suffocation, s'expliquant par le confinement dans un sac plastique.

La mère de C, âgée de 25 ans, sans profession, a un niveau d'étude secondaire et est déjà mère de 2 filles (4 et 7 ans) du même père, qu'il n'a pas reconnues. Celui-ci, âgé de 31 ans, ouvrier qualifié, se partage entre ce foyer et une autre concubine, avec laquelle il a 2 enfants (2 ans, 8 mois).

Interrogée sur les circonstances de l'accouchement, la mère de C a des propos contradictoires: « *fausse couche* », « *le fœtus a glissé dans les toilettes* », « *le bébé a failli tomber dans les toilettes, je l'ai retenu lors de l'expulsion... j'ai pensé qu'il était mort, j'ai été chercher un sac poubelle, je l'ai mis dans la glacière... je voulais qu'il soit trouvé... je n'arrive pas à me l'expliquer* ».

La grossesse a été découverte tardivement, à 4 mois de gestation, comme les précédentes, et n'a pas été déclarée ni suivie. La mère de C l'a cachée à son entourage, notamment sa mère et son concubin, et elle a continué à nier malgré les remarques sur sa corpulence. Elle explique que le père « *avait accueilli le premier bébé avec plaisir, le deuxième, c'était un accident et il avait dit qu'il partirait au troisième* ». Elle dit avoir « *pris la pilule pour la 2^{ème} et la 3^{ème} grossesse* » et a pensé « *à accoucher sous X, mais j'ai été prise de court, je pensais en être au 7^{ème} mois* ». Elle craint le départ du père s'il découvre sa grossesse, s'abstient de rapport sexuel les trois derniers mois et ajoute « *je ne me sentais pas capable de garder cet enfant* ».

L'expertise psychiatrique, réalisée 3 semaines plus tard, note l'absence de pathologie psychiatrique ou de dérapage délirant, mais un grand vide affectif, une «vacuité existentielle», un fond anxieux avec des « *tendances psychasthéniques* » (trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive). Le « *manque et la quête affective* » dominant chez la mère de C. Elle conclut à un « *achoppement dans le discernement au sens de l'article 122-1 alinéa 2* ». Un « *accompagnement psychiatrique (paraît) s'imposer* ».

L'expertise psychologique ultérieure souligne le lien de dépendance très marqué à sa mère, l'assujettissement au désir d'autrui, sans aucune primauté accordée à son propre parcours. La mère de C est d'intelligence normale, sensible et introvertie. Il existe un désir de maternité précoce ainsi qu'une négligence contraceptive pour les 2^{ème} et 3^{ème} grossesses. Pour la dernière grossesse, elle est dans « *l'évitement le plus total, au point où aucune de ses préoccupations ne se tourne sur son sort ... la loi du silence s'impose, elle craint le départ de son compagnon* ». La nécessité d'une aide psychologique est soulignée.

Après mise en examen pour meurtre sur personne vulnérable, la mère de C effectue 6 mois de détention préventive, puis est placée sous contrôle judiciaire. Le parquet sollicite la Cour

d'assises pour que le jugement soit rapide afin qu'elle puisse avoir un soutien psychothérapeutique et que ses filles ne soient pas trop affectées. Elle est condamnée, 16 mois après les faits, par la Cour d'assises à 5 ans de prison dont 56 mois avec sursis.

Cas D

D est un nouveau-né dont le corps sans vie est découvert dans un sac plastique caché dans la poubelle d'une résidence. Certains témoignages permettent de retrouver quelques jours plus tard la mère, 21 ans, étudiante en 3^{ème} année d'études supérieures, qui réside à quelques centaines de mètres.

Selon l'autopsie médico-légale, D est un nourrisson de sexe féminin, né viable à terme, qui a respiré. Aucune lésion traumatique n'est retrouvée. Des lésions d'une intense inhalation de liquide amniotique sont notées mais les conclusions sont en faveur d'un décès par hypothermie.

Sur les circonstances de l'accouchement qui a lieu dans un parc public, la mère de D dit avoir *« quitté l'appartement avec la paire de ciseaux et les sacs plastiques... si je le gardais, ma vie était finie, plus de copains, plus d'amis, je décevais ma famille. Je savais qu'il fallait prendre une décision rapide, j'ai décidé de ne pas le garder (...) j'ai cherché des sacs poubelle (...) il s'agissait d'une fille, je ne l'ai pas prise contre moi, je l'ai reposée car je ne voulais pas qu'elle me voit (...) j'ai mis le placenta dans l'un, le bébé dans l'autre »*.

La mère de D a découvert sa grossesse lors d'une consultation médicale pour *« demander la pilule du lendemain »*. Elle est à 3 mois de gestation et cache sa situation à son entourage, par crainte de la réprobation familiale. Elle n'envisage, avec son compagnon, d'avoir un enfant qu'à la fin de ses études mais celui-ci affirme *« elle m'a dit qu'elle faisait attention à ses cycles et d'un commun accord nous n'avons plus utilisé de préservatifs »*. Surpris de sa prise de poids, il l'incite à faire du sport pour qu'elle maigrisse et précise *« j'avais l'impression qu'elle ne voulait rien faire pour remédier à sa prise de poids (...) (à 5 mois de gestation) l'idée d'une grossesse m'est venue; quand elle m'a répondu qu'elle n'était pas enceinte, je l'ai cru (...) elle avait pris beaucoup de ventre, ce sujet est devenu tabou entre nous »*. Le matin avant les faits *« elle m'a dit qu'elle ferait de grands efforts afin de me satisfaire et toujours vivre ensemble »*.

La mère de D dit ne pas avoir pensé à l'avortement : *« je continuais à vivre de la même façon, j'avais mis ma grossesse de côté (...) je ne voulais peut être pas assumer (...) j'ai peut être*

attendu que quelqu'un me force à le dire mais c'était à moi d'en parler ... je n'avais pas le désir d'enfant lorsque je suis tombée enceinte, j'avais peur de le perdre en lui annonçant ma grossesse (...) je ne me voyais pas assumer avec un bébé dans ma famille sans les avoir prévenus... j'ai pris la décision de l'abandonner ».

Selon l'expertise psychologique, il ne s'agit pas d'un déni de grossesse, la dénégalation ayant porté sur les problèmes que créait le fait d'être enceinte. Il est noté que cette personnalité aux exigences morales et idéales fortes a trouvé dans son adaptation aux autres un moyen d'accommoder ses pensées d'abandon, l'angoisse de rivalité.

Une première expertise psychiatrique conclut à une immaturité et une dépendance affectives fortes, avec une fragilité narcissique, personnalité « *ne pouvant se définir que par rapport au désir de sa mère ou de son ami* ». Une seconde expertise psychiatrique ne retrouve aucune anomalie mentale ayant pu abolir ou altérer son discernement, et conclut à un « *déni de grossesse dans une personnalité dépressive chez laquelle il n'y a aucune intentionnalité d'annuler l'enfant (avec, au moment de l'accouchement) la panique et le désarroi devant une situation à affronter seule* ».

Après une mise en examen pour meurtre, les faits sont requalifiés en homicide involontaire par maladresse. Placée en hospitalisation d'office puis en détention préventive pendant 8 mois, la mère de D est jugée par la Cour d'assises environ 20 mois après les faits et condamnée à 8 mois de prison.

Cas E

La mère de E est hospitalisée pour hémorragie suite à l'intervention des pompiers et du Samu, prévenus par son mari. Suspectant un accouchement clandestin, le service des pompiers prévient la police. Les recherches dans l'appartement permettent de retrouver le corps d'un nouveau-né dissimulé dans un sac plastique, au milieu des nombreux cartons et sacs d'une pièce très en désordre.

Le père de E, âgé de 50 ans, cadre moyen, paraît dépassé et désorienté par les événements et déclare avoir ignoré la grossesse de sa femme. Interrogée sur les faits, celle-ci explique qu'elle s'est rendue aux toilettes après de violentes contractions, le nourrisson tombe dans la cuvette : « *le bébé naît, j'ai pris un ciseau, j'ai coupé le cordon (...) pour moi, il était mort ... je sais que les 3 enfants vont revenir, je le mets dans un sac... je me suis allongée dans la baignoire pour ne pas salir partout (...) je n'ai pas eu l'idée d'appeler les secours* ».

Selon l'autopsie médico-légale, E est un nourrisson de sexe masculin, à terme, sans malformation. Aucune trace de violence n'a été retrouvée et le décès résulte d'une asphyxie due soit au confinement dans un sac plastique, soit à l'inhalation de liquide, soit à une association des deux mécanismes.

La mère de E, âgée de 45 ans, titulaire d'un BEP, est employée administratif d'entreprise à mi-temps. Le couple a 3 autres enfants de 12, 10 et 9 ans. La grossesse précédente a aussi été cachée à son mari, et n'a été ni déclarée, ni suivie. La mère de E explique « *je me retrouvais enceinte et j'avais toujours mes règles ... j'ai eu un problème avec la pilule, il a refusé le stérilet, le préservatif, à moi de me débrouiller* ».

Deux des trois enfants présentent un handicap important. Concernant ses difficultés et le manque de soutien de son mari, elle ajoute « *j'avais d'autres soucis avec mes enfants handicapés, et je ne prends pas le temps d'aller chez le gynéco... pendant les vacances scolaires, le 3^{ème} (placé en Institut Médico-éducatif) va chez la nourrice car il perturbe, il est très difficile (...) je voulais qu'on me prenne en charge, ne plus penser à rien, je ne voyais pas comment me sortir de tout ça* ».

Au sujet de sa dernière grossesse, elle reconnaît « *je ne voulais pas de 4^{ème}, mon mari n'aurait pas voulu que j'arrête de travailler, seuls les désirs de mon mari comptaient, pas les miens. Il était trop tard pour avorter (...) mon mari s'en doutait mais il ne voulait pas le voir vraiment (...) quand il m'a posé la question, en juin, j'ai dit non, je n'attendais aucune aide ni morale ni matérielle (...)*».

Placée sous contrôle judiciaire, la mère de E est renvoyée devant le tribunal correctionnel pour homicide involontaire par imprudence, négligence et inattention, et est relaxée 20 mois après les faits.

II. NOURRISSONS DECEDES DU SYNDROME DE L'ENFANT SECOUE

Cas F

F est une petite fille de 6 semaines qui décède dans un service de réanimation pédiatrique, après une hospitalisation d'une dizaine de jours. Le médecin de garde qui est intervenu au domicile de la famille a d'abord pensé à un «spasme du sanglot» mais a fait transférer l'enfant à l'hôpital devant les signes suspects, les propos contradictoires des parents et leur attitude (père très agressif et peu culpabilisé, mère semblant indifférente). L'hôpital signale son cas au parquet peu après son admission pour «malaise», en raison des résultats du scanner crânien mettant en évidence un hématome sous-dural dans la région occipitale droite, un hématome cérébrale, et un hématome extra-dural temporal.

Les radios du crâne réalisées ultérieurement révèlent une fracture pariétale gauche récente. L'autopsie médico-légale retrouve l'hématome sous-dural droit, l'œdème cérébral important, ainsi qu'un hématome sous-arachnoïdien. Aucune fracture ancienne n'est retrouvée. Il est conclu au syndrome du bébé secoué, à une mort d'origine traumatique due à un secouement associé à un choc direct.

La mère de F, âgée de 35 ans, a un niveau d'études supérieures (3^{ème} cycle) et est cadre supérieur. Le père, âgé de 37 ans, a un «niveau bac» et, après avoir exercé plusieurs métiers différents, s'est lancé dans la restauration. F était le premier enfant du couple.

Interrogé sur les circonstances du «malaise» de F, le père dit avoir été réveillé dans la nuit par les pleurs du bébé. Depuis la naissance, les parents font chambre à part et c'est lui qui se lève et prend en charge le nourrisson qui ne se calme pas. Il donne des versions différentes des événements mais admet : *« je lui disais : F, tais-toi ! ... Je l'ai mise face à moi en la prenant sous les aisselles... je l'ai secoué, je pensais qu'un enfant, c'était souple »*. Lors des secousses, la tête du bébé heurte la porte. Alertée par son mari, la mère se lève à son tour et constate *« elle était toute molle, comme une poupée de chiffon »* ; c'est elle qui appelle le médecin de garde.

La mère de F prend, tout au long de la procédure judiciaire, la défense de son mari *« il ne s'énerve pas facilement, mais il ne faut pas le pousser à bout »*. Elle évoque sa fatigue : il gère seul depuis quelques mois sa petite entreprise de restauration et *« est très stressé »*.

Après la mise en examen du père de F pour violences sur mineur par ascendant, une expertise psychiatrique est réalisée ne faisant état d'aucune pathologie psychiatrique, ni de signes

d'altération du discernement au moment des faits. Placé sous contrôle judiciaire avec un suivi psychiatrique, il est jugé par la Cour d'assises, quatre ans après les faits et est condamné à un an de détention avec sursis. Un deuxième enfant est né 18 mois après les faits.

Cas G

G est un petit garçon âgé de 4 semaines, hospitalisé en urgence dans un service de neurochirurgie après intervention au domicile de la famille d'un pédiatre et du Samu pour un malaise convulsif. Il décède 4 jours plus tard à l'hôpital.

C'est l'obstacle médico-légal figurant sur le certificat de décès établi à l'hôpital qui lance la procédure judiciaire.

Le père de G âgé de 29 ans, est ingénieur issu d'une grande école et sa mère, âgée de 27 ans, travaille comme institutrice. G est le premier enfant du couple, sa naissance a été désirée et leur entourage familial et professionnel indique qu'ils sont des parents attentifs et aimants. Aux dires du médecin qui est intervenu sur place, ils paraissaient inquiets, mais pas paniqués. La veille du décès, le couple a vidé l'appartement de toutes les affaires de G.

Une première autopsie médico-légale fait état d'une hémorragie méningée, d'un hématome sous-dural et d'un hématome extra-dural dans la région postérieure du crâne. Une seconde autopsie médico-légale, réalisée à titre de contre-expertise, révèle l'existence de traumatismes cérébraux d'âges différents : un foyer de nécrose en région occipitale, ancien d'une dizaine de jours, un autre foyer de nécrose frontal, âgé d'une semaine ainsi qu'une hémorragie méningée récente bilatérale, en région pariéto-occipitale. Aucun trait de fracture n'est retrouvé.

Les deux parents, entendus par l'officier de police judiciaire, ont une première version commune des circonstances du «malaise » survenu en fin de journée, au moment du retour du travail de son père: G qui avait « *toujours eu des difficultés à dégurgiter* », se serait étouffé, et le père l'aurait « *tapoté* » sa tête aurait alors heurté une table basse. G serait devenu « *tout mou* » après avoir hurlé de douleur. Lors de son audition en garde à vue, le père explique que G « *s'agitait comme s'il était gêné, je l'ai sorti du lit et il s'est raidi avec la langue tirée(...)* j'ai eu le sentiment qu'il s'étouffait, je l'ai secoué énergiquement, je lui ai mis la tête en bas pour le faire dégurgiter, entre mes jambes écartées (...) ayant vu une émission télévisée préconisant cet acte en cas d'étouffement. Quand je l'ai remonté, mon geste a été un peu rapide et sa tête a cogné le dessous de la table basse ». Dans la nuit, les parents font venir un médecin de SOS médecin qui diagnostique une hernie hiatale. C'est le lendemain que sa mère

constate « des convulsions du bras gauche et des jambes, en alternance, par crise, toutes les 2 ou 3 minutes » et appelle le Samu, indiquant plus tard « *je pense qu'on l'a secoué trop fort quand il s'est étouffé, on a paniqué* ».

Lors des auditions ultérieures, interrogés sur les traumatismes anciens retrouvés à l'autopsie, le couple évoque plusieurs événements survenus avant les faits. Pour la mère : « *petits coups de tête de G* » ayant entraîné un choc contre le fauteuil dans lequel elle lui donnait son biberon, et quelques jours avant, lors d'un change, le bébé « *poussant avec ses pieds et se cognant contre le mur de la salle de bains* ». Pour le père, en chatouillant G, âgé d'une semaine, il aurait « *serré la tête pour le retenir, et aurait alors senti son pouce s'enfoncer légèrement au-dessus de l'oreille* » ; une semaine avant les faits, il l'aurait prit « *sous les aisselles, comme le faisait la sage-femme* », las qu'il ne fasse pas son rôle et afin qu'il s'endorme, et reconnaît l'avoir « *remué plus fort que d'habitude* ».

L'expertise médicale demandée par le magistrat instructeur conclut à une mort d'origine traumatique. Les experts précisent que les lésions susceptibles d'avoir entraîné la mort ne peuvent être expliquées par les faits relatés par le couple, mais plutôt par « *un secouage* ».

Interrogée à nouveau, la mère de G reconnaît qu'il leur arrivait de « *prendre G sous les bras et de la secouer pour lui faire faire son rôle, ce qui était efficace, (et qu'ils) maintenaient toujours la tête du bout des doigts* » et aussi qu'ils « *asseyaient G sur un matelas ou leurs cuisses et qu'ils lui faisaient faire des mouvements de haut en bas* ». Le père admet enfin avoir secoué plus fort qu'à l'accoutumée le nourrisson un soir de la semaine précédent les faits, parce qu'il « *était à bout* », et il avait alors fait des mouvements amplifiés « *de haut en bas car G ne se calmait pas* ».

Le couple indique ne pas avoir eu d'information sur les comportements à adopter avec les nouveau-nés ou sur la fragilité du crâne d'un bébé. Depuis les faits, ils ont compris que leurs attitudes étaient inadaptées et sont suivis par un psychiatre après la naissance d'un deuxième enfant, 15 mois après les faits.

Les expertises psychiatriques des deux parents ne relèvent aucune pathologie psychiatrique ni trouble ayant pu altérer ou abolir leur discernement. L'expert psychologue ne relève chez eux aucune perturbation de l'affectivité et ne préconise aucune mesure thérapeutique additionnelle.

Après une mise en examen pour violences volontaires par ascendant ayant entraîné la mort, les faits sont requalifiés en délit d'homicide involontaire pour « *actes de maladresse et*

d'imprudence compte tenu de l'âge de l'enfant (chez des) parents inexpérimentés, mais attentifs, aimants et scrupuleux ». Placés sous contrôle judiciaire, les parents de G sont relaxés par le tribunal correctionnel, plus de 3 ans après les faits.

CAS H

Âgé de 7 semaines, H est amené par ses parents aux urgences du centre hospitalier proche de leur domicile avant d'être transféré dans un service de réanimation pédiatrique où il décède 10 jours après son admission. Un signalement a été effectué par l'hôpital au procureur après un premier scanner révélant un « traumatisme cérébral inexplicable ».

H a une sœur aînée, âgée de 2 ans. Son père, 27 ans, est titulaire d'un bac professionnel et travaille comme artisan salarié. Sa mère, 27 ans, est aussi titulaire d'un bac professionnel et travaille comme employée d'une collectivité. H est né à terme, et n'a aucun antécédent de santé particulier, hormis une rhinite à 4 semaines.

Les premières investigations permettent d'établir que les faits sont survenus le dimanche, en l'absence de la mère et de la sœur de H. A son retour, la mère constate que le nourrisson est peu réactif et somnolent et, devant ce comportement inhabituel le couple se rend à l'hôpital quelques heures plus tard.

Interrogé sur les faits, le père explique au fur et à mesure des auditions avoir projeté H en l'air à une hauteur d'environ 1 mètre à plusieurs reprises, malgré les pleurs qu'il attribuait à la faim « *je l'ai lancé dans les bras, peut être 5 minutes, peut être 3 minutes ... c'est instinctif, j'ai joué avec lui (...) j'allais pas faire que le surveiller! je suis un papa gâteau* ».

Après avoir mis le bébé dans son landau, il avait remarqué qu'il était très pâle, qu'il alternait des phases de plaintes et d'endormissement et qu'il refusait son biberon. Le père précisait aussi qu'il avait déjà fait ces « *jeux* » et qu'il ignorait qu'à cet âge-là, la tête ne tenait pas toute seule.

Selon le médecin légiste ayant pratiqué l'autopsie, « *un mouvement d'accélération et de décélération brutal a été imposé à la tête du nourrisson alors que la musculature cervicale est faible et qu'il n'existe pas de contrôle postural de la tête* », entraînant des lésions compatibles avec le mécanisme invoqué par le père, « *à condition que ces mouvements aient été particulièrement vigoureux* ». L'autopsie concluait à un décès consécutif à un œdème cérébral majeur, avec une discrète lame sous-durale, associée à une hémorragie sous-arachnoïdiennes

diffuse et de multiples hémorragies rétiniennes bilatérales, sans lésion osseuse. D'autres hématomes (sur la face, le dos et le talon) sont notés.

L'expertise médicale ultérieure confirme que « *la multiplicité des lésions, leur localisation cérébrale et oculaire et leurs caractéristiques permettent d'affirmer qu'elles sont spécifiques du syndrome de l'enfant secoué ; la coexistence d'autres lésions traumatiques (dorsales, faciales et au talon) doit faire envisager un poly-traumatisme d'origine non accidentelle* ». Ces lésions évoquent, selon les 2 experts, « *la perte de contrôle d'un adulte qui secoue violemment et projette brutalement le bébé contre le lit (...) pas compatible avec les explications du père* ».

Le père maintenait lors des auditions suivantes sa version des faits, niant avoir secoué ou projeté H dans son lit.

Décrit par les expertises psychiatrique et psychologique comme « *de bon niveau intellectuel, sans trouble psychique ou neuropsychique ayant pu abolir son discernement ou le contrôle de ses actes* », le père exprime lors de l'examen psychiatrique un profond sentiment de culpabilité, et des signes dépressifs et d'envies suicidaires depuis le décès de l'enfant sont rapportés. Aucun antécédent de maltraitance n'a été retrouvé dans son enfance.

Mis en examen pour violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner et placé en détention préventive, le père de H est renvoyé devant la Cour d'assises où il est condamné 5 ans après les faits à 4 ans de détention avec sursis.

CAS I

I est un nourrisson de 3 mois, de sexe masculin hospitalisé en urgence après un malaise convulsif au domicile de ses parents. Le scanner cérébral fait à l'hôpital montre une hémorragie méningée récente associée à un hématome des pôles frontaux avec collection sous-durale d'allure ancienne, ainsi qu'une fracture pariétale gauche. Les radios de squelette effectuées montrent des séquelles de fractures costales anciennes.

La mère de I, âgée de 31 ans, exerce une profession libérale et a repris son activité 5 semaines après la naissance. I a été ensuite gardé dans la journée par une nourrice. Son père, âgé de 24 ans, a repris 3 mois auparavant ses études supérieures dans une grande école, après une interruption pour son service militaire. C'est lui qui a voulu cet enfant, et il voulait avoir très vite « *ses responsabilités de géniteur, de père* ».

Un signalement est rapidement fait, la psychologue de l'hôpital ayant perçu le couple, reçu en entretien, comme « *très immature, assez conflictuel et un peu pathologique* ». Les parents disaient avoir été « *très déçus par le bébé avec lequel la communication était inexistante* ».

I décède 10 jours plus tard.

Interrogés sur les lésions constatées sur I, les parents évoquaient plusieurs chutes et chocs dans les semaines précédentes, sous la surveillance de la mère ou du père. L'enfant, qui a fait l'objet d'une surveillance médicale régulière, a été hospitalisé pour bronchiolite 1 semaine le mois précédent, puis a la coqueluche 15 jours avant les faits. Lors d'une consultation, le pédiatre remarque un hématome important sur la joue de I et la mère avait déclaré sur un ton banal « *ne pensez pas qu'on le maltraite* ». Ces différents épisodes, dans des versions parfois différentes, sont aussi relatés par l'entourage du couple : pour le père « *une chute pour éviter le chat* », « *je suis tombé sur I en glissant dans la salle de bains* », « *la tête de I a heurté le sol recouvert de moquette* », et pour la mère qui « *a failli faire tomber I qu'elle a rattrapé et dont la tête a été violemment projetée en arrière* », « *la chute d'un flacon d'une étagère sur le nez de I dans une droguerie, avec sa mère* ».

Pour le fait le plus récent survenu la nuit alors que la mère était couchée et qu'il s'était relevé à cause des pleurs de I, le père rapporte d'abord à sa compagne : « *I a refait une crise comme la semaine dernière, je n'ai pas réussi à le calmer, et regarde, il ne réagit plus* ». Plus tard il reconnaît « *lui avoir donné une gifle magistrale, ce qui avait pu lui casser quelque chose* ». Après plusieurs interrogatoires, le père avoue qu'il n'a jamais chuté avec son enfant. Quand il en avait la charge, exaspéré par ses pleurs incessants pendant le bain puis au moment de l'habiller, il « *donnait des gifles magistrales, dans le sens d'un coup* », à plusieurs reprises, et avait aussi « *appuyé très fort sur son ventre avec le poing* », l'avait « *lâché sur le lit* ». Tout se faisait très rapidement puis il s'asseyait par terre et il pleurait mais c'était trop tard, il voulait que son « *fils soit fort, le meilleur en tout* ». Enfin, le jour des faits, il l'avait « *secoué en prenant sa tête entre ses mains, elle avait heurté trois fois le matelas* ».

L'autopsie conclut à un décès consécutif à un traumatisme crânien récent, avec fracture de l'os pariétal, une hémorragie méningée et un hématome sous-dural. Elle met aussi en évidence des lésions traumatiques anciennes d'âges différents : cal de fractures costales, lame hématique sous-durale, contusion cérébrale occipitale et cicatrices d'hémorragies rétinienne.

Le père confirme le lien entre ces lésions et les gestes qu'il avait eu. Il reconnaît avoir été violent avec I à 6 reprises, violences chaque fois dues au fait que I régurgitait son biberon,

vomissait ou pleurait et qu'il n'arrivait pas à le calmer : « *il pleurait et j'étais énervé, et lui aussi (...) je suis sorti de mes gonds (...) c'est comme si j'avais pété les plombs* » et il qualifie ce qu'il a fait de « *proprement inconcevable* ».

Une première expertise psychologique relève un noyau psychotique chez un sujet intelligent, avec une évolution préoccupante, du fait de la « *gravité de passage à l'acte sur un mode hétéro-destructeur* ». L'autre expertise note que « *les faits reprochés peuvent être compris comme la résultante d'un concours de circonstance particulier, qui a provoqué une situation de stress maximal, d'un ensemble de traits de personnalité dont la dimension paranoïaque et le besoin de maintenir à tout prix une image de soi illusoire sont des éléments déterminants, et d'une absence d'empathie pour son fils perçu comme un adulte hostile et irritant* ».

Les examens médico-psychologiques et psychiatriques relèvent des défenses d'allure obsessionnelle, une fragilité identitaire sous-jacente, de bonnes capacités intellectuelles avec un « *hyper investissement intellectuel au dépend de l'expression des affects* ». Il exprime cela par : « *depuis, des années, je passe mon temps à gérer la moindre émotion* ». Son récit biographique semble indiquer que « *les processus maturatifs ont été entravés par un certain nombre de facteurs familiaux* ». Selon les experts, les faits reprochés « *répondent à un contexte de fatigue, de stress, de tensions internes, de débordement des mécanismes de défense habituels, les cris et pleurs de l'enfant ayant possiblement activé des affects de détresse primitive et des réponses motrices agies en court-circuit* ».

L'altération de son discernement est retenue au terme de l'examen qui conclut à une absence de dangerosité, au sens psychiatrique. Accessible à une sanction pénale, le père de I relève d'une psychothérapie prolongée.

Renvoyé devant la Cour d'assises pour violences habituelles ayant entraîné la mort, le père de I a été condamné 2 ans après les faits à 8 ans d'emprisonnement. La mère s'était portée partie civile.

CAS J

J est un petit garçon de 3 mois et demi qui décède quelques heures après son admission dans un service de réanimation pédiatrique, suite à un malaise survenu dans la nuit au domicile de ses parents. Les examens réalisés à l'arrivée à l'hôpital (scanner du crâne et fond d'œil) mettent en évidence une hémorragie méningée sous-durale bilatérale, un œdème cérébral diffus, et des hémorragies rétiniennes diffuses et profuses, avec veines dilatées et atrophie

optique. Durant l'hospitalisation de J, l'attitude des parents surprend le personnel du service : « aucune manifestation d'attachement n'est apparue, surtout chez la mère (...) parents (sont) étonnamment froids et distants (...) le petit semblait abandonné ». La psychologue est « impressionnée par les termes dépourvus d'affection employés par la mère » et avoue n'avoir « éprouvé aucune empathie pour ce père et cette mère qui (lui) paraissaient former un couple pathogène ». L'autopsie médicale retrouve des saignements méningés, sans autre lésion traumatique. Suspectant un syndrome de l'enfant secoué, le service hospitalier signale le cas au parquet.

Interrogé sur les circonstances, le père rapporte que J a été victime d'un malaise durant la nuit, alors qu'il travaillait à l'ordinateur : « des cris (...) il est devenu tout mou et tout pâle ».

La mère de J, âgée de 35 ans, a un diplôme de second cycle universitaire, et son père, âgé de 25 ans, est étudiant. Le couple a eu un premier enfant, une petite fille décédée 15 mois plus tôt à l'âge de 2 mois et demi dans des circonstances assez semblables (malaise grave en l'absence de la mère, hospitalisation, décès, signalement par l'hôpital pour suspicion du syndrome de l'enfant secoué). Le père avait reconnu avoir joué une fois avec sa fille « en la lançant en l'air », la mère demandait si « le fait de lancer en l'air, ce qu'elle semblait apprécier, ou écouter la télé trop fort pouvait être la cause de l'hémorragie » et évoquait les moments où elle « dansait avec elle ». Elle trouvait que les médecins du service « étaient branchés traumatisme ». La procédure judiciaire est encore en cours, dans l'attente de résultats anatomo-pathologiques permettant de trancher entre une cause traumatique et une malformation artério-veineuse.

Lors des auditions à la suite du décès de J, le couple explique avoir « fait un deuxième enfant pour retrouver quelque part (leur fille) » et maintient qu'ils n'ont jamais secoué leur fils, « tellement ils étaient inquiets ». Les investigations auprès des services sociaux de secteur confirment que la famille était suivie depuis le décès incomplètement élucidé de la sœur aînée et que, à la naissance de J, la maternité avait fait un signalement au service de Protection maternelle et infantile.

L'autopsie médico-légale établit comme cause immédiate du décès de J l'hémorragie méningée et l'hématome cérébro-frontal et confirme la présence d'hémorragies rétiniennes.

Un collègue d'experts conclut à un « décès dû aux conséquences d'une hémorragie cérébro-méningée d'origine traumatique dans le cadre du syndrome de l'enfant secoué » et souligne que « les causes sont identiques pour le frère et la sœur ».

Le couple est mis en examen pour violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Les deux parents maintiennent tout au long de la procédure ne pas avoir secoué J et des expertises sont réalisées à la demande du magistrat instructeur pour explorer d'autres causes possibles « anomalies de composants fibrillaires, rupture d'anévrisme, syndrome de Marfan, malformations des vaisseaux cérébraux (...) maladie génétique »; selon les experts, aucune de ces hypothèses ne peut être retenue et le diagnostic de syndrome de l'enfant secoué est le plus probable.

Une dernière expertise est réalisée par un collège d'experts pour évaluer « *si lancer les enfants en l'air (...) avait pu être à l'origine du décès des deux enfants* ». Elle conclut que cela était possible et qu'il s'agissait d'un « *acte malveillant (car) de telles manœuvres provoquent des cris de peur ou de douleur, pleurs ou malaise grave (...) pour avoir entraîné les lésions cérébrales gravissimes responsables de la mort, elles avaient été poursuivies bien au-delà de la première manifestation d'intolérance de l'enfant (...) évidente maltraitance* ».

Le réquisitoire définitif requalifiant les faits en homicide involontaire par maladresse et imprudence précise que « *l'élément intentionnel de l'infraction reste difficile à établir (...) rien ne permet d'étayer le caractère volontaire des violences (...) il semble plutôt que, insuffisamment instruits des causes du décès de leur première fille, au sujet de laquelle ils admettent l'un et l'autre avoir eu des comportements inadaptés, ils aient reproduit des gestes tout à fait inappropriés au regard de son très jeune âge, avec leur deuxième garçon et ce, bien qu'ils ne le reconnaissent pas* ».

Renvoyés devant le Tribunal correctionnel, les parents sont relaxés 5 ans après les faits.

Cas K

K est un petit garçon de neuf mois hospitalisé après un malaise. Il décède le lendemain. L'hôpital fait obstacle médico-légal et signale le cas au parquet pour suspicion de mauvais traitement. Les radios effectuées font en effet état d'une fracture ancienne de la jambe droite et d'une fracture récente du crâne.

Le malaise est survenu en fin de journée, quand il était gardé au domicile de ses parents par l'employée recrutée à la naissance du frère aîné de K (2 ans et demi) pour s'occuper des enfants et de la maison. Les parents de K sont cadres supérieurs, ils travaillent tous les deux à temps plein, la mère a 32 ans. L'employée, âgée de 39 ans, a un niveau CAP et réside au

domicile de la famille depuis qu'elle a été recrutée par petite annonce sur les qualités de « *sérieuse et catholique pratiquante* ». Le père souligne « *elle faisait partie de la famille* ».

L'autopsie médico-légale révèle un hématome sous-dural récent associé une hémorragie rétinienne et à un traumatisme crânien récent consécutif à un choc unique, direct et violent sur le sommet du crâne.

Lors des auditions des parents de K et de l'employée, sont retrouvés plusieurs autres événements survenus lors de la garde par l'employée, en l'absence des parents et parfois de l'aîné, : une brûlure de la face au 2^{ème} degré lors d'un bain un mois avant le décès; des bleus et des griffures ainsi qu'une traction violente sur la jambe droite, reconnue par l'employée.

Les expertises radiologiques confirment les lésions semi-récentes (fracture métaphysodiaphysaire du tibia et du péroné droit, datant de 15 jours à un mois et demi) et donnent pour probable une fracture du crâne en région occipitale, d'environ deux mois.

Les expertises médicale et techniques menées au sujet de la brûlure de la face évoquent un mécanisme impliquant d'avoir maintenu volontairement le bébé sous l'eau chaude pendant plus de 10 secondes.

Une expertise collégiale de l'ensemble du dossier médical note aussi une cassure des courbes staturo-pondérales depuis l'âge d'environ 5 mois alors K avait un bon appétit et pas de problème de digestion. Elle conclut que « *l'association de lésions traumatiques d'âges différents associée à une cassure de la courbe de croissance et un antécédent de brûlure est fortement évocatrice de mauvais traitements* », et que l'hématome sous-dural est compatible avec le syndrome du bébé secoué.

Les parents ont été alarmés suite à la brûlure de la face de K et ont envisagé de licencier l'employée. Celle-ci s'éloigne quelques jours et leur écrit : « *je vais là-bas rencontrer le prêtre que je connais bien et partager l'accident (...) vraiment je suis peinée de cette histoire bien triste ... c'est trop lourd pour moi de la porter seule... car je me sens coupable (...) mais j'aime mon travail ici et j'aime vos enfants* ». Le couple renonce car « *elle s'occupait bien de l'aîné* ».

L'employée exprime en effet beaucoup d'affection et une préférence pour l'aîné : « *je trouvais nécessaire de m'amuser avec lui car ses parents ne prenaient pas le temps de s'amuser avec lui (...) je n'en veux pas aux parents de leur attitude vis à vis de (l'aîné) son éducation, c'est moi qui en ai assuré une grosse partie, il préférerait rester avec moi* ». Lors de sa garde à vue, elle avoue avoir eu une réaction de défiance à la naissance de K : « *lorsque j'ai vu K pour la*

première fois, je m'étais dit qu'il y avait danger ... danger pour moi parce que je m'étais trop investie pour l'aîné... il y avait danger pour K car j'avais peur qu'il me considère également comme sa maman ». L'aîné est calme, elle « le considère comme son fils (alors que le plus jeune est) nerveux ... il pleurait beaucoup (...) ce n'était ni de la rage ni de la mauvaise humeur, il pleurait souvent en se tortillant, en se cambrant ». Elle le trouve « triste (et) maigrichon ».

L'entourage familial trouve que K est un bébé « *triste, qui pleurait beaucoup* », et observe qu'il a (vers l'âge de 5 mois) des « *réactions nerveuses et des soubresauts* » qui sont interprétés comme des suites de l'accouchement difficile (cordon ombilical autour du cou). La mère de K dit n'avoir « *jamais vu le bébé se déplacer tout seul (...) il commençait tout juste à se tenir assis (...) tout juste capable d'esquisser un geste vers nous* ».

Lors de l'hospitalisation de K consécutive à la brûlure, le médecin ne note rien d'alarmant hormis la brûlure. Le médecin de famille qui l'a examiné une semaine avant le décès ne signale rien de particulier malgré la stagnation pondérale.

Interrogée à plusieurs reprises sur les circonstances du traumatisme ayant entraîné le décès, l'employée nie de façon constante toute responsabilité et n'admet lui avoir donné qu'une « *tape dans le dos* ».

L'expertise médico-psychologique ne trouve aucune déficience intellectuelle, ni troubles ou pathologies psychiatriques. Son examen psychiatrique confirme l'absence de pathologie psychiatrique et évalue qu'il n'y a pas eu au moment des faits d'altération du discernement. Il est noté que « *si elle a commis les faits, force est de constater sa dangerosité d'autant qu'elle nie les faits* ».

Poursuivie pour violences habituelles sur mineur ayant entraîné la mort sans intention de la donner, l'employée est condamnée en appel à 10 ans d'emprisonnement.

III. DECES ACCIDENTEL D'UN NOURRISSON

Cas L

Les pompiers et le Samu interviennent au domicile des parents de L pour une noyade accidentelle dans la baignoire. En attendant les secours, la mère de L, paniquée, a fait un bouche à bouche. Elle explique avoir laissé son enfant dans la baignoire, dans 10 centimètres d'eau, le temps de préparer le repas tout en discutant avec sa voisine et l'avoir retrouvé noyé dans une baignoire remplie d'eau. Le nourrisson de 8 mois et demi ne peut être réanimé.

Les pompiers suspectent immédiatement de mauvais traitements, à cause des faits relatés et de l'état de saleté et de grand désordre du logement. Prévenue, la police se rend sur les lieux et place en garde à vue la mère.

L'autopsie médico-légale retrouve un œdème pulmonaire et conclut à un décès accidentel par noyade.

L est le dernier enfant d'une fratrie de 5 (même mère, 3 pères différents) dont l'aînée a 10 ans. La fratrie est suivie par la Protection maternelle et infantile et les services sociaux (1 action éducative en milieu ouvert est en cours); 2 des enfants ont 2 ans de retard scolaire. Aucun n'a été reconnu par le père. La mère, âgée de 31 ans, a un niveau CAP et a pour ressources principales les allocations. Son concubin, 28 ans, a un CAP et travaille comme ouvrier.

Interrogée sur les faits, la mère de L explique avoir l'habitude de laisser le bébé seul dans la baignoire dans peu d'eau (8-10 cm) « *pas d'eau plus haut que les oreilles* », allongé afin qu'il ne se cogne pas. Le jour de l'accident, elle va à la cuisine et discute avec son amie en préparant le repas : « *je pouvais pas laisser mon beurre!* ». La fille de son amie - qui aurait ouvert le robinet de la baignoire, alerte la mère qui retrouve L noyé dans la baignoire remplie.

L'enquête de personnalité évoque une mère « *de bonne volonté mais superficielle (qui) n'accorde pas suffisamment d'importance à certaines choses* ». L'expertise psychologique retrouve une personnalité frustrée, immature, d'efficacité intellectuelle modeste.

Mise en examen pour homicide involontaire par maladresse, imprudence, inattention, la mère de L est renvoyée devant le Tribunal correctionnel et condamnée à 4 mois d'emprisonnement avec sursis. Les autres enfants de la fratrie sont placés sur OPP (ordonnance de placement provisoire) par les services sociaux et une Aemo (action éducative en milieu ouvert) est envisagée.

Cas M

M est une petite fille de 10 mois dont le corps sans vie est retrouvé par ses parents, déchiqueté par le chien du couple. Ce sont les grands-parents maternels qui, prévenus par les parents, alertent les secours et la gendarmerie.

La mère de M, âgée de 27 ans, n'a pas d'activité professionnelle; le père, âgé de 30 ans, ne sait ni lire ni écrire et exerce une activité d'ouvrier agricole. Le couple vit dans une maison sans eau courante ni sanitaires ni chauffage, avec M, 2 chiens et 2 chats.

Interrogés sur les circonstances du décès, les parents expliquent s'être rendu la veille au soir à une fête de réveillon et, à leur retour, avoir laissé le bébé endormi dans la nacelle du landau posée sur le sol dans la cuisine, en présence de leur berger allemand. Ils disent ne rien avoir entendu, depuis la chambre où ils dormaient à l'étage et le père ajoute avoir « *pris des cachets pour les nerfs (...) des décontractants* ». L'entourage familial maternel le soupçonne de consommer du cannabis et d'en faire le trafic. Ses relations avec la mère et la sœur de sa concubine sont conflictuelles, celles-ci accusant le couple de négligence et d'être « *incapables de s'occuper correctement de l'enfant* ». La tante du bébé se présente d'ailleurs spontanément aux gendarmes pour un témoignage à charge.

La mère dit que M est « *une petite fille couvée et choyée (...) je voulais un peu le monopole du bébé* ». Concernant l'habitude de laisser le bébé dormir en présence de leur chien, elle ajoute que le médecin lui aurait conseillé de la mettre dans une pièce à part car « *elle sentait sa présence et que c'était un caprice* ».

Tous deux paraissent aux enquêteurs assez indifférents au décès de leur fille mais sont très affectés par la décision des gendarmes de faire piquer le berger allemand.

Un examen clinique du corps est réalisé sur place par un médecin généraliste, qui fait état d'une plaie cervicale très importante ainsi que du thorax déchiqueté. Aucune autopsie n'est pratiquée.

La gendarmerie conclut à un « *défaut de surveillance de la part des parents* » et transmet le rapport au parquet. La procédure est classée sans suite pour absence d'infraction 2 mois plus tard.

CAS N

Les pompiers et le Samu interviennent pour un incendie dans la cuisine d'un appartement. A leur arrivée, ils ne peuvent que constater le décès de N, petite fille de 6 semaines qui dormait dans la cuisine. Le corps de N est transféré dans un service médico-légal pour autopsie et un test d'alcoolémie est immédiatement pratiqué sur les parents, dont le résultat sera négatif. Les secours font hospitaliser la mère qui s'est gravement brûlée en tentant de lui porter secours.

La mère de N, âgée de 31 ans, a un diplôme de 2^{ème} cycle universitaire et travaille à mi-temps comme cadre moyen. Le père, âgé de 32 ans, a un diplôme technique supérieur et est cadre moyen. Le couple a 3 autres enfants, dont l'aîné est âgé de 5 ans. Très pratiquants, « *le désir d'enfants est à la base même de leur mariage* » soulignera un membre de l'entourage. Ils vivent dans un grand appartement bien tenu et se font aider régulièrement par une baby-sitter et une travailleuse familiale.

La veille des faits, une fête familiale a eu lieu au domicile de la famille pour le baptême du bébé. La nuit, réveillée par les pleurs de N, la mère l'allaite puis l'emmène dans son couffin à la cuisine et le pose sur la table de cuisson. Le couple a pris l'habitude d'isoler N du reste de l'appartement afin qu'elle ne réveille pas les autres membres de la famille car « *l'appartement est sonore* ». Quatre portes séparent le bébé du reste de l'appartement.

L'audition de la mère aura lieu plusieurs jours plus tard, après intervention du procureur auprès de l'hôpital qui refuse son autorisation et ne fournit pas de certificat médical. Selon ses déclarations, la nuit des faits, la mère a heurté le bouton de la plaque de cuisson en posant le couffin, elle le remet en position « arrêt » et retourne se coucher. Plus tard, elle est alertée par la fumée, se précipite dans la cuisine et prend N dans ses bras avant d'appeler les pompiers.

L'autopsie de N note l'absence de lésions de prise, de défense, de violence et retrouve des lésions de brûlure très étendues, profondes, avec carbonisation. L'expertise toxicologique conclut à une intoxication au monoxyde de carbone.

Une expertise incendie confirme que la puissance de la table de cuisson est suffisante pour déclencher l'incendie. Elle note que le voyant lumineux de la position « marche » fonctionne et qu'il est impossible de déclencher l'allumage par un basculement du couffin. Soulevant ces incohérences dans la relation des événements, l'expert ajoute que « *la mère ne remet absolument pas en cause son attitude* », et conclut à un décès d'origine accidentelle, avec « *un risque pris par la mère* ».

L'enquête de voisinage confirme que la mère aime et s'occupe bien de ses enfants et il est dit que « *jeune, elle voulait être mère au foyer et ne pas faire d'études* ».

L'examen psychiatrique de la mère met en évidence un syndrome dépressif post-traumatique.

La procédure est classée sans suite 6 mois plus tard pour infraction insuffisamment caractérisée.