



AUDITION PUBLIQUE

Syndrome du bébé secoué

Recommandations de la commission d'audition

Mai 2011

Avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Sommaire

Abréviations	3
Recommandations	4
1 Secouement : démarche diagnostique	4
1.1 Chez un nourrisson, vivant ou décédé, quels sont les signes cliniques pouvant ou devant faire évoquer le diagnostic, ou risquant d'égarer le diagnostic ?	4
1.2 Quelles sont les lésions et quel est le bilan clinique et paraclinique nécessaire et suffisant à leur mise en évidence ?	5
1.3 Diagnostics différentiels du secouement.....	6
1.4 Critères médicaux permettant, chez un enfant de moins de 1 an, de poser le diagnostic de traumatisme crânien infligé et plus précisément de secouement, les diagnostics différentiels ayant été écartés.....	7
2 Mécanisme causal des lésions.....	8
2.1 Secouement sans impact.....	9
2.2 Traumatisme crânien minime par chute de faible hauteur.....	9
2.3 Secouement par un enfant.....	9
2.4 Manœuvres considérées par l'entourage comme des jeux.....	9
2.5 Accouchement.....	10
2.6 Hypoxie, anoxie.....	10
2.7 Manœuvres de réanimation.....	11
2.8 Autres circonstances invoquées pour la survenue d'hémorragies rétiniennes.....	11
3 Dans quelle mesure peut-on dater le secouement ?.....	11
3.1 Datation d'après la symptomatologie clinique.....	11
3.2 Datation d'après les explorations complémentaires.....	11
3.3 Datation à partir des données anatomopathologiques.....	12
4 Y a-t-il des nourrissons prédisposés à la survenue d'un hématome sous-dural ? .	12
4.1 Expansion des espaces sous-arachnoïdiens.....	12
4.2 Un HSD peut-il survenir lors d'un désordre de la circulation du LCR ?.....	12
4.3 Ostéogenèse imparfaite.....	13
4.4 Nouveau saignement au décours d'un HSD.....	13
5 Quelles suites donner selon la probabilité diagnostique ?.....	13
5.1 Première hypothèse : le diagnostic de secouement est hautement probable voire certain, ou probable.....	13
5.1.1 Faut-il signaler ? Dans quels objectifs ?.....	13
5.1.2 Se concerter avant de signaler.....	13
5.1.3 Quelles procédures font suite au signalement ?.....	13
5.1.4 Qui peut signaler ?.....	14
5.1.5 À qui signaler ?.....	14
5.1.6 Quel est le contenu d'un signalement ?.....	14
5.1.7 Quand signaler ?.....	15
5.1.8 Quelles sont les conséquences pour l'enfant du non-signalement ?.....	15
5.1.9 Quels sont les risques pour les professionnels qui ne signalent pas ?.....	15
5.1.10 Quels sont les risques pour les professionnels qui signalent ?.....	16
5.1.11 Quelles informations donner aux parents ? Quels sont leurs droits ?.....	16
5.1.12 Quelles informations donner aux autres professionnels de l'équipe hospitalière et aux professionnels extérieurs ?.....	16
5.1.13 Quel retour donner aux professionnels suite au signalement ?.....	16
5.1.14 Quelles suites le procureur de la République peut-il donner à un signalement ?.....	16
5.2 Deuxième hypothèse : le diagnostic du secouement est possible.....	18

Audition publique- Recommandations
Syndrome du bébé secoué

5.2.1	Faut-il signaler ou transmettre une information préoccupante ?	18
5.2.2	Pourquoi transmettre une information préoccupante ?	18
5.2.3	Quelle information donner aux parents en cas de transmission d'une information préoccupante ?	18
5.2.4	La protection administrative de l'enfant	18
5.2.5	L'accompagnement des parents	18
5.3	Recommandations pratiques.....	19
5.3.1	Recommandations à l'intention des équipes hospitalières.....	19
5.3.2	Recommandations à l'intention du corps médical non hospitalier	20
5.3.3	Recommandations à l'intention des professionnels des services départementaux	21
5.3.4	Recommandations d'ordre général	21
Participants.....		22

Abréviations

CIVI	commission d'indemnisation des victimes d'infraction pénale
CRIP	cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes
EESA	expansion des espaces sous-arachnoïdiens
HR	hémorragie rétinienne
HSD	hématome sous-dural
IRM	imagerie par résonance magnétique
OPP	ordonnance de placement provisoire
SBS	syndrome du bébé secoué

Recommandations

1 Secouement : démarche diagnostique

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien. Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an.

Chaque année, 180 à 200 enfants seraient victimes, en France, de cette forme de maltraitance ; ce chiffre est certainement sous-évalué. La méconnaissance du diagnostic expose au risque de récurrence.

1.1 Chez un nourrisson, vivant ou décédé, quels sont les signes cliniques pouvant ou devant faire évoquer le diagnostic, ou risquant d'égarer le diagnostic ?

► Symptômes initiaux

- Dans les cas les plus graves, **l'enfant a été trouvé mort**. Il est essentiel de suivre dans ce cas les recommandations de la Haute Autorité de Santé¹. En particulier l'autopsie est essentielle ; sauf indication médico-légale et décision du procureur de la République, elle requiert l'autorisation des parents.
- **Une atteinte neurologique grave** peut être évoquée d'emblée : malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard, signes orientant vers une hypertension intracrânienne aiguë, voire vers un engagement.
- **D'autres signes orientent aussi vers une atteinte neurologique** : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.
- **Certains signes non spécifiques d'atteinte neurologique** peuvent égarer le diagnostic : modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

L'examen clinique doit être complet, sur un nourrisson dénudé ; il comprend en particulier **la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu**.

Étant donné l'absence de spécificité de certains signes, **leur association** présente un intérêt majeur : association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ; association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ; tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

► Absence d'intervalle libre

Dans la majorité des cas, sinon dans tous les cas, le secouement entraîne immédiatement des symptômes. Cela est bien sûr distinct du fait qu'il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation.

¹ Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations de bonne pratique. HAS. Février 2007.

► **Autres éléments pouvant faire évoquer un secouement**

- Données de l'anamnèse :
 - retard de recours aux soins ;
 - absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes selon le moment ou la personne interrogée ;
 - histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
 - consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
 - histoire de mort(s) non expliquée(s) dans la fratrie.

- Facteurs de risque :
 - les bébés secoués sont plus souvent des garçons, des prématurés ou des enfants issus de grossesses multiples ;
 - l'auteur du secouement est la plupart du temps un homme vivant avec la mère (qui peut être le père de l'enfant ou le compagnon de la mère), mais les gardiens de l'enfant sont en cause dans environ 1 cas sur 5 ;
 - tous les milieux socio-économiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés, mais il a été noté, d'une part, qu'une histoire de consommation d'alcool, de drogue illicite ou de violence familiale est un facteur de risque, d'autre part, que les auteurs du secouement ont souvent une méconnaissance importante des besoins ou comportements normaux de leur enfant ;
 - il existe fréquemment un isolement social et familial des parents.

► **Faut-il hospitaliser ?**

Penser au diagnostic de secouement doit conduire le médecin à faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant et à poser l'indication d'une hospitalisation en urgence.

1.2 Quelles sont les lésions et quel est le bilan clinique et paraclinique nécessaire et suffisant à leur mise en évidence ?

► **Lésions observées en cas de secouement**

Sont susceptibles d'être lésés dans le SBS les méninges, l'encéphale, l'œil et la moelle épinière. D'autres lésions peuvent être associées : lésions du cou et du rachis cervical, fractures des membres, des côtes, du crâne, ecchymoses et hématomes des téguments, des muscles du cou.

- **Lésions intracrâniennes :**
 - hématomes sous-duraux (HSD) :
 - habituellement plurifocaux qui peuvent être associés à des hémorragies sous-arachnoïdiennes,
 - mais l'HSD peut être unifocal,
 - une hémorragie au niveau de la faux du cerveau ou de la fosse postérieure est très évocatrice du diagnostic,
 - les hématomes sous-duraux ne sont pas constants dans le SBS ;
 - lésions cérébrales : elles peuvent être anoxiques, œdémateuses ou à type de contusion.

- **Hémorragies rétinienes :**
 - les hémorragies rétinienes (HR) sont quasi pathognomoniques de SBS quand elles sont multiples, profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à sa périphérie, avec parfois rétinopathie hémorragique, pli rétinien périmaculaire (HR de type 3, cf. tableau 1) ;
 - mais d'autres types d'HR peuvent se voir ;
 - elles sont absentes dans environ 20 % des cas. Elles ne sont donc pas indispensables au diagnostic, mais leur présence est un argument fort en faveur du diagnostic de secouement.

Type 1	Hémorragies intrarétiniennes, en flammèches, en taches ou ponctiformes, situées au pôle postérieur de l'œil
Type 2	Hémorragies en dôme prérétiniennes, de petite taille, localisées au pôle postérieur de l'œil, autour de la papille et le long des arcades vasculaires, ou en moyenne périphérie. Elles sont isolées ou associées à des HR de type 1
Type 3	Hémorragies multiples de tous types (intra, pré ou sous-rétiniennes), profuses, tapissant toute la rétine ou l'éclaboussant jusqu'à la périphérie, associées à un placard hémorragique prémaculaire, uni ou bilatéral

- **Lésions cutanées** : les ecchymoses sont, en l'absence de cause médicale, très évocatrices de mauvais traitements chez un enfant qui ne se déplace pas seul.
- **Lésions osseuses** : les lésions osseuses sont évocatrices de mauvais traitements, particulièrement les fractures de côtes ou les images de cals costaux, les arrachements métaphysaires, les appositions périostées.
- **Lésions des muscles du cou, du rachis ou de la moelle cervicale.**

► **Bilan clinique et paraclinique chez un enfant vivant**

- **Bilan clinique** : examen complet, en particulier courbe de périmètre crânien, recherche d'éventuelles lésions traumatiques (qu'il faut photographier), état de la fontanelle, examen neurologique.
- **Scanner cérébral** : examen de première intention. Il objective les lésions hémorragiques et l'œdème cérébral. S'il est normal, il peut, en cas de doute, être répété 12 ou 24 heures plus tard.
- **Examen ophtalmologique après dilatation** : il doit être fait au plus tard dans les 48 à 72 heures par un ophtalmologiste expérimenté.
- **IRM** : elle est faite dès que l'enfant est stable. Elle a un intérêt diagnostique majeur en phase aiguë. Elle permet un bilan complet des lésions axiales ou extra-axiales, hémorragiques ou non ; elle explore également le tronc cérébral, la moelle épinière, la région cervicale. Elle fait partie du bilan lésionnel qui doit être fait avant la sortie de l'hôpital.
- **Autres examens nécessaires** :
 - hémogramme, TP, TCA, facteurs de coagulation ;
 - radiographies de tout le squelette, faites selon les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie² ;
 - une scintigraphie osseuse peut objectiver des lésions osseuses inapparentes sur les radios.

1.3 Diagnostics différentiels du secouement

Le diagnostic différentiel principal est le traumatisme crânien accidentel.

Des diagnostics médicaux, plus rares, doivent également être éliminés :

- troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis (thrombopénies) ;
- malformations artério-veineuses cérébrales, exceptionnelles avant 1 an ;
- maladies métaboliques (très rares) :

² Tout enfant de moins de 2 ans chez qui on soupçonne une maltraitance doit avoir des radiographies de tous les os du squelette (et non une radiographie « corps entier ») : radiographies du squelette axial (thorax face et profil, éventuellement trois quarts, pour voir les côtes, le rachis dorsal et lombaire haut ; face et profil du bassin, permettant de voir le rachis lombaire moyen, radiographies de profil du rachis lombo-sacré, radiographies de face et de profil du rachis cervical, radiographies du crâne de face et de profil et autres incidences si nécessaire) et de tous les segments de membres.

- acidurie glutarique : diagnostic par chromatographie des acides organiques urinaires,
- maladie de Menkes : diagnostic par dosage du cuivre sérique et de la céruléoplasmine ;
- l'ostéogenèse imparfaite est parfois citée comme diagnostic différentiel, mais le tableau d'ensemble est très différent et il n'est pas établi de lien de cause à effet avec la présence d'HSD.

1.4 Critères médicaux permettant, chez un enfant de moins de 1 an, de poser le diagnostic de traumatisme crânien infligé et plus précisément de secouement, les diagnostics différentiels ayant été écartés

► Conduite à tenir selon la situation clinique

- **Enfant décédé** : l'autopsie (elle requiert le consentement des parents) est recommandée devant toute mort inattendue. *A fortiori* en cas de suspicion de traumatisme crânien infligé : faire un signalement au procureur de la République qui peut ordonner une autopsie médico-légale.
- **Détresse neurologique aiguë inaugurale** : scanner cérébral en urgence à la recherche d'hémorragies intracrâniennes → recherche des autres signes.
- **Signes orientant vers une atteinte neurologique ou certains signes non spécifiques** (vomissements, troubles respiratoires, pâleur, bébé douloureux) :
 - palpation de la fontanelle et mesure du périmètre crânien ;
 - noter une association de signes ;
 - rechercher d'autres signes de maltraitance ;
 - description éventuelle d'un geste de secouement.→ L'essentiel est d'évoquer un secouement et de faire un bilan complet, dont un scanner cérébral et un examen du fond d'œil.

Devant toute suspicion de secouement, le médecin doit faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant et de la nécessité absolue d'hospitaliser l'enfant.

Ont une grande valeur diagnostique :

- une histoire incohérente, absente ou non compatible avec les lésions constatées et l'âge de l'enfant ;
- des HSD plurifocaux, en particulier au niveau de la faux du cerveau ou de la fosse postérieure ;
- des HR profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à la périphérie, avec hémorragies en dôme ou en placard, ou à un pli rétinien périmaculaire.

► Critères diagnostiques selon les lésions observées

Chez un enfant de moins de 1 an, après élimination des diagnostics différentiels :

- **Le diagnostic de traumatisme crânien infligé par secouement est hautement probable, voire certain, si :**
 - hémorragies intracrâniennes extra-axiales (HSD, hémorragies sous-arachnoïdiennes) plurifocales,
 - **ET** HR profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à la périphérie,
 - **ET** histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant.

La coexistence de ces trois éléments diagnostiques, tels qu'ils sont décrits, fait porter le diagnostic de traumatisme crânien infligé, vraisemblablement par secousses.

Association possible avec :

- lésions cérébrales hypoxiques ;
 - lésions cervicales (hématome intracanalair, lésions médullaires, lésions de la jonction occipito-vertébrale ou cervico-dorsale) ;
 - description d'un secouement violent par une personne qui y a assisté.
- **Le diagnostic de traumatisme crânien infligé par secouement est probable si :**
 - hémorragies intracrâniennes extra-axiales plurifocales, avec ou sans HR de tous les types,
 - **OU BIEN** hémorragie extra-axiale unifocale avec HR de type 2 ou 3,
 - **ET** histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.
 - En cas d'HSD unifocal et d'HR limitées au pôle postérieur (type 1), avec une histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant, **il n'y a pas de consensus au sein de la commission d'audition pour déterminer si le diagnostic de secouement doit être considéré comme probable ou comme possible.**
 - **Le diagnostic de traumatisme crânien infligé par secouement est possible si :**
 - HSD unifocal,
 - **ET** histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.
 - **Le diagnostic de secouement peut être écarté si :**
 - HSD unifocal, avec éventuellement fracture linéaire et ecchymose en regard,
 - **ET** histoire clinique constante, compatible avec les lésions et avec l'âge de l'enfant, et décrivant un traumatisme crânien accidentel violent.

2 Mécanisme causal des lésions

Les lésions observées dans le SBS n'étant pas spécifiques, même si certaines sont très évocatrices, il est important de déterminer quelles lésions peuvent être constatées lors de manœuvres fréquemment invoquées par les adultes lorsqu'un enfant est amené à l'hôpital après un secouement non reconnu. Les mécanismes le plus fréquemment mis en avant sont la chute de l'enfant et sa réanimation après un malaise. Par ailleurs, le secouement a pu être jugé par certains comme insuffisant à lui seul à créer des lésions, un impact associé étant considéré comme indispensable. C'est pourquoi, afin d'aider au diagnostic de secouement, la question suivante est traitée ici : en présence d'un hématome sous-dural +/- hémorragie sous-arachnoïdienne, d'hémorragies rétiniques, isolément ou en association, quels mécanismes ou circonstances peuvent être en cause ?

Les mécanismes et circonstances suivantes sont étudiés :

- secouement sans impact ;
- traumatisme crânien minime par chute de faible hauteur ;
- jeu ;
- accouchement ;
- hypoxie ou anoxie ;
- manœuvres de réanimation.

2.1 Secouement sans impact

- **HSD** : un HSD peut survenir lors d'un secouement en l'absence d'impact. La survenue d'un HSD, y compris chez les enfants les plus jeunes, est davantage liée au mécanisme de secouement qu'à l'existence d'un impact.
- **HR** : les HR, de type 3 mais aussi de types 1 et 2, peuvent survenir lors d'un secouement en l'absence d'impact et semblent même davantage liées au mécanisme de secouement qu'à l'existence d'un impact. Les HR de type 3, exceptionnelles dans d'autres circonstances, sont quasi pathognomoniques d'un secouement.

2.2 Traumatisme crânien minime par chute de faible hauteur

Le mécanisme des chutes de faible hauteur est particulièrement important à étudier car il constitue le premier mécanisme allégué par les adultes pour justifier les symptômes constatés chez un nourrisson.

- **Mortalité** : le taux de mortalité immédiate ou différée après une chute de faible hauteur (< 1,5 m) est très faible, estimée inférieure à 0,48 /million d'enfants de moins de 5 ans et par an. Le faible risque de mortalité par chute de faible hauteur est souligné par le fait que, même pour les chutes de grande hauteur, la mortalité est très faible.
- **Signes cliniques** : une chute de faible hauteur ne cause aucune manifestation clinique conséquente dans la majorité des cas : moins de la moitié des enfants peuvent avoir des ecchymoses et parfois une fracture simple du crâne, sans séquelles.
- **HSD** :
 - au plan clinique, une chute de faible hauteur est exceptionnellement à l'origine d'un HSD qui est dans ce cas localisé et en regard d'un trait de fracture ;
 - au plan biomécanique, même si des études sont nécessaires afin de déterminer les limites lésionnelles chez l'enfant (qui ne sont pour l'heure pas connues), les résultats convergent et, avec des valeurs mesurées très inférieures aux seuils lésionnels de l'adulte, montrent qu'il est très vraisemblable que, dans le cas des chutes étudiées, des lésions cérébrales graves ne peuvent survenir.
- **HR** : une chute de faible hauteur est exceptionnellement à l'origine d'HR qui, lorsqu'elles existent :
 - ne sont jamais étendues soit en surface (elles sont localisées au seul pôle postérieur de l'œil), soit en profondeur ;
 - sont le plus souvent unilatérales ;
 - sont le plus souvent associées à un hématome extradural et non à un HSD.
- **HSD + HR** : il n'a été retrouvé dans la littérature aucun cas d'enfant de moins de 1 an ayant, après une chute de faible hauteur, l'association d'un HSD et d'HR.

2.3 Secouement par un enfant

Concernant ce mécanisme, les seuls arguments retrouvés dans la littérature sont des éléments biomécaniques. Les enfants de moins de 9 ans sont incapables de secouer des masses correspondant à un poids de 7 kg (poids d'un enfant de 6 mois). De plus, l'accélération du secouement, lorsqu'il est possible pour des enfants plus grands, est pratiquement inférieure de moitié à celle générée par un adulte.

2.4 Manœuvres considérées par l'entourage comme des jeux

Un mécanisme parfois invoqué par les adultes est le secouement du bébé dans un siège de type transat par jeu.

- **Biomécanique** : les accélérations calculées en cas de secouement d'un siège de bébé de type transat ne peuvent être considérées comme lésionnelles.

- **Données cliniques** : il n'a été retrouvé ni dans la littérature ni dans l'expérience des experts de cas de traumatismes crânio-cérébraux avec HR ou HSD survenus à l'occasion d'un jeu de ce type.

Il n'y a pas de données dans la littérature sur d'autres manœuvres considérées comme des jeux.

2.5 Accouchement

La responsabilité de l'accouchement est parfois invoquée en présence d'HSD ou d'HR. Il convient de préciser les lésions observables après accouchement et leur évolution chez un enfant asymptomatique.

Les lésions sous-durales survenant lors d'un accouchement ne sont pas liées à des impacts, mais correspondent à des phénomènes de compression « statiques ».

- **HSD** :
 - un HSD asymptomatique peut se rencontrer précocement (< 72 h) après un accouchement, avec une fréquence variable de 9 % à 46 % en fonction des modalités d'imagerie, de la date des explorations et des modalités de l'accouchement ;
 - le taux d'hémorragies intracrâniennes est supérieur chez les enfants nés avec ventouse, forceps ou par césarienne réalisée après déclenchement du travail par rapport aux enfants nés sans instrumentation ou nés par césarienne réalisée avant le déclenchement du travail ;
 - dans les études publiées concernant des nouveau-nés asymptomatiques (qui n'ont pas eu d'examen du fond d'œil), des HSD peuvent exister à l'imagerie cérébrale. Ils sont situés généralement en sus-tentorial dans la moitié postérieure (et non dans la moitié antérieure) du crâne ou bien dans la fosse postérieure, localisations qui sont trouvées dans les traumatismes crâniens infligés. Ces HSD sont souvent plurifocaux. Ils sont, lorsque cela a été précisé, homogènes et de même âge. Ils se résolvent spontanément en 1 mois ou moins.
- **HR** : particulièrement après utilisation de ventouse et de forceps, des HR de tous types, mais en majorité de type 1 ou 2, peuvent exister dans un tiers des cas chez des nouveau-nés asymptomatiques. Elles disparaissent en moins de 1 mois, le plus souvent en quelques jours.
- **HR + HSD** : il n'y a pas d'étude disponible.

2.6 Hypoxie, anoxie

- **HSD** :
 - en imagerie, 3 études rétrospectives ont montré l'absence d'HSD chez des enfants avec hypoxie grave, dont certains en arrêt cardiaque prolongé ;
 - études autopsiques : alors que les décès des enfants de moins de 1 an sont fréquemment liés à une hypoxie grave, un HSD est rarement retrouvé à l'autopsie et dans ce cas une cause est identifiée. Dans une population particulière constituée de fœtus et d'enfants décédés dans le premier mois de vie et le plus souvent dans la première semaine de vie, l'hypoxie est susceptible d'être à l'origine, de contribuer ou d'être associée à des hémorragies intradurales décelables histologiquement et au maximum à des épanchement sous-duraux très fins sus-tentoriels postérieurs et sous-tentoriels. L'hypoxie n'entraîne pas d'HSD macroscopiques chez des enfants de plus de 1 mois de vie.
- **HR** : l'hypoxie aiguë, telle qu'elle peut se produire lors d'une suffocation, alors qu'elle provoque fréquemment des pétéchies à la surface des poumons, du cœur ou d'autres viscères, ne provoque pas d'HR.

2.7 Manœuvres de réanimation

Des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire sont parfois alléguées comme pouvant être à l'origine d'un HSD.

- **HSD** : aucune étude dans la littérature n'a été identifiée rapportant une association entre HSD et réanimation cardio-respiratoire. Les lésions intracrâniennes constatées à la suite de réanimation sont liées avant tout à ce qui a justifié la réanimation.
- **HR** : les rares études disponibles concernent une réanimation préhospitalière ou hospitalière par des professionnels de santé. Les HR sont exceptionnellement retrouvées chez les nourrissons qui n'ont ni traumatisme crânien, ni maladie hémorragique et qui ont bénéficié d'une réanimation cardio-respiratoire, même prolongée. Il s'agit alors d'HR punctiformes ou en flammèches, peu nombreuses, parfois à centre blanc, localisées au pôle postérieur, uni ou bilatérales.

2.8 Autres circonstances invoquées pour la survenue d'hémorragies rétiniennes

- **Convulsions** : les HR sont exceptionnelles.
- **Toux** : aucune HR n'a été constatée dans une série de 100 enfants ayant une toux persistante.
- **Vomissements** : aucune HR n'a été constatée dans une série de 100 enfants ayant des vomissements par sténose du pylore.

3 Dans quelle mesure peut-on dater le secouement ?

La datation repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques (les examens peuvent être répétés), éventuellement anatomopathologiques et de données d'interrogatoire.

3.1 Datation d'après la symptomatologie clinique

Plusieurs publications, qui ont étudié les récits complets des faits par les auteurs ou par des tiers au contact de l'enfant au décours d'un secouement, indiquent que les symptômes, lorsqu'ils existent, surviennent immédiatement : l'enfant a d'emblée un comportement inhabituel.

3.2 Datation d'après les explorations complémentaires

► Hémorragies rétiniennes

La datation des HR est difficile.

Les hémorragies intrarétiniennes disparaissent en quelques jours. Seule leur association à des cicatrices, des séquelles d'hémorragies prérétiniennes ou sous-rétiniennes (cicatrices blanches circulaires de plis rétiniens, syndrome de rétraction maculaire, zones de pigmentation et d'atrophie rétinienne en particulier maculaire ou en extrême périphérie rétinienne, cicatrices fibro-gliales), pourrait être considérée comme la coexistence de lésions anciennes et récentes.

► Hématome sous-dural et hémorragie sous-arachnoïdienne

La fourchette de datation d'un HSD aigu est large, toujours supérieure à 10 jours, que ce soit par le scanner ou l'IRM. Il est donc difficile d'obtenir une datation précise à partir de l'imagerie.

Par ailleurs, il est à noter :

- un HSD hétérogène n'est pas spécifique d'un type de mécanisme particulier et n'implique pas la répétition ;

- un HSD hétérogène peut refléter un nouveau saignement à partir des capillaires d'une membrane néoformée sans qu'il y ait nouveau secouement ;
- des enfants peuvent être victimes de plusieurs épisodes de secousses avec la superposition possible de lésions d'âge différent, aiguës et plus anciennes. La présence de plusieurs HSD de densité différente prend alors toute sa valeur.

3.3 Datation à partir des données anatomopathologiques

La datation anatomopathologique est relativement précise, mais ne peut se faire de façon complète qu'à l'autopsie. La sommation et le recoupement de l'ensemble des données cliniques, d'imagerie et d'anatomopathologie permettent de considérablement réduire l'estimation de l'intervalle de temps pendant lequel le traumatisme a eu lieu. On peut arriver ainsi à des créneaux d'une journée voire parfois d'une demi-journée.

L'étude de l'HSD doit être macroscopique et histologique. La datation se fait à la fois sur l'aspect du caillot, de la dure-mère et de la surface méningée du cerveau. L'étude d'éventuelles contusions cérébrales, en particulier l'étude immuno-histochimique des macrophages, peut aider à la datation. Un autre élément, non spécifique, aidant à la datation du stress est la présence ou non d'une involution thymique aiguë. Seule l'autopsie peut donc permettre une datation précise.

4 Y a-t-il des nourrissons prédisposés à la survenue d'un hématome sous-dural ?

4.1 Expansion des espaces sous-arachnoïdiens

La constatation d'un élargissement des espaces péricérébraux coexistant avec un HSD est à l'origine de 2 hypothèses.

- ▶ **Première hypothèse : l'élargissement observé des espaces péricérébraux entre dans le cadre d'une expansion des espaces sous-arachnoïdiens (EESA), entité qui prédisposerait à la survenue de l'HSD**

Il n'a pas été trouvé d'arguments dans la littérature permettant d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'EESA est un facteur favorisant d'HSD chez le nourrisson.

- ▶ **Deuxième hypothèse : l'élargissement observé des espaces péricérébraux est la conséquence d'un traumatisme crânien antérieur méconnu**

Deux études prospectives plaident pour le fait que l'élargissement des espaces péricérébraux objectivé à la phase initiale d'un traumatisme crânien correspond non à une EESA, mais à des lésions séquellaires d'un traumatisme crânien antérieur méconnu.

Une étude de suivi d'une cohorte de nourrissons ayant une EESA et de nourrissons secoués au plan de l'évolution des images cérébrales serait très utile à la connaissance de l'histoire naturelle de ces entités.

4.2 Un HSD peut-il survenir lors d'un désordre de la circulation du LCR ?

Un HSD peut survenir en cas de drainage de LCR trop important, de déshydratation majeure, également comme complication de kyste arachnoïdien en postopératoire. Mais il s'agit dans tous ces cas d'un contexte diagnostique particulier.

4.3 Ostéogenèse imparfaite

L'ostéogenèse imparfaite constitue un diagnostic différentiel pour les fractures diaphysaires et non métaphysaires. En revanche, même si 2 articles font état de la survenue d'un HSD chez des enfants ayant une ostéogenèse imparfaite, un lien entre celle-ci et la survenue d'HSD n'est pas établi. L'HSD ne fait pas partie de la symptomatologie habituelle de l'ostéogenèse imparfaite.

4.4 Nouveau saignement au décours d'un HSD

Un nouveau saignement peut survenir à partir des capillaires d'une membrane néoformée, qu'il y ait nouveau secouement ou pas.

5 Quelles suites donner selon la probabilité diagnostique ?

Deux hypothèses sont envisagées :

- le diagnostic de secouement est hautement probable voire certain, ou probable ;
- le diagnostic de secouement est possible.

Un ensemble de recommandations pratiques est exposé ensuite.

5.1 Première hypothèse : le diagnostic de secouement est hautement probable voire certain, ou probable

L'enfant doit être protégé et ses droits en tant que victime doivent être préservés.

5.1.1 Faut-il signaler ? Dans quels objectifs ?

Le terme de signalement est réservé à toute transmission au procureur de la République concernant la situation d'un enfant en danger ou susceptible de l'être.

Le signalement au procureur de la République, avec copie au président du conseil général, s'impose. Est ainsi déclenchée une double procédure, civile pour protéger l'enfant sans délai et pénale puisqu'il s'agit d'une infraction.

5.1.2 Se concerter avant de signaler

Une première réunion d'au moins 2 professionnels doit avoir lieu sans délai et faire l'objet d'un compte rendu. Un signalement peut ainsi être fait sans retard. Une évaluation médico-psychosociale plus complète sera faite dans un 2^e temps.

5.1.3 Quelles procédures font suite au signalement ?

► La procédure civile

Le procureur de la République peut délivrer une ordonnance de placement provisoire (OPP), ce qui permet la protection immédiate de l'enfant et d'éviter que les parents puissent reprendre l'enfant (mise en péril de l'enfant en cas de retour immédiat au domicile). Cette décision sans appel est valable 8 jours, pendant lesquels le juge des enfants peut être saisi. Celui-ci statue dans les 15 jours après sa saisine, après avoir convoqué les détenteurs de l'autorité parentale ; il peut prolonger la mesure de protection de l'enfant, prononcer une mesure de placement (susceptible d'appel par les parents) ou mettre en place d'autres mesures d'assistance éducative.

► La procédure pénale

La saisine du procureur de la République permet de déclencher sans délai une enquête pénale, de rechercher le ou les auteurs et de les poursuivre éventuellement. En cas de décès et d'obstacle à l'inhumation, une autopsie médico-légale peut être ordonnée par le procureur.

5.1.4 Qui peut signaler ?

Toute personne ayant connaissance de mauvais traitements sur mineur, toute personne exerçant dans un établissement public ou privé ayant connaissance de la situation de mineur en danger ou susceptible de l'être, toute autorité publique ou tout fonctionnaire amené à connaître dans l'exercice de ses fonctions un crime ou un délit, doit aviser sans délai l'autorité compétente.

Il importe de se référer aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal qui définissent le secret professionnel. Les autres articles importants du Code pénal, du Code de l'action sociale et des familles, du Code de procédure pénale, du Code de déontologie médicale (article 44), sont détaillés dans le rapport d'orientation de l'audition publique.

5.1.5 À qui signaler ?

Le secouement revêt un caractère de gravité qui justifie la saisine directe du procureur de la République au titre de la protection de l'enfant. Le signalement se justifie également parce qu'il s'agit d'une infraction pénale.

Le procureur de la République peut délivrer une OPP, engager l'enquête pénale, nommer un administrateur *ad hoc*. Il peut aussi saisir la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (voir 5.2.1).

5.1.6 Quel est le contenu d'un signalement ?

Le signalement n'est pas défini juridiquement. Il n'existe aucun texte légal ou réglementaire précisant le contenu du signalement et les modalités de transmission au procureur de la République.

Cependant, un certain nombre de règles doivent être respectées pour établir un écrit objectif :

- en aucun cas, la personne qui signale ne peut nommément mettre en cause ou viser une personne comme auteur de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale ;
- il importe de bien séparer les faits constatés et les propos rapportés, de toujours préciser l'origine des informations (propos des parents, du travailleur social, etc.) afin notamment de lever toute ambiguïté pour le destinataire, d'utiliser le conditionnel, le style indirect ou de mettre les propos rapportés entre guillemets.

Le contenu du signalement peut être le suivant.

Mentions indispensables :

- nom et adresse du destinataire ;
- nom, qualité et adresse professionnelle du (des) rédacteur(s) ;
- nom, adresse, numéro de téléphone des parents ;
- description chronologique des faits concernant le mineur ;
- constat médical initial avec résultats des principaux examens complémentaires et hypothèses sur l'origine des lésions ; si le certificat médical initial est joint, il est indépendant du rapport de signalement ;
- mention relative à la gravité de la situation justifiant l'envoi direct au parquet ;
- précisions sur le suivi immédiat envisagé par le médecin ou l'équipe médicale ;
- date, signature(s).

Ajouter dans la mesure du possible (en complément du signalement initial) :

- renseignements administratifs détaillés concernant la famille : composition, âges, professions, etc. ;
- modes de garde de l'enfant : parents, nourrice, crèche, autre(s) personne(s) ;
- explications fournies par l'entourage sur les lésions constatées et compatibilité entre les explications et les constatations médicales ;
- contacts déjà pris en mentionnant les noms, qualités et adresses des autres professionnels éventuellement contactés ou impliqués (PMI, crèche, halte-garderie, etc.).

Il est recommandé que chaque établissement hospitalier définisse la procédure à suivre par son personnel en cas de signalement au procureur de la République concernant les cas d'enfants victimes de secouement. Les consignes suivantes peuvent être retenues :

- établir un document cosigné par le médecin hospitalier en charge de l'enfant et par l'assistant de service social, et éventuellement complété par le psychologue ou le psychiatre qui s'est entretenu avec la famille ;
- lorsqu'une protection immédiate de l'enfant apparaît nécessaire, il est recommandé de contacter le procureur de la République par téléphone, puis de confirmer le signalement par écrit de la manière suivante :
 - adresser le signalement simultanément par télécopie et par lettre recommandée avec accusé de réception, en conservant un double dans le dossier hospitalier,
 - adresser une copie au président du conseil général conformément à l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Il est recommandé de demander dans le signalement que des informations sur les suites données par le procureur de la République soient fournies au(x) rédacteur(s).

5.1.7 Quand signaler ?

Il y a lieu de signaler dans les meilleurs délais pour protéger immédiatement l'enfant et pour ne pas compromettre l'enquête pénale. Plus le signalement se situe près des faits, plus l'enquête pénale sera efficace rapidement.

Cela ne dispense toutefois pas d'une réflexion collégiale, toujours indispensable, qui permet de compléter le signalement.

5.1.8 Quelles sont les conséquences pour l'enfant du non-signalement ?

L'enfant ne peut bénéficier d'une protection judiciaire que si le procureur de la République est saisi ; l'enquête pénale, une indemnisation ultérieure et la désignation d'un administrateur *ad hoc* dépendent également de ce signalement.

5.1.9 Quels sont les risques pour les professionnels qui ne signalent pas ?

► Pour le médecin

L'article 44 du Code de déontologie médicale impose, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives en cas de sévices ou privation sur mineurs de 15 ans.

En cas de sévice grave, c'est le signalement qui est préconisé par le conseil de l'ordre .

Si le médecin n'alerte aucune de ces autorités, il s'expose aux sanctions de l'art. 223-6 du Code pénal.

Le fait que cette obligation soit assortie d'une clause de conscience n'en supprime nullement le caractère impératif, ce qui impose au médecin d'avoir à s'expliquer sur les circonstances particulières qui l'ont amené à ne pas alerter les autorités. Le médecin qui invoque la clause de conscience doit veiller toutefois à ce que des mesures de protection efficaces soient mises en place afin d'éviter la répétition du secouement ou de violences faites à l'enfant.

En cas de décès, si le secouement paraît hautement probable, probable ou possible, le médecin qui délivre le certificat de décès doit mentionner que ce décès pose des problèmes médico-légaux, faute de quoi il s'exposerait à des sanctions pénales pour infraction de faux et à des sanctions disciplinaires.

► Pour les autres professionnels

Les personnes soumises au secret professionnel peuvent ou non ne pas dénoncer des crimes et mauvais traitements, mais ont en tout cas une obligation de porter assistance à personne en péril.

5.1.10 Quels sont les risques pour les professionnels qui signalent ?

Il n'y a pas de risque hors le cas où le signalement serait assimilé à une dénonciation calomnieuse, c'est-à-dire s'il peut être prouvé que son rédacteur a agi de mauvaise foi, avec l'intention de nuire. Le dernier alinéa de l'article 226-14 du Code pénal dispose que « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire* ».

5.1.11 Quelles informations donner aux parents ? Quels sont leurs droits ?

L'équipe hospitalière doit concilier le besoin de dialogue et l'obligation d'information des parents avec l'efficacité de l'enquête.

Les parents doivent être informés du signalement sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant, ainsi que de la possibilité de porter plainte contre X s'ils ne nient pas le secouement, mais l'attribuent à une autre personne.

Le signalement fait partie du dossier judiciaire et non du dossier médical, et ne peut être communiqué aux parents que par l'autorité judiciaire.

5.1.12 Quelles informations donner aux autres professionnels de l'équipe hospitalière et aux professionnels extérieurs ?

Les informations communiquées à l'intérieur de l'équipe de soin doivent se limiter à ce qui est strictement nécessaire à chaque professionnel en vue d'établir le diagnostic ou d'assurer les soins ou l'évaluation pluridisciplinaire de la situation ou la protection de l'enfant.

L'obligation de secret quant aux informations communiquées s'applique, au-delà des membres du personnel, à toutes les personnes en relation, de par leurs activités, avec les établissements de santé (association d'aide aux malades, bénévoles, par exemple).

En ce qui concerne les professionnels extérieurs à l'établissement hospitalier, parmi lesquels les professionnels médico-sociaux, il importe que leur soient communiquées les informations qui leur sont nécessaires dans le cadre de leur mission, à des fins de protection, qu'il s'agisse d'évaluer la situation, de décider d'une protection, de prendre en charge ou d'assurer le suivi de l'enfant.

5.1.13 Quel retour donner aux professionnels suite au signalement ?

Le parquet doit informer en retour le professionnel qui a fait le signalement des suites données : enquête pénale en cours, saisine d'un juge des enfants, etc. Il est recommandé qu'une fiche navette soit établie entre le parquet et la personne qui a signalé.

5.1.14 Quelles suites le procureur de la République peut-il donner à un signalement ?

Un signalement transmis au parquet peut donner lieu à l'ouverture d'un dossier d'assistance éducative et/ou à l'ouverture d'une enquête pénale. Deux procédures parallèles et complémentaires peuvent donc être diligentées. Parallèlement, un administrateur *ad hoc* peut être désigné.

L'administrateur *ad hoc* peut être désigné par le procureur de la République, le juge d'instruction, le juge des enfants, la juridiction saisie de l'infraction pénale, le juge des tutelles.

L'administrateur *ad hoc* a une mission juridique et un rôle de référent et d'accompagnateur. Il est indépendant vis-à-vis du juge et des parents, mais il doit tenir le juge informé des grandes phases de la procédure et de l'accomplissement de sa mission.

L'administrateur *ad hoc* peut saisir d'emblée la commission d'indemnisation des victimes d'infraction pénale (CIVI), sans attendre l'issue de la procédure judiciaire.

► Enquête pénale

Elle est confiée à un service de police ou de gendarmerie, le plus souvent spécialisé (brigade spécialisée des mineurs) sous le contrôle du parquet.

Les membres de l'équipe hospitalière et les professionnels au contact de la famille peuvent être auditionnés. Ils doivent dire et communiquer les éléments qu'ils connaissent pour les besoins de l'enquête. Le personnel hospitalier et les travailleurs sociaux ne peuvent opposer le secret professionnel à un officier de police judiciaire qui instrumente sous la direction et le contrôle d'une autorité judiciaire.

Si le médecin reçoit une réquisition dans le cadre d'une enquête préliminaire, il peut communiquer les éléments qu'il connaît, mais n'est pas obligé de le faire, il peut se retrancher derrière le secret professionnel.

En cours d'enquête ou d'instruction, le dossier médical peut être saisi. Cette procédure doit respecter un formalisme indispensable à la préservation du secret médical.

Il importe que les experts qui interviennent lors de l'ouverture d'une information soient compétents dans le domaine concerné : pédiatrie, ophtalmologie, neurologie, médecine physique et réadaptation, radiologie, voire biomécanique.

► **Suites de l'enquête pénale**

L'affaire peut :

- être classée sans suite si l'infraction n'a pas été établie par manque de preuves, ou parce qu'elle n'a pu être imputée à quiconque ;
- donner lieu à une ouverture d'information, à la fin de laquelle le dossier peut faire l'objet d'un non-lieu ou bien d'un renvoi devant le tribunal correctionnel (en cas de qualification délictuelle de l'infraction) ou devant la cour d'assises (si qualification criminelle).

► **Ouverture d'un dossier d'assistance éducative**

Le juge des enfants, s'il est saisi, ordonne généralement une investigation et orientation éducative (IOE)³ avec une échéance de 6 mois (avec éventuellement placement immédiat de l'enfant), et peut décider ensuite soit une action éducative en milieu ouvert (AEMO), soit un placement de l'enfant en structure ou famille d'accueil.

Si le principe de la présomption d'innocence conduit, en cas de doute sur l'intention du préjudice ou sur l'identification de l'auteur des violences, à ne pas donner de suite sur le plan pénal, cela ne doit évidemment pas faire obstacle à la protection de l'enfant.

► **Quelles sont les qualifications pénales et les peines encourues par les auteurs ?**

Il n'existe pas de qualification pénale spécifique pour le secouement, mais celui-ci constitue dans tous les cas une infraction. Sont utilisées les qualifications pénales relatives aux violences involontaires ou volontaires avec circonstances aggravantes. Il convient de dissocier la volonté de l'acte de secouement de la volonté des conséquences de l'acte : le secouement ne peut être qualifié d'acte involontaire.

Le législateur a marqué de façon extrêmement nette, par l'importance des peines encourues, la sanction attachée à toute violence infligée à un mineur de 15 ans par un ascendant (les parents légitimes, naturels, ou adoptifs, les grands-parents si l'enfant leur a été confié) ou une personne ayant autorité sur lui (la nourrice, le mari ou concubin de celle-ci, ou un éventuel concubin de l'un des parents, ou encore toute personne qui a reçu mission de garder l'enfant). Le détail des peines encourues figure dans le rapport d'orientation.

A côté de l'auteur principal, d'autres personnes dans l'environnement de l'enfant peuvent être poursuivies pour n'avoir pas empêché un crime ou un délit contre l'enfant, ou pour non-assistance à personne en danger, ou pour, étant un ascendant ou une personne ayant autorité, avoir privé celui-ci de soins au point de compromettre sa santé.

Des peines complémentaires peuvent être prononcées : par exemple interdiction temporaire ou définitive faite à la personne chargée de garder l'enfant d'exercer son activité professionnelle.

³ Appelée à devenir la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE).

► **Quelles sont les conditions nécessaires à l'indemnisation de la victime ?**

Une indemnisation est possible dès lors que le secouement est retenu. Il est donc important qu'il le soit, même si l'auteur n'est pas identifié. Le signalement à l'autorité judiciaire est indispensable pour ouvrir la possibilité d'une indemnisation au long cours pour l'enfant qui a été victime d'un secouement.

La nomination d'un administrateur *ad hoc* pallie le fait que l'enfant n'a pas de capacité juridique.

L'existence de la CIVI est essentielle, que l'auteur des faits soit impécunieux ou qu'il n'ait pas été identifié. LA CIVI peut être saisie d'emblée, ou dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'infraction, ou dans l'année suivant la décision judiciaire ayant définitivement statué sur l'action publique ou sur l'action civile engagée devant la juridiction répressive. La victime a jusqu'à son 21^e anniversaire pour saisir la CIVI.

5.2 Deuxième hypothèse : le diagnostic du secouement est possible

Dans l'hypothèse où le diagnostic du secouement est possible, l'équipe hospitalière doit s'interroger à propos de la situation de l'enfant : son retour chez lui pose-t-il la question d'un risque de danger ? L'enfant a-t-il besoin d'une protection ?

5.2.1 Faut-il signaler ou transmettre une information préoccupante ?

L'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles modifié par la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance précise que « *Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'État et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours. Des protocoles sont établis pour déterminer les modalités de participation de l'État, de l'autorité judiciaire, des partenaires institutionnels, la collaboration des associations.* »

Dans cette hypothèse, l'équipe hospitalière transmet une information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (désignée CRIP dans la plupart des départements) conformément à l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles.

5.2.2 Pourquoi transmettre une information préoccupante ?

La saisine de la CRIP permet de se prononcer sur la nécessité de la protection du nourrisson.

La CRIP peut compléter l'évaluation hospitalière, décider d'évaluer la situation, transmettre immédiatement ou secondairement au procureur de la République, proposer une protection administrative.

5.2.3 Quelle information donner aux parents en cas de transmission d'une information préoccupante ?

Les parents doivent être informés de la transmission d'une information préoccupante concernant leur enfant, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

5.2.4 La protection administrative de l'enfant

Le président du conseil général peut la mettre en œuvre avec l'accord des parents. Il saisit le procureur de la République si les parents la refusent ou si elle est insuffisante pour protéger l'enfant.

5.2.5 L'accompagnement des parents

Si la protection de l'enfant n'apparaît pas nécessaire, mais qu'apparaisse un besoin d'aide et d'accompagnement, des actions de soutien à la parentalité peuvent être envisagées. Le recours à des professionnels de la protection maternelle et infantile, notamment par des visites à domicile,

doit être envisagé. Les « lieux d'accueil enfants-parents » au sein desquels pourra s'améliorer ou se construire la relation enfant-parent sont des réponses à privilégier.

5.3 Recommandations pratiques

Dans tous les cas, « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* » conformément à l'article premier de la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, codifié à l'article L. 112-4 du Code de l'action sociale et des familles.

5.3.1 Recommandations à l'intention des équipes hospitalières

► Coordination de l'équipe

En cas de probabilité diagnostique d'un secouement, il est indispensable, dans un premier temps, que l'équipe médicale (au moins deux professionnels) se réunisse pour faire le point sur les symptômes et les faits rapportés, mettre en commun les informations recueillies, les confronter, poser le diagnostic, évoquer le cas échéant d'autres mauvais traitements associés, clarifier les positions de chacun, débattre de l'opportunité de faire un signalement. Cette réunion doit se tenir sans délai et faire l'objet d'un compte rendu. Elle peut aboutir à un signalement immédiat.

En complément, une évaluation pluridisciplinaire médico-psycho-sociale de la situation est indispensable en vue d'analyser la situation de l'enfant, d'identifier les facteurs de risque, d'envisager la suite pour l'enfant, d'évoquer sa protection. Le temps de la réflexion collégiale n'est jamais une perte de temps et il convient de ne pas confondre vitesse et précipitation.

► Signalement

Il est recommandé que chaque service hospitalier définisse la procédure à suivre par le personnel hospitalier relative au signalement d'enfants victimes de secouement. Les consignes suivantes peuvent être retenues :

- effectuer un premier signalement en cas d'urgence, avec des mentions indispensables (voir encadré ci-dessus au 5.1.6), puis des informations complémentaires suite à une évaluation pluridisciplinaire ;
- le signalement est cosigné par le médecin hospitalier en charge de l'enfant et l'assistant de service social. Il est éventuellement complété par le psychologue ou psychiatre qui s'est entretenu avec la famille. La communication des éléments de contexte, de compatibilité et la rédaction d'éléments médicaux sont nécessaires ;
- le signalement est adressé simultanément par télécopie et par lettre recommandée avec accusé de réception, en conservant un double dans le dossier hospitalier ;
- en cas d'envoi direct au parquet, une copie doit être adressée au président du conseil général.

Une OPP, prise à titre conservatoire par le procureur de la République, ne préjuge pas de la suite judiciaire et ne peut qu'être recommandée de manière à permettre la protection immédiate de l'enfant.

Il y a lieu de signaler dans les meilleurs délais pour protéger immédiatement l'enfant et pour ne pas compromettre l'enquête. Plus le signalement se situe près des faits, plus l'enquête pénale sera efficace rapidement.

Il est recommandé que le protocole départemental établi conformément à la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, entre le conseil général, le parquet, les hôpitaux et d'autres intervenants susceptibles de connaître des situations d'enfants en danger, dont des cas d'enfants victimes de secouement, prévoie à cet égard des consignes claires et valables pour tout le département.

Dès lors que le diagnostic de secouement a été posé comme étant la ou l'une des causes possibles de la mort d'un bébé, le médecin qui délivre le certificat de décès doit mentionner que ce décès pose des problèmes médico-légaux.

► **Dialogue avec les parents et la famille**

Dans la phase diagnostique, le dialogue avec les parents est indispensable, notamment pour recueillir leurs explications quant aux lésions présentées par l'enfant. Il ne s'agit pas de se déterminer sur les circonstances et les justifications du secouement, ni sur l'auteur et l'opportunité à poursuivre, questions qui relèvent de la seule compétence du procureur de la République.

Il convient de les informer que, compte tenu de la gravité de la situation de leur enfant, le parquet sera avisé, en leur précisant que celui-ci appréciera les suites à donner. Cette démarche, qui demande une disponibilité et des capacités d'écoute, est au mieux menée par un des médecins responsables, accompagné d'un autre membre de l'équipe. Il est indispensable d'essayer de leur faire comprendre qu'il ne s'agit pas de les dénoncer, mais de dénoncer une situation de danger et de protéger leur enfant.

Les parents doivent être informés du signalement (sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant), de la possibilité d'une OPP prise par le procureur de la République, ainsi que de la possibilité de porter plainte contre X si eux-mêmes ne nient pas le secouement mais l'attribuent à une autre personne.

Le dialogue nécessaire et l'obligation d'information des parents ne doivent cependant ni gêner ni compromettre l'enquête judiciaire.

► **Échanges d'informations avec le parquet**

Il est recommandé qu'une fiche navette soit établie entre le parquet et la personne qui a signalé. Afin d'instaurer cette pratique, il est recommandé de la prévoir dans le protocole du signalement.

► **Saisie du dossier médical**

Il est recommandé de photocopier les documents sollicités demandés préalablement à leur saisie afin de respecter l'obligation de conserver les données médicales collectées par les établissements de santé et compte tenu du risque de non-restitution des éléments saisis.

Il est recommandé de solliciter la restitution des éléments saisis. Cette demande doit être adressée au juge d'instruction lorsqu'elle intervient au cours de l'information judiciaire (Code de procédure pénale, article 99 al.1) ou à la juridiction de jugement si l'instruction est close (Code de procédure pénale, articles 373 et 484 al. 2).

► **Transmission d'une information préoccupante**

Pour toute transmission d'une information préoccupante à la CRIP, il est recommandé de se conformer au protocole départemental conformément à l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles⁴.

5.3.2 Recommandations à l'intention du corps médical non hospitalier

Une pathologie aussi grave que le secouement relève de l'hospitalisation. Il est donc opportun que les médecins libéraux et de PMI dirigent l'enfant vers une structure pédiatrique en cas de doute sur un secouement.

Le médecin qui adresse l'enfant doit d'abord être en contact avec l'équipe hospitalière. Il doit s'assurer que le bébé y est amené par ses parents (faute de quoi il conserve toute sa responsabilité de protection de l'enfant).

⁴ « ... Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil général, le représentant de l'État dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations ... »

Les médecins libéraux et de PMI doivent être formés à évoquer le diagnostic du secouement et à orienter vers une structure adéquate.

Des sessions communes de formation continue doivent être organisées sur la problématique du secouement en direction de tous les médecins exerçant en dehors du champ hospitalier.

5.3.3 Recommandations à l'intention des professionnels des services départementaux

Le traitement par la cellule départementale de toute information préoccupante concernant le secouement d'un bébé doit être effectué dans un délai le plus court possible, n'excédant pas 1 mois, par la cellule départementale elle-même, ou par des professionnels exerçant sur le terrain (circonscriptions, associations).

Il est recommandé que chaque CRIP soit dotée d'un médecin en vue de favoriser les échanges et le traitement d'informations à caractère médical.

Il est recommandé d'entretenir un dialogue continu avec les parents, dans l'esprit et les dispositions de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. L'objectif est de protéger l'enfant, mais aussi d'aider les parents en difficulté avec leur bébé.

Les professionnels départementaux doivent informer les parents et recueillir leur accord pour toute action de protection administrative, dans le respect de leurs droits tout en favorisant l'exercice.

5.3.4 Recommandations d'ordre général

► À l'intention des professionnels au contact de bébés

Nombre de secouements survenant dans le cadre des modes de garde (rares en crèche), la formation initiale et continue ainsi que le soutien des professionnels doivent être sans cesse renouvelés pour appeler à la vigilance.

D'une manière générale, tout professionnel susceptible de connaître, à un titre ou à un autre, des situations de secouement doit bénéficier d'une formation minimale sur cette problématique : il s'agit des professionnels médico-sociaux, des cadres de l'aide sociale à l'enfance, des magistrats, des policiers et des gendarmes, etc.

Lorsque les situations le justifient, il est recommandé de rechercher toutes les ressources mobilisables dans l'environnement familial pour aider au mieux les parents dans leurs fonctions parentales. D'une façon générale, les difficultés liées au contexte de vie des personnes s'occupant de l'enfant doivent attirer l'attention du professionnel qui en a connaissance.

► À l'intention des parents et des familles

Il est recommandé d'organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et d'information bien adaptées, sous différentes formes, et en tout lieu, en direction de toutes les personnes au contact des bébés sur les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre.

Une sensibilisation des parents au danger du secouement, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité, devrait être systématique.

Les « lieux d'accueil enfants-parents » au sein desquels pourra s'améliorer ou se construire la relation enfant-parent sont des réponses à privilégier.

Il est important de mettre en œuvre des aides appropriées aux parents qui le demandent ou de le leur proposer. Le recours à des professionnels de la protection maternelle et infantile, notamment par des visites à domicile, doit être envisagé. Il en est de même des différentes formes d'aide à domicile (assurées par des travailleurs d'intervention sociale et familiale par exemple).

► Dans l'intérêt de l'enfant

Il est recommandé que la loi française s'inspire de la loi canadienne qui prévoit qu'un administrateur *ad hoc* puisse être nommé, autant que nécessaire, dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits.

Participants

Cette audition publique a été organisée par la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer), avec les participations suivantes :

Collège national des généralistes enseignants

Inserm

InVS

Société française d'anesthésie-réanimation

Société française de médecine d'urgence

Société française de médecine légale

Société française de neurochirurgie pédiatrique

Société française de neuropédiatrie

Société française de pédiatrie

Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés (UNAFTC)

Financement

Caisse d'assurance maladie des professions libérales d'Île-de-France

Caisse d'assurance maladie des professions libérales provinces

Direction générale de la santé

France traumatisme crânien

Société française de médecine physique et de réadaptation

Société francophone d'étude et de recherche sur les handicaps de l'enfance

Comité d'organisation

Dr Anne Laurent-Vannier, médecin de médecine physique et de réadaptation, Saint-Maurice –
présidente du comité d'organisation

Dr Juliette Bloch, médecin épidémiologiste,
InVS, Saint-Maurice

M. Thierry Boulouque, commissaire
divisionnaire, chef de la brigade de protection
des mineurs, Paris

Dr Jeanne Caudron-Lora, urgentiste, Créteil

Pr Brigitte Chabrol, pédiatre, Marseille

M. Frédéric De Bels, HAS, Saint-Denis

La Plaine

Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis

La Plaine

Mme Françoise Forêt, professeur honoraire,
Union nationale des associations de familles
de traumatisés crâniens et cérébro-lésés
(UNAFTC), Paris

Dr José Guarnieri, neurochirurgien,
Valenciennes

Pr Vincent Gautheron, médecin de médecine
physique et de réadaptation, Saint-Étienne

Dr Cyril Gitiaux, pédiatre, Paris

Mme Anne-Sophie Jarnevic, magistrat,
Chartres

Mme Thérèse Michel, assistante sociale,
Tours

Pr Gilles Orliaguet, anesthésiste-réanimateur,
Paris

Dr Claude Rougeron, médecin généraliste,
Anet

Pr Michel Roussey, pédiatre, Rennes

M. Yvon Tallec, magistrat, Paris

Pr Gilles Tournel, médecin légiste, Lille

Dr Anne Tursz, directeur de recherche,
Inserm, Villejuif

Commission d'audition

Dr Mireille Nathanson, pédiatre, Bondy - coprésidente de la commission d'audition
Mme Fabienne Quiriau, directrice de la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE), Paris – coprésidente de la commission d'audition

Mme Aurélie Assié, assistante sociale, Aide sociale à l'enfance de Paris, service d'accueil familial, Ecommo

Dr Joseph Burstyn, ophtalmologiste, Paris

Dr Christine Cans, pédiatre, Grenoble

Dr Catherine Arnaud, pédiatre, Toulouse

Mme Violaine Chabardes, gendarme, Lyon

Mme Hélène Collignon, journaliste, Paris

Dr Marie Desurmont, médecin légiste, Lille

Mme Isabelle Gagnaire, infirmière puéricultrice, Saint-Étienne

Pr Nadine Girard, radiologue, Marseille

Pr Étienne Javouhey, réanimateur, Lyon

M. Philippe Lemaire, magistrat, Paris

Dr Caroline Mignot, pédiatre, Paris

Dr Anne Laurent-Vannier, médecin de médecine physique et de réadaptation, Saint-Maurice

Dr Sylviane Peudener, neuropédiatre, Brest

Dr Bruno Racle, pédiatre, Versonnex

Dr Pascale Rolland-Santana, médecin généraliste, Paris

Dr Thomas Roujeau, neurochirurgien, Paris

Dr Nathalie Vabres, pédiatre, Nantes

Mme Roselyne Venot, fonctionnaire de police, Versailles

Chargés de la synthèse bibliographique

Dr Élisabeth Briand-Huchet, pédiatre, Clamart

M. Jon Cook, anthropologue, Villejuif

Experts

Pr Billette de Villemeur, pédiatre, Paris

Pr Jean Chazal, neurochirurgien, Clermont-Ferrand

Pr Catherine Christophe, radiologue, Bruxelles

Dr Sabine Defoort-Dhellemmes, ophtalmologiste, Lille

Dr Gilles Fortin, pédiatre, Montréal

Dr Caroline Rambaud, médecin légiste, Garches

Pr Jean-Sébastien Raul, neurochirurgien, Strasbourg

Dr Caroline Rey-Salmon, pédiatre, Paris

M. François Sottet, magistrat, Paris

Mme Élisabeth Vieux, magistrat honoraire, Paris

Pr Mathieu Vinchon, neurochirurgien, Lille

Pr Rémy Willinger, professeur de mécanique, Strasbourg

