



HAL
open science

Quels sont les enjeux de la preuve dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué ?

Camille Guinard

► To cite this version:

Camille Guinard. Quels sont les enjeux de la preuve dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué ?. Droit. 2024. <dumas-04885010>

HAL Id: dumas-04885010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04885010v1>

Submitted on 13 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



UNIVERSITÉ PARIS II
PANTHÉON - ASSAS

Master 2 Droit Parcours Protection de l'enfance
Centre de formation permanente
Université Paris Panthéon Assas
2023-2024

Mémoire de recherche

**Quels sont les enjeux de la preuve
dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué ?**

Camille GUINARD

Abréviations et acronymes

AEMO.....	Action éducative en milieu ouvert
AHT.....	Abusive Head Trauma
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
ASE.....	Aide sociale à l'enfance
CIVI.....	Commission d'indemnisation des victimes d'infraction
C. CIV.....	Code civil
C. PEN.....	Code pénal
GAV.....	Garde à vue
HAS.....	Haute Autorité de santé
HR.....	Hémorragie rétinienne
HSD.....	Hématome sous-dural
HSDm.....	Hématome sous dural multifocal
IRM.....	Imagerie par résonance magnétique
ITT.....	Incapacité temporaire totale
MJIE.....	Mesure judiciaire d'investigation éducative
OPP.....	Ordonnance de protection provisoire
PIC.....	Pression intracrânienne
RBP.....	Recommandations de bonne pratique
RVP.....	Rupture des veines ponts
SBS.....	Syndrome du bébé secoué
TCNA.....	Traumatisme crânien non accidentel
TCI.....	Traumatisme crânien infligé
TDC.....	Tiers digne de confiance
VEO.....	Violences éducatives ordinaires

Sommaire

<i>Introduction</i>	3
PARTIE 1 : SCIENTIFICITE DE LA PREUVE MEDICALE DU SECOUEMENT	6
Titre 1 : Le secouement, un acte volontaire et violent de maltraitance ayant des conséquences souvent irréversibles	6
<i>Chapitre 1 : Genèse et inscription dans l'histoire d'une maltraitance infantile</i>	6
Section 1 : Une connaissance médicale historique tardive du syndrome du bébé secoué.....	6
§ 1 : Découverte internationale du syndrome.....	6
§ 2 : Appréhension des connaissances en France	8
Section 2 : Vers une prise de conscience collective.....	8
<i>Chapitre 2 : Caractéristiques médicales de l'acte de secouement</i>	10
Section 1 : Un acte de maltraitance extrêmement violent	10
Section 2 : Prise en charge symptomatique et séquelles.....	11
Section 3 : Le syndrome du bébé secoué comme reflet d'une maltraitance chronique.....	13
<i>Chapitre 3 : Aspects épidémiologiques du secouement</i>	14
Section 1 : Épidémiologie du syndrome du bébé secoué	14
§ 1 : Difficultés rencontrées lors des études	14
§ 2 : Évaluation sous-estimée du taux incidence.....	15
Section 2 : Critères d'identification et facteurs de risques	16
§ 1 : Profils victimologique et des auteurs	16
§ 2 : Facteurs de risque	16
Titre 2 : Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé au service du diagnostic initial	20
<i>Chapitre 1 : Apport de l'imagerie médicale dans le diagnostic de secouement</i>	20
Section 1 : L'imagerie médicale, un outil indispensable à la mise en œuvre de l'action judiciaire	20
§ 1 : Critères diagnostiques	21
§ 2 : Démarche diagnostique	21
Section 2 : L'imagerie médicale au service de la datation essentielle à l'expertise judiciaire	23
§ 1 : Une collaboration médico-judiciaire nécessaire.....	23
§ 2 : L'expertise médicale comme élément de preuve de l'infraction	24
<i>Chapitre 2 : Limites et discussions autour de la certitude médicale</i>	25
Section 1 : Difficultés liées au(x) diagnostic(s).....	25
§ 1 : Pose d'un diagnostic face à un tableau clinique variable et une méconnaissance des circonstances.....	25
§ 2 : L'importance des diagnostics différentiels	26
Section 2 : Remise en cause de la force probante des recommandations de la Haute Autorité de Santé.....	27
§ 1 : L'aspécificité des symptômes	27
§ 2 : Engendrant un contentieux protéiforme	28
PARTIE 2 : LE PLUS DE PREUVES MAIS LE MOINS D'AVEUX	34
Titre 1 : Du signalement guidé par un diagnostic initial certain à l'ouverture d'une procédure judiciaire fébrile.....	34
<i>Chapitre 1 : Enjeux liés au signalement comme point de départ de la procédure</i>	35
§ 1 : Le signalement judiciaire effectué par l'équipe médicale en cas de SBS	35
§ 2 : Contenu et modalités du signalement.....	37
<i>Chapitre 2 : Particularités de l'enquête quand l'auteur est indéfinissable</i>	41
Section 1 : La preuve dans le cadre de violences intrafamiliales, ou la culture du déni	41
Section 2 : Difficultés de l'enquête judiciaire face à un nourrisson victime	43
§ 1 : La contrainte du temps pour faciliter des aveux.....	43
§ 2 : Le cadre de l'audition libre.....	44
§ 3 : L'imprécision de la datation des faits.....	45
<i>Chapitre 3 : La lutte contre le syndrome du bébé secoué à l'épreuve de la qualification pénale</i>	47
Section 1 : Détermination de la qualification pénale.....	47
§ 1 : Influence du signalement.....	47
§ 2 : Influence de l'expertise médicale	48
Section 2 : Difficultés relatives à la décision de la qualification pénale	48
§ 1 : Collaboration médico-judiciaire peu aisée	48
§ 2 : La qualification pénale aléatoire impactant directement le degré de protection accordé aux très jeunes victimes.....	49
Titre 2 : La prévention et la formation des professionnels au service de la protection des enfants.....	53
<i>Chapitre 1 : Préservation des intérêts des tout-petits en leur assurant une protection immédiate</i>	53
Section 1 : L'indemnisation des bébés victimes du SBS.....	53
§ 1 : Des secousses et des séquelles à vie nécessitant réparation	54
§ 2 : Le régime indemnitaire autonome devant la CIVI	54
Section 2 : Protection immédiate de l'enfant et ouverture d'une procédure d'assistance éducative.....	56
§ 1 : Protéger l'enfant immédiatement	56
§ 2 : L'office du juge des enfants, ou comment protéger quand l'auteur n'est pas définissable ?	58

<i>Chapitre 2 : Diagnostics manqués par manque de connaissance ; formations et préventions comme leviers de repérage et de protection</i>	61
Section 1 : Stratégies de prévention appropriées et formations à développer.....	61
§ 1 : L'insuffisante connaissance des données médico-légales par les professionnels pouvant traduire des orientations judiciaires incohérentes	61
§ 2 : Genèse de la prévention.....	62
Section 2 : Sous-évaluation du chiffre noir	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	72

Introduction

« *Il vaut mieux laisser un bébé pleurer dans son lit en sécurité, que le mettre dans les bras d'un adulte exaspéré.* »

Viviane MICHEAU, cadre de santé à l'hôpital Saint Maurice

Le syndrome du bébé secoué (SBS), aussi appelé traumatisme crânien non accidentel, survient lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est violemment secoué par un adulte. Il s'agit d'un sous-ensemble de traumatismes crâniens infligés (TCI) ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien.

Les secousses dont il s'agit, toujours extrêmement violentes, sont produites le plus souvent lors de la saisie du bébé sous les aisselles ou par le thorax. Sa tête se balance rapidement d'avant en arrière et son cerveau heurte les parois de son crâne. Médicalement, on dit que le mécanisme causal est une secousse ou une salve de secousses violentes, souvent répétée dans le temps. Le fait de secouer entraîne des ruptures des veines-ponts, responsables d'un hématome sous-dural caractéristique, multifocal et diffus, prédominant au vertex.

Le Dr Anne Laurent-Vannier¹ décrit ce syndrome comme « *la somme des signes et symptômes induits par les secousses d'un bébé et les mouvements violents de sa tête en hyper flexion et hyper extension* » et ajoute qu'on pourrait parler de « *syndrome de la tête secouée* ». La physiopathologie est assez simple : lors du secouement, le cerveau bascule d'avant en arrière et cogne contre les os du crâne, ce qui provoque des lésions. Les mouvements multidirectionnels de va et vient, c'est-à-dire les accélérations et décélérations linéaires (mouvements effectués sur une même trajectoire) ou angulaires (mouvements effectués avec une modification de trajectoire), engendrent de multiples dégâts au sein de la boîte crânienne. Autrement dit, lors des secousses violentes, la colonne cervicale est soumise à une sollicitation extrême favorisée par le manque de résistance des muscles cervicaux du fait de leur immaturité. Le secouement est toujours un geste d'une extrême violence, toujours un geste volontaire et jamais un geste accidentel ni malencontreux de la vie quotidienne.

Ce syndrome représente un sujet majeur de santé publique en raison des lésions neurologiques sévères qu'il peut provoquer du fait de l'immaturité de l'encéphale. La tête du nourrisson représente 10 à 15% de son poids corporel (et comparativement seulement 3% à l'âge adulte) ; les muscles de son cou et ses fontanelles n'étant pas suffisamment soudés et développés ne peuvent retenir les mouvements du cerveau lorsque l'enfant est victime de violents secouements. Le pronostic est sévère tout d'abord parce que les cellules abimées ou détruites par le traumatisme sont des neurones dont le stock est constitué à la moitié de la grossesse, sans espoir de production de nouveaux neurones après la lésion cérébrale. Il l'est ensuite puisque c'est le cerveau qui est touché, organe non seulement responsable de notre motricité mais également de notre fonctionnement intellectuel et comportemental.

L'expression « syndrome du bébé secoué » est apparue pour la première fois au cours de la seconde moitié du XXe siècle à la suite de nombreuses études réalisées par les pédiatres et radiologues tels que John CAFFEY². Ce dernier évoquait un « *coup de fouet* » à l'origine du

¹ Ancienne cheffe du pôle de rééducation de l'enfant aux hôpitaux de Saint Maurice et experte près de la Cour de cassation, elle a notamment présidé le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé sur le SBS.

² John CAFFEY, "On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation", Am J. Dis. Child, 1972

syndrome. La traduction française a malheureusement oublié cet élément pourtant essentiel pour se rendre compte de la violence des secousses. L'évolution des techniques médicales, notamment le développement de l'imagerie, de l'IRM ou du scanner, a permis d'identifier plus précisément la réalité des causes du décès ou de l'infirmité de l'enfant ; c'est-à-dire la réalité de cet acte de maltraitance. Les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont en outre permis d'aboutir à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels (définies en 2011 puis réactualisées en 2017), précisant la démarche diagnostique, le mécanisme causal des lésions, la datation, et les suites données selon la probabilité diagnostique.

Le syndrome du bébé secoué est la forme la plus fréquente de maltraitance dans la première année de vie d'un enfant mais il est aussi le traumatisme crânien le plus sévère chez un bébé. Selon la Haute Autorité de Santé, le syndrome du bébé secoué « *cumule trois facteurs de mauvais pronostic : le très jeune âge, le caractère diffus des lésions cérébrales, et la répétition fréquente du secouement* ». En outre, la prévention du SBS n'est pas seulement la prévention du premier secouement, mais elle repose aussi sur le diagnostic, le plus tôt possible, des premières manifestations de violences, de manière à éviter la réitération, dont on sait qu'elle est très élevée dans le SBS.

Le taux de mortalité est élevé, de 10 à 40% selon les études. Par ailleurs, moins de 25% des enfants survivants sont indemnes de séquelles. Ces dernières pouvant apparaître d'emblée ou progressivement. Évidentes, elles peuvent aussi être « invisibles » lorsque l'enfant n'a pas d'atteintes somatiques mais uniquement comportementales ou intellectuelles.

Le signalement de cette maltraitance est effectué par les médecins et déclenche des poursuites pénales et/ou une procédure civile. En effet, le secouement est un acte volontaire de violences à l'encontre du nourrisson, dont la qualification pénale pourra varier en fonction du résultat c'est-à-dire selon la gravité des séquelles ou de la mort de la jeune victime. Cette qualification pénale n'est toutefois pas sans soulever des difficultés pratiques compte tenu de cette variété de qualifications utilisées, parfois erronées, devant la juridiction pénale.

La prise en charge médicale de l'enfant victime de secouement, puis l'ouverture d'une enquête afin de déterminer l'auteur amène à s'interroger sur les enjeux de la preuve dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué. Quels sont les enjeux de la preuve qui se dégagent tant dans la prise en charge médicale, que judiciaire, du syndrome du bébé secoué ? Comment, d'une certitude médicale établie grâce à des critères médicaux robustes et pertinents, une procédure judiciaire peut s'ouvrir avec des éléments de preuve aussi opaques ? Plus encore, comment protéger quand l'auteur des violences est indéfinissable ?

L'enjeu se définit comme étant ce que l'on peut « gagner ou perdre dans une compétition, une entreprise », puisque c'est ce qui est « en jeu ». Ce sont les objectifs importants, les résultats, les conséquences que l'on souhaite à la suite d'une décision, une réforme... En l'espèce, les enjeux concernent tout ce qui gravite à la fois autour de la prise en charge médicale de la victime, son diagnostic, permettant in fine sa protection, son indemnisation et à la fois autour de la procédure pénale afin de déterminer les circonstances des violences infligées, d'identifier et juger l'auteur des faits. Quant à elle, la preuve est la démonstration de la réalité d'un fait, d'un état, d'une circonstance ou d'une obligation. L'administration en incombe à la partie qui se prévaut de ce fait ou de l'obligation dont elle se prétend créancière. On dit que son offre n'est admissible que si sa démonstration peut être utile à la solution de la prétention sur laquelle le juge doit statuer. La preuve joue un rôle tant dans l'élaboration du diagnostic, que lors de sa

confirmation judiciaire permettant in fine, et outre la procédure pénale, la protection et l'indemnisation de la victime. La prise en charge (du SBS) fait quant à elle appel à une approche interdisciplinaire ; une compétence médicale, politique, judiciaire et juridique. Le terme « syndrome » désigne l'ensemble des signes et symptômes caractéristiques du traumatisme crânien. Il renvoie au champ lexical de la médecine. Cette pathologie ne peut être caractérisée sans un ensemble de symptômes constatés sur l'enfant. Le mot « bébé » illustre la population ciblée et évoque d'emblée l'image du très jeune enfant, rappelant que la grande majorité des victimes a moins de un an. L'événement traumatique survient dans la très petite enfance. Cette précocité victimaire fait de l'une des spécificités de ce phénomène à l'instar de l'infanticide. L'appellation « secoué » décrit enfin l'acte à l'origine du traumatisme et indique le mécanisme utilisé par le lequel les lésions intracrâniennes sont causées, par les forces d'accélération et de décélération.

Il n'est pas aisé de donner une définition du syndrome du bébé secoué du fait de la pluralité de disciplines dans lesquelles ce phénomène peut être traité, analysé et observé. En effet, si l'appellation peut revêtir une connotation médicale renvoyant aux symptômes repérables sur le nourrisson, dans le droit, elle renvoie davantage au comportement qui cause les symptômes c'est-à-dire les secouements. Autrement dit, la définition retenue répond in fine du point de vue de l'observateur et cette bilatéralité est mise en exergue au sein même de l'expression consacrée. Ce sujet présente un réel intérêt sur le plan à la fois médical et juridique puisque la prise en charge du SBS s'étend de son diagnostic à son signalement jusqu'au jugement en passant par l'indemnisation et la protection de la victime. Outre l'aspect médical, il implique de nombreuses branches du droit, telles que le droit pénal, civil ou encore le droit de la santé. Il a été fait le choix dans ce mémoire, tout en étayant la prise en charge médicale puis celle judiciaire, de concentrer les recherches sur les enjeux de la preuve dans la prise en charge du SBS. Nous verrons plus particulièrement la prise en charge médicale aboutissant au diagnostic, le signalement ouvrant l'enquête pénale, la procédure d'assistance éducative et l'indemnisation de la victime via la procédure civile. Ainsi, guidés par l'enjeu de la preuve à travers cette prise en charge spécifique, nous verrons que le SBS est au centre des pratiques notamment médicales et judiciaires. Une attention particulière sera portée à deux étapes qui se situent au cœur de la collaboration médico-judiciaire ; le signalement et l'expertise.

Si le SBS a une définition claire et consensuelle reconnue par l'ensemble de la communauté médicale depuis sa description par le pédiatre John CAFFEY, le diagnostic est toutefois souvent difficile, mais peut également être trop facilement contestable.

Afin de définir la scientificité de la preuve médicale du secouement, nous verrons comment l'acte maltraitant du secouement s'inscrit dans l'histoire, de quelle manière il se caractérise et quelles sont les données à notre portée à ce jour. Puis nous étudierons les outils essentiels établis par la Haute Autorité de Santé au service du diagnostic initial et nous verrons en quoi cette preuve médicale peut être parfois limitée et discutée. Cela nous amènera ensuite à nous interroger sur la prise en charge plus complexe cette fois judiciaire de l'auteur : du signalement, en passant par l'enquête, à la qualification pénale des faits. Nous explorerons enfin la mise en place de la mise à l'abri et l'indemnisation du nourrisson victime et terminerons sur l'étude de la prévention et les enjeux de la formation des professionnels.

Comment la preuve pénale de l'existence de l'infraction, celle de la désignation d'un auteur, et la protection immédiate de la victime doivent coexister afin d'assurer une prise en charge effective et efficiente du syndrome du bébé secoué ? La preuve, d'apparence si claire scientifiquement, demeure malgré tout difficile à établir judiciairement, et revêt ainsi différents enjeux.

Partie 1 : Scientificité de la preuve médicale du secouement

Si les ressources et connaissances actuelles nous permettent d'affirmer que le secouement d'un bébé est un acte de maltraitance volontaire et violent (Titre 1), les robustes recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé réactualisées en 2017, guident aujourd'hui le diagnostic des médecins s'agissant du syndrome du bébé secoué (Titre 2).

Titre 1 : Le secouement, un acte volontaire et violent de maltraitance ayant des conséquences souvent irréversibles

La genèse du syndrome du bébé secoué permet de démontrer que le contexte historique n'en a permis qu'une reconnaissance tardive (Chap.1). Toutefois, force est de constater que tant les données actuelles médicales (Chap.2) que celles épidémiologiques, nous permettent à ce jour de connaître davantage les mécanismes liés à ce syndrome mais également les facteurs de risque favorisant ainsi une meilleure appréhension de ce type de maltraitance (Chap.3).

Chapitre 1 : Genèse et inscription dans l'histoire d'une maltraitance infantile

Si la prise en compte de ces maltraitances est maintenant ancienne, le syndrome du bébé secoué en tant que tel a quant à lui été tardivement identifié (Sect.1) et son ampleur commence tout juste à être révélée dans la conscience collective (Sect.2).

Section 1 : Une connaissance médicale historique tardive du syndrome du bébé secoué

Historiquement, le syndrome du bébé secoué étant assimilé à de la maltraitance infantile pendant longtemps (§1), sa découverte est donc assez récente (§2). La maltraitance envers les enfants a en effet été une pratique tristement courante pendant des siècles.

§1 : Découverte internationale du syndrome

La maltraitance envers les enfants est malheureusement courante depuis la nuit des temps ; des fractures d'enfant battu avaient été mises en évidence sur un squelette d'un enfant de deux ans déjà dans l'Ancienne Égypte³. Dans la Rome antique, le pouvoir absolu des pères (*patriae potestas*) leur donnait le droit de vie et de mort sur leurs enfants⁴. En 200 av JC, le médecin grec Soranus à Ephèse parlait très clairement des dangers de secouer un bébé et recommandait de « *ne pas confier un nouveau-né à des femmes colériques ou ayant mauvais caractère car elles peuvent le laisser tomber ou le secouer dangereusement* »⁵. Bien que quelques médecins

³ Wheeler SMS, Williams L, Beauchesne P, Dupras TL. "Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. International Journal Of Paleopathology", 2013

⁴ Paul ARIES, « L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime », 1960

⁵ Mignot C. Renier R., « Le bébé secoué. Traumatisme crânien du nourrisson ». Paris, 2000

eussent repéré que certains actes de maltraitance infligés à l'enfant étaient la cause de lésions infantiles, la maltraitance a longtemps été ignorée car l'enfant était « la propriété » de la sphère familiale (*pater familias*). Aussi, face à la prise de conscience très longue par le monde médical du phénomène de maltraitance aux enfants, certains ont parlé de « *répugnance médicale* »⁶.

Ce syndrome a été abordé pour la première fois en 1860 dans un ouvrage de référence intitulé « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants », par l'expert en médecine légale, Ambroise TARDIEU. Ce dernier avait déjà noté qu'à la suite « *d'ébranlement nerveux* », s'opéraient « *des altérations du côté de l'encéphale* » et « *des épanchements de sang à la surface du cerveau* ». Il précisait « *qu'il n'est pas rare de ne trouver aucune lésion caractéristique dans les organes pouvant rendre compte de la mort* » de l'enfant en cas de « *flagellation prolongée ou de sévices répétés* ».

Il souligne à l'époque que le problème touche de très jeunes enfants et que leurs agresseurs sont souvent leurs parents. Il met également les médecins en garde contre les explications fantaisistes apportées pour expliquer les blessures des enfants. Il précise que les fractures du crâne avec épanchements de sang sur l'encéphale sont les principales causes de décès.

Malgré l'impressionnante lecture de cette description clinique qui apparaît toujours actuelle, TARDIEU échoua toutefois dans sa tentative d'éveiller l'attention de ses contemporains sur cette réalité, l'autorité paternelle étant un droit inviolable à cette époque. Aussi, ses travaux dérangent pour l'époque et ne sont pas suivis. L'État ne se mêlait pas de ce qu'il se passait dans les familles. Les études effectuées dans les années qui suivent ne s'intéressaient pas à la causalité des blessures sur les enfants malgré qu'elles commençaient à évoquer le syndrome de l'enfant secoué.

C'est donc après la seconde guerre mondiale que les pédiatres et radiologues américains commencent à publier des observations d'enfants maltraités. Ainsi, ce n'est qu'en 1946 que le radiologue et « père » de la radiologie pédiatrique John CAFFEY, utilisa pour la première fois l'expression de « *syndrome du bébé secoué* » pour décrire les lésions traumatiques provoquées par le secouement de jeunes enfants. Il décrivait en effet le tableau clinique en associant la présence d'un hématome sous dural, d'hémorragies rétiniennes et l'absence de toute lésion ou impact traumatique. Il avait constaté l'association d'hématomes sous duraux à des fractures d'arcs postérieurs de côtes, ce qui définira plus tard le syndrome du nourrisson secoué. Il rapporta le cas de six bébés présentant une association d'hématomes sous duraux, et de fractures ; il était convaincu de l'origine traumatique des lésions même si elles n'étaient pas rapportées par les parents. Il n'osa toutefois pas les dénoncer par crainte de possibles répercussions judiciaires.

En 1953, son assistant et élève Frédéric Noah SILVERMAN⁷, continua le travail de son mentor en introduisant à la médecine moderne la notion de maltraitance physique des enfants⁸, avec lésions squelettiques particulières et la responsabilité pénale des parents. C'est la première fois qu'un médecin de l'époque moderne osa affirmer que des parents pouvaient volontairement infliger des blessures sérieuses à leur enfant.

C'est ensuite le pédiatre Henry C. KEMPE qui, en 1961, fit véritablement prendre conscience à l'ensemble de la communauté médicale de l'existence d'une pathologie provoquée entièrement chez l'enfant et parla de « syndrome de l'enfant battu ». Il écrivait avec son ami pédopsychiatre Brand F. STEELE que « *le syndrome de l'enfant battu doit être systématiquement envisagé devant tout enfant présentant non seulement des bleus, des fractures*

⁶ V. KEMPE, SILVERMAN et STEELE

⁷ « Le syndrome des enfants battus : aspects cliniques et radiologiques », Pan Afr Med J., 2016

⁸ « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », Enfances & Psy, 2008

ou un hématome sous-dural mais aussi lorsque l'importance ou le type de lésions sont sans rapport avec les circonstances évoquées par les parents ». Il cherchera ainsi à expliquer les motifs de la « répugnance médicale » c'est-à-dire le refus des médecins à vouloir imaginer les parents exerçant des sévices sur leurs enfants. Il élaborera en ce sens une technique d'interrogatoire personnalisée des parents pour évaluer les raisons profondes de leur perturbation psychologique.

§ 2 : Appréhension des connaissances en France

La reconnaissance de ce syndrome fut progressive en France. Les pédiatres ont en effet longtemps continué de croire aux explications fournies par les parents et parlaient de fragilité osseuse probablement d'origine congénitale. En 1960 d'ailleurs, un cas d'HSD associé à des fractures chez un nourrisson était publié en tant que « *cas rare d'une pathologie indéterminée* »⁹.

Le premier travail d'importance reconnaissant la maltraitance exercée sur des enfants vient de l'équipe de N. NEIMANN à Nancy où l'un de ses élèves a fait sa thèse en 1967 sur « *Les jeunes enfants victimes de sévices corporels* ». C'est à partir de 1987, que le lien entre lésions cérébrales du nourrisson et secouements violents est mieux mis en évidence¹⁰. Ce syndrome était en effet auparavant ignoré et le nombre de décès étaient attribués à la « mort subite du nourrisson » (MSN).

Dans les années 1970 à 1980, le diagnostic est facilité par l'arrivée du scanner, puis de l'IRM. Depuis donc, de très nombreux articles scientifiques ont été publiés et se sont progressivement enrichis grâce à l'expérience médicale collective des pédiatres, radio pédiatres, légistes et autres spécialistes pédiatriques. Le développement majeur depuis une quarantaine d'années de l'imagerie cérébrale a considérablement aidé à élaborer des critères de diagnostic positif et différentiel, au-delà de la présence d'un hématome sous-dural qui est un des signes cardinaux originels. Il faut attendre 2001 pour que l'Académie américaine de pédiatrie publie un texte de référence, affirmant que le SBS est une forme grave de sévices à enfants. Des campagnes de prévention ont été diffusées¹¹ mais, malgré cela, le diagnostic de secouement est encore aujourd'hui sous-évalué par les professionnels de santé.

C'est à la suite de cette prise de conscience selon laquelle le syndrome de l'enfant secoué a bien une place originale dans le terrible champ des sévices à l'enfant, qu'une dynamique pluriprofessionnelle et pluri-institutionnelle s'est mise en place visant à une meilleure appréhension, prise en charge, connaissance et une meilleure prévention de ce syndrome.

Section 2 : Vers une prise de conscience collective

La Convention internationale des droits de l'enfant est adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et stipule que : « *les États prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon ou de*

⁹ Jossierand P, Germain D, Devillard a, Girerd J. « Un nouveau cas d'hématome sous-dural associé à des fractures de membres chez un nourrisson ». Pédiatrie, 1960

¹¹ En janvier 2022, une vaste campagne nationale de sensibilisation au SBS est entreprise via les médias et les réseaux sociaux.

négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou de ses représentants légaux, ou de toute autre personne à qui il est confié ».

En 1999, la Sorbonne, à l'initiative de l'hôpital Necker Enfants Malades organise le premier colloque sur ce thème. Un diplôme universitaire « Traumatisme crânien de l'enfant et de l'adolescent, syndrome du bébé secoué » est créé en 2003¹². Ouvert aux professionnels des champs juridiques, judiciaire, sanitaire, médico-social, social et éducatif, il est pris en compte au titre de la formation continue des magistrats. La même année, le thème du SBS fait l'objet des *entretiens d'Aix*, rencontre annuelle entre les professionnels des champs judiciaire et médical. En 2000 a été créé aux Etats-Unis un Centre national du syndrome du bébé secoué (NCSBS). En 2005, L'Association de parents de bébés secoués est créée en France.

La société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) organise en 2009 une audition publique dont les recommandations, validées par la Haute autorité de santé (HAS) sont publiées deux ans plus tard et marquent un tournant dans la prise en charge de ce syndrome. L'École nationale de la magistrature (ENM) inscrit en 2010 le thème du SBS dans son programme de formation continue. Deux sites internet sont créés en 2012 dont l'un est à destination des professionnels et l'autre, du grand public¹³. On peut donc souligner l'organisation, ces dernières années, de manifestations liées au SBS¹⁴.

Si la toute-puissance du « pater familias » doté d'un pouvoir absolu est révolue, ce n'est toutefois qu'en 1970 que l'autorité parentale s'est substituée à la « puissance paternelle » du code Napoléon. Il a fallu attendre la loi du 14 mars 2016 pour que le mot « maltraitance » réapparaisse expressément dans le code de l'action sociale et des familles et celle du 7 février 2022 pour avoir une définition légale de la maltraitance, commune aux familles et aux institutions... alors qu'il est capital de nommer les choses si on veut les combattre. Entre temps, une loi du 10 juillet 2019 sur l'interdiction des violences éducatives ordinaires est intervenue pour prohiber expressément l'usage des violences physiques et psychologique dans l'éducation¹⁵. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), en imposant aux États parties de faire de « l'intérêt supérieur de l'enfant », « une considération primordiale » de toute décision le concernant, a placé hors la loi toute violence commise à son encontre, qu'elle soit institutionnelle ou privée.

Le SBS est un acte d'une telle violence qu'il requiert une collaboration pluridisciplinaire. Il s'inscrit et s'impose donc désormais comme une réalité médicale et l'évolution des connaissances nous permet aujourd'hui d'identifier ses mécanismes cliniques.

¹² Faculté de médecine Necker, université Paris 5 / Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière, sous la direction du citeur Anne Laurent-Vannier.

¹³ Les sites www.syndromedubebesecoue.com et www.bebesecoue.com qui prodiguent des conseils pour calmer les pleurs d'un bébé et calmer l'adulte exaspéré.

¹⁴ V. not : Journée du SBS, France Traumatisme Crânien, ministère des Solidarités et de la Santé ; La maltraitance des mineurs ; Le SBS etc

¹⁵ Article 371-1 du code civil modifié par la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des VEO

Chapitre 2 : Caractéristiques médicales de l'acte de secouement

Par ses mécanismes lésionnels, les symptômes et séquelles provoquées (Sect 2), l'acte de secouement d'un enfant est un acte d'une extrême violence (Sect 1). Par ailleurs, les connaissances actuelles nous permettent aujourd'hui d'affirmer que l'acte de secouement est majoritairement le reflet d'une maltraitance chronique (Sect 3).

Section 1 : Un acte de maltraitance extrêmement violent

Le syndrome du bébé secoué est une forme particulière de maltraitance concernant des jeunes nourrissons. Ce syndrome est d'ailleurs appelé « abusive head trauma » (AHT) chez les anglais afin de ne pas limiter aux secouement les mécanismes en causes qui peuvent également être des coups directs (gifles ou impact final sur le lit) ou une strangulation.

Les secousses du SBS, d'une extrême violence, n'ont rien à voir avec un geste maladroit de la vie quotidienne et encore moins avec un jeu comme lancer un enfant en l'air. Aussi, il convient de distinguer le fait d'être exaspéré par un bébé, ce qui est humain et peut arriver à tous, et le geste de secouement qui est d'une extrême violence. « *Le secouement est violent et, pour un adulte, cela équivaldrait à être secoué par un ours de 700 kilos* », souligne Mathieu VINCHON, neurochirurgien pédiatrique au CHRU de Lille. Pour bien comprendre que des jeux classiques avec l'enfant comme « faire l'avion » ne sont pas susceptibles de provoquer les signes du SBS, on peut se référer aux rituels indiens consistant à jeter d'une tour haute de plusieurs mètres les nourrissons. L'amortissement de la chute permettait de prévenir de tout traumatisme¹⁶.

Diverses approches biomécaniques des traumatismes cranio-encéphaliques de l'enfant ont été effectuées. Ainsi et notamment à la suite d'une chute d'une hauteur allant jusqu'à 1,37m (comme une chute d'une table à langer, théorie souvent avancée par les parents dans ces affaires), une fracture crânienne et des contusions apparaissent mais pas de lésions cérébrales et encore moins de lésions graves (coma ou décès)¹⁷. Le tableau du SBS se rapproche davantage des accidents de la voie publique aux cours desquels l'enfant est face à la route et le véhicule percute un obstacle de face à une vitesse élevée. Sa tête fera un mouvement de flexion-extension alors comparable en intensité aux secousses. A noter qu'un simple freinage même d'urgence est insuffisant pour provoquer un hématome sous-dural et/ou des hémorragies rétinienne. Outre la comparaison à un accident de voiture, on peut comparer ce syndrome à une chute de plusieurs étages. Cela démontre encore une fois la violence des secousses.

Le cerveau est enveloppé par trois couches, appelées méninges qui, de la plus externe à la plus interne se nomment la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère. Le secouement exerce une tension sur une série de veines superficielles (les veines ponts) entraînant des lésions et déchirements, ce qui amène à des saignements dans l'espace sous dural, appelé plus communément hémorragies sous durales (HSD). Autrement dit, les HSD de l'enfant sont principalement causées par la rupture des veines qui cheminent « en pont » (RVP) du cortex cérébral à un sinus veineux. Dans le SBS, c'est le mouvement relatif entre le cerveau et la boîte crânienne qui va être à l'origine d'un étirement allant jusqu'à la rupture de ces veines ponts. Cette rupture ne survient que lorsque le mouvement relatif est d'amplitude suffisante.

¹⁶ https://www.dailymotion.com/video/x9mv9x_baptême-indien_travel

¹⁷ Mohan D, Bowman BM, Snyder RG, "A biomechanical analysis of head impact injuries to children", 1979.

Le secouement exerce également au niveau des axones des lésions qui peuvent causer un œdème cérébral qui provoquera une élévation de la pression intracrânienne (PIC), la boîte crânienne n'étant pas extensible. Cette augmentation aura une répercussion directe sur la circulation sanguine cérébrale en la diminuant voire en la stoppant. On retrouve, dans 65% à 95% des cas¹⁸ en plus des lésions et hémorragies cérébrales, des hémorragies rétiniennes (HR) qui sont le résultat des forces d'accélération et de décélérations exercées sur les yeux de la victime au moment du geste violent.

KEMPE, SILVERMAN et STEEL, cherchant à insister sur la réalité de l'existence de ce diagnostic auprès de leurs confrères de l'époque, utilisaient dans les années 60 le terme choquant de « syndrome de l'enfant battu ». Aussi, le syndrome de l'enfant secoué a donc bien une place dans le terrible champ des sévices à enfant.

La violence de l'acte constitutif du SBS et les séquelles engendrées nécessitent une prise en charge médicale précoce et adaptée.

Section 2 : Prise en charge symptomatique et séquelles

A) APPREHENSION GENERALE DU SBS

Les descriptions connues du syndrome du bébé secoué ne permettent pas de retenir de signe clinique unique car il existe une grande variabilité du tableau initial. Le secouement violent d'un nourrisson pouvant conduire à différentes présentations cliniques, il est important d'avoir une vision globale des blessures présentées afin de discuter des mécanismes lésionnels à l'origine des lésions constatées.

Les symptômes qui doivent alerter sont multiples et de gravités variables suivant l'atteinte neurologique du nourrisson. Le secouement entraîne immédiatement des signes cliniques. La Haute Autorité de Santé en dresse d'ailleurs une liste non exhaustive¹⁹ : Malaise grave, apnée sévère voire arrêt cardio respiratoire, convulsions ou crises d'épilepsie, vomissements en jet sans fièvre ni diarrhée, déficit moteur brutal, fontanelle bombante, convulsions, modification du tonus... Plus précisément, parmi les symptômes qui doivent faire évoquer le diagnostic de SBS, on retrouve principalement des signes évoquant une atteinte neurologique sévère tels que la survenue d'un malaise grave avec pâleur, de troubles de la vigilance, d'apnées sévères...

Dans tous les cas, il est fondamental de pratiquer un examen complet du bébé à la recherche de signes neurologiques, d'ecchymoses sur tout le corps, sur le visage et le cuir chevelu. En effet, leur présence est d'autant plus évocatrice de traumatisme infligé lorsqu'elles surviennent chez un bébé ne se déplaçant pas seul.

De même, l'absence d'explications fournies, cohérentes sur le développement de l'enfant et concordantes avec son état clinique et ses lésions doivent alerter sur le risque de SBS. Dans 72% des cas, aucun traumatisme n'est rapporté et lorsqu'il l'est, il s'agit généralement d'un traumatisme bénin qui est décrit tel qu'un choc contre les barreaux du lit.

Ainsi, dès que le diagnostic de SBS est suspecté, l'enfant doit être hospitalisé en urgence pour une prise en charge et la réalisation d'explorations complémentaires que sont le scanner crânien, l'examen du fond d'œil (à réaliser dans les 48-72 premières heures du fait de la résorption rapide des hémorragies), une IRM cérébrale, une radiographie du squelette entier à la recherche

¹⁸ Stipanivic et al., 2010, p.14

¹⁹ HAS 2017, « Syndrome du bébé secoué ou traumatisme non accidentel par secouement ».

de fractures évocatrices de maltraitance ainsi qu'un bilan biologique avec numération formule sanguine à la recherche d'une anémie, et étude des facteurs de coagulation.

B) ÉTAT SEQUELLAIRE

La morbidité s'agissant du syndrome du bébé secoué est très importante. En effet, pour les bébés qui survivent, les trois quarts de ces très jeunes victimes connaîtront des séquelles lourdes à vie dues à des lésions cérébrales tels qu'un retard du développement psychomoteur ou des handicaps moteurs, des troubles cognitifs, des difficultés d'apprentissage, des problèmes de comportements mais encore, un déficit visuel ou une cécité, un déficit auditif ou surdité, des crises épileptiques... Les survivants peuvent présenter des séquelles neurocognitives d'intensité variable (déficience motrice ou cognitive, troubles du comportement ou de l'attention, malvoyance, épilepsie...) qui ne s'exprimeront parfois que des années plus tard.

Les conséquences ne s'estompent pas avec le temps ; un enfant est un être en devenir et si son stock de neurones est abimé, son développement ne se fera pas comme il le devrait. Non seulement les conséquences ne s'estompent pas avec le temps, mais elles s'aggravent avec le temps par défaut d'apprentissage.

Les séquelles, très fréquentes, sont liées à la conjonction du mécanisme lésionnel et de la particularité du cerveau en développement du petit enfant. On a pourtant longtemps cru que le jeune âge de la victime au moment du traumatisme pouvait améliorer le diagnostic, mais de nombreuses études²⁰ ont montré que le jeune âge était au contraire facteur de gravité pour le diagnostic. Les séquelles neuropsychologiques peuvent notamment être sous-évaluées car leur apparition est souvent décalée de plusieurs années. Ces « handicaps invisibles » nécessiteront des prises en charge lourdes et spécifiques dès le plus jeune âge : orthophonie, kinésithérapie, ergothérapie, éducateur spécialisé, psychologue... Ces handicaps sont un frein et une gêne à l'insertion sociale de l'enfant, futur adolescent ou adulte victime²¹.

Le traumatisme du cerveau impacte la vie entière de l'enfant. En effet, le cerveau est un organe essentiel qui est à la fois responsable de la motricité et à la fois du comportement et du fonctionnement intellectuel. Un dommage sur le cerveau d'un nourrisson en plein développement est un frein majeur à l'acquisition de nouvelles compétences / connaissances telles que le langage, la motricité fine, fonctions exécutives, efficacies intellectuelles... Plus le traumatisme est effectué sur un enfant jeune et les lésions diffuses, plus les conséquences seront sévères. En somme, les séquelles affectent de manière durable et invalidante divers domaines avec déficits sensori-moteurs, cognitifs, comportementaux, émotionnels et de cognition sociale. Ces déficits retentissent significativement à long terme sur la scolarité, la participation sociale, la qualité de vie, la formation, l'insertion professionnelle et sociale à l'âge adulte. Ainsi, les séquelles neurologiques et sensorielles, les déficits cognitifs et autres troubles du comportement, outre le fait qu'ils provoquent des conséquences sur les apprentissages et la scolarité, constituent surtout des handicaps invalidants.

Il convient également de recenser différents facteurs tels que des marqueurs cliniques de sévérité initiale (comme par exemples la présence d'un coma ou la nécessité d'une réanimation), des éléments radiologiques (tels que l'étendue des lésions sur l'imagerie initiale ou des signes de lésions cérébrales antérieures) et des éléments d'évolution ultérieure (à l'image

²⁰ W. J. KING, "Shaken baby syndrome in Canada, clinical characteristics and outcomes of hospital cases", CMAJ, 2003

²¹ Association France Bébé Secoué

de la persistance d'éléments environnementaux délétères ou l'absence / l'insuffisance de prise en charge) qui sont significativement associés à un pronostic plus péjoratif.

Outre ces caractéristiques propres au SBS, nous allons voir que cette violence s'inscrit souvent dans un contexte de maltraitance chronique. Il importe donc que la reconnaissance de ce syndrome soit précoce puisque les violences sont souvent répétées.

Section 3 : Le syndrome du bébé secoué comme reflet d'une maltraitance chronique

Le syndrome du bébé secoué existe sous différentes formes telles que le traumatisme crânien infligé ou non accidentel (TCI/TCNA). Il représente la forme d'abus physique la plus dévastatrice et la plus destructrice. Il est responsable de la majorité des décès par maltraitance puisqu'un quart des victimes en décèdent et la majorité des survivants en conservent des répercussions permanentes²².

Les bébés secoués repérés sont souvent ceux subissant des actes de violence réguliers ; autrement dit, le SBS s'inscrit dans un contexte de mauvais traitements. En effet, associés aux symptômes, des coups, des fractures, des brûlures ou des griffures sont fréquemment retrouvés sur le corps de l'enfant victime²³. De ce fait, le secouement s'intègre souvent dans un contexte de violences domestiques. Dans le cadre d'une étude américaine²⁴ dont l'objectif était de décrire les caractéristiques épidémiologiques de la maltraitance des enfants, celles-ci paraissent très répandues, touchant même des nourrissons. Dans cette étude, 2,6% des mères indiquent en effet utiliser le secouement de leur enfant de moins de deux ans, comme « *moyen de discipline* ».

Il a par ailleurs été relevé dans une étude de l'INSERM²⁵ un taux aussi significatif d'antécédents de mauvais traitements chez les enfants victimes de SBS que chez ceux décédés de filicides. Plus de la moitié des enfants morts de secouement présentaient à l'autopsie des hématomes sous duras anciens et/ou des fractures des os longs, des lésions viscérales, des lésions cutanées. Par ailleurs, la répétition des secouements est aussi relevée dans une étude menée en France à partir de sources judiciaires²⁶. Ainsi, le SBS est loin de revêtir le caractère d'événement unique et accidentel qui lui a longtemps été prêté. Il existe selon Caroline Rey-Salmon des signes avant-coureurs au secouement provoquant le décès de l'enfant : 25% de ces victimes présenteraient en effet des signes physiques de maltraitance (ecchymoses, hématomes etc.).

Dans 30 à 40% des cas, des lésions traumatiques antérieures subtiles comme des ecchymoses chez un très jeune nourrisson ont été sous estimées par l'entourage, la PMI et même parfois les médecins en charge de l'enfant. Le SBS peut aussi être combiné à des fractures infligées, des négligences, des carences voire des abus sexuels.

L'infanticide par SBS est donc souvent l'aboutissement d'une maltraitance chronique perpétrée par un parent sur un très jeune enfant. En outre, les données statistiques nous permettent de savoir qu'un bébé victime est en moyenne secoué à dix reprises.

²² S. Fortin et al., 2011

²³ Anne-Laurent VANNIER, « Syndrome du bébé secoué, avancées récentes des connaissances », La Gazette du Palais, Vol. 25, n°26, 25 Janvier 2012, p.25.

²⁴ Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, et al. "Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas". Pediatrics, 2005

²⁵ Tursz A. « Les oubliés 2010 Enfants maltraités en France et par la France », Paris, Sueil

²⁶ Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C 2010. "Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking", Pediatrics 126

Chapitre 3 : Aspects épidémiologiques du secouement

Dans les 2/3 des cas les victimes ont moins de six mois²⁷.

Plus de 10% des bébés secoués décèdent.

Plus de 75% des nourrissons présentent des séquelles graves irréversibles.

Les victimes sont en moyenne secouées 10 fois²⁸.

Section 1 : Épidémiologie du syndrome du bébé secoué

Si les connaissances actuelles apportent certaines données épidémiologiques s'agissant du syndrome du bébé secoué (§1), différentes difficultés sont à relever lors de ces études concourant à une sous-évaluation du taux d'incidence (§2).

§1 : Difficultés rencontrées lors des études

L'épidémiologie est définie comme « *un raisonnement et une méthode propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé, appliqués à la description des phénomènes de santé, à l'explication et leur étiologie, et à la recherche des méthodes d'interventions les plus efficaces* ». Dans le cadre du syndrome du bébé secoué, le travail épidémiologique s'attèle à estimer sa fréquence, ses facteurs de risques, ses conséquences à court et long terme et à exposer enfin les interventions efficaces. Estimer le nombre de nouveaux cas de bébés secoués revient à estimer l'incidence de ce phénomène c'est-à-dire sa fréquence dans une population donnée. Les facteurs de risques sont les facteurs qui augmentent la probabilité de survenue du SBS.

Il n'existe pas en France d'étude épidémiologique nationale portant sur des données récentes. En effet, s'il existe aujourd'hui une abondante littérature clinique sur le syndrome du bébé secoué, il y a en revanche peu d'études épidémiologiques qui soient menées sur des populations géographiquement définies et qui produisent donc des résultats représentatifs et extrapolables à l'ensemble de la population.

Plusieurs difficultés sont rencontrées lors des études épidémiologiques. En premier lieu, la définition même du SBS pose problème. On rencontre en effet de nombreux termes dans la littérature : « *syndrome du bebe secoué* », « *traumatisme crânien infligé* », « *traumatisme crânien non accidentel* » Autant de termes qui ne définissent pas la même chose. L'Académie américaine de pédiatrie a recommandé l'utilisation du terme « *Abusive Head Trauma* » correspondant en français au terme de « *traumatisme crânien infligé* ». De même, l'identification même du SBS n'est pas aisée. En effet, les signes cliniques sont peu spécifiques s'agissant des bébés secoués « *les moins graves* ». L'enfant peut en effet présenter après un ou des secouements, une récupération rapide et spontanée. Tout comme des vomissements liés à des poussées d'hypertension intracrânienne qui peuvent être identifiés à tort comme des régurgitations sur un reflux gastro-œsophagien (RGO). D'autres obstacles peuvent intervenir comme la crainte pour le médecin de se tromper, la crainte d'altérer la relation avec la famille

²⁷Greeley CS. "Abusive head trauma: a review of the evidence base", AJR Am J Roentgenol 2015

²⁸ HAS, 2017

ou encore le sentiment que le signalement ferait plus de mal que de bien. Autant d'éléments qui ne facilitent par le recueil de données propres et spécifiques au SBS.

§2 : Évaluation sous-estimée du taux incidence

S'agissant des bébés, on recense plusieurs centaines de victimes chaque année²⁹ (ce chiffre étant sous-évalué du fait que ces violences ne sont pas toujours signalées ni diagnostiquées) avec un pic d'incidence pour la victime entre ses 2 et 4 mois³⁰. Une victime sur dix décède³¹ et les 3/4 des survivants présentent des séquelles graves³². Par ailleurs, on note un taux de récurrence élevé puisque les bébés secoués l'ont été en moyenne dix fois³³. Le très jeune âge des enfants, la répétition fréquente des secouements et, dans certains cas, le délai important avant de recourir aux soins, expliquent en grande partie le mauvais pronostic du Traumatisme crânien non accidentel (TCNA/ SBS)³⁴. Selon un sondage dans la population du Québec, 5% des parents ont secoué leur enfant au moins une fois³⁵. Avec 750 000 naissances en moyenne en France, le nombre de cas potentiels apparaît ahurissant.

Les équipes des services d'anesthésie-réanimation, Neurochirurgie, Imagerie Pédiatrique et l'équipe mobile de protection de l'enfance de l'hôpital Necker-Enfants malades AP-HP et d'Université Paris Cité associées à une équipe de l'Inserm, coordonnées par le docteur Alima-Marinela ont mené une étude montrant une hausse deux fois plus élevée de bébés secoués en 2021 à la suite des confinements dus à la crise sanitaire. Les auteurs de cette étude ont conclu que la situation pourrait s'expliquer par le mal être provoqué par le confinement et ont plaidé pour une sensibilisation clinique du SBS et la mise en place d'actions de prévention.

Le SBS est la principale cause de mortalité et de morbidité au cours de la maltraitance du jeune enfant. En l'absence d'observatoire national, l'incidence en France est imprécise. Aussi, l'incidence du TCNA/SBS, qui représente la forme la plus grave du traumatisme crânien chez l'enfant varierait entre 15 et 56 / 100 000 enfants de moins d'un an³⁶. L'incidence du SBS est sous-évaluée car elle n'intègre pas des enfants pour lesquels le diagnostic est manqué ni les décès attribués parfois rapidement à la mort subite du nourrisson (que nous étudierons d'ailleurs dans une seconde partie) ou encore face au manque de données épidémiologiques nationales. L'incidence de cette forme de maltraitance est vraisemblablement sous-évaluée pour différentes raisons que sont le manque de données épidémiologiques nationales, le nombre inconnu de diagnostics non posés ou encore le nombre inconnu de cas confondus avec d'autres problèmes de santé. En effet, si l'état de l'enfant n'est pas suffisamment grave pour qu'il soit conduit à l'hôpital et que les lésions soient objectivées, le diagnostic ne sera pas possible.

Les données hospitalières du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en médecine chirurgie obstétrique (PMSI-MCO) pourraient être une source de données pertinentes pour identifier les victimes de secouement. Cependant, une étude exploratoire des données

²⁹ Publication du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), Santé publique France, 2019

³⁰ Haute Autorité de Santé, 2017

³¹ Un chiffre confirmé par les experts mobilisés dans le cadre de la campagne nationale de sensibilisation au SBS 2022, basé entre autres sur la publication du BEH, Santé publique France, 2019.

³² BEH, Santé publique France, 2019

³³ HAS, 2017

³⁴ Chevignard MP & Lind K. "Long term outcome of abusive head trauma", 2014.

³⁵ ISQ (2004). « La discipline des enfants au Québec ; normes et pratiques des parents / La violence familiale dans la vie des enfants du Québec », 1999

³⁶ Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. « Les enfants victimes de traumatisme crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI ». Bull Epidemiol Hebd, 2010

hospitalières sur la période 2015-2017 a montré que la détermination précise des cas de bébés secoués est complexe car il n'existe pas à ce jour de code spécifique pour le SBS dans le programme précité.

Malgré les facteurs de risques que nous allons identifier dans un second temps, rappelons qu'un secouement peut se produire en l'absence de tout facteur de risque. Inversement, tous les facteurs de risques peuvent être réunis sans que le nourrisson ait été secoué.

Section 2 : Critères d'identification et facteurs de risques

Différentes données sont à mettre en corrélation s'agissant tant des critères d'identification (§1) que des facteurs de risque (§2) lorsqu'on étudie le syndrome du bébé secoué.

§ 1 : Profils victimologique et des auteurs

Le profil victimologique dans le SBS est non équivoque dans la majorité des études : la première caractéristique de la victime est son âge. Une large majorité des victimes recensées a moins d'un an. Plus particulièrement, il été démontré que la majorité des cas de SBS survient sur des nourrissons âgés de 4 à 8 mois, ce qui correspond à la période où les bébés pleurent habituellement davantage. Cette jeunesse du profil conduit à faire le lien souvent persistant entre la maltraitance et la vulnérabilité. Les bébés sont statistiquement le plus secoués par les parents après 18h, pour les assistantes maternelles le midi et l'après-midi³⁷. Il existe par ailleurs une nette prédominance masculine chez les victimes (environ 2/3 de garçons), scientifiquement encore non expliquée à ce jour.

S'agissant des auteurs, toutes les catégories socio-économiques, culturelles et intellectuelles sont concernées. Aussi, il n'est pas possible de déterminer le profil type du « secoueur ». Deux études de 2020 et 2021 en France ³⁸ montrent une hausse des cas de bébés secoués par les assistantes maternelles à hauteur de 51% à 53%. Ces études viennent en contradiction avec celle utilisée jusqu'à lors datant de 2005, de Schnitzer (Etats-Unis) où 70% des secoueurs identifiés étaient des hommes. En effet, en près de vingt ans, le mode de garde chez les assistantes maternelles ou les établissements d'accueil du jeune enfant (crèche, halte-garderie etc.) a doublé. Si les modes de garde les plus fréquents sont l'accueil chez une assistante maternelle ou dans un établissement d'accueil, les principaux auteurs sont au sein du couple, les pères bien plus souvent que les mères. Alors même que l'âge des délinquants et celui de leurs victimes correspondent à un même ordre de grandeur dans la plupart des statistiques criminelles, un déséquilibre est constaté pour la délinquance intrafamiliale, « *les enfants sont victimes des adultes* »³⁹.

§ 2 : Facteurs de risque

Différents facteurs de risques ont pu être identifiés tant chez les auteurs, que chez les victimes.

³⁷ Laurent-Vannier A, Bernard JY , Chevignard M . “Abusive head trauma through shaking: examination of the perpetrators according to dating of the traumatic event”. Child Abuse Rev, 2021

³⁸ Rey-Salmon C, de Boissieu P , Teglas JP , et al . “Abusive head trauma in day care centers.” Pediatrics, 2020

³⁹ Patrick MORVAN, « Criminologie », LexisNexis, 2013, p. 245.

A) CHEZ LES AUTEURS : LES ANTECEDENTS PSYCHOAFFECTIFS AYANT UN ROLE DETERMINANT

Pour les auteurs, il s'agit notamment de tout évènement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né, favorisé par les séparations néonatales, notamment si l'enfant est né prématurément. Il peut également s'agir d'antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, de violences conjugales, d'addictions, d'isolement social et moral, d'une intolérance à la frustration, de grossesse(s) multiple(s)...

S'agissant du rôle du facteur de risque socio-économique, globalement, on peut dire qu'il existe un présupposé quant à une association entre la maltraitance (dont le SBS) et les classes sociales désavantagées. Si la précarité augmente le risque, tous les milieux socio-économiques sont concernés.

Ensuite, le poids du facteur psycho-affectif est à prendre en compte ; chez 2/3 des parents auteurs se trouvent des antécédents dans leur enfance de violences subies, de carences affectives, placements etc. De nombreux chercheurs insistent sur la prééminence des facteurs psychoaffectifs par rapport aux considérations socio-économiques dans le passage à l'acte⁴⁰. Les attentes irréalistes vis-à-vis du bébé, les comportements rigides et l'impulsivité sont autant de facteurs de risque de SBS qu'on retrouve chez des cadres supérieurs pour qui la présence d'un bébé qui pleure davantage peut être vécue comme une entrave à la carrière. Il existe un problème de représentation de l'enfant par les parents qui montre un décalage avec les capacités réelles de l'enfant. L'attente projetée sur le nourrisson est disproportionnée et peut conduire à une frustration dès l'instant que ce dernier n'y répond pas.

La fragilité des parents face aux pleurs inconsolables peut être majorée par des troubles de la personnalité liés à des antécédents personnels de violences et carences diverses vécues dans leur propre enfance.

Autrement dit, il existe un premier type de profil composé de parents « jeunes et immatures », ayant des « difficultés financières ou de logement », issus d'un milieu de « niveau social faible » et présentant souvent des problématiques d'addiction. Le second type se distingue par la nature recomposée de la famille, impliquant une pluralité d'enfants à charge. Dans ces cas le traumatisme résulte souvent d'un seul passage à l'acte par des parents « débordés », dans un état de faiblesse psychologique, d'anxiété voire de dépression. Il existe enfin une catégorie selon les études de parents dits « violents », systématisant la maltraitance mais apparaissant à l'extérieur comme « conventionnels ».

Toutefois, ces profils se doivent d'être relativisés par le manque d'information dans les données recueillies, de même que le nombre de ceux échappant à des poursuites judiciaires ou à un repérage de ces profils. Par ailleurs, s'il existe pour les services sociaux un accès plus aisé aux familles les plus démunies qui font l'objet d'une suspicion plus marquée que celle des classes sociales élevées, les cas non mortels des SBS sont sans doute plus facilement dissimulés et font moins souvent l'objet de soupçons dans les classes sociales les plus élevées.

B) CHEZ LES VICTIMES : LES PLEURS COMME PRINCIPAL FACTEUR DECLENCHANT

S'agissant du nourrisson victime, différents facteurs de risques peuvent être identifiés tels que : la situation de handicap de l'enfant, une prédominance masculine (petits garçons dans 75% des cas), de nourrissons nés prématurément, issus de grossesse multiples, avec une pathologie

⁴⁰ Sandrine TURKIELTAUB, « Le syndrome du bébé secoué : comprendre, prévenir et protéger ». Journal du droit des jeunes, n°314, N°4, 2013, p.34.

médicale (comme un RGO), présentant des troubles de sommeil, des difficultés alimentaires et présentant surtout des *pleurs inconsolables*.

Le principal facteur déclenchant du secouement a en effet été identifié grâce aux travaux de Barr et de ses collaborateurs sur les pleurs du nourrisson.⁴¹ Le rôle des cris ayant été démontré comme principale cause du secouement, il serait opportun de se demander ; accepte-t-on moins bien qu'un garçon pleure ? Les garçons pleurent-ils plus que les filles ? Pourquoi les pleurs sont-ils plus pénibles et difficiles à supporter ? Une hypothèse à confirmer est que l'adulte s'occupe différemment d'un nourrisson selon son sexe. Si les petites filles évoquent la fragilité, les petits garçons évoquent quant à eux, la robustesse. La raison serait donc davantage comportementale liée au rapport entre l'enfant et le parent ainsi qu'à la représentation que les auteurs se font du nourrisson. Force est toutefois de constater que la réponse scientifique à cette question demeure à apporter. Ces pleurs sont à l'origine de l'explosion ou de la libération soudaine de la violence qui caractérisent ces agissements. Certains médecins décrivent ces agissements comme « *une pathologie de l'exaspération et de l'immaturité affective qui témoigne d'une frustration (exacerbée par les pleurs du bébé)* »⁴². Les pleurs du nourrisson peuvent aller jusqu'à 6 heures par jour et peuvent être « extrêmes » et « imprévisibles » durant les cinq à six premiers mois de vie de l'enfant. S'il ne fait aucun doute sur la difficulté que peut ressentir tout parent ou gardien en présence d'un enfant pleurant dans ces conditions, la capacité de ce dernier à garder le contrôle de ses émotions dépend de sa personnalité mais aussi du contexte environnant.

D'une faible estime de soi peut naître une frustration du parent ou gardien le conduisant à voir le bébé comme une charge de moins en moins supportable. Ainsi la frustration tient un rôle important dans le passage à l'acte. De même que le contexte extérieur pouvant générer du stress et ainsi amplifier ce sentiment de frustration et d'exaspération. Il peut s'agir de difficultés financières ou relationnelles, de violences conjugales, de problèmes d'addiction ou le manque de soutien... Toutefois, des parents n'ayant pas de « problèmes sociaux » mais de grandes responsabilités professionnelles comme des ingénieurs, sont également souvent sujets à pratiquer des secouements⁴³.

La récente identification des facteurs de risque permet à l'heure actuelle d'élaborer des stratégies de prévention appropriées. Toutefois, rappelons que le profil déterminé résulte de données recueillies et concerne des cas repérés de bébés secoués. L'ignorance autour du nombre d'enfants véritablement atteints par ce syndrome doit conduire à prendre du recul par rapport à ces éléments. En effet et par exemple, le ratio entre les sexes est peut-être moins important que ce qu'il donne à voir. Il convient notamment pour les professionnels chargés de repérer ces nourrissons de s'affranchir de ces caractéristiques au risque de perpétuer ce chiffre noir.

⁴¹ Barr RG, Trent RB, Cross J "Age related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking". Child Abuse Negl, 2006

⁴² Anne TURZ, « Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France ». Ed. du Seuil, 2010.

⁴³ CERMES, « Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrisson de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets », 2005

Il y a toujours aujourd'hui des discussions sur le mécanisme réel des lésions observées comme de savoir si des secousses seules peuvent être seulement responsables ou s'il n'y a pas aussi un impact, certain parlant alors de « shaken impact syndrome ». Quoiqu'il en soit, si le diagnostic était auparavant compliqué en l'absence de signes extérieurs de maltraitances (ecchymoses, fractures), les techniques d'imagerie actuelles étayées dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, permettent à ce jour d'objectiver des micro-fractures qui ne pouvaient être mises en évidence avec une simple radiographie de squelette, caractérisant ainsi des gestes de violence.

Titre 2 : Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé au service du diagnostic initial

Les recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé portant sur le diagnostic du syndrome du bébé secoué définies par la Haute Autorité de Santé sont un apport essentiel dans la prise en charge de cette maltraitance. La HAS, organisme public indépendant à caractère scientifique, a accompagné l'élaboration de ces recommandations en 2011. Près de cent professionnels de tous horizons ont participé à leur élaboration. Réactualisées en 2017⁴⁴, elles font aujourd'hui l'objet d'une vaste réflexion s'agissant d'une nouvelle actualisation. Aussi, une première réunion s'est tenue en janvier 2023 pour auditionner les associations qui ont présenté leurs attendus en termes de prévention, d'axes de travail et d'améliorations s'agissant de ces recommandations. En mai 2023, le cadre de ce projet a été publié et différents groupes sont au travail courant 2024.

Ces recommandations représentant une avancée majeure de la protection de l'enfant, permettent à l'équipe pluri professionnelle de première ligne de poser le diagnostic de syndrome de bébé secoué de façon probable ou certaine, puis aux experts judiciaires de confirmer ou non le diagnostic et éventuellement de dater l'épisode de secouement. Elles décrivent la démarche diagnostique à suivre pour éliminer les diagnostics différentiels et objectiver les lésions, et définissent les critères diagnostiques à appliquer à l'issue, basés sur des données objectives : les lésions et l'histoire rapportée par l'adulte. Le diagnostic est alors écarté, probable ou certain.

Ces recommandations à destination des professionnels permettent de les guider dans leur prise en charge et appréhension des symptômes. En ce sens, l'imagerie est un apport essentiel dans le diagnostic médical (Chap 1). Cette certitude médicale peut toutefois faire l'objet de discussion(s) (Chap 2).

Chapitre 1 : Apport de l'imagerie médicale dans le diagnostic de secouement

L'imagerie médicale est à la fois indispensable à la mise en œuvre de l'action judiciaire (Sect 1), mais aussi essentielle à l'expertise judiciaire (Sect 2). Véritable outil à la force probatoire, l'imagerie médicale joue un rôle déterminant dans le diagnostic du SBS. En effet, si le diagnostic du SBS demeure difficile, les recommandations de la HAS ont constitué une avancée manifeste en proposant des critères objectifs permettant un diagnostic certain, probable ou écarté en fonction des lésions constatées et des données rapportées par l'entourage.

Section 1 : L'imagerie médicale, un outil indispensable à la mise en œuvre de l'action judiciaire

Nous l'avons vu, la maltraitance envers les enfants a été une pratique malheureusement courante pendant des siècles. Une fois que le syndrome du bébé secoué fut individualisé, des critères diagnostiques (§1) ont pu être considérablement affinés grâce aux efforts de la communauté scientifique pédiatrique multidisciplinaire internationale, aidée notamment par les

⁴⁴ SBS, Note de cadrage, Actualisation des recommandations, Collège, HAS 26/04/2023

performances croissantes des nouvelles techniques d'imagerie en coupes (scanner, IRM). Ceci a permis aux professionnels de les guider dans leur prise en charge de la victime du SBS s'agissant de la démarche diagnostique (§2).

§1 : Critères diagnostiques

L'élaboration des critères diagnostiques a consisté dans un premier temps à mettre en exergue et à démontrer la grande valeur diagnostique des lésions observées induites par les secouements : ruptures des veines allant en pont du cerveau vers un collecteur situé au sommet du crâne, hématome sous-dural multifocal, c'est-à-dire saignement s'étendant en nappe autour et entre les différentes parties du cerveau, et hémorragies rétinienne.

Ces critères diagnostiques, de façon novatrice, reposent sur des éléments objectifs, irréfutables et opposables : les lésions mises en évidence par le bilan clinique (HSD, rupture des veines ponts et hémorragies rétinienne) mais également l'histoire rapportée par l'adulte. En effet, en cas d'histoire clinique absente, changeante, ou incompatible avec les lésions ou l'âge de l'enfant, le diagnostic de secouement est certain s'il existe un hématome sous-dural plurifocal ou une hémorragie rétinienne quelle qu'elle soit. Le diagnostic est également certain en cas d'hématome sous-dural plurifocal et de rupture des veines ponts. De même, la présence d'un HSD plurifocal sans aucune autre lésion est suffisante pour rendre le diagnostic probable. Dans tous les cas, le degré de probabilité est augmenté en cas de lésions associées : cérébrales, cutanées, osseuses etc.

Plus précisément, il convient de se pencher sur la valeur / cause des lésions observées (rupture des veines ponts, HSD, HR) pour lesquelles ont été éliminées : la chute de faible hauteur, le jeu, le manque d'oxygène, les troubles de l'homéostasie etc... A partir de ces résultats, ont été définis des critères diagnostiques reposant sur des données objectives, et opposables qui comprennent les lésions précitées mais également l'histoire fluctuante rapportée par l'adulte. Trois degrés de probabilité diagnostique ont été définis : certain, probable ou écarté. Dans les deux premiers cas, le professionnel doit adresser un signalement au procureur de la République. En effet, ces recommandations stipulent que lorsqu'un SBS est diagnostiqué, l'enfant doit « bénéficier d'une hospitalisation en soins intensifs pédiatriques » et le professionnel doit « effectuer impérativement un signalement au procureur de la République afin de protéger l'enfant ». Notons que la présence d'ecchymose, de fracture, d'antécédents de violence dans la fratrie, ou des pleurs incessants ne sont pas indispensables au diagnostic.

Les recommandations ont également mis en exergue la datation clinique que nous détaillerons prochainement.

Ainsi, ces recommandations décrivent des critères diagnostiques à appliquer à l'issue, basés sur des données objectives : des lésions et l'histoire rapportée par l'adulte. Elles définissent par ailleurs la démarche diagnostique à suivre pour éliminer les diagnostics différentiels et objectiver les lésions, notamment à l'aide d'examen tels que l'imagerie médicale.

§2 : Démarche diagnostique

La démarche diagnostique à suivre par une équipe pluridisciplinaire a pour objectif de décrire les explorations nécessaires à la mise en évidence des lésions consécutives au secouement et à éliminer les diagnostics différentiels médicaux. Cette démarche comporte, outre l'examen clinique minutieux, le scanner cérébral, le fond d'œil, l'IRM, les radiographies du squelette et enfin un bilan sanguin.

Il convient tout d'abord de préciser que le diagnostic est difficile à évoquer quand les symptômes neurologiques ne sont pas au premier plan ; vomissements parfois imputés à tort à une gastro-entérite, anorexie, irritabilité ou pâleur anormale, arrêt cardiorespiratoire etc.

Les signaux d'alerte qui peuvent être d'intensité variable tels que de simples vomissements, une pâleur anormale etc., et ne sont pas propres au SBS. C'est la raison pour laquelle certains médecins peuvent parfois les imputer à certaines maladies fréquentes chez le nourrisson. En d'autres termes, la présentation clinique sur SBS peut être d'emblée typique d'un traumatisme crânien sévère (convulsions, troubles de la conscience, coma) mais elle peut aussi être aspécifique c'est-à-dire avec des vomissements inhabituels isolés par exemple. De même, si des hémorragies rétinienne sont associées dans 75 à 90% des cas, elles ne sont pas indispensables au diagnostic. C'est d'ailleurs en ce sens qu'ont été validés les critères diagnostiques du SBS par la Haute Autorité de Santé. Le pronostic est aggravé par le retard au diagnostic et donc au traitement : consultation tardive par l'entourage de l'enfant ou méconnaissance du syndrome par le médecin prenant à tort les vomissements isolés par une gastroentérite par exemple.

La détection du SBS n'étant pas aisée, cela nécessite de procéder à des examens approfondis. Aussi, le rôle de l'imagerie médicale, notamment des scanner et des imageries par résonance magnétique (IRM), semble alors essentiel. Elles vont en effet permettre de détecter la présence de traumatismes internes, tels qu'un hématome sous-dural, une hémorragie rétinienne et une rupture des veines ponts, qui sont des caractéristiques du SBS. Plus précisément, le scanner cérébral en urgence, examen de première intention, permet le diagnostic de SBS. L'IRM permet l'analyse fine du cerveau et des veines ponts rompues. Le principal diagnostic différentiel de SBS dès lors que des ruptures de veines-ponts sont présentes est le traumatisme accidentel à haute énergie cinétique. Par ailleurs, le fond d'œil doit être réalisé rapidement après dilatation car les hémorragies rétinienne sont susceptibles de disparaître en quelques jours. Les radiographies du squelette complet doivent être faites selon un protocole très précis. Enfin, un bilan sanguin doit également être réalisé.

La simple évocation du diagnostic de maltraitance doit conduire à l'hospitalisation immédiate de l'enfant dans un but de protection pour la réalisation du bilan complet en imagerie ; scanner cérébral complété si possible par une IRM, radiographies de haute définition de l'ensemble du squelette, échographie abdominale recommandée en France. La méconnaissance du diagnostic expose au risque de récurrence. Le Dr Catherine ADAMSBAUM, radio-pédiatre et experte judiciaire agréée de la Cour de cassation, indique que tout hôpital accueillant un enfant de moins de deux ans qu'il suspecte d'être victime de maltraitance doit, selon les « *recommandations des sociétés savantes du monde entier* », effectuer un scanner cérébral, des radios de tout le squelette et qu'en France, il est même recommandé d'effectuer une échographie abdominale à la recherche de lésions viscérale⁴⁵.

Si l'imagerie est au service du diagnostic médical pour effectuer un signalement et donc débiter la procédure judiciaire, elle joue aussi un rôle déterminant s'agissant de l'expertise judiciaire, lors du procès.

⁴⁵ Adamsbaum C. et Rey-Salmon C., « Syndrome du bébé secoué (SBS). Diagnostic et imagerie moderne », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2019, vol. 203

Section 2 : L'imagerie médicale au service de la datation essentielle à l'expertise judiciaire

Les différentes techniques que représente l'imagerie médicale jouent un rôle clef s'agissant du procès (§1) lorsque l'expert interprète les données qui en sont issues (§2).

§ 1 : Une collaboration médico-judiciaire nécessaire

Au moment où le bébé est emmené à l'hôpital, un premier diagnostic est posé par l'équipe médicale et permet de procéder à un signalement et au déclenchement des différentes procédures. Le radiologue est en première ligne pour évoquer le diagnostic de SBS et l'enfant doit être immédiatement hospitalisé à des fins de protection. Le signalement se décide dans un second temps, après évaluation médicale exhaustive pluridisciplinaire. Les médecins peuvent ensuite être amenés à intervenir dans un troisième temps comme témoins ou experts judiciaires afin d'éclairer les magistrats sur un plan technique. Cet expert, « sollicité pour donner au juge un avis sur des points techniques précis », « peut être désigné par le juge ou les parties au procès ». Amené à participer au procès, il doit confirmer ou non la présence du SBS. Il peut, pour ce faire, se fonder sur les imageries médicales produites lors de l'hospitalisation de l'enfant. En d'autres termes, les IRM et scanners ayant permis aux médecins de poser un premier diagnostic de SBS et de procéder à un signalement auprès des autorités, peuvent être réinterprétées au cours du procès par l'expert judiciaire.

L'expert médecin est un auxiliaire de justice sollicité pour apporter un éclairage, c'est-à-dire un avis technique et confirmer ou infirmer le diagnostic du syndrome. Fort de ses connaissances pointilleuses tant théoriques que pratiques, il intervient dans le cadre d'une suspicion de SBS et est requis par un magistrat du Parquet ou désigné par ordonnance d'un juge d'instruction ou d'un magistrat du siège (jugement correctionnel, Commission d'Indemnisation des victimes d'infractions). La collaboration ici du magistrat et de l'expert médecin permettra une précision de l'expertise et déterminera, dans une certaine mesure, la qualité de la justice qui sera rendue.

Il est préférable que le magistrat prenne attache avec l'expert avant l'envoi de sa mission d'évaluation afin de s'assurer de sa compétence spécifique et de sa disponibilité dans des délais raisonnables. Le contenu de la mission d'expertise doit être adapté au cas par cas à la situation de l'enfant. Tout d'abord, la mission peut être une aide au magistrat afin qu'il n'omette pas certains aspects du dossier. Pour assurer une qualité de l'expertise, il est alors fondamental que les experts puissent disposer de toutes les pièces c'est-à-dire des éléments médicaux, biologiques, de l'imagerie disponible pour l'enfant concerné, y compris de la grossesse. S'agissant de la mission d'indemnisation, on sait que la consolidation n'est pas possible à fixer avant plusieurs années d'évolution. Il sera alors parfois nécessaire de coupler l'expertise à une évaluation neuropsychologique pour dépister les séquelles parfois tenues mais bien réelles.

La collégialité d'experts est par ailleurs souvent nécessaire tant le SBS touche différentes spécialités : la pédiatrie, la neurologie pédiatrique, l'imagerie pédiatrique, l'ophtalmologie etc. Les médecins s'accordent à penser que le diagnostic de SBS est un diagnostic délicat à établir qui fait appel à de multiples spécialités médicales et qui de ce fait nécessite souvent une pluralité d'experts.

L'expert doit examiner précisément les résultats médicaux et ne pas hésiter à demander des examens complémentaires si nécessaires pour vérifier l'absence d'un autre diagnostic que celui des secousses violentes. En outre, la compatibilité entre les déclarations des personnes en charge de l'enfant et les constatations médico-légales impose que l'expert prenne connaissance des

procès-verbaux d'audition. Les réponses apportées par l'expert aux questions contenues dans la mission doivent être argumentées et soutenues par des références bibliographiques.

Par ailleurs, au titre des incapacités temporaires totales retenues lors de la qualification pénale, si certains dossiers retiennent la qualification de violences ayant entraîné une infirmité permanente, d'autres retiennent celle de violences ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours. Cette répartition interroge au regard des séquelles souvent extrêmement lourdes, constatées chez les bébés secoués. La réponse tient notamment aux mentions figurant dans l'expertise dans laquelle n'est généralement demandée que la fixation des préjudices nécessaires à l'indemnisation ce qui ne suffit pas à caractériser la notion pénale d'infirmité permanente. Il conviendrait que le magistrat demande à l'expert judiciaire d'indiquer quelles sont les séquelles prévisibles et si une infirmité permanente doit être envisagée. De même, au moment de l'enquête, l'ITT peut être de quelques jours, mais l'état de l'enfant peut révéler par la suite une infirmité permanente. D'où la nécessité d'actualiser tout au long de la procédure les conclusions de l'expert afin de permettre une requalification éventuelle au plus proche de la réalité des faits⁴⁶. Le contenu de la mission d'expertise est parfois rédigé de manière lapidaire en n'envisageant que l'examen du mineur, la fixation des préjudices et la réalisation de « *tous actes utiles à la manifestation de la vérité* ».

En somme, nous l'avons vu, l'imagerie médicale se révèle être un véritable élément probatoire qui a une place déterminante dans le procès.

§ 2 : L'expertise médicale comme élément de preuve de l'infraction

Permettant d'appréhender une réalité impalpable avec les sens, les images cérébrales peuvent jouer un rôle crucial dans le procès pénal. Ces expertises constituent en effet « des éléments de preuves très importants pour les juges », en partie parce que les bébés secoués ne sont pas en mesure de s'exprimer. Ces imageries constituent le seul moyen de témoigner de ce qui est arrivé au bébé. De manière plus générale, l'interprétation des signes cliniques et des résultats d'imagerie jouent un double rôle dans le cadre des poursuites pénales ; elle conduit à la fois à un signalement et constitue l'élément matériel de l'infraction. Ainsi, « *sans le diagnostic du médecin et sans le signalement, l'avocat ne sera jamais amené à assurer la défense de ce bébé, victime de ceux qui doivent le protéger* »⁴⁷.

L'imagerie joue donc un rôle essentiel dans la détection du SBS car les symptômes sont d'intensité variables et non spécifiques. Elle se doit d'être corrélée avec les données cliniques et biologiques notamment : des ecchymoses localisées sur la face, une histoire clinique fluctuante, une macrocrairie, des hémorragies rétinienne etc. Il faut effectuer chez tout enfant de moins de deux ans, suspect de maltraitance, un scanner complété d'une IRM, des radiographies de l'ensemble du squelette et une échographie abdominale à la recherche de lésions viscérales. Les signes caractéristiques du SBS en imagerie sont la présence d'hématomes sous duras multiples. En outre, la présence des caillots au sommet du crâne indique une rupture des veines lors des mouvements de secouement du cerveau dans la boîte crânienne.

Si les lésions traumatiques observées par l'imagerie ne peuvent être précisément datées, les examens permettent toutefois de donner des fourchettes de datations distinguant les lésions récentes de celles anciennes. Ainsi, il sera possible de déterminer plusieurs épisodes de violences, les secouements étant des violences répétées dans plus de la moitié des cas.

⁴⁶ C. COMBEAU, « Le traitement judiciaire du syndrome de bébé secoué. Étude de dossiers ». Revue Justice Actualités, 2014.

⁴⁷ V. Schmitzberger-Hoffer, « La stratégie de défense du bébé secoué », Gaz. Pal. 25 janvier 2012, n°25-26, p.28

L'imagerie permet également des diagnostics différentiels en permettant d'écartier d'autres diagnostics comme des méningites, des maladies métaboliques ou la macrocrairie banale du nourrisson. Les données cliniques et biologiques étudiées permettent d'éliminer une pathologie métabolique. Malgré cela, la certitude médicale liée au diagnostic est parfois remise en question.

Chapitre 2 : Limites et discussions autour de la certitude médicale

Il y a eu de tout temps une réticence à admettre la violence à l'enfant. Depuis, les connaissances scientifiques internationales étayant la réalité de cette violence n'ont fait que croître et font l'objet d'un consensus⁴⁸. Toutefois, des difficultés peuvent apparaître dans la pose du diagnostic entraînant notamment des diagnostics dits erronés (Sect 1). Ce sont plus généralement les recommandations de la HAS qui aujourd'hui sont remises en cause par une poignée de citoyens s'estimant injustement accusés de maltraitance (Sect 2).

Section 1 : Difficultés liées au(x) diagnostic(s)

Différentes difficultés liées à la pose du diagnostic peuvent apparaître (§1), ce qui peut générer des diagnostics faussés ou erronés (§2).

§1 : Pose d'un diagnostic face à un tableau clinique variable et une méconnaissance des circonstances

Une difficulté diagnostique est que, outre l'absence de langage du nourrisson pour relater les faits, les circonstances du secouement ne sont qu'exceptionnellement et rarement connues lors de la présentation de l'enfant à l'hôpital, soit parce que le parent qui l'accompagne n'en est pas l'auteur, soit parce qu'il l'est, mais qu'il n'en fait pas état. Ainsi, la connaissance des circonstances provient des données médico-judiciaires. L'histoire rapportée est généralement absente, sans cohérence avec les constatations médicales ou floues, ce qui est très inhabituel en pédiatrie où les détails des circonstances des traumatismes accidentels, sont au contraire, plutôt prolixes.

Par ailleurs, la présentation clinique d'un bébé secoué est très variable, ce qui explique que certains épisodes puissent passer inaperçus. En effet, si le bébé présente un coma ou des crises convulsives, le diagnostic sera rapidement posé sur les données du scanner cérébral effectué en urgence. En revanche, des épisodes de vomissements sont souvent interprétés comme étant liés à une gastro-entérite. Plus précisément, SBS n'est pas reconnu par des symptômes spécifiques. En d'autres termes, les symptômes, pris séparément, ne permettent pas de poser un diagnostic ; c'est la cooccurrence des signes qui le rendra diagnosticable. Des symptômes non spécifiques comme la perte d'appétit, les vomissements ou la fontanelle bombée ont pu être mis en avant. Toutefois, ils rendent le diagnostic difficile à poser en raison de l'absence de langage des patients. L'enjeu sera ici pour les professionnels de déceler « le vrai du faux » en opérant une distinction entre les signes et les symptômes dus à une maladie et ceux dus à un traumatisme non accidentel.

⁴⁸ Choudhary AK, Servaes s, Slovis TL, et al. "Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children". *Pediatr Radiol*, 2018

Nous l'avons vu, il est nécessaire de corréler l'imagerie avec toutes les données cliniques, ophtalmologiques et biologiques. Certains éléments sont très évocateurs du SBS : une histoire clinique fluctuante ou incohérente, des ecchymoses sur la face, des aisselles, le tronc ou le cou chez un nourrisson ne se déplaçant pas seul, une macrocrânie attestée par la courbe de périmètre crânien qui montre une brutale accélération de la vitesse de croissance, des hémorragies rétiniennes au fond d'œil, fortement corrélées au SBS. Toutefois, ni les ecchymoses ni les hémorragies rétiniennes ne peuvent être datées. Aucune méthode d'imagerie ne permet de dater avec précisions les lésions traumatiques, que ce soit au niveau cérébral ou du squelette.

La difficulté du diagnostic en raison d'un examen clinique incomplet, du manque de collaboration de certains parents et des symptômes non spécifiques, suscite un intérêt dans la recherche. En ce sens un nouveau test sanguin appelé « BIBIS » (Biomarkers for Infant Brain Injury Score) a été développé par des médecins américains pour aider au diagnostic. Ce test permet de repérer rapidement les hémorragies intracrâniennes chez le nourrisson victime de secouement ; il repose sur la combinaison de trois biomarqueurs et mesure le taux d'hémoglobine dans le sang (protéine qui transporte l'oxygène dans le sang). Ce test est toutefois encore au stade d'analyses avant de recevoir l'aval des autorités de santé pour son utilisation. Par ailleurs fiable qu'à 90%, il ne remplacera pas l'imagerie traditionnelle, essentielle pour déterminer l'origine de l'hémorragie.

§ 2 : L'importance des diagnostics différentiels

Le syndrome du bébé secoué est un diagnostic médical qui se pose sur un ensemble de critères analysés et intégrés dans le contexte particulier de l'enfant, en tenant compte des circonstances relatées par l'entourage. Une étape fondamentale est donc d'envisager un par un, tous les diagnostics différentiels.

Les recommandations de la HAS de 2017 indiquent qu'en fonction de l'histoire rapportée, du contexte clinique, des lésions présentes et de leur chronologie d'apparition, le diagnostic du SBS est considéré comme « écarté, probable ou certain ». Le diagnostic est issu d'un bilan pratiqué par une équipe pluridisciplinaire et c'est seulement après élimination des diagnostics différentiels que le degré de certitude diagnostique est défini en fonction, non des facteurs de risque, mais des explications données et du type de lésions objectivées.

Un certain nombre de pathologies médicales peuvent donner des symptômes proches du SBS, posant la question du diagnostic différentiel et elles doivent être recherchées systématiquement. Il convient ensuite de déterminer si la pathologie retrouvée est à l'origine de l'ensemble de la symptomatologie ou si elle constitue un facteur favorisant la survenue d'hémorragies pour un traumatisme de plus faible intensité, dont l'origine intentionnelle restera à déterminer. On peut identifier notamment des troubles de la coagulation pouvant être responsables d'hémorragies spontanées ou secondaires à un traumatisme modéré, des malformations artérioveineuses cérébrales mises en évidence par l'imagerie cérébrale, certaines maladies métaboliques recherchées par des dosages spécifiques, ou encore des fragilités osseuses (comme la maladie de Lobstein).

Le traumatisme accidentel apparaît comme une question majeure et constitue le principal diagnostic différentiel à considérer ; le diagnostic est parfois simple en cas d'accident de la voie publique ou s'il existe des témoins neutres, mais la situation est plus complexe lors d'une chute. Si les chutes de faible hauteur sont souvent rapportées par l'entourage, ou encore les jeux comme « faire l'avion », ou « lancer en l'air », force est de constater que les données biomécaniques actuelles excluent ces mécanismes dans la genèse des lésions hémorragiques

cérébrales et rétinienne. Plus précisément, les chutes accidentelles de faible hauteur, d'un canapé ou d'un lit, n'entraînent généralement pas de complications hémorragiques. Ceux plus conséquents (chute d'une table à langer, dans les escaliers etc.) entraînent principalement des hématomes extra duraux localisés et non sous duraux diffus et s'accompagnent de traces d'impact. De même, les troubles de la coagulation sont systématiquement recherchés car ils peuvent entraîner un saignement qui peut-être sous-dural mais ils ne s'accompagnent pas de rupture de veines ponts. Enfin, et entre autres, l'ostéogenèse imparfaite qui est une fragilité osseuse, ne s'accompagne pas d'hématomes sous duraux ni de rupture de veines-ponts. La vaccination a parfois été avancée comme facteur d'hématome sous dural mais cette hypothèse a été clairement réfutée...

Rappelons que chez l'enfant de moins d'un an, le diagnostic de secouement pourra être évoqué au terme du bilan clinique et radiologique méthodique, selon les lésions retrouvées et après avoir éliminé les diagnostics différentiels. Outre des difficultés pouvant apparaître lors de la pose du diagnostic, une fois posé, ce dernier peut s'avérer être erroné. Autrement dit, il y a davantage de discussions physiopathologiques que de discussions réelles sur la réalité du syndrome. Il faut bien entendu envisager avec prudence les données de la médecine légale ; ainsi, il est possible que des parents aient été condamnés à tort et ceci fait l'objet de vives polémiques.

Section 2 : Remise en cause de la force probante des recommandations de la Haute Autorité de Santé

L'aspécificité des symptômes (§1) s'agissant du syndrome du bébé secoué génère un contentieux (§2) qui, depuis quelques années, prend place.

§ 1 : L'aspécificité des symptômes....

Les recommandations de la HAS, qui ont été réalisées par des experts (pédiatrie, radiologie, neurologie, rééducation fonctionnelle...), apportent une méthode de raisonnement et prise en charge importante pour l'ensemble des médecins français. Eux-mêmes affirment d'ailleurs qu'il n'y a pas de controverse dans 99% des dossiers de SBS.

Rappelons que la pose du diagnostic doit se faire par le médecin, qui, à la suite d'examen (que sont le scanner, l'IRM et l'examen du fond de l'œil) met en avant trois grands signes cliniques du SBS : l'hématome sous dural, l'hémorragie rétinienne et l'atteinte cérébrale. Le scanner permet d'établir le diagnostic par la présence d'hématome, la radiographie par la présence de fracture du crâne et l'autopsie, en cas de décès, par des lésions axonales.

S'agissant des diagnostics différentiels c'est-à-dire des méthodes permettant de différencier une maladie d'autres pathologies présentant des symptômes proches ou similaires, le premier diagnostic à éliminer est le traumatisme accidentel. Ce qui fait la difficulté de certaines situations c'est en effet que le saignement aigu dans le cerveau du nourrisson peut passer pour une autre pathologie, la plus courante étant un épisode de gastro-entérite provoquant également des vomissements. Si les lésions cérébrales ne sont pas diagnostiquées, le traumatisme passera inaperçu et l'enfant présentera un retard d'acquisitions qu'on n'associera pas à un épisode traumatique.

Seul un traumatisme avec forte décélération (accident de voiture) peut entraîner des hématomes sous duraux diffus avec ruptures de veines ponts, observées dans moins de 10% des cas.⁴⁹ De même, les lésions représentées par les hémorragies rétiniennes sont rarement observées en cas de traumatismes crâniens accidentels avec impact et sont souvent la signature d'un secouement. Ainsi, des lésions graves provoquées par une chute d'une faible hauteur (exemple : table à langer) sont « hautement improbables »⁵⁰. L'imagerie, combinée aux données cliniques et biologiques, permet également d'écarter les méningites, certaines maladies métaboliques, des anomalies de l'hémostase et les malformations vasculaires. Il a pourtant été recherché quels mécanismes, dont ceux allégués par l'adulte, étaient susceptibles d'induire des lésions identiques. Ont été éliminés la chute de faible hauteur, le jeu, les manœuvres de réanimation, le choc, l'intervention d'un autre enfant, certaines maladies métaboliques, et même les vaccins...

Plusieurs consensus et recommandations existent dans le monde entier au sujet du diagnostic du SBS pour lequel la preuve de l'acte manque souvent. Malgré les efforts convergents et les avancées médicales pour connaître précocement cette forme de maltraitance infantile, un courant déniériste actif et très largement relayé par les médias, remet en cause l'existence même du SBS.

§ 2 : Engendrant un contentieux protéiforme

A) ENJEUX JURIDIQUES EN PRESENCE AUTOUR DE L'IMAGERIE MEDICALE DANS LE SBS

1° L'IMAGERIE MEDICALE COMME NOUVEL ELEMENT PROBATOIRE DANS LE PROCES

L'imagerie (notamment cérébrale)⁵¹ en tant que nouvel élément probatoire a une incidence sur l'appréhension de la responsabilité et sur le déroulement du procès. L'usage de telles sources, notamment en justice pénale, permet d'établir l'élément matériel de l'infraction. La preuve du dommage, en l'espèce celui de secouement(s) constitutif(s) du SBS, constitue l'élément matériel de l'infraction. Il ne faudrait toutefois pas tenir pour acquis que les résultats d'une imagerie ne sont susceptibles d'aucun débat et que leur usage ne soulève aucune difficulté. L'usage de ce nouveau type de pièces notamment à des fins de défense semble pouvoir servir une application respectueuse du principe de liberté de la preuve à condition notamment que ces éléments de preuve soient intégrés dans un faisceau d'indices.

La nature et l'étendue des lésions qui sont infligées peuvent conduire à des incriminations différentes. Toutefois, quand les blessures corporelles sont purement internes, seule l'imagerie médicale permet d'en prendre connaissance. L'imagerie est donc ici un outil pour distinguer selon la gravité des dommages. Sans les images cérébrales, nul doute que la réalité des dommages infligés n'aurait pu être connue. De même, lorsqu'on sait que dans ces dossiers les témoignages étant rarement univoques, les éléments d'imagerie médicale constituent alors des éléments de preuve très importants pour les juges.

Pendant longtemps, ces actes de violence ont été ignorés, faute de compréhension ce qui avait mené un nourrisson à une dégradation rapide de son état de santé, voire de son décès. Il a donc

⁴⁹ Nahmani S. Rupture-thrombose des veines ponts dans les traumatismes crâniens accidentels et non accidentels : description scannographique et étude comparative ; 2018 - Thèse de médecine. Faculté de médecine Paris Diderot.

⁵⁰ Etude Mohan D. Bowman BM, Snyder RG, Foust DR, "A biomechanical analysis of head impact injuries to children", 1979

⁵¹ Sonia Desmoulin-Canselier, « Usages et interprétations judiciaires des images cérébrales. Enjeux juridiques, philosophiques et sociologiques de la stimulation cérébrale profonde ». Revue de science criminelle et de droit pénal comparé. 2018/2, Dalloz

fallu attendre la réalisation d'examens d'imagerie pour qu'une prise de conscience médicale se développe autour du lien de causalité entre certains actes, notamment les secousses violentes, et certains traumatismes internes (hématomes sous duraux, hémorragies sous arachnoïdiennes, hémorragies rétiennes diffuses).

Le constat des traumatismes donne lieu à un contentieux protéiforme ; en sus des poursuites pénales se déploient un contentieux civil familial pour ce qui concerne les mesures éducatives et le placement des enfants⁵², un contentieux de la responsabilité civile et administrative⁵³, un contentieux de l'indemnisation⁵⁴.... Il s'agit d'établir la preuve d'un acte dont la victime ne peut témoigner : sans l'imagerie cérébrale, qui aurait pu prendre conscience de l'étendue des faits de maltraitance dont le bébé a été victime ?

Sans les conclusions d'expertise s'appuyant sur des données d'imagerie, la plupart des affaires aboutirait à des non-lieux ou des relaxes. Les juridictions du fond exercent souverainement leur pouvoir d'appréciation, la Cour de cassation opérant simplement un contrôle de la motivation. Mais la lecture des motifs et du dispositif des décisions attaquées permet de vérifier le rôle déterminant joué par l'imagerie cérébrale ; tant pour écarter des causes alternatives, que pour caractériser un traumatisme lié causalement au secouement et pour déterminer une temporalité probable de réalisation du geste violent⁵⁵. Même si les connaissances médicales sont plus importantes aujourd'hui, le diagnostic demeure complexe. En effet, il est parfois difficile d'établir dans quelles circonstances et par qui le traumatisme a été causé, même si les images permettent normalement d'écarter les pistes de l'accident ou d'une maladie⁵⁶.

2° L'IMAGERIE MEDICALE COMME OUTIL A REPLACER DANS UN FAISCEAU D'ELEMENTS

Le diagnostic repose tant sur des images de traumatismes que sur des probabilités statistiques et des faisceaux d'éléments. Or les conséquences d'un diagnostic erroné peuvent être particulièrement lourdes et agir sur différents registres : la famille (mise en cause des capacités parentales et/ou délitement du couple), l'emploi (agrément retiré à une assistante maternelle) et les poursuites pénales (contraintes du procès, condamnation). De la même façon, la méconnaissance du diagnostic par les professionnels est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. S'agissant des imageries cérébrales, certains affirment qu'« il est souhaitable que la quête de la 'preuve parfaite' ne se fasse pas au détriment d'une bonne justice et du respect des droits de la défense⁵⁷ ».

Aussi, si la technique était tenue pour seule instance de vérité et si l'interprétation des résultats était systématiquement tenue pour indiscutable, l'utilité des images dans la révélation d'infractions pourrait se retourner contre la justice. En témoigne un arrêt rendu en 2016⁵⁸ dans lequel la cour d'appel s'était attachée à montrer les limites de l'expertise. La force de conviction des conclusions d'expertise a ainsi été mise en doute. Dans cette affaire, les résultats de l'expertise avaient été mis en débat grâce à la constitution d'un dossier mobilisant d'autres paroles expertes, notamment d'un certificat d'un médecin du CHU où était suivie la mère indiquant « *ne pas exclure une imputabilité de la pathologie maternelle dans la survenue des*

⁵² Voir par exemples : CA de Rouen 21 févr. 2012 n°12/00365 ; Lyon 13 mai 2014 n°14/00065

⁵³ Voir par exemple CAA Lyon, 6^e ch., 11 février 2010, n°04LY01138

⁵⁴ Voir par exemple Civ. 2^e, 3 mars 2016, N°15-14.106.

⁵⁵ Voir par exemples Cass. Crim. 9 sept. 2014, n° 13-87.027 ; Crim 16 juin 2015, n°14-85.136

⁵⁶ Voir par exemple Poitiers 16 mars 2006, JCP 2007. IV. 1289

⁵⁷ Sonia Desmoulin-Canselier, « Usages et interprétations judiciaires des images cérébrales », Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé, 2018/2 (N°2)

⁵⁸ Rouen 26 janv. 2016, n°15/06055

complications hémorragiques chez l'enfant ». Ces paroles expertes divergentes avaient ainsi pu permettre à l'avocat de remettre la première lecture des images cérébrales à sa juste place, c'est à dire au sein d'un faisceau d'indices à discuter contradictoirement. L'application du principe du contradictoire, est, en effet, la condition principale d'un usage utile des images cérébrales à des fins judiciaires.

Le professeur agrégé de pédiatrie et ancien chef de service de neuropédiatrie du CHU de Montpellier Bernard ECHENNE affirme que de nombreuses erreurs de diagnostic sont commises. Il s'oppose à la méthodologie de diagnostic de la HAS qui « *manquerait de fiabilité* » indiquant que ce texte serait « *truffé d'approximations* ». Si en effet le référentiel indique qu'une chute de faible hauteur ne peut entraîner un HSD, le professeur lui avance qu'il y aurait dans ces contextes des « *facteurs favorisant qui exposerait les enfants à la survenue d'une hémorragie chez les enfants prédisposés aux saignements* ». Il reproche aux membres de la HAS de nier ces facteurs favorisants et d'écarter le rôle potentiel des chutes de faible hauteur, de l'immaturation des membranes méningées et de l'hydrocéphalie externe.

Aussi, ce sont même plus généralement les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS qui sont aujourd'hui remises en cause par une partie de la population, s'estimant injustement lésée.

B) UN PROCESSUS SCIENTIFIQUE RIGoureux FACE A L'ABSENCE D'ETAYAGE SCIENTIFIQUE

Pour définir ce courant déniériste, on parle de « *l'enjeu de la fiabilité face à la fabrique de l'ignorance* ».

1° REMISE EN CAUSE DES ORIGINES LESIONNELLES A L'ORIGINE DU SBS

Créée en 2017, l'association Adikia⁵⁹ (en grec, *αδικία* signifie « injustice ») regroupe environ 500 parents et assistantes maternelles victimes de « *suspensions médicales infondées de maltraitance* ». Elle assure que certains enfants, atteints de maladies rares ou présentant des fragilités intrinsèques, présenteraient les mêmes signes que les enfants victimes de maltraitances, et plus spécifiquement du SBS, sans pour autant avoir subi de violences. Cette association œuvre pour une amélioration des protocoles de signalement afin de parvenir à une meilleure distinction entre les maladies et les maltraitances, spécialement s'agissant du diagnostic du bébé secoué.

Elle a d'ailleurs effectué une requête devant le Conseil d'État en 2020 sollicitant l'abrogation des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le SBS. Leur avocat estimant que les recommandations incitent à penser automatiquement un diagnostic de SBS à partir de symptômes pouvant être attribués à des chutes de faible hauteur ou à des maladies génétiques. La plus haute juridiction de la hiérarchie administrative a toutefois décidé le 7 juillet 2021⁶⁰ de ne pas abroger les recommandations estimant que la recommandation contestée « ne peut être regardée, au regard des connaissances médicales avérées à la date de la présente décision, comme étant entachée d'erreur manifeste d'appréciation ». Si elle précise en outre qu'il est faux de dire « que la recommandation de bonne pratique méconnaît la présomption d'innocence », elle rappelle que le diagnostic ne saurait être posé avant l'exclusion rigoureuse de tous les diagnostics différentiels.

⁵⁹ www.adikia.fr - « *Il faut protéger les enfants maltraités et soigner les enfants malades* ».

⁶⁰ Conseil d'État, Section du contentieux / 1^{ère} – 4^{ème} chambres réunies, 07/07/2021, n°2021/438712

Le neurochirurgien Matthieu VINCHON⁶¹ qui milite contre ce qu'il nomme des « infox », souligne dans son article publié dans Childs Nervous System début 2022, que l'on ne peut confondre des lésions liées à la naissance avec celles du SBS : « *Des lésions traumatiques surviennent dans 11% des naissances, mais elles ne sont pas situées au même endroit et disparaissent environ quatre semaines, avant l'âge du bébé secoué* ». S'agissant d'un accouchement générant des lésions sous durales, celles-ci ne sont pas liées à des impacts et ne peuvent être comparées sur le plan de la physiopathologie avec des chutes ou des secouements. Lors d'un traumatisme accidentel, les lésions intracrâniennes sont différentes, le corps porte des signes d'impact et l'hémorragie rétinienne est peu importante.

De même, certaines théories avancent que les manœuvres de réanimation provoqueraient des lésions similaires au SBS. Or, en cas de manœuvres de réanimation et conformément aux données scientifiques, il n'y a aucune raison d'obtenir une mise en accélération de la tête, qui est censée reposer sur le sol ou un lit, et il ne peut donc il y avoir d'HSD d'origine traumatique ou de lésions ophtalmologiques.

En comparant différents traumatismes d'enfants, il a démontré que le triptyque hématome sous dural, hémorragie rétinienne et absence de bosse séro-sanguine, signe d'un impact, est prédictif à 100% d'un SBS.

Aujourd'hui, le champ médical met autant d'efforts à faire un bilan complet d'une éventuelle maltraitance que d'aller rechercher des hypothèses qui expliqueraient ces lésions par une cause la plupart du temps génétique. En effet, force est de constater qu'une maladie qui provoquerait l'ensemble des lésions observées est relativement rarissime. Le rôle des médecins n'est pas celui d'un juge mais il est de signaler aux autorités que l'enfant présente des lésions cliniques qui ne s'expliquent pas parce qu'il n'y a aucune explication ou des explications qui ne sont pas cohérentes. Si le risque de se tromper existe, il est plus faible que le risque que les violences se poursuivent. D'où la nécessité de protéger l'enfant par principe de précaution.

2° DISCUSSIONS AUTOUR DU FONDEMENT DES RECOMMANDATIONS

Le TCNA/SBS par secouements est le plus souvent répété. Aussi, dans un but de prévention, le diagnostic doit être évoqué et posé dès que possible pour éviter la réitération. Les recommandations établies par la HAS sont issues d'une démarche scientifique rigoureuse. Toutefois, force est de constater qu'aux avancées considérables sur le sujet, s'oppose un courant contestataire denialiste, porté par quelques personnes, sans fondement particulier, qui doit être dénoncé.

S'il est reproché aux recommandations de la HAS d'être une « *hérésie scientifique* », rappelons que la HAS, organisme public indépendant à caractère scientifique, a accompagné l'élaboration de ses recommandations afin d'en assurer la rigueur scientifique. S'il a été dit que ces recommandations n'auraient été conçues que par « quatre ou cinq personnes », notons que près de cent professionnels de tous horizons ont participé à leur élaboration et diverses sociétés savantes concernées par le sujet ont été impliquées et ont réaffirmé leur valeur scientifique⁶². Ces recommandations n'ont fait l'objet d'aucune critique dans la presse scientifique nationale ni internationale. En ce sens, le Conseil d'État a, par un arrêt du 7 juillet 2021, refusé leur abrogation. Dans tous les cas, il convient de préciser qu'un verdict et un diagnostic initial ne sont pas de même nature. Un non-lieu ou un acquittement n'implique pas que le diagnostic soit

⁶¹ Vice-président de l'Association Les maux – Les mots pour le dire

⁶² Communiqué de presse validant le projet des recommandations cosigné le 19/12/2019 par la société française de neurologie pédiatrique, neurochirurgie, pédiatrie, radiologie, médecine légale, médecine physique et de réadaptation....

faux. Enfin, il a été procédé à une étude sans aucune restriction de la littérature scientifique internationale, consignée dans un argumentaire joint aux recommandations de la HAS. Environ 310 articles ont été analysés et possèdent le plus au niveau de preuve (niveau 1).

Il est également reproché que certains experts judiciaires aient été coauteurs des recommandations de la HAS favorisant une « *pensée unique* ». Autrement dit, certains coauteurs des recommandations de la HAS étant experts judiciaires, il leur est reproché qu'ils appliqueraient des recommandations élaborées par eux-mêmes et qu'il y aurait donc un conflit d'intérêt. Ces recommandations sont toutefois le résultat d'un groupe de travail conséquent encadré par la Haute Autorité de Santé représentant plusieurs professions différentes. Notons en outre qu'en 2011, lors de l'élaboration des recommandations comme en 2017 à l'occasion de leur actualisation, l'absence de conflit d'intérêt a été vérifiée par la HAS s'agissant des professionnels composant le groupe de travail. « *S'il s'agissait de cancérologie, reprocherait-on à des médecins, choisis pour leur activité de recherche clinique et leurs publications scientifiques, ayant mis au point des protocoles de chimiothérapie, d'appliquer ces protocoles ? Pourquoi il en serait alors de même en cas de TCNA ?* ⁶³ ». Il est par ailleurs important de rappeler que l'expert judiciaire en France est l'expert du juge. En effet, il est impartial puisqu'il n'a aucun conflit d'intérêt avec l'une ou l'autre des parties, contrairement au droit des pays anglo-saxons où l'expert est affilié soit à l'accusation, soit à la défense.

Il est aussi dit des recommandations⁶⁴ qu'elles constituent « *la pierre angulaire de l'accusation* ». Rappelons toutefois que le positionnement des experts est celui de poser le diagnostic et si possible, de dater les événements. Si le diagnostic est incertain, les lésions objectivées ne sont pas celles requises et les poursuites ne sont pas engagées. Si le diagnostic est en revanche certain, les droits de l'enfant doivent être protégés. En cela, ces recommandations constituent davantage « *la pierre angulaire du diagnostic* » uniquement. Enfin, on voit qu'il devient d'usage pour la défense de l'auteur présumé, de développer sa plaidoirie sur l'opposition à la valeur scientifique des données étayant les recommandations. Ces avocats s'appuient sur une poignée de médecins en France qui interviennent dans les procès pour s'opposer justement aux recommandations. Ces explications étant toutefois contraires à la logique et échappant aux connaissances médicales.

Certains s'insurgent contre le caractère *certain* d'un des degrés de probabilité diagnostique prétendant qu'en médecine on ne peut « jamais dire jamais ». Pourtant, comme Anne Laurent-Vannier le précise très bien, « *devant certains signes et lésions, on peut diagnostiquer un infarctus du myocarde, un AVC, une rougeole... Pourquoi en serait-il autrement pour le TCNA ? Au prétexte que le traumatisme est infligé ?* ». Dans sa décision du 7 juillet 2021, le Conseil d'État a d'ailleurs rappelé qu'un tel « *caractère certain porte uniquement sur les éléments de nature médicale, tels qu'appréciés par les professionnels de santé à l'occasion de la prise en charge de l'enfant, et non sur la qualification pénale pouvant être retenue, le cas échéant, à la suite du signalement* ». La recommandation précise également qu'il revient aux professionnels de santé, dans le cadre de la prise en charge du SBS, ni de dater le secouement, ni de déterminer son auteur. Les requérants ne peuvent, en tout état de cause, soutenir que la recommandation de bonne pratique méconnaîtrait la présomption d'innocence.

⁶³ Laurent-Vannier A, Rambaud C. « Syndrome du bébé secoué, apport des recommandations de la HAS sur le diagnostic et la prévention ». *Pédiatrie* 2022 ; 24

⁶⁴ Clément BOSSIS et Noémie SAIDI-COTTIER, « Bébés secoués : de l'indispensable critique des expertises judiciaires », *AJ pénal* 2022, 77.

Ainsi, force est de constater que l'élaboration du diagnostic dans la prise en charge du SBS peut faire débat. Les critères de diagnostic seraient-ils insuffisants pour identifier les bébés secoués ? Cette théorie fait son chemin à travers le monde depuis une quinzaine d'années. Les États-Unis, le Canada et la Suède ont successivement abandonné le diagnostic sur l'unique base de trois symptômes cliniques. Il faudrait selon eux constater d'autres traumatismes pour conclure à un SBS tels que des fractures ou des bleus par exemples.

De toute évidence, il convient de comprendre qu'il y a là « un mécanisme d'utilisation du scepticisme à des fins stratégiques et non dans un objectif d'améliorer les connaissances ». L'enjeu est ici celui de « *la fiabilité face à la fabrique de l'ignorance*⁶⁵ ». Autrement dit, il s'agit de rendre douteux des savoirs stabilisés en y injectant de la confusion dans un objectif d'ordre économique, politique ou social. En toute hypothèse, cette confusion invite à travailler sur les relations entre la science, la médecine et notre société. Plutôt que de mettre le nécessaire débat scientifique sur le terrain de la fiabilité, ce courant pénalise les enfants victimes.

Malgré une petite zone grise, nous savons que la preuve médicale du secouement est établie par sa scientificité et toute la technicité médicale pluridisciplinaire dont elle fait l'objet.

La priorité de notre société doit être d'identifier la violence dans le but de protéger les enfants. Cette identification doit être rapide afin d'éviter au maximum la récurrence.

Dénigrer les recommandations et contester la place des experts fait peut-être le jeu des auteurs de secouement mais certainement pas celui des enfants pour lesquels nous nous devons d'identifier la violence qu'ils ont subie. Le déni de la réalité des faits engendre une perte considérable de chance pour les enfants. En effet, ne pas identifier la violence empêche toute prévention aux dépens de l'enfant mais aussi de la société. Les avancées scientifiques ces dernières années autour d'une meilleure identification du SBS ne doivent pas être polluées par le courant contestataire denialiste développé, porté par quelques médecins et relayé par certains médias aux dépens de l'enfant, de la justice et de notre société.

L'enjeu en sera tout autre et moins clair s'agissant de la preuve de la culpabilité de l'auteur des faits de secouement dans une procédure inédite, où la victime ne peut témoigner.

⁶⁵ C. ADAMSBAUM et L. COUTELLE, « Le syndrome du bébé secoué, l'enjeu de la fiabilité face à la fabrique de l'ignorance ». Bull Acad Natl Med 206, 2022

Partie 2 : Le plus de preuves mais le moins d'aveux

Les enjeux liés à la prise en charge judiciaire du bébé secoué sont lourds. Plusieurs logiques coexistent et sont parfois contradictoires ; intérêt de l'enfant et principe de précaution, caractérisation de l'infraction et qualification juridique des faits, mais aussi impératif de célérité et exhaustivité des investigations... En outre, le déni qui recouvre majoritairement ces affaires rend opaque la procédure. En d'autres termes, si l'élément matériel de l'infraction est établi, la détermination de l'auteur semble relativement plus difficile à établir. Il n'en reste pas moins que la justice effectue un travail primordial afin de sensibiliser sur la gravité et les conséquences de ces violences volontaires faites aux tout-petits et pour éviter une récurrence ou une répétition.

Le diagnostic n'est pas suffisant. Il est important de protéger l'enfant et d'identifier l'auteur et ceci afin d'éviter qu'il ne recommence sur cet enfant ou un autre, de disculper les autres adultes auteurs potentiels et pour éviter les non-lieux.

La particularité du traitement judiciaire (Titre 1) qu'entraîne le signalement tient à la double compétence du procureur de la République et du juge des enfants. Le volet du traitement judiciaire du secouement est ainsi à la fois civil et pénal. Il s'agit d'une part, via le volet civil (Titre 2) que recouvre la procédure d'assistance éducative, d'assurer la protection immédiate de l'enfant et d'éventuels autres enfants face à un danger et répétition de violences. Il faut d'autre part, via l'enquête pénale, déterminer les circonstances exactes des violences infligées et identifier le ou les auteurs impliqués. Ainsi, différentes procédures s'entrecroisent, liées inévitablement par les faits, et doivent rester indépendantes en raison de la protection de l'enfant et du principe de la présomption d'innocence. En marge de ces procédures, le procureur de la République a par ailleurs la possibilité de saisir un administrateur ad hoc pour défendre les intérêts de l'enfant, en se constituant partie civile et en saisissant la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions.

Le signalement transmis au procureur de la République peut donner lieu à l'ouverture d'un dossier d'assistance éducative par le juge des enfants et/ou à l'ouverture d'une enquête pénale. Deux procédures parallèles et complémentaires peuvent donc être diligentées.

Nous allons voir comment, à partir du diagnostic puis du signalement, se déroulent la procédure pénale, celle d'assistance éducative mais également d'indemnisation de la victime et nous verrons quels enjeux de la preuve gravitent autour d'elles.

Titre 1 : Du signalement guidé par un diagnostic initial certain à l'ouverture d'une procédure judiciaire fébrile

La procédure pénale qui débute par un signalement du corps médical (Chap 1), doit faire face à différents enjeux spécifiques au cours du procès, s'agissant tant de l'enquête (Chap 2) que de la qualification pénale retenue (Chap 3). En effet, le secouement est un acte volontaire de violences à l'encontre d'un nourrisson et sa qualification pénale varie en fonction de la mort de la victime ou des séquelles observées. Cette situation est d'autant plus étonnante compte tenu des particularités que constituent ce phénomène criminel.

Chapitre 1 : Enjeux liés au signalement comme point de départ de la procédure

Du signalement (§1) et du délai dans lequel il intervient, dépend l'efficacité de la prise en charge judiciaire de la victime (§2) qui permet l'ouverture d'une enquête pénale, d'une procédure d'assistance éducative afin de protéger et mettre à l'abri l'enfant et d'une indemnisation potentielle de ce dernier.

§ 1 : Le signalement judiciaire effectué par l'équipe médicale en cas de SBS

A) SECRET MEDICAL ET CLAUSE DE CONSCIENCE

Le médecin peut être tiraillé au moment de procéder au signalement ; n'est-il pas soumis au secret médical ? Ne va-t-il pas trahir la confiance des parents ? Comment soupçonner de la maltraitance de la part de celui qui est supposé assurer la protection de son enfant ? Le professionnel de santé peut vivre le signalement comme un acte d'accusation. D'autant que dans ces dossiers, l'auteur n'est « *ni tout blanc, ni tout noir* ». En effet, nous l'avons vu, différents facteurs psychoaffectifs sont susceptibles d'expliquer le geste du secouement traduisant une détresse et une vulnérabilité mentale. Par ailleurs, à ceux qui opposent que le principe de précaution impose de procéder à un signalement en cas de doute, certains opposent la présomption d'innocence. Rappelons la nécessité impérieuse qu'il y a à signaler, au risque d'accuser à tort, car signaler n'est pas accuser, et parce que l'auteur sera défendu par un avocat et que l'intérêt supérieur de l'enfant prime sur la présomption d'innocence.

Cependant, ces interrogations du médecin face au signalement trouvent des réponses tant dans la loi que dans le corps médical.

Les professionnels de santé ont l'obligation légale et déontologique de réagir c'est-à-dire signaler au procureur de la République s'ils suspectent un cas de « syndrome de bébé secoué » afin de protéger l'enfant victime. Autrement dit, la protection de l'enfant prime sur le secret médical ; le médecin est autorisé, voire obligé, de dénoncer les maltraitances sur mineur sans encourir de sanction pour avoir violé son secret professionnel. D'après le Code de la santé publique, le médecin qui discerne les sévices de son patient a l'obligation de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et alerter les autorités judiciaires ou administratives⁶⁶. La seule limite prévue par le texte tient à l'existence de circonstances particulières que le médecin apprécie en *conscience*. Cette clause ne prive toutefois pas de son caractère impératif l'obligation qui pèse sur le médecin ; il devra s'expliquer sur les circonstances particulières l'ayant amené à ne pas signaler ce mauvais traitement.

La loi protège en outre le médecin contre l'erreur de diagnostic ; elle l'incite à signaler en le plaçant à l'abri de toute responsabilité, sauf mauvaise foi de sa part ou intention de nuire. Par ailleurs, le système de collégialité mis en place afin d'aider le médecin à sa prise de décision s'agissant du signalement permet de le soulager face à l'enjeu lié à ce choix. Notons en outre que le signalement demeure la première étape d'une longue procédure lors de laquelle d'autres acteurs procéderont à leur propre évaluation. Le médecin joue donc un rôle clé dans le déclenchement de la procédure mais n'est pas pour autant, l'unique décisionnaire.

Souvenons-nous qu'en matière de signalement, « *se tromper est moins grave que de se taire* ».

⁶⁶ CSP, art. R4127-44

B) SIGNALER APRES AVOIR DIAGNOSTIQUE

Il convient de rappeler que l'auteur n'avoue jamais les faits de violence à l'hôpital et le radiologue est souvent le premier spécialiste à poser le diagnostic. Toutefois, le syndrome du bébé secoué n'est pas systématiquement analysé comme un acte de maltraitance par le magistrat, l'enquêteur ou le travailleur social et suppose une collaboration constante et effective entre le monde médical et le monde judiciaire.

L'interprétation des signes cliniques et des résultats d'imagerie joue un double rôle dans le cadre des poursuites pénales : elle conduit à un signalement et constitue également la preuve de l'élément matériel de l'infraction. Lorsqu'un hématome sous-dural est diagnostiqué à un enfant, et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, un bilan médical puis une évaluation psychosociale sont effectués. Dans le même temps, les parents sont normalement informés des investigations à venir, tant médicales, psychosociales que potentiellement judiciaires.

Le bilan médical comprend un examen clinique, un bilan de coagulation, un électroencéphalogramme, un scanner et/ou une IRM, un fond d'œil et une radiographie complète du squelette, destiné à éliminer un diagnostic différentiel, à établir l'importance de l'hématome ainsi que la présence d'hémorragies rétinienne qui sont comme nous l'avons vu précédemment, autant de signes évocateurs du SBS. Une classification des signes et des symptômes a été établie pour guider le diagnostic, en distinguant entre les signes rendant le secouement « hautement probable, voire certain », et ceux qui le rendent « possible ».

Ensuite, une évaluation médico-psycho-sociale est effectuée par une assistante sociale et une psychologue afin de cerner les éventuelles difficultés sociales et psychologiques des parents susceptibles d'expliquer un passage à l'acte (ce qui aidera à signaler la situation au parquet), et afin de mettre en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement des parents pendant (et après) l'hospitalisation de leur enfant.

Enfin, il convient d'informer les parents des constatations que présente leur enfant pouvant évoquer une origine traumatique, les prévenir qu'une évaluation sociale sera menée et, qu'en fonction des éléments collectés, un signalement auprès du Procureur sera effectué pour enfant en danger.

Les investigations psychosociales et le résultat du bilan médical servent alors de base à la décision de signalement à la justice. Cette décision est communiquée aux parents avant transmission au Parquet. Dans certains dossiers, le signalement s'effectue en deux temps : signalement sommaire dans l'urgence et complément avec rapport d'évaluation psychosocial dans un second temps. Cette façon de procéder, de nature à réduire les délais tout en assurant la qualité du signalement est recommandée par la HAS et doit être encouragée.

Outre le formalisme du signalement établi par la HAS, les relations en pratique médico-judiciaires peuvent s'avérer complexes par leurs champs d'action différents.

§ 2 : Contenu et modalités du signalement

A) FORMALISME RECOMMANDE PAR LA HAS

1° DONNEES GENERALES

Le signalement n'est pas juridiquement défini. Il n'existe aucun texte légal ou réglementaire précisant le contenu du signalement ni les modalités de transmission au procureur de la République. Toutefois, un certain nombre de règles doivent être respectées pour établir un écrit factuel telles que : la personne qui signale ne doit en aucun cas nommément mettre en cause un individu comme auteur des faits, elle doit utiliser le conditionnel etc.

Signaler ne se résume pas à sa dimension factuelle. En effet, juridiquement, il s'entend de l'acte par lequel est transmis un signal de mauvais traitement au procureur de la République concernant un enfant en danger, ou susceptible de l'être. Ce signalement suppose, en amont, de repérer l'alerte qui donne le signal et invite toute personne à dénoncer le mauvais traitement aux autorités publiques. Cela implique donc de connaître les signes et la procédure à suivre en cas d'indices d'une situation de secouement, mais également des conséquences que ce signalement entraîne et ce dans un souci de préservation des intérêts de l'enfant.

La décision de signaler est en générale pluridisciplinaire (assistantes sociales, psychologue, psychiatre, pédiatre, neurochirurgien, réanimateur et cadre infirmier eu service de neurochirurgie), comme à l'hôpital Necker qui réunit toutes les semaines ces professionnels. En Province toutefois, de nombreuses décisions de signalement sont prises par les seuls neurochirurgien et réanimateur. Dans tous les cas, lorsqu'un SBS est suspecté, une première réunion d'au moins deux médecins doit avoir lieu sans délai.

Rappelons qu'en application des critères édictés dans les recommandations de la HAS, le diagnostic de SBS peut être probable ou hautement probable auquel cas un signalement doit être transmis au parquet. Le Code de l'action sociale et des familles en son article L. 226-4, modifié par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 puis celle n° 2016-297 du 14 mars 2016, prévoit en effet que la gravité de la situation d'un enfant en danger suppose d'alerter directement le procureur de la République, lequel en avise le président du Conseil départemental. Les médecins s'accordent à dire que les cas d'HSD « spontanés » sont rarissimes et qu'un lien « quasi-systématique » est fait entre HSD, consécutifs à l'arrachement des veines ponts dans la boîte crânienne, et les mouvements d'accélération / décélération typique du secouement qui est geste violent.

Si le diagnostic de SBS est en revanche « possible », une information préoccupante doit être transmise à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP)⁶⁷. L'enfant se trouve en situation de danger ou risque de danger au sens de l'article 375 du Code civil, sans pour autant qu'apparaissent suffisamment d'éléments tangibles. Comment concilier, dès lors, le doute, la présomption d'innocence, le secret et l'obligation de révéler les faits au moindre soupçon ? Le compromis opéré par le législateur consiste à transmettre une information préoccupante à la CRIP qui fera l'objet en amont, d'une évaluation collective consistant à mesurer l'opportunité d'une protection du nourrisson sur la base des données médicales. Si la HAS rappelle que le signalement est « la pierre angulaire du bon fonctionnement du système », on peut noter que se « contenter » d'une information préoccupante auprès de la CRIP revient à prendre le risque de différer, voire d'empêcher toute

⁶⁷ C. action sociale et des familles, art. L. 226-3

information de parvenir au Procureur de la République. La saisine du parquet s'impose pourtant comme la condition préalable indispensable à l'exercice des droits de l'enfant, à une protection et à l'indemnisation du préjudice.

Il y a lieu de signaler dans les meilleurs délais afin de protéger immédiatement l'enfant et ne pas compromettre l'enquête pénale. En l'absence de signalement, l'enfant peut être à nouveau exposé à des violences et ne peut bénéficier d'une protection judiciaire que si le procureur de la République a connaissance des faits. L'enquête pénale, l'indemnisation ultérieure et la désignation d'un administrateur ad hoc dépendent également du signalement. Plus le signalement se situe près des faits, plus l'enquête pénale sera efficace. Cela ne dispensant toutefois pas d'une réflexion collégiale permettant de compléter ultérieurement le signalement.

Le signalement doit contenir tout d'abord le certificat médical rédigé par le neurochirurgien ou le médecin réanimateur comprenant la description des lésions cliniques constatées, le résultat des examens complémentaires et tous les éléments permettant la datation des lésions. Un rapport de l'assistante sociale accompagne ce certificat synthétisant l'entretien réalisé avec les parents sous l'angle des explications apportées. Le degré de présomption tel que déterminé par les recommandations de la HAS conclut le signalement. Une fois rédigé, le signalement est adressé par fax au parquet avec copie au conseil général.

2° OBSTACLES ENTOURANT LE SIGNALEMENT

Tout d'abord, la diversité des symptômes de ce mauvais traitement constitue un obstacle important qui entoure d'une part le diagnostic et a fortiori, le signalement. Nous l'avons vu, les études scientifiques, solutions jurisprudentielles ou encore les témoignages, attestent que les symptômes sont difficilement identifiables, hétéroclites, voire parfois trompeurs. Le SBS renvoi en effet aux éléments de diagnostic ayant pu être délivrés par les médecins spécialistes. Un autre obstacle tient aux approximations qui entourent cette forme de criminalité et la difficulté d'en repérer tant les signes que d'en identifier un profil-type des auteurs de ces violences. En effet, certaines données épidémiologiques récentes nous permettent de connaître certains facteurs de risques s'agissant de l'enfant comme de l'auteur tels qu'un isolement social ou une prédisposition aux addictions ou encore une prédisposition à des violences familiales antérieures⁶⁸. Toutefois, la prudence commande de n'émettre aucune généralité a fortiori lorsque l'on garde en tête le constat selon lequel tous les milieux sociaux, économiques et culturels se trouvent concernés.

Enfin, une difficulté résulte dans le défaut de preuves, à tout le moins de la force probatoire aléatoire des éléments avec lesquels les enquêteurs composent. En effet, la victime, enfant en bas âge, ne peut parler. Les parents nient souvent leur acte, à défaut d'en prendre conscience. Ainsi, les investigations se réduisent aux témoignages, à l'aveu, à la parole avec les limites probatoires que cela revêt. La marge d'appréciation s'accroît à mesure que les témoignages s'accumulent et se contredisent, tandis qu'une « tolérance inconsciente » pourra justifier, parfois, l'écart de conduite d'un parent.

Les incertitudes liées au signalement tiennent en premier lieu à l'absence de symptômes spécifiques au SBS qui rend le diagnostic difficile. Elles tiennent également au risque de disparition de certains symptômes avec le temps, ce qui met en lumière l'importance de la temporalité dans l'établissement du diagnostic.

⁶⁸ Pascal PILLET, « Santé et protection de l'enfant. Enfance en danger : l'approche médicale », AJ fam, 2015, p.254.

C'est notamment pour ces raisons que l'on mesure l'ambivalence et les obstacles auxquels se heurte toute entreprise de signalement. En témoigne le trop faible nombre de dossiers traités. Le signalement revêt pourtant un caractère déterminant ; seule une alerte donnée au procureur de la République permettra de déclencher les procédures civile et pénale, de protéger l'enfant et, à terme, de l'indemniser. C'est enfin le signalement qui permettra une lutte contre la récidive, encore dramatiquement élevée dans ces dossiers.

B) LA RELATION DES BLOUSES BLANCHES ET DES ROBES NOIRES

1° UN CADRE THEORIQUE OU LES MISSIONS DE CHACUN SONT DELIMITEES

Dès lors que le diagnostic est probable ou certain, il s'agit d'une infraction pénale : le professionnel doit effectuer un signalement au Procureur de la République. Le signalement n'est pas un acte de délation mais de protection de la personne de l'enfant et de ses droits. Il permet l'ouverture d'une enquête pénale visant à déterminer le contexte de survenue des violences et à identifier l'auteur.

Les recommandations de la HAS ont défini le rôle de chacun des acteurs. Aux soignants intervenants en première ligne revient la responsabilité d'établir le diagnostic de façon certaine ou probable ou encore d'écarter le diagnostic. Ils ne doivent en aucun cas essayer de dater les lésions ni s'occuper du contexte ou de l'auteur. Aux experts judiciaires, auxiliaires de justices et indépendants des parties, revient la responsabilité de confirmer ou non le diagnostic et d'essayer de dater les faits. Autrement formulé, un diagnostic médical ne permet pas de déterminer l'intention de l'auteur.

2° UNE PRATIQUE PEU AISEE MAIS UNE COLLABORATION NECESSAIRE

Les secteurs médicaux et judiciaires appartiennent à deux mondes aux cultures distinctes qui, à travers leur collaboration, peuvent faire face à des incompréhensions. Pour faciliter leurs échanges, des réunions trimestrielles pluridisciplinaires ont été mises en place avec le Parquet de Paris permettant d'analyser les dossiers qui ont posé problème(s) afin de progresser dans la gestion de ces situations. Outre les langages propres aux deux secteurs, les objectifs de chacun diffèrent ; si l'hôpital a pour but de soigner l'enfant, le parquet cherche à identifier l'auteur des faits. Autrement dit, dans une logique de soin, le monde médical cherche avant tout à privilégier le lien avec les familles et redoute parfois les conséquences judiciaires d'un signalement.

Les médecins souhaitent des signalements systématiques une fois l'origine traumatique établie considérant que c'est à la justice et non à la médecine de « faire le tri » entre les affaires qui mériteraient une enquête et les autres. On peut d'ailleurs se féliciter à Paris de tendre aujourd'hui à une équation entre l'hématome sous dural du nourrisson et le signalement judiciaire. Le vrai sujet de tension relève des délais de signalements. Les réunions pluridisciplinaires qui précèdent le signalement et hebdomadaires retardent d'autant la transmission des dossiers. Or, le risque de retarder l'ouverture de l'enquête est d'engendrer une perte des preuves et ainsi de la construction de versions mensongères.

Si le repérage et le signalement sont apparemment complémentaires, ces termes recèlent pourtant d'intérêts antagonistes : le principe de précaution, la recherche de vérité face à la présomption d'innocence, l'obligation de dénoncer et le respect du secret, la force de l'aveu et le maintien du doute, l'urgence d'agir et le temps de la réflexion...

On constate en ce sens une résistance de la part des équipes médicales au signalement. Le corps médical ne serait à l'origine que de 2 à 5% des signalements, lesquels demeurent majoritairement réalisés par les services hospitaliers⁶⁹. Une première réserve tient à la qualification des faits. Le rôle du médecin est d'établir un diagnostic de maltraitance et cela suppose d'être alerte face à différents signes plus ou moins flagrants. La question apparaît pour lui délicate : Quelle légitimité invoquer pour entrevoir, sur la base d'un constat médical, l'imputation d'une qualification pénale ? Or le médecin n'est pas juge ; soigner n'est pas accuser. La difficulté est d'autant plus ardue qu'il leur est demandé d'agir vite, tout en prenant le temps d'une réflexion collégiale. La solution réside alors dans l'échange. Tous doivent coopérer ; hôpital, médecine libérale, services sociaux, conseil départemental, parquet... Il s'agit de débattre, discuter à la fois des symptômes et des faits rapportés, du diagnostic et d'éventuels mauvais traitements associés. Seule la consultation de collègues, d'autres professionnels, permet d'offrir une meilleure connaissance de la situation, un diagnostic opportun et, à terme, de signaler les faits. Le corps médical doit aussi être rassuré par le fait que le signalement ne saurait s'assimiler à une accusation pénale. C'est précisément l'enquête de police qui aura l'objectif de recherche de la vérité et de qualifier juridiquement les faits.

Malgré tout, la communication entre le corps médical et l'institution judiciaire tend à s'améliorer et la qualité des signalements à s'enrichir. On peut noter que le rôle du parquetier en charge des mineurs est ici fondamental dans l'appréciation du signalement, tant pour l'enquête que pour l'évaluation du danger qui motivera une éventuelle OPP. Une fois le signalement effectué, c'est l'enquête qui s'ouvre et des difficultés apparaissent liées au très jeune âge de la victime qui ne permet pas d'identifier oralement son auteur.

⁶⁹ ONPE, Enquête nationale. Informations préoccupantes, Paris, 2011.

Chapitre 2 : Particularités de l'enquête quand l'auteur est indéfinissable

Le contexte du SBS amène à s'interroger plus généralement sur les violences intrafamiliales et le déni qui entoure ce phénomène (Sect 1).

Dans les affaires du SBS, il faut déterminer les circonstances exactes des violences infligées et identifier le ou les auteurs impliqués, tel est l'objet de l'enquête pénale qui s'ouvre à la suite du signalement effectué au procureur de la République. Ces investigations sont confiées à un service de police ou de gendarmerie, le plus souvent à la brigade des mineurs (ou Brigade de Protection de la Famille), sous le contrôle du parquet. L'enquête (Sect 2) vise à établir les faits, déterminer l'origine du traumatisme subi, les circonstances, les causes et les mobiles permettant d'évaluer les risques de réitération ainsi que l'éventuelle qualification pénale. Le but de l'enquête est aussi d'identifier les auteurs, de disculper d'autres personnes, de vérifier le caractère plausible des propos rapportés par l'entourage. L'enquête, s'appuyant sur le constat médical établi, doit permettre de lever le doute. En réalité, la pratique nous montre que pour différents facteurs, cela ne se révèle pas si aisé.

Section 1 : La preuve dans le cadre de violences intrafamiliales, ou la culture du déni

Les violences qui entourent le syndrome du bébé secoué surviennent dans l'immense majorité des cas dans un domicile privé, lors d'une relation duelle entre l'enfant et l'auteur des violences. Parce qu'ils se déroulent dans des espaces privés ou dans des lieux où ne se trouvent aucun adulte autre que l'auteur des faits, les actes de secouement volontaires sont parfois difficiles à établir, voire parfois déniés.

Au-delà du déni qui entoure la maltraitance à enfant⁷⁰, le syndrome du bébé secoué souffre d'une méconnaissance accentuée. Comme toute maltraitance, il s'agit de drames humains, avec la difficile réalité de la particulière vulnérabilité de la victime. Il faut en effet se confronter à la difficulté du cadre familial puisque le secouement est le plus souvent réalisé dans un cadre intra-familial. Les poursuites se déroulent, dans une partie des affaires, à l'encontre des personnes qui ont l'obligation d'assurer la sécurité et la protection de l'enfant. Les conséquences de ces actes de secouement sont identiques quel que soit l'auteur ; ils provoquent la souffrance d'un enfant, victime sans défense.

Comme pour toute violence envers une victime mineure, il existe les mêmes difficultés que sont le risque de stigmatisation des parents, le danger de retirer un enfant et de mettre en causes des parents innocents, ou au contraire de laisser un enfant dans une cellule familiale dangereuse pour sa santé ou sa vie.

Le déni engendré par un contexte où le tout-petit victime n'a pas la parole, rend difficile l'établissement de la preuve de l'auteur de l'infraction. L'expertise pénale demeure pour autant l'élément fondamental du processus. L'avocat, partie civile, peut solliciter des actes

⁷⁰ Caroline REY-SALMON et Catherine ADAMSBAUM, « Avant-propos », Maltraitance chez l'enfant, « Médecine Sciences », 2013

complémentaires d'expertise⁷¹ lui permettant d'avoir une connaissance étayée des éléments médicaux permettant de conclure à la matérialité du secouement et ainsi, de participer efficacement à sa démonstration. La détermination de l'auteur, souvent dans le déni de son acte, est quant à elle relativement complexe.

Les violences faites aux enfants font aujourd'hui l'objet d'un véritable déni dont il nous faut prendre conscience. Le législateur a rendu le phénomène de la protection de l'enfance comme étant exceptionnel et anecdotique, faisant ainsi preuve d'une réelle euphémisation de ce principe. Le déni signifie que : cela n'existe pas, que ce n'est pas vrai, ou que ce n'est pas si fréquent, que ce n'est pas si grave, que ça a toujours existé, qu'on ne peut rien faire. C'est dire qu'on voudrait protéger les enfants mais qu'il y a des principes qui encadrent la justice, le soin ou l'aide sociale. Le déni c'est aussi la négation de la dangerosité des agresseurs. Ce déni se traduit également par le peu de statistiques qui donnent à voir les phénomènes liés à la protection des enfants : « *Quand on ne compte pas, c'est parce que ça ne compte pas* ».

La CIVIISE, s'agissant des violences sexuelles faites aux enfants, explique que « *le déni, c'est une société de spectateurs. Renoncer à comprendre le déni, c'est renoncer à l'abolir ; c'est se résigner à une passivité complice ; c'est accepter d'être spectateurs de la destruction de ce qui nous est le plus cher* ». Nous sommes dans une société inégalitaire encore dans le déni des violences faites aux enfants, dans le déni du « terrorisme intrafamilial ». Il est en effet consternant de constater avec quelle opiniâtreté des concepts sont inventés pour cautionner le déni ; de la théorie de l'enfant menteur au concept « d'aliénation parentale ». Tant pour les victimes que pour chaque adulte protecteur, ces théories portent une injonction paradoxale ; il faut révéler les violences et protéger les enfants mais la révélation se heurtera au déni.

Nous sommes face à un conflit de droit avec, d'un côté, le droit de l'enfant à être protégé, et, de l'autre, le droit des parents à exercer leur autorité parentale. Un système d'impunité des agresseurs est malheureusement mis en place. Notamment par l'absence d'utilisation homogène du cadre de référence de la HAS du 21 janvier 2021 relatif à l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger par les départements qui génère un risque important d'inégalité de traitement. De même que l'absence de suivi statistique nationale des informations préoccupantes qui engendre un risque de minimisation de la gravité des violences faites aux enfants. Cela est également amplifié par l'absence de politique nationale de repérage et de contrôle dans les établissements et les services. En effet, le manque de professionnels notamment dans les écoles ne permet pas une mobilisation optimale de l'éducation nationale s'agissant du repérage des enfants victimes. Enfin, il existe un déni de justice s'agissant de l'absence de protection du parent protecteur en cas de violences notamment sexuelles sur enfant. Si la loi⁷² tend à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille et permet la suspension des poursuites pénales pour non-représentation d'enfant à l'encontre du parent protecteur le temps de l'enquête, ce texte est malheureusement resté sans effet à ce jour en pratique.

Le contexte criminel de cette forme de violence intrafamilial qu'est le syndrome du bébé secoué se déroule le plus souvent au domicile de la famille ou d'un gardien et cela contribue à une méconnaissance au même titre que les atteintes sexuelles. Cette dernière affirmation est d'autant plus éloquente que le bébé est par essence un enfant c'est-à-dire « celui qui ne parle pas ». Il est celui qui se trouve dans l'incapacité de parler et donc de pouvoir exprimer son vécu

⁷¹ Article 156 et s. et 167 du Code de procédure pénale

⁷² Article D47-11-3 du Code de procédure pénale

traumatique et ses doléances. Le crime est ainsi encore moins aisé à repérer lorsque la victime est silencieuse.

Pour les enfants victimes de violences intrafamiliales, il y a les nourrissons, les tout-petits qui ne parlent pas encore et qui sont encore étroitement attachés à la sphère familiale. Le rôle des professionnels est donc primordial pour repérer les signes d'alertes physiques et psychologiques.

Section 2 : Difficultés de l'enquête judiciaire face à un nourrisson victime

Une fois le signalement effectué, débute une enquête pénale menée par un service (souvent spécialisé) de la police ou la gendarmerie pour identifier l'auteur des maltraitances. En parallèle, une procédure civile est ouverte par le procureur de la République pour mettre l'enfant en sécurité et ordonner son placement temporaire ou non. Cette enquête est complexe à appréhender pour la simple raison que c'est un domaine dans lequel se trouve le plus de preuves, mais à la fois le moins d'aveux.

La gravité de l'acte commis est d'autant plus affirmée par un constat évident : la victime est une personne vulnérable par nature. En effet, le mineur – *infans* – est un être éminemment exposé à des risques alors même qu'il n'est pas en mesure de faire valoir ses droits et ses libertés. Victime d'un secouement, il ne dispose pas de la parole ou de la faculté de s'exprimer sur les actes subis. En ce sens, l'enfant apparaît comme une victime particulièrement vulnérable nécessitant une protection.

Aussi, il convient pour les enquêteurs d'intervenir le plus rapidement possible au risque de déperdition de preuves dans des enquêtes où la victime ne peut s'exprimer et où n'y a généralement aucun témoin direct des faits. Conformément à leurs pouvoirs de police, les enquêteurs procèdent aux actes d'investigations de droit commun (audition, perquisitions, gardes à vue...) tout en respectant les principes directeurs du procès (§2). La temporalité joue également un rôle déterminant et fondamental dans la manifestation de la vérité (§1, §3).

§ 1 : La contrainte du temps pour faciliter des aveux

La particularité des dossiers de SBS (dimension psychologique importante et aspects médicaux notamment) requiert la désignation d'un service spécialisé – brigade des mineurs, unité spécialisée etc. La brigade des mineurs qui prend en charge l'enquête dans ce type de prise en charge se doit d'intervenir dans un délai le plus court possible (48h), faute de quoi les aveux sont encore plus difficiles à obtenir. En effet, passé ce délai, le potentiel agresseur a le temps de jurer à qui veut l'entendre qu'il n'a rien fait, et pire encore, peut se persuader lui-même qu'il n'a rien fait. Le délai qui s'écoule permet en outre de déculpabiliser la personne maltraitante, notamment si entre temps le nourrisson va de mieux en mieux. Le sentiment de culpabilité étant très important dans ces auditions, il convient de prendre en compte la part de psychologique. A contrario, des personnes convoquées très rapidement, n'ayant donc eu le temps de se questionner mutuellement en amont, parviennent plus facilement aux aveux. Aussi, les aveux interviennent en moyenne dans la phase d'enquête durant la garde à vue, et très généralement après plusieurs auditions.

Les échanges avec les parents requièrent une qualité d'écoute de la part des enquêteurs nécessitant l'instauration d'un certain lien de confiance nécessaire afin d'éviter la récurrence. Les missions se mêlent ainsi et les rôles se confondent, les officiers de police développant parfois

des qualités d'acteurs sociaux lorsque le parent n'est pas encore officiellement suspect. Là est le paradoxe d'avoir à expliquer aux parents que le signalement ne vaut pas accusation tout en procédant à des actes d'investigation.

Toutefois, des réquisitions au médecin légiste peuvent être effectuées et des photographies peuvent être prises du nourrisson en réanimation pédiatrique, celles-ci permettant de se faire une idée des conséquences immédiates des violences des secousses exercées. Elles peuvent aussi permettre, une fois montrées aux gardés à vue, de provoquer chez eux une prise de conscience et des remords générant ainsi la reconnaissance des faits. Par ailleurs, les audiences arrivant bien plus tard à la suite de l'hospitalisation, ces images permettent également aux magistrats instructeurs et à ceux du siège de se représenter l'importance des séquelles et du traumatisme subi.

La brève durée de l'enquête s'étendant rarement au-delà de trois mois en moyenne, s'explique par la rapidité des premiers actes d'enquête et la relative simplicité des actes à effectuer (auditions des personnes ayant gardé l'enfant, constats sur les lieux, contacts avec l'hôpital et certificats médicaux). L'analyse de la littérature concernant les auteurs de SBS en se fondant sur les aveux indique un nombre équivalent ou supérieur d'hommes par rapport aux femmes, une propension plus importante d'hommes à avouer les faits et, en revanche, une propension moins importante de gardiens de l'enfant à avouer les faits.

§ 2 : Le cadre de l'audition libre

Une des difficultés procédurales majeure dans la prise en charge du SBS est que le nourrisson ne peut verbaliser le nom de son agresseur. Ainsi, le seul élément déclencheur est le signalement comportant des données médicales sur l'état de santé critique du bébé. Dans ce cas, souvent les personnes ne sont pas tout de suite entendues sous le régime de la garde à vue mais sous le régime d'une audition libre. À ce titre et conformément à l'article 62 du Code de procédure pénale, elles sont entendues par les enquêteurs sous le régime des personnes pour lesquelles « *il n'existe aucune raison plausible de soupçonner qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction* ». Cette audition (libre) s'effectue sans mesures de contrainte et la personne auditionnée peut partir à tout moment.

Les auditions notamment des parents sur les derniers jours en présence de l'enfant sont un passage important. On remonte au jour où « quelque chose a changé » (alimentation compliquée, davantage de pleurs, moins de mouvements etc.). Il convient également de connaître l'état d'esprit des parents, pour savoir s'ils ont montré des signes de fatigue ou d'énerverment récemment contre l'enfant. Les enquêteurs entendent la famille au sens large, éventuellement la nourrice, les services sociaux si un suivi est mis en place etc.

Les enquêteurs peuvent aussi se rendre au domicile pour faire des constatations et procéder à une « reconstitution » afin de comprendre le mécanisme ayant conduit aux blessures. Cela permet d'exclure toute dimension accidentelle à la suite des versions données pour expliquer le traumatisme et peut également être l'occasion de photographier ou mesurer certains éléments à communiquer au médecin légiste (hauteur de la table à langer, des marches, de la poussette...).

Le mécanisme se complexifie dès lors qu'une assistante maternelle intervient d'autant que les faits peuvent avoir été commis par son conjoint ou ses enfants. Si l'enquête ne parvient pas à limiter le nombre de « gardiens de l'enfant » au moment présumé des secousses, l'auteur ne se dénoncera pas lui-même et ce sont les faisceaux de présomptions apportés par les auditions (de

personnalité, d'emploi du temps...) qui permettront dans la majorité du temps, de confondre l'auteur des faits. Certaines brigades placent l'ensemble des personnes gardant habituellement l'enfant en garde à vue. Cette pratique présente en effet l'avantage d'agir rapidement en fixant les versions des protagonistes où la réactivité est fondamentale, mais peut s'avérer lourde à gérer pour les enquêteurs et contestable sur le plan de la liberté individuelle.

Dans presque la moitié des dossiers, le mis en cause reconnaît les faits notamment dans la phase d'enquête durant la garde à vue. Lorsque les faits sont niés, les explications avancées sont toujours les mêmes à savoir ; des chutes (des bras, du lit, du canapé), des chocs (baignoire, transats, caddie), jeux (« l'avion »), soupçons d'ostéogénèse imparfaite (dite « maladie des os de verres »). En tout état de cause, les experts médicaux sont formels, aucune de ces versions n'est compatibles avec l'arrachement des veines ponts qui sont caractéristiques du SBS.

L'objectif est de figer le plus rapidement les versions des faits de chaque personne auditionnée, le déni étant un mécanisme majeur dans ce type de dossiers. Face à des parents qui, souvent sont désarmés face aux pleurs de leur enfant, et/ou sont dépassés par les réminiscences de leur propre enfance, il convient toutefois de ne pas minimiser le caractère infractionnel de l'acte. En fonction des éléments recueillis, il pourra ensuite être fait procéder aux mesures de garde à vue dans un délai le plus proche possible de celui des faits.

§ 3 : L'imprécision de la datation des faits

Pour connaître l'auteur, il est indispensable de savoir quand, ou pendant quelle période délimitée, le secouement a eu lieu ; d'où l'importance de la datation des faits. Cette dernière ne se pratique pas à l'hôpital lors du bilan hospitalier mais bien ultérieurement au moment des investigations judiciaires. Afin de déceler la vérité, les officiers de police judiciaire peuvent entendre le ou les éventuels auteurs, lesquels confronteront leur version des faits avec le diagnostic médical. Cette étape est cruciale et la datation, se révèle déterminante à cet égard, puisqu'elle entraîne la mise à disposition de toutes les personnes susceptibles d'avoir été en présence de l'enfant pendant la période proposée. Sera entendu en pratique l'ensemble des adultes ayant pu surveiller le nourrisson dans les 24 à 48h précédant le malaise.

La datation par l'imagerie (scanner, IRM), est imprécise. Il arrive que le rapport du médecin légiste indique que la dernière secousse remonte « à moins de 24h ». Malgré les preuves matérielles de blessures volontaires sur le nourrisson, cette datation des faits relativement large dans ces affaires très spécifiques complique encore la tâche de l'enquête, d'autant que le risque est qu'il y ait eu nombre d'intervenants auprès de l'enfant pendant 24h. Si la datation pouvait être plus précise, cela permettrait de cibler plus rapidement la personne « gardienne » de l'enfant, donc auteure potentielle des faits.

Toutefois, et comme nous l'avons vu, en moyenne un nourrisson est secoué à dix reprises. En ce sens, l'imagerie, par la datation dite « clinique », peut en effet permettre parfois d'objectiver des lésions dites d'âge différent, ce qui signifie qu'il y a eu au moins deux épisodes de secousses, peut-être davantage. Ce facteur de répétition constitue une autre difficulté dans le passage aux aveux ; admettre la maltraitance répétée est beaucoup moins évidente qu'admettre un acte unique et isolé pour l'auteur.

Force est de constater que sur le sujet de la datation des faits, des avancées sont à saluer en la matière. En effet, s'il est difficile de dater précisément les faits d'après les hémorragies rétiniennes et les données de l'imagerie (scanner, IRM), les progrès nous permettent toutefois d'indiquer qu'une hypodensité d'un hématome sous-dural est le signe d'une ancienneté de

plusieurs jours et une hyperdensité, d'une ancienneté de moins de huit jours⁷³. Plus précisément, les recommandations ont mis en exergue la datation dite « clinique » reposant sur la concomitance, logique, entre secouements, lésions, et symptômes (troubles de la vigilance, du tonus, de la respiration). La datation clinique repose sur la recherche du dernier moment où l'enfant a été trouvé dans son état normal. Cette datation est de la responsabilité de l'expert judiciaire qui seul dispose de l'ensemble des pièces médicales et de procédure.

En d'autres termes, on sait aujourd'hui que des signes aigus apparaissent immédiatement après le secouement, voire pendant le secouement tels qu'un malaise, des troubles de la vigilance voire coma, convulsions etc. Il est donc essentiel de déterminer à quel moment, ou pendant quelle période l'enfant a changé de comportement ; et donc jusqu'à quel moment le comportement de l'enfant a été considéré comme habituel. Ceci nécessite de confronter toutes les données à la fois médicales (appel au 15, rapport du SAMU, compte rendu des urgences, dossier de maternité, carnet de santé etc.) et à la fois judiciaires (auditions, gardes à vues, relevés téléphoniques éventuellement etc.).

Si une attention particulière est accordée à la bonne application du contradictoire – la procédure reposant sur les confrontations - et du respect de la présomption d'innocence, le dispositif peut interpellé en ce que l'enquête cristallise à la fois les principes fondamentaux de la procédure pénale mais à la fois les zones d'ombre dont celle-ci recèle : la définition et l'ambivalence du soupçon, la force et la faiblesse de l'aveu, les difficultés de preuve mais aussi le secret des procédures qui se heurte à l'exigence de transparence. La recherche de vérité est sur le fil, et l'ambivalence est d'autant plus perceptible que les règles processuelles s'imbriquent, indirectement, avec le traitement judiciaire civil des violences infligées.

⁷³ Dr Anne Laurent-Vannier, « Syndrome du bébé secoué, halte au déni ! » Pratiques et professions, AJ Pénal, Avril 2022

Chapitre 3 : La lutte contre le syndrome du bébé secoué à l'épreuve de la qualification pénale

Le geste à l'origine du SBS est un acte d'une particulière violence, le plus souvent répété, qui n'a rien à voir avec le jeu ou un geste malencontreux de la vie quotidienne. C'est un geste volontaire, sans préjuger de l'intention finale de l'auteur. La justice dissocie la volonté de l'acte, des conséquences de celui-ci. Ce qui importe s'agissant des lésions, c'est le mouvement induit, particulièrement violent, de la tête de l'enfant par rapport à son corps.

Si la détermination de la qualification pénale de l'infraction ne semble pas soulever de difficultés de prime abord (Sect 1), force est de constater que l'absence d'incrimination spécifique au bébé secoué complique la tâche (Sect 2).

Section 1 : Détermination de la qualification pénale

A la suite de l'enquête pénale, l'affaire peut être classée sans suite en l'absence d'infraction ou si celle-ci est insuffisamment caractérisée ou donner lieu à l'ouverture d'une information, à la fin de laquelle le dossier peut faire l'objet d'un non-lieu si l'infraction n'a pu être établie par faute de preuve ou parce qu'elle n'a pu être imputée à quiconque, 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).

Les éléments obtenus lors du signalement (§1) et ceux tirés des expertises médicales (§2) sont essentiels pour déterminer efficacement la qualification pénale à retenir.

§ 1 : Influence du signalement

La démarche de signalement par les médecins et les indications qu'ils fournissent s'agissant notamment des explications des lésions constatées et leurs possibles origines, orientent nécessairement la détermination de la qualification pénale retenue. Face à la difficulté de repérage de ce syndrome, il convient de recourir à tous les moyens offerts par la science médicale moderne et évolutive tels que l'imagerie, l'IRM, le scanner, la radiographie etc.

Le signalement rapide est d'autant plus essentiel que le SBS est un comportement rapide et qui peut ne pas être visible immédiatement. Face à une multiplicité des auteurs potentiels, il peut être compliqué de déterminer l'auteur. Pour faciliter la recherche de ce dernier et les qualifications pénales à son encontre, les déclarations des parents et éventuellement leurs aveux, sont essentiels. Ainsi, tant d'un point de vue médical que pénal, « *ont une grande valeur diagnostique une histoire incohérente, absente ou non compatible avec les lésions et l'âge de l'enfant*⁷⁴ ».

Le signalement exerce donc une influence évidente sur la qualification en raison des informations qu'il peut apporter pour sa détermination. Rappelons en effet que la victime est un enfant qui n'est pas en mesure de s'exprimer et d'expliquer les circonstances des violences subies. D'où l'importance également des expertises influençant la qualification pénale.

⁷⁴ SOFMER, « Syndrome du bébé secoué, Recommandations de la commission d'audition », Audition publique, 2011.

§ 2 : Influence de l'expertise médicale

La sanction pénale s'organise sur la base d'une collaboration entre médecin et juristes. Le médecin intervient en tant qu'expert judiciaire, en amont du prononcé de la sanction et son rôle consiste à établir la datation du secouement. Ce travail de datation permet à la fois d'identifier l'auteur de secouement et d'innocenter les personnes de l'entourage.

Les éléments transmis par les experts judiciaires permettent d'éclairer la réalité du signalement et ont une importance évidente compte tenu du défaut de connaissances et de compétences des autorités judiciaires en la matière. Ces dernières se trouvent « à la merci » de l'expertise des médecins, d'autant plus sur les faits dont les séquelles sont invisibles à l'œil nu que sont par exemples les lésions cérébrales.

Les médecins établissent un diagnostic décrivant les blessures dans un certificat médical qui déclenchera les investigations. Par ailleurs, à l'exception des aveux ensuite, les éléments de preuves extérieures n'apportent généralement pas d'éléments utiles. En effet, il sera possible d'obtenir des témoignages corroborant les faits de secouement, mais cet acte est le plus souvent commis dans l'intimité du domicile familial ou en l'absence de tierce personne.

On sait que la mission commandée à l'expert est essentielle. Toutefois, rappelons que les éléments exposés par l'expert (comme toute preuve) servent à forger l'intime conviction des juges, seuls compétents pour statuer sur l'existence de l'infraction, la reconnaissance du secouement emportant cette existence⁷⁵. Les magistrats conservent toute leur compétence pour qualifier les actes reprochés et admettre la réalité de l'infraction.

Section 2 : Difficultés relatives à la décision de la qualification pénale

La détermination de la qualification pénale de l'infraction repose sur la collaboration entre le monde judiciaire et médical (§1). Il s'agit pour les autorités judiciaires de s'appuyer sur les éléments de connaissance médicale pour envisager techniquement le secouement. La difficulté de la détermination de la qualification pénale tient notamment à l'absence d'incrimination spécifique liée au syndrome du bébé secoué (§2).

§ 1 : Collaboration médico-judiciaire peu aisée

Les violences envers l'enfant se déroulent en l'absence de témoins, souvent dans le cadre de l'intimité familiale ou de la discrétion des structures d'accueil des enfants. Il est d'ailleurs peut-être parfois plus aisé d'admettre une chute, même s'il s'agit d'une cause improbable, que de croire à une violence des parents. Si les médecins peuvent en outre considérer qu'il ne résulte pas de leur rôle de soignant que de signaler, le signalement rapide est toutefois essentiel pour sauvegarder les preuves et ne pas laisser le temps à la construction de différentes « version » des faits. De même, bien qu'ils soient tenus au secret professionnel au risque d'une sanction pénale, l'article 226-14 du Code pénal prévoit, pour les médecins ou tout autre professionnel de santé, la transmission d'informations sur les privations et les sévices infligés à un mineur. La portée de cette disposition demeure soumise à controverse, entre possibilité laissée à la liberté de conscience du médecin de révéler ou obligation imposant la révélation⁷⁶. Sur ce sujet, la position préconisée par le rapport de l'audition publique consacrée au SBS est que cette clause de conscience ne supprime nullement le caractère impératif.

⁷⁵ Gildas ROUSSEL, « Procédure pénale », Vuibert, 2016

⁷⁶ Marion COTTET, « Le secret de la personne protégée par le médecin : le secret médical », Petites affiches, 2016

Les risques d'incompréhensions de la terminologie et du langage médical sont importants par les policiers et magistrats. Il faut traduire juridiquement les éléments de constatations médicaux. Il sera ainsi souvent demandé à l'expert de montrer éventuellement à l'audience le secouement sur un poupon de manière à comprendre la réalité des faits.

Une autre difficulté tient à la nécessaire mise à jour de l'expertise. En effet, la détermination des suites traumatiques de la victime en grandissant peut engendrer des difficultés de qualification pénale puisque les conséquences sont déterminées au jour de l'audience. L'évaluation de l'état de santé du nourrisson sera prise en compte, notamment en cas d'aggravation de son handicap. Ceci prend tout son sens si l'on considère les délais longs de traitement d'un dossier par une juridiction de jugement. Il convient donc d'apporter une nécessaire mise à jour de l'expertise, notamment s'agissant de l'indemnisation.

Au terme de l'enquête policière, le procureur de la République peut choisir de classer l'affaire sans-suite, si aucune infraction n'a pu être caractérisée ou qu'aucun auteur n'a été identifié, ou de renvoyer le ou les mis en cause devant le tribunal correctionnel, voire devant la cour d'assises si la qualification retenue est criminelle. Une information peut également être ouverte par le magistrat afin qu'un juge d'instruction poursuive les investigations. Force est de reconnaître que dans la pratique, un nombre important d'affaires sont classées sans suite et cela s'explique par le déni des parents, l'aléa des expertises ou le défaut de preuves suffisantes.

La reconnaissance de la violence que représente le SBS est récente, en raison de la difficulté de l'identifier. Dès lors, ce comportement est couramment, bien que de moins en moins, confondu avec d'autres mécanismes causals des lésions considérées. Ce traumatisme crânien suscite des interrogations quant aux causes. Partant de ce postulat, le cheminement pénal se complexifie, obligeant à un travail de détermination de la qualification pénale qui est dépendant d'événements extérieurs autres que les classiques constatations policières afin de décider d'une réelle qualification, nouvelle source d'incertitudes pénales.

§ 2 : La qualification pénale aléatoire impactant directement le degré de protection accordé aux très jeunes victimes

S'il n'existe pas d'incrimination spécifique au syndrome du bébé secoué, les incriminations existantes semblent de prime abord, suffire à sa prise en charge en droit pénal.

A) QUALIFICATIONS IMPOSEES

L'enfant qui a subi un SBS est victime d'une infraction pénale. L'auteur peut encourir des peines d'emprisonnement fermes à savoir 20 ans de réclusion criminelle pour des violences aggravées entraînant une mutilation ou infirmité permanente⁷⁷ et 30 ans de réclusion criminelle pour le cas de violences aggravées ayant entraîné la mort sans intention de la donner⁷⁸.

Il n'existe pas d'incrimination spécifique pour le syndrome du bébé secoué. Le secouement est analysé comme un acte de violences. Juridiquement, un tel comportement correspond à un acte volontaire de violences ; le secouement de l'enfant est en effet voulu par l'auteur. Il convient toutefois de distinguer la volonté de l'acte de secouement de la volonté des conséquences de l'acte qui ne sont souvent pas souhaitées. Le caractère volontaire de l'acte ressort expressément

⁷⁷ Articles 222-9 et 222-10 du Code pénal

⁷⁸ Articles 222-7 et 222-8 du Code pénal

de la définition du syndrome du bébé secoué notamment en tant que traumatismes crâniens « infligés » ou « non accidentels ». Toutefois, il peut arriver que l'acte soit réalisé avec la volonté de tuer l'enfant ; l'incrimination privilégiée sera alors celle d'homicide volontaire. En revanche, le secouement est le plus souvent un acte de violence réalisé à l'encontre de l'enfant pour l'empêcher de crier ou pleurer.

Ainsi, l'acte de violences volontaires est une infraction de résultat c'est-à-dire que, selon le résultat, l'acte correspond à un texte d'incrimination avec une peine adaptée en fonction de l'importance de l'incapacité temporaire de travail ou de la mort. Le texte utilisé variera donc en fonction des conséquences de l'acte, c'est-à-dire selon que l'acte entraîne un handicap moteur, des troubles psychologiques etc.

Toutefois, le législateur a prévu un grand nombre de circonstances aggravantes, en fonction des modalités de la commission des violences, de la qualité de l'auteur ou de la vulnérabilité de la victime. Ces deux derniers types d'aggravation revêtent un caractère privilégié puisqu'ils trouvent, dans la très grande majorité des cas à s'appliquer⁷⁹. En effet, la personnalité de la victime des violences peut donner lieu à une aggravation : la victime mineure de 15 ans, la victime particulièrement vulnérable en raison de son âge et la victime descendante en ligne directe. De même, la qualité de l'auteur renforce la sanction. Ainsi, lorsque le comportement est réalisé par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par tout autre personne ayant autorité sur le mineur, le quantum de peine est renforcé. Les peines encourues vont de 5 ans d'emprisonnement à 30 ans de réclusion criminelle.

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, 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.

Le syndrome du bébé secoué nécessite une attention juridique particulière étant une forme grave de maltraitance infantile. Il existe aujourd'hui une disparité des qualifications pénales pour ces actes de violence : blessures involontaires, violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, ou encore violences volontaires avec circonstances aggravantes.... Les qualifications retenues sont généralement celles de violences sur mineurs de quinze ans par ascendant ayant entraîné la mort, une infirmité permanente ou encore une ITT supérieure à 8 jours.

Le secouement constitue une infraction sans qualification pénale spécifique mais il constitue toujours une infraction car les violences sont volontaires. Même si dans certains dossiers, alors même que le secouement est avéré, la qualification d'infraction involontaire est retenue. Notons que retenir une qualification de blessures involontaires démontre une méconnaissance du mécanisme du bébé secoué et a des conséquences importantes sur la procédure. Il est donc important de dissocier l'acte de secouer de la volonté de provoquer les conséquences de l'acte. Peu importe le résultat recherché, le comportement étant volontaire, il n'est pas possible de qualifier le SBS à l'aide des incriminations non intentionnelles. Dès lors, les différentes incriminations réprimant les blessures involontaires comme l'homicide involontaire ne devraient pas trouver à s'appliquer dans le cadre de ces affaires. De telles qualifications ne correspondent pas à la réalité juridique.

⁷⁹ Art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C. pén.

Cet acte peut donc correspondre à une multitude de qualifications selon la gravité du dommage subi par la victime, ce qui révèle la difficulté à cerner juridiquement ce phénomène. La difficulté se pose d'autant que la question de l'intention des parents de commettre les secouements en ayant conscience de la gravité des lésions consécutives reste en suspens dans la mesure où la preuve de cet *animus* dépend de la casuistique. Le caractère intentionnel de la violence correspond à la volonté de l'acte et à celle d'attenter à l'intégrité de la victime en lui faisant du mal. Le comportement est souvent minimisé par l'auteur qui précise n'avoir commis que de légères violences. Or il s'agit de violenter un nourrisson, qui n'est pas un acte léger. Le SBS est un comportement grave de violences dont les conséquences sont bien souvent dues à une répétition de l'acte qui appuie sans discussion le caractère de maltraitance de l'acte et donc d'intention.

B) UNE MULTITUDE DE QUALIFICATIONS ENTRAINANT UN TRAITEMENT JUDICIAIRE INCOHERENT

1° VERS LA CREATION D'UNE INFRACTION AUTONOME

Les différentes qualifications pénales entraînent une incohérence dans le traitement judiciaire ; est-ce un délit ou un crime ? Cette pluralité de qualifications possibles impacte ainsi directement le degré de protection accordé aux très jeunes victimes. En effet, lorsqu'il est question d'infractions de violences, le droit pénal impose de se référer aux conséquences de ces maltraitements sur la personne de la victime pour qualifier la gravité de l'infraction. Par exemple, lorsque le secouement au moment de l'examen médical n'a entraîné que cinq jours d'ITT au sens pénal, l'infraction retenue sera qualifiée de simple délit.

Estimant que se référer aux conséquences sur la personne victime représente un aléa trop important sur le traitement de ces affaires par l'autorité judiciaire, certaines associations⁸⁰ plaident en faveur de la création d'une infraction criminelle autonome pour le secouement d'un bébé permettant ainsi de considérer l'acte en lui-même, indépendamment des conséquences physiques immédiates sur le jeune enfant. Cela uniformiserait la qualification pénale des faits des bébés secoués et contribuerait donc à une meilleure protection judiciaire de l'enfant contre cette forme de maltraitance. Une réflexion est donc à mener sur la création d'une infraction autonome pour le SBS. En effet, la loi pénale actuelle ne permet pas d'obtenir des éléments statistiques exacts sur le traitement judiciaire de ce syndrome. La création de cette infraction autonome, soumise par la CNCDDH et l'association L'Enfant Bleu, permettrait, à l'instar d'un empoisonnement, d'incriminer un comportement plus qu'un résultat en raison de sa dangerosité intrinsèque. Autrement dit, ériger le fait de secouer un enfant en infraction criminelle permet de considérer que l'infraction peut être retenue indépendamment des conséquences qu'elle engendre. Il s'agirait du fait, pour un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime, d'attenter à la vie du nourrisson par l'emploi de secouement de nature à donner la mort ce qui constituerait un crime et ce, indépendamment de la survenance du décès de l'enfant.

Cette question complexe mérite en effet d'être posée et réfléchie à la limite toutefois que, quelle que soit la problématique de caractérisation de l'infraction résultant le plus souvent de considérations probatoires, déjà faudrait-il partir du postulat que cet acte, pouvant ou entraînant la mort, est toujours volontaire.

La qualification retenue est fondamentale puisqu'elle déterminera si l'information sera ouverte au criminel ou au correctionnel. Il est par conséquent essentiel que dans le cadre du signalement

⁸⁰ Association L'Enfance Bleue – Enfance maltraitée

notamment, le médecin légiste rédige un certificat mentionnant l'existence du SBS et expose l'ensemble des risques notamment neurologiques à venir lors des différents stades de développement de l'enfant. Tant le procureur dans son réquisitoire définitif que le juge d'instruction dans son ordonnance de règlement, se doivent se retenir une qualification en adéquation complète avec la situation médicale de l'enfant.

2° LORSQUE L'AUTEUR N'EST PAS IDENTIFIÉ

Au-delà d'une qualification inadaptée à la réalité de l'acte de secouement, il faut avoir conscience que certaines affaires ne permettent même pas d'engager des poursuites et donc d'aboutir à la condamnation des auteurs de l'infraction, puisque le syndrome n'est pas identifié. En effet, pendant longtemps, ce syndrome était confondu avec la mort subite du nourrisson (MSN). De même, les « chutes accidentelles », avancées par les auteurs du SBS, peuvent masquer des secouements. Le diagnostic posé est alors erroné du fait d'une « *symptomatologie trompeuse*⁸¹ ». Pourtant, une chute est une cause assez improbable pour justifier médicalement des traumatismes caractéristiques d'un secouement.

Par ailleurs, et comme dans de nombreuses autres affaires relatives à tout autre acte infractionnel, il n'est pas toujours possible de déterminer l'auteur des actes de secouement, faute d'éléments probants suffisants. Il existe un doute sur l'origine du traumatisme ; qui ? quand ? comment ? L'absence de réponse à ces questions peut avoir des conséquences fondamentales sur la procédure. Il est aussi possible d'avoir une certitude sur l'auteur mais pas d'éléments de preuve ; le doute bénéficiant à l'accusé, la procédure pénale peut aboutir à un classement sans suite, à une ordonnance de non-lieu, une relaxe ou un acquittement.

Dans la majorité des dossiers ayant abouti à un non-lieu, le secouement est établi, mais l'auteur des faits n'a pas pu être identifié. Ces décisions mettent en évidence une des difficultés majeures de ces dossiers tenant aux faits que le secouement intervient généralement en l'absence de témoins et à l'encontre d'une victime qui, du fait de son très jeune âge, ne peut pas désigner son agresseur. Les avancées récentes en matière de datation clinique devraient permettre de mieux préciser le moment des faits et par conséquent d'aider à l'identification de l'auteur.

Toutefois, force est de constater que l'insuffisance des connaissances médico-légales des professionnels peuvent traduire des orientations judiciaires incohérentes. La prévention et la formation des professionnels sont donc, plus que jamais, primordiales.

⁸¹ D. GOSSET, V. HEDOUIN, E. REVUELTA et M. DESURMONT, « Maltraitance à enfants », Masson, 1996.

Titre 2 : La prévention et la formation des professionnels au service de la protection des enfants

Une fois le procureur de la République alerté des symptômes du secouement, celui-ci saisit le juge des enfants afin de mettre en place une série de mesures de nature à protéger les intérêts de l'enfant (Chap 1). Les sanctions civiles se présentent sous une forme pécuniaire. Le processus d'indemnisation s'avère tout aussi important que la sanction pénale, non pas pour réparer l'atteinte portée, mais pour accompagner la victime qui survit avec de graves séquelles, ou pour indemniser les proches de la victime décédée.

La préservation des intérêts des enfants passe en outre par une meilleure prévention des maltraitances infantiles et une meilleure formation des professionnels (Chap 2).

Chapitre 1 : Préservation des intérêts des tout-petits en leur assurant une protection immédiate

Si soigner et signaler sont indispensables, le diagnostic, l'enquête et l'identification sont essentiels. La défense et la protection du bébé secoué est fondamentale. Mais l'indemnisation est souvent oubliée. Or, à la protection de l'enfant et la sanction pénale de l'auteur, il faut assurer la réparation du dommage corporel subi, via une procédure indemnitaire adaptée (Sect 1).

L'indemnisation du nourrisson victime examinée par la justice, fait suite au secouement qui est constitutif d'une infraction pénale et qui provoque soit la mort de l'enfant, soit de graves séquelles neurologiques. L'enfant victime d'un traumatisme crânien tel que celui infligé par le secouement a le même droit à réparation de son préjudice qu'un adulte. Outre le droit spécifique à sa protection en tant qu'enfant (mesures de placement, AEMO etc), la réparation indemnitaire de son préjudice sera assurée en vertu du principe de l'inviolabilité de son corps et de la violation de ses droits. Ce principe puisant son fondement notamment dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et dans la Constitution Française : droit à l'intégrité physique (Art. 16-1 C. civ), droit de l'enfant à se livrer aux jeux et activités récréatifs propres à son âge (Art. 3 Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989) etc. L'indemnisation du bébé victime en tant qu'« être en devenir » est essentielle s'agissant de son évolution (développement, apprentissage, insertion sociale et professionnelle etc). Par ailleurs, dans ces dossiers spéciaux, le retentissement des séquelles est souvent identifié « tardivement ».

Le nourrisson fait généralement en parallèle l'objet d'une protection immédiate via l'ouverture d'une procédure d'assistance éducative (Sect 2).

Section 1 : L'indemnisation des bébés victimes du SBS

Le syndrome du bébé secoué constitue bien une forme de maltraitance en raison de la violence des gestes causant le traumatisme mais également au regard de la gravité des lésions et dommages subis par l'enfant (§1). Les conséquences sont non seulement très préjudiciables mais surtout variables et imprévisibles en raison du très jeune âge de la victime en devenir. Il conviendra d'attendre souvent plusieurs années avant de connaître les répercussions définitives d'un tel traumatisme sur l'enfant (§2).

§ 1 : Des secousses et des séquelles à vie nécessitant réparation

Le syndrome du bébé secoué provoque différentes séquelles à plus ou moins long terme ayant des conséquences non négligeables s'agissant du suivi que l'enfant, puis l'adulte devra avoir. En effet, une majorité de ces enfants nécessite un suivi pluridisciplinaire et garde une dépendance importante pour les activités de base de la vie quotidienne. Chez les nourrissons « survivants », un suivi très prolongé, associant des évaluations régulières de leur état médical, de leur développement psychomoteur, développement cognitif et de la scolarité doit être mis en place pour permettre des rééducations et une orientation scolaire adéquate. En effet, le taux de traitements et soins de rééducation toujours en cours plusieurs années après le traumatisme est très élevé (une étude réalisée par l'hôpital Necker indique qu'il s'agirait de 61% d'enfants, dont la moitié avait entre deux et quatre types de rééducations hebdomadaires). Si aucune étude n'a permis de rapporter le devenir à l'âge de l'adolescence et encore moins à l'âge adulte, notamment en termes d'hébergement et de tierce personne, il a quand même été étudié que 40% des patients ne pourraient jamais vivre de manière autonome à l'âge adulte⁸².

La prise en charge de chaque enfant victime du SBS génère un coût social considérable. En effet, les coûts directs liés au SBS (coûts hospitaliers initiaux, rééducation, éducation spécialisée, coûts liés aux soins de la vie entière, coûts en liens avec la protection de l'enfance, l'enquête et la punition des coupables) s'élèveraient à environ 643 000€ selon une étude réalisée en Nouvelle Zélande⁸³. Plus encore, aux Etats-Unis, certaines études ont montré que les soins pour un enfant survivant peuvent excéder la somme de dix millions de dollars selon la gravité des lésions⁸⁴. Ces informations mettent en exergue la nécessité de prévenir le passage à l'acte plutôt que de punir le coupable a posteriori.

Après de nombreuses années, on peut apprécier les séquelles liées au SBS et commencer à parler de consolidation afin d'évaluer l'autonomie pour les actes simples et élaborés de la vie quotidienne, l'aptitude à vivre de manière autonome et à subvenir normalement à ses besoins. L'indemnisation permet donc au moment de la consolidation d'assurer le financement de frais futurs à l'âge adulte si l'autonomie n'est pas acquise. Cette indemnisation permet de « réduire » le handicap en ce sens qu'elle finance les besoins ou les soins mal ou non remboursés par l'assurance maladie. Il s'agit par exemples de soutien en ergothérapie, psychothérapie, ou encore de besoins en tierce personne.

§ 2 : Le régime indemnitaire autonome devant la CIVI

A) INTERACTION DES PROCEDURES CIVILE ET PENALE

La procédure indemnitaire qui est préconisée est la saisine de la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI). Les conditions devant être réunies nécessitent que l'autorité judiciaire ait été saisie (signalement puis ouverture d'enquête) et que la réalité du secouement ait été établie. Il est toutefois à noter qu'une indemnisation est possible même si l'auteur n'est pas identifié. Il s'agit là d'un régime autonome de la procédure indemnitaire par rapport à la

⁸² Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA, "Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy", *Pediatrics* 174-185, 2005

⁸³ Friedman J, Reed P, Sharplin P, Kelly P, "Primary prevention of pediatric abusive head trauma: a cost audit and cost utility analysis". *Child abuse and neglect*, 2012

⁸⁴ Robin L.ALTMAN, Jennifer CANTER, Patricia A.PATRICK, Nancy DALEY et Donald BRAND, "Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma", *pediatrics*, vol. 128, n°5, 1er nov 2011.

condamnation ; en effet, seule la réalité du secouement doit être démontrée et l'auteur n'a pas besoin d'être identifié pour que l'indemnisation soit allouée.

La CIVI peut être saisie dès lors que la matérialité de l'infraction est établie et ce à n'importe quel stade de la procédure (saisine au cours de l'enquête, de l'instruction ou à n'importe quel moment de la procédure pénale) ; il n'est donc pas utile d'attendre l'issue de la procédure pénale puisque la décision de la CIVI est indépendante de l'issue de la procédure pénale. De plus, le recours à un avocat n'est pas obligatoire mais vivement conseillé compte tenu de la complexité du processus de même que la désignation d'un administrateur ad hoc désigné en cas de conflits d'intérêts afin de saisir la CIVI. Enfin, s'agissant de la prescription, cette commission doit en principe être saisie dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'infraction ou an après la décision définitive rendue par la juridiction pénale. S'agissant des victimes mineures, le point de départ de la prescription est l'âge de la majorité c'est-à-dire qu'elle peut être saisie par la victime jusqu'à son 21^{ème} anniversaire.

Les procédures civile et pénale seront donc interactives : l'établissement de la réalité de l'infraction, donc du secouement, permettra ensuite d'assurer la procédure indemnitaire. Rappelons que si le secouement est une infraction sans qualification pénale spécifique, il constitue en revanche toujours une infraction étant donné que les violences sont volontaires.

B) LE ROLE ESSENTIEL DE LA DETERMINATION DE LA CONSOLIDATION DU PREJUDICE

Hormis les séquelles neuromotrices, il s'agit d'un préjudice dit « à retardement » pour la victime. Aussi, la détermination de la date de consolidation est essentielle dans le processus d'indemnisation. Il est aujourd'hui admis que la consolidation est acquise quand les traitements médicaux ne peuvent plus améliorer la vie du patient ou qu'une aggravation n'est plus à craindre. Concrètement dans ces dossiers, le recul est nécessaire pour mesurer l'amplitude du dommage causé afin de déterminer les séquelles à venir. Ce pourquoi les expertises de l'enfant devront être effectuées à plusieurs reprises lors de l'évolution de l'enfant, pour effectuer une consolidation qu'à l'âge de 18 ou 20 ans. Ceci prend toute sa réalité si l'on considère les délais parfois constitués de plusieurs années pour un traitement du dossier par une juridiction de jugement, d'où la nécessaire mise à jour de l'expertise.

Différentes expertises comme outils d'évaluation sont alors à disposition de la commission notamment la mission d'évaluation médico-légale spécifique (adaptée à la nomenclature des postes de préjudice dite « Dintilhac ») qui est spécifique aux traumatisés crâniens enfants et adolescents qui est d'ailleurs souvent utilisée par les juridictions. Destinée à l'évaluation médico-légale des séquelles en vue de leur indemnisation et à l'aide de questions précises, elle permet de se rendre compte des difficultés de vie de la victime qui a grandi et aide donc à la prise de décision des magistrats. Elle permet de palier aux insuffisances des barèmes et de la formation des professionnels appelés à intervenir dans le processus indemnitaire. L'expert évalue ici les conséquences dommageables liées au secouement et en suit l'évolution en déterminant les besoins de la victime au fil du temps.

De même, l'expertise médicolégale pluridisciplinaire, souvent diligentée dans le cadre de la procédure pénale, contribue à établir la réalité du secouement. Enfin, l'expertise de consolidation permet quant à elle d'évaluer le déficit fonctionnel afin de définir le handicap du bébé secoué devenu adulte. Cette expertise évalue l'enfant-adulte dans son milieu et dans son environnement et détermine l'évaluation de ses besoins notamment en tierce personne, le logement adapté, les préjudices scolaire et professionnel etc.

Les indemnités provisionnelles sont indispensables afin de permettre à la victime de se réadapter, de mettre en place un projet de vie, de financer ses besoins en aide humaine ou de couvrir des soins non pris en charge par l'assurance maladie.

Toutefois, force est de constater que dans de nombreuses hypothèses la commission n'est pas saisie, et ce alors même qu'un administrateur ad hoc a été désigné, et cela pose question. Autrement dit, l'indemnisation est entravée par la méconnaissance, en pratique, des mécanismes qui la facilitent et en particulier l'existence de fonds spécifiques d'indemnisation. Ceci doit cependant être nuancé étant donné que la saisine de la CIVI est possible jusqu'aux 21 ans de la victime.

Le Fonds de Garantie des victimes d'infractions peut verser, par l'intermédiaire selon les cas de ses parents ou d'un administrateur ad hoc, une indemnité pouvant atteindre des sommes parfois conséquentes. Aussi, il convient de s'interroger sur la succession du mineur en cas de décès afin d'éviter, notamment par des mesures de déchéance de l'autorité parentale, que le parent auteur du secouement, puisse hériter, au décès de son enfant, de l'indemnité qui aura été versée à ce dernier. Si la procédure d'indemnisation prend du temps, il est d'usage qu'une OPP soit prise rapidement afin d'assurer la mise en sécurité du nourrisson victime.

Enfin, il arrive que des acquittements soient prononcés au bénéfice du doute. Si, en théorie, un acquittement n'empêche pas une indemnisation par la CIVI, il la rend plus difficile en pratique. En effet, le caractère matériel de l'infraction à l'origine du préjudice est contesté.

Section 2 : Protection immédiate de l'enfant et ouverture d'une procédure d'assistance éducative

Afin d'assurer une prise en charge effective et efficiente du bébé qui a été secoué, la preuve pénale de l'existence de l'infraction et celle de la désignation d'un auteur doivent coexister.

Conformément à l'article 375 du Code civil, le juge des enfants se trouve au cœur du dispositif de protection des mineurs. Une fois le procureur de la République (§1) alerté des symptômes du secouement, celui-ci saisit le juge des enfants (§2) afin de mettre en place une série de mesures de nature à protéger les intérêts de l'enfant. La première de ces mesures est l'ordonnance de placement provisoire.

§ 1 : Protéger l'enfant immédiatement

A) UNE MISE A L'ABRI IMMEDIATE

Concernant la prise de l'ordonnance de placement provisoire, une singularité tient à la compétence du parquet qui, compte tenu de l'urgence de la situation, s'immisce dans la procédure afin d'assurer la protection immédiate de l'enfant et ce, y compris durant l'hospitalisation de celui-ci. L'enfant peut être alors confié à un centre d'accueil ou d'observation, ou confié à l'autre parent, à un service de l'aide sociale à l'enfance, à un établissement spécialisé etc. L'objectif d'un tel dispositif est d'éviter la reprise prématurée de l'enfant par ses parents et de permettre à l'équipe soignante de poursuivre sa mission en parallèle.

Cette décision du procureur de la République est prise pour une durée de huit jours et n'est pas susceptible d'appel. A l'issue de ce délai, le magistrat doit saisir le juge des enfants qui peut

décider, ou non, de prolonger la mesure ou de l'aménager. Le juge des enfants convoque alors les parties, conformément au respect du principe de contradictoire, et statue dans un délai de quinze jours. A défaut, l'enfant est remis à ses parents, tuteur, ou à la personne ou au service auquel il était confié. Il peut alors être décidé d'une mesure de placement pour plusieurs mois renouvelable et les détenteurs de l'autorité parentale ont la possibilité d'interjeter appel. Par ailleurs, lorsque l'enfant était gardé par une assistante maternelle, le président du conseil départemental doit statuer sans délai sur une éventuelle suspension à titre conservatoire de son agrément.

Le procureur de la République peut également saisir le juge des enfants en vue de mettre en œuvre d'autres mesures, et ce qu'il ait ou non prononcé une OPP. Ces mesures peuvent être d'investigation afin de mieux cerner la personnalité des protagonistes : enquête sociale, mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), expertise psychologique ou psychiatrique. Cela peut également être des mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) dans l'objectif de sensibiliser davantage les parents au danger encouru par l'enfant et d'instaurer des mesures de soin ou de suivi. Cela peut enfin s'apparenter à un placement direct dans une structure collective ou famille d'accueil de l'enfant.

Le rôle de l'OPP est bien d'assurer la protection immédiate de l'enfant et non de porter atteinte à la présomption d'innocence. Elle n'est en effet prescrite qu'à titre conservatoire et ne préjuge en rien de la suite judiciaire. Pour autant, quelques réserves sont à identifier.

B) TEMPORALITE A RELATIVISER DE L'OPP

Dès la réception du signalement, et avant de saisir le service enquêteur compétent et de décider ou d'une non d'une ordonnance provisoire de protection (OPP), le Parquet doit avoir connaissance de plusieurs éléments figurant dans le signalement. En effet, avant d'initier une enquête, il est fondamental de connaître précisément les éléments constatés et ceux issus des informations verbales recueillies. Outre les éléments d'identités, le constat médical initial permet une description des symptômes et une datation des faits (dont nous avons précédemment vu qu'elle est très importante dans l'établissement de la culpabilité). Il conviendra aussi pour le magistrat d'avoir connaissance du schéma familial. Notamment de savoir si d'autres enfants sont présents au domicile et s'ils sont en danger, auquel cas il conviendra éventuellement de prendre des OPP à leur égard, après vérification par le service enquêteur.

S'il semble tentant de vouloir immédiatement « ouvrir le parapluie » et prendre une OPP afin de s'assurer que l'enfant ne soit pas en danger, il n'en reste pas moins que l'intérêt d'un tout-petit n'est pas d'être privé de son parent qui n'est pas maltraitant. Déjà, son hospitalisation génère pour lui une intense perte de repères et le contact avec son parent qui n'est pas maltraitant peut l'aider dans sa guérison.

Ainsi, certains éléments doivent méticuleusement être pris en compte au moment d'opter ou non pour une OPP par le parquetier en charge des mineurs. En cas de tiers intervenant dans la garde de l'enfant notamment, l'OPP ne sera pas décidée immédiatement le temps de communication d'éléments précis. L'enfant étant en sécurité le temps de son hospitalisation. Par ailleurs, la piste d'une OPP à tiers digne de confiance (TDC) pourra être envisagée auquel cas le parquet devra s'assurer de la présence de garanties requises chez ce tiers. Enfin, notons que l'appréciation de l'OPP se fait au cas par cas s'agissant de la fixation de droits de visite des parents, combinant ainsi l'intérêt de l'enfant, l'impératif de protection du mineur et les enjeux de l'enquête pénale.

§ 2 : L'office du juge des enfants, ou comment protéger quand l'auteur n'est pas définissable ?

A) UNE SAISINE JUDICIAIRE PROPORTIONNEE

Une fois que le parquet est destinataire d'un signalement laissant entendre qu'un syndrome de bébé secoué est certain ou probable, le juge des enfants est saisi en assistance éducative par la voie d'une ordonnance de placement provisoire. La judiciarisation ne se fait donc rarement dans la demi-mesure étant entendu que la base de la saisine du juge des enfants n'est jamais une requête en assistance éducative simple (à entendre donc sans OPP). Les services sociaux, via les CRIP, doivent être mis en alerte lorsqu'une requête en assistance éducative n'est pas prise.

Nous l'avons vu précédemment, l'intervention du juge des enfants est concernée, au-delà de l'enfant directement victime et décédé, notamment si d'autres enfants potentiellement en danger, sont présents au domicile. Si un danger important est à craindre s'agissant de nouveaux secouements, d'autres risques de maltraitance, plus insidieux, sont aussi à craindre. L'enfant ou les enfants présent(s) au domicile peuvent en effet avoir été témoins des faits, également soumis au même contexte familial etc. Il convient alors d'envisager les conséquences sur la fratrie et d'assurer leur protection et la préservation de leurs paroles et intérêts.

B) DIFFICULTES D'INTERVENTION

L'incertitude à laquelle les médecins se trouvent confrontés au moment de signaler se reporte sur le juge des enfants, au moment de prendre des mesures de protection. Faut-il placer l'enfant ou préserver le lien avec sa famille ? Faut-il tenir compte de la procédure pénale ouverte en parallèle à l'encontre de l'auteur du secouement ? Il est d'autant plus difficile de répondre à ces interrogations qu'elles s'inscrivent dans une temporalité réduite, du fait de l'urgence de la décision devant être prise. Toutefois, si le principe de la présomption d'innocence conduit, en cas de doute 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.

Le principe de précaution dans ce type de prise en charge voudrait que face au constat du très jeune âge de l'enfant et de son état de santé préoccupant, le maintien du placement soit effectué. Pour autant, le risque de réitération doit être autant que possible mesuré que mesurable. En effet, le placement doit demeurer l'exception qui plus est pour un nourrisson. Le juge doit toujours s'interroger sur le risque existant pour l'enfant ; s'agit-il d'un passage à l'acte isolé ou d'un révélateur de maltraitances chroniques ? Le juge n'est pas médecin. Or sa mission consiste bien à qualifier le danger et à prendre une décision susceptible d'y mettre fin tout en veillant à respecter les principes liés aux prérogatives de l'autorité parentale. La difficulté se pose lorsque les symptômes ne sont pas criants et que l'évidence ne s'impose pas ; le juge ne maîtrisant pas les subtilités médicales du SBS, sa tâche n'est donc pas aisée. Ce qui fonde sa légitimité ce n'est pas sa compétence personnelle en matière de santé de l'enfant, mais son aptitude à prendre du recul et à mettre en œuvre le contradictoire avant de faire un choix. Il appréhende tous les éléments du débat de façon à mesurer la portée de la décision qui sera prise. En somme la tâche est difficile ; même quand les symptômes sont avérés, encore faut-il pouvoir faire le lien avec une carence ou un dysfonctionnement dans l'exercice de la fonction parentale.

Une autre difficulté intervient s'agissant du travail à réaliser avec la famille selon que l'auteur reconnaît ou conteste les faits. Dans ce dernier cas, le travail est compliqué face à des parents qui s'estiment dans une « injustice » et demeurent consternés dans l'incompréhension. En revanche, lorsque des aveux sont exprimés, un travail peut s'opérer autour des circonstances du

passage à l'acte et ainsi mieux cerner les risques de récidive. Le juge devra attendre l'issue de l'enquête pour se positionner lui-même devant les parents en fonction de l'intérêt de l'enfant. Toutefois, il n'est pas possible de dire qu'un passage à l'acte n'exclut pas la préparation d'un retour à domicile comme un non-lieu n'engendrera pas une mainlevée du placement automatique. La conciliation des mesures de protection avec le principe de la présomption d'innocence n'est pas évidente. Si en principe les décisions du juge (civil et pénal) sont indépendantes de la suite donnée à l'enquête pénale et que seul compte l'intérêt de l'enfant, le risque est pourtant de deux ordres et caractérise l'ambivalence de l'office du juge. Si l'enquête permet d'identifier un suspect, le juge sera forcément influencé, et si un doute demeure (sur l'intention du préjudice, sur l'identification des auteurs du secouement), alors le juge risque d'être freiné dans sa prise de décision. Il convient pour le magistrat à la fois de s'affranchir des évolutions de l'enquête tout en tenant compte indirectement d'éléments probants.

Enfin, le dialogue peut être parfois compliqué entre les institutions médicales et judiciaires, cela pouvant générer des incompréhensions et un dissensus autour de la situation pouvant compliquer la préparation de sortie d'hôpital de l'enfant. En tout état de cause, même un suivi renforcé ne peut pallier tous les risques, l'anticipation et l'appréhension d'un passage à l'acte demeurant difficile.

Le travail pour le juge sera en somme de trouver le juste équilibre entre la protection de l'enfant en excluant toute nouvelle mise en danger mais dans le même temps, la prévention de tout éloignement abusif. Ce travail d'équilibriste suppose pour le magistrat de ne pas sacrifier la protection de l'enfant au profit du principe de présomption d'innocence et réciproquement. Le juge des enfants doit à la fois se délier d'une vérité ou d'une absence de vérité judiciaire, et de l'évènement ayant conduit à sa saisine, tout en mobilisant le moindre élément, mais sans certitude, au service d'une appréciation juste.

Face aux préoccupations partagées sur la réitération du secouement, la question de la mise à l'abri de l'enfant dès le premier diagnostic est donc essentielle. Il ne s'agira pas de prouver la culpabilité d'un auteur ou sa présomption de culpabilité mais il conviendra d'établir en quoi les besoins fondamentaux de l'enfant ne sont pas respectés dans la présente situation commandant alors une mise à l'abri de ses représentants exerçant l'autorité parentale. Ainsi, la question du « ressenti », ou en tous cas de l'évaluation partagée a alors toute sa place afin d'éviter la réitération des faits, ce qui se révèle être ici une configuration différente en termes de preuve.

C) REPRESENTATION DU MINEUR PAR L'ADMINISTRATEUR AD HOC

Le procureur de la République a la possibilité de saisir un administrateur ad hoc dans l'hypothèse, notamment, de conflit d'intérêts qui peut naître du fait de suspecter les parents alors même que ceux-ci demeurent juridiquement les représentants de l'enfant. Le rôle de l'administrateur sera alors de défendre les intérêts de l'enfant, en se constituant partie civile et en saisissant la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions.

1° Un régime particulier

Rappelons qu'une fois le signalement transmis au procureur de la République, cela peut donner lieu à l'ouverture d'un dossier en assistance éducative par le juge des enfants et/ou à l'ouverture d'une enquête pénale. Parallèlement à l'ouverture de ces deux procédures complémentaires, un administrateur ad hoc peut être désigné. Ce dernier peut être désigné par le procureur de la République (en particulier lorsque l'un des parents est suspecté ou quand l'auteur n'est pas

connu), le juge d'instruction, le juge des enfants, la juridiction saisie de l'infraction pénale ou le juge des tutelles.

Par le mécanisme de la représentation en justice, le mineur est incapable juridiquement. Le représentant légal du mineur est le détenteur de l'autorité parentale. Aussi, il arrive, comme c'est souvent le cas dans le SBS, qu'il y ait une opposition d'intérêts entre le titulaire de l'autorité parentale et son enfant mineur. C'est la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions de nature sexuelle et la protection des mineurs qui a modifié le régime et les conditions d'intervention de l'administrateur ad hoc, afin d'assurer une meilleure prise en compte des intérêts des mineurs victimes.

Il est désigné pour protéger l'enfant victime de SBS dans un cadre familial et travaille en étroite collaboration avec le juge qu'il est tenu d'informer. Indépendant des parents, il est le référent et l'accompagnateur de l'enfant dans les limites de sa mission. Il a le pouvoir de solliciter un avocat spécialisé dans la réparation du préjudice corporel pour représenter l'enfant devant une juridiction pénale ou encore pour saisir la CIVI.

L'enfant, en tant que partie civile, est représenté à tous les stades de la procédure. Ainsi, il est possible en son nom de demander des investigations complémentaires, d'interjeter appel et surtout de saisir la CIVI. Si le rôle de son avocat est déterminant en ce qu'il contribue à la démonstration matérielle du secouement, il peut solliciter une expertise, des actes complémentaires, tels que des radios sur tous les os du squelette, un scanner, des examens ophtalmologiques etc.

L'administrateur ad hoc joue un rôle pédagogique et juridique auprès du mineur. S'agissant des nourrissons concernés dans le SBS, le rôle de l'administrateur a son intérêt lorsque l'enfant grandira et sera convoqué à des expertises médico-légales ordonnées par la CIVI afin d'évaluer son préjudice. Juridiquement, il incombe à l'administrateur ad hoc différentes missions notamment de choisir un avocat, de se constituer ou non partie civile, de rester en lien avec les travailleurs sociaux et les équipes médicales quant à l'évolution de la situation de l'enfant, d'exercer ou non les voies de recours... Il fait le lien entre l'enfant et le magistrat mais peut aussi faire le lien entre le juge pénal et le juge de l'assistance éducative.

2° Limites de la protection

L'initiative de la demande de réparation formulée par l'administrateur ad hoc peut créer des difficultés notamment si l'enfant réintègre le domicile familial ; sera-t-il exposé à des représailles face à ses parents condamnés à lui payer des dommages et intérêts ?

Plus encore, les parents ayant récupéré leur enfant peuvent refuser toute poursuite de la procédure (notamment de le présenter aux rendez-vous afin d'effectuer les expertises liées à l'indemnisation de la CIVI).

Chapitre 2 : Diagnostics manqués par manque de connaissance ; formations et préventions comme leviers de repérage et de protection

Le renforcement des actions de prévention et la formation des professionnels au SBS (Sect 1) ne fera qu'œuvrer davantage à endiguer le chiffre noir que représente ce fléau (Sect 2).

A ce titre, le travail d'actualisation des recommandations de la HAS en cours, permettra d'intégrer les programmes de formation de toutes les disciplines participant à la prévention, au repérage et à la prise en charge d'enfants victimes du SBS.

Section 1 : Stratégies de prévention appropriées et formations à développer

Une meilleure connaissance de ce problème de santé publique est essentielle pour lutter contre ce syndrome (§1) et implique des politiques impulsant le croisement des informations de tous les acteurs. L'enfant, victime particulièrement vulnérable, nécessite qu'il soit protégé. Pour ce faire, il semble d'autant plus important de conjuguer les connaissances des différents professionnels concernés pour améliorer la compréhension de ce phénomène criminel afin d'assurer une lutte effective.

L'endiguement de ce phénomène nécessite en outre d'améliorer la prévention du passage à l'acte (§2). On sait que le secouement est le plus souvent répété dans le temps. De ce fait, la prévention n'est pas simplement celle du premier passage à l'acte, elle est reposée également sur le diagnostic, le plus tôt possible, des premières manifestations de violences pour éviter la réitération.

§ 1 : L'insuffisante connaissance des données médico-légales par les professionnels pouvant traduire des orientations judiciaires incohérentes

Le déni du phénomène de maltraitance a toujours existé, y compris dans le monde médical. Grace à l'opiniâtreté de quelques médecins de chaque côté de l'Atlantique, on a enfin reconnu l'existence de véritables pathologies provoquées par l'entourage proche de l'enfant. Ce déni existe encore aujourd'hui chez nombre de médecins qui n'identifient pas parmi leurs patients ceux victimes de sévices et de négligences, ou, s'ils s'en doutent, préfèrent accepter l'histoire rapportée par les parents. Cela se justifie par la méconnaissance réelle de ce phénomène ou l'incapacité d'accepter cette vérité qui dérange fortement. L'histoire permet de prendre conscience de la réalité des faits et justifie qu'on l'enseigne et qu'on sensibilise les jeunes générations. Il est primordial de lever les réticences des professionnels à signaler ; ceux-ci doivent impérativement se sentir autorisés à voir et autorisés à dire.

Force est de constater que de manière générale, les professionnels sont aujourd'hui dans une difficulté pour comprendre et maîtriser les enjeux de la maltraitance infantile⁸⁵. Ils possèdent encore trop peu de connaissances cliniques sur les maltraitements et négligences à enfants et ainsi, savent mal les définir, les repérer et les hiérarchiser. En l'espèce, leur formation aux recommandations de la HAS sur le SBS qui semble primordiale, n'est aujourd'hui pas encore

⁸⁵ Nadège SEVRAC, « Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre », ONPE, 2013

appropriée par tous malheureusement. En outre, se pose une réelle difficulté à diagnostiquer et nommer les troubles des enfants.

Certaines idées reçues rendent confuse la dimension maltraitante du syndrome du bébé secoué qui apparaît comme accidentelle dans certains cas judiciaires⁸⁶. Le 29 janvier 2009, un sénateur posait une question écrite au ministre de la Santé et des Sports précisant qu'il s'agissait d'une « *maltraitance grave* » tout en évoquant paradoxalement « *des manœuvres de réanimation maladroite* », ou « *des jeux consistant à lancer le bébé en l'air* »⁸⁷, comme causes potentielles du syndrome du bébé secoué. Ces exemples témoignent en effet d'une méconnaissance du phénomène dans l'esprit de nombreux professionnels en charge de traiter ce type de violences.

La formation permet d'engager un travail de réflexion autour de la prise en charge d'un phénomène souvent mal connu ou mal appréhendé par les professionnels ayant à traiter de ces dossiers. Nous l'avons vu, cette ignorance des données médico-légales est pourtant déterminante car elle peut se traduire par des orientations judiciaires qui interrogent notamment s'agissant des qualifications pénales retenues.

L'information et la formation sont indispensables pour que chacun ait le réflexe adéquat, dans la chaîne de traitement du SBS. Aucun maillon ne doit être défaillant pour éviter que tant de bébés secoués devenus enfants puis adultes avec un handicap souvent lourd, ne bénéficient notamment d'aucune indemnisation. Les professionnels concernés sont tant ceux du champ sanitaire et médico-social, que ceux des champs juridique et judiciaire, mais aussi des responsables de formation, des policiers et gendarmes...

La formation des travailleurs sociaux sur la détection des situations à risques doit être davantage développée et améliorée. Il convient en effet d'identifier encore mieux les facteurs sociaux pouvant favoriser un passage à l'acte. Outre les missions confiées à la PMI, le traitement des informations préoccupantes constitue une étape essentielle. Avoir conscience des fragilités préexistantes peut permettre la mise en place d'une aide soutenue en amont qui peut être, dans certaines situations, éviter le pire. Attention toutefois et comme nous l'avons vu précédemment, les cas de SBS ne sont pas l'apanage de classes sociales précaires et carencées.

§ 2 : Genèse de la prévention

Les connaissances sur l'élément déclencheur que sont les pleurs inconsolables du nourrisson et de l'acte de violence de l'auteur du syndrome du bébé secoué sur le nourrisson ont permis l'élaboration de programmes de prévention.

A) UNE ACCELERATION DES DISPOSITIFS DE LA PREVENTION

1° QUELS LEVIERS POUR AMELIORER ?

La prévention de la maltraitance des enfants et la lutte contre celle-ci exigent une approche multisectorielle. Plus les interventions auront lieu tôt dans la vie de l'enfant, plus elles lui seront bénéfiques pour le développement de ses compétences.

⁸⁶ ONPE, « Les morts violentes de nourrisson : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires ».

⁸⁷ Sénat, Question n°7214, du 29 janvier 2009. « Prévention du syndrome du bébé secoué » (Enfance en danger – Prévention), Wolters Kluwer France.

Trois types de prévention visent à lutter contre ce fléau que représente le SBS. La prévention primaire tente d'empêcher le passage à l'acte très en amont de la situation et consiste à développer des mesures de santé publique pour sensibiliser l'ensemble de la population aux risques de ce syndrome. La prévention dite secondaire cherche à prévenir un passage à l'acte en ciblant les populations à risque. Enfin, la prévention tertiaire tente d'endiguer le phénomène après un premier passage à l'acte en améliorant le diagnostic et le repage des bébés secoués en prévenant la récurrence.

Apprendre à « passer la main » et faire comprendre la normalité du sentiment d'agacement permet de réduire l'angoisse et la honte que peuvent éprouver les gardiens de l'enfant⁸⁸. L'entretien prénatal précoce du quatrième mois s'inscrit dans cette démarche d'accompagnement des familles dites « sensibles ». Toutefois, le manque de moyens humains et matériels conduit à une hétérogénéité de sa mise en œuvre sur le territoire.

La prévention doit éduquer à la parentalité. En ce sens, à l'instar de l'éducation sexuelle, il peut être opportun d'informer dès l'adolescence, des conséquences et difficultés que soulève la gestion d'un enfant. Il est essentiel d'informer les futurs parents des crises que peuvent avoir les bébés durant les premiers mois de vie et que, dans 95% des cas, ce comportement est normal chez le nourrisson qui ne dispose que de ce mode de communication⁸⁹.

Ceci permettrait de rompre avec les représentations idéalistes mais néfastes de ce que doit être un parent. Il est essentiel d'avertir les futurs parents des crises que peut avoir le bébé dans les premiers mois de sa vie, qu'il ne dispose que de ce mode de communication, et du caractère normal de ses pleurs. Outre la préparation à la naissance, c'est à la parentalité qu'il faut préparer les deux parents, et ainsi opérer un véritable changement culturel.

Les campagnes de préventions de ce syndrome⁹⁰, bien que relativement récentes, ne cessent de rappeler que l'enfant ne risque rien à pleurer dans son lit et qu'il peut risquer beaucoup plus à être dans les bras d'un adulte exaspéré. Elles incitent, pour l'adulte en difficulté, à demander de l'aide afin d'éviter l'irréparable. Ces campagnes ⁹¹ s'inscrivent dans le cadre du dispositif des « 1000 premiers jours de l'enfant » ⁹², visant à sensibiliser au SBS et ayant été mise en place en janvier 2022 par le ministère des solidarités et de la santé pour alerter et faire la lumière sur la réalité de ce phénomène⁹³. Parmi les programmes de prévention efficaces, il existe des programmes à l'attention de nouveaux parents sur le point de quitter la maternité sur les dangers du SBS et les attitudes à adopter auprès d'un enfant qui pleure « sans cesse ». Il existe également des visites à domicile par des professionnelles de santé afin d'apporter aux parents un soutien, des conseils et des informations.

En France, dans le carnet de santé de l'enfant remis aux parents à chaque naissance figure dans la partie conseil aux parents une information sur les pleurs de l'enfant avec le message : « Si vous êtes déconcerté(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas et, surtout, ne le secouez pas. Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie ». Si cette action permet d'avertir toute la population et donc de viser l'ensemble des personnes pouvant garder un nourrisson, les limites se situent dans l'ignorance de la portée de ces mesures.

⁸⁸ Etienne MIREAU, « Syndrome du bébé secoué : hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas », Thèse d'exercice, Université René-Descartes, 2005, p.16

⁸⁹ Ronald G. BARR, « Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants, Summary », Devenir, Vol. 22, 1^{er} Juin 2010

⁹⁰ Campagne nationale de sensibilisation au syndrome de bébé secoué, 2022

⁹¹ S'inscrivent dans le cadre du dispositif des 1000 premiers jours de l'enfant

⁹² « Les 1000 premiers jours de l'enfant – Là où tout commence », Sante.gouv.fr

⁹³ Campagne nationale de sensibilisation au syndrome du bébé secoué – Dossier de presse – Janvier 2022

Le travail préventif peut se faire à la fois dans le cadre de campagnes publiques pour sensibiliser l'ensemble de la population de manière à ancrer les messages dans les pratiques et les références de chacun ; ainsi, il nous faut mener un consensus sociétal pour mener des politiques de prévention. Par ailleurs, des campagnes ciblées vis-à-vis des parents, des acteurs de la protection de l'enfance, des assistantes maternelles, des entourages des parents... sont aussi fondamentales.

2° SENSIBILISATIONS INTERNATIONALES

La connaissance du SBS ne fut identifiée que « récemment » ce qui explique l'arrivée tardive des premiers programmes de prévention. Le premier programme fut développé par SHOWER dans les années 90 avec des messages publicitaires « *Never, never shake a baby* ». Il est également le premier à proposer et évaluer un programme de prévention à la naissance en milieu hospitalier. Dans les années 2000, un nouvel essor de programmes de prévention s'installe. Le message central vise désormais les pleurs inconsolables du nourrisson avec pour conséquence le fait de secouer l'enfant : « *Don't shake a baby, baby can cry* ». En 2003, « le thermomètre de la colère » s'est développé dans lequel la colère parentale a été identifiée comme précurseur pouvant mener au SBS. En 2005, un programme basé sur la compréhension des pleurs du nourrisson a été développé. L'acronyme PURPLE se définit ainsi : P pour pattern of crying (pic des pleurs), U pour unexpected crying (pleurs inattendus), R pour resistant to soothing (résistance au secouement), P pour the infant's pained expression (l'expression de la douleur), L pour long-lasting (cris persistants), E pour evening clustering of crying (pleurs du soir). Les parents doivent suivre, selon cette méthode américaine, trois étapes face aux pleurs. Cette expérience a révélé une réduction des cas de bébés secoués de 47%.

A l'échelle mondiale, les pays dont le revenu moyen par habitant est faible sont des lieux dans lesquels il importe de promouvoir et développer la formation des parents. Ces pays, n'ayant pas accès aux programmes de prévention, démontrent la nécessité d'effectuer des interventions éducatives et préventives auprès des parents. Selon l'OMS (2009), des enquêtes réalisées auprès de parents de pays à bas et moyens revenus montrent que certains d'entre eux secouent leur enfant en guise de punition et qu'ils n'ont pas conscience des graves conséquences que cela peut engendrer. Le manque de formation et de connaissances augmente le taux d'incidence. Les répercussions importantes que subira l'enfant victime démontrent la nécessité de discuter des stratégies préventives existantes en milieu hospitalier et extra hospitalier en termes de prévention.

Le modèle de prévention canadien du CHU Sainte-Justine à Montréal vise quatre objectifs : sensibiliser tous les nouveaux parents, soutenir les professionnels du réseau dans le dépistage et le diagnostic, sensibiliser la population et encourager la recherche et la création d'une banque de données relativement au SBS et aux autres formes de maltraitance infantile. En France, ce programme a démarré à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre (CHU de Lille) début 2018 et a déjà montré son efficacité. Ce modèle pourrait servir de base à la production d'outils de prévention.

L'accès à la prévention a déjà présenté ses preuves. Depuis la mise en route de programme préventifs auprès des parents, une baisse significative du SBS a eu lieu. Il est donc primordial de continuer dans ce sens et développer des actions préventives. Le secouement étant déclenché par l'exaspération provoquée par les pleurs du nourrisson, des actions de prévention axées sur la façon de réagir face aux pleurs du nourrisson pourraient faire du TCNA/SBS un événement entièrement évitable.

Il est intéressant de constater que malgré la prévention et les moyens mis en place, le contexte et les tensions actuelles peuvent faire grimper les chiffres ce qui fut notamment le cas pendant les dernières périodes de confinement⁹⁴. De plus, le peu de places en crèches et le décret du 29 juillet 2022 autorisant les structures accueillant des enfants à employer du personnel non diplômé ont pu favoriser cette augmentation. Par ailleurs, le taux de récurrence élevé de l'acte pose la question du type de relation liant l'adulte à l'enfant. Dominance, manque d'empathie ? En ce sens, beaucoup de travaux semblent rester à faire s'agissant de la prévention.

B) LE DEVELOPPEMENT INDISPENSABLE DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS, OU COMMENT DEVELOPPER ET PERFECTIONNER L'ETAT DE L'ART

L'endigement du phénomène de santé publique implique inévitablement une meilleure connaissance de ce dernier. Ainsi, l'amélioration du diagnostic du syndrome est indispensable et repose sur une meilleure formation des professionnels de santé, des services sociaux, du monde judiciaire et de la petite enfance. Une récente étude publiée en 2019 à Paris⁹⁵ a démontré la nécessité de former le personnel soignant sur le SBS. Un fort manque de connaissance de la part des professionnels de santé sur le TCNA a été mis en avant. Dans cette étude, 20 à 47% des médecins et professionnel de santé ignoraient que secouer un bébé était une infraction criminelle et près de 27% ignoraient que le TCNA devait être signalé aux autorités judiciaires.

Les professionnels notamment auxquels s'adressent les recommandations de la HAS sont non seulement ceux de santé mais également ceux du secteur médico-social, comme les professionnels de la petite enfance, et d'autres professionnels tels que les policiers, gendarmes, pompiers, les fonds de garantie des victimes d'infractions pénales, les assureurs ainsi que les professionnels du droit et de la justice.

Au-delà du diagnostic médical qui, nous l'avons vu, est souvent difficile à poser, le comportement des personnes suspectes face aux questions des professionnels peut être un indicateur d'un passage à l'acte. En effet, un recours aux soins tardif, plusieurs jours après les premiers symptômes de l'enfant, peut témoigner, outre d'un signe de maltraitance compte tenu de la négligence dont il fait preuve, d'un désintérêt à l'égard de sa santé. De même l'absence de cohérence dans les explications données, des histoires changeantes, ou silence ou refus d'explications sont autant de signes d'une potentielle maltraitance devant alerter le professionnel. Ces éléments doivent favoriser le repérage des bébés secoués afin de réduire la part obscure sur lesquels il n'y a pas de mainmise.

La prévention s'agissant du SBS s'articule autour de deux axes ; d'abord en amont afin de prévenir et sensibiliser les parents face à une potentielle exaspération compte tenu des pleurs de leur bébé, et ensuite, il s'agit d'identifier la violence le plus tôt possible afin d'éviter une répétition, malheureusement trop commune s'agissant des secousses.

1° PREVENIR POUR EVITER LE PASSAGE A L'ACTE

Prévenir c'est empêcher le premier geste de secouement, mais aussi éviter sa répétition.

Le passage à l'acte peut résulter d'un manque d'information sur les conséquences d'un tel agissement, ce qui peut désinhiber un premier épisode de secouements.

⁹⁴ « Syndrome du bébé secoué : le nombre de cas a doublé en région parisienne pendant le Covid », Le Monde

⁹⁵ Laurent-Vannier et Chevignard, 2018

Afin d'éviter un premier épisode de secousses conformément à la prévention dite « primaire », un message très simple doit être donné par les professionnels notamment en maternité aux jeunes parents. Il s'agit de rappeler qu'un nourrisson peut pleurer plusieurs heures par jours, même sans raison puisque c'est son mode d'expression. Et qu'on peut être exaspéré au point d'avoir envie de le secouer pour le faire taire. Mais le secouement peut tuer ou handicaper à vie. Secouer est bien plus grave qu'une chute de table à langer. Il faut expliquer que jouer n'est pas secouer et qu'on doit même jouer avec l'enfant étant donné que c'est adapté à son âge. En cas d'exaspération face aux pleurs d'un nourrisson, le mieux est de coucher l'enfant sur le dos, dans son lit, et de quitter la pièce. Il faut indiquer que dans cette situation, l'enfant ne risque rien à pleurer sur le dos dans son lit, et risque bien plus dans les bras d'un adulte exaspéré. La prévention précoce passe aussi par l'évocation avec le tiers à qui on confie son enfant, de la gestion des pleurs et ce qu'il ferait en cas d'exaspération et lui demander de prévenir s'il est en difficulté.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères et persistantes ou de décès. Comme le précise la Haute Autorité de Santé, « *le coût humain et financier de ce symptôme est considérable* ».

Il a également été souligné la nécessité de protéger également l'entourage de l'enfant victime, à savoir les autres enfants qui, potentiellement, pourraient subir ou avoir subi les mêmes maltraitements.

2° UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE PRECOCE ET ADAPTEE EST SALUTAIRE

On sait que les conséquences dommageables voire irréparables pour ces enfants augmentent avec la fréquence des actes de violence auxquels ils sont confrontés. C'est pourquoi il est primordial d'identifier les cas de violences le plus tôt possible. Les professionnels de santé jouent un rôle déterminant dans cette identification, c'est pourquoi il convient de renforcer leur formation aux signaux d'alerte d'une possible maltraitance.

La prévention passe aussi par l'identification précoce de la violence compte tenu de la grande fréquence de répétition de celle-ci. Ainsi l'étape de l'alerte, face à des symptômes et signes évoquant le secouement, est essentielle. En effet, à défaut, le diagnostic ne pourra être posé étant donné que l'enfant ne sera pas hospitalisé, et le bilan ne sera pas réalisé.

L'identification de la violence subie permet de protéger l'enfant et d'éviter la récurrence à son égard de cet acte de violence extrême. Ne pas identifier ce type de violence viendrait à nier les séquelles qu'il développerait avec une autonomie absente ou diminuée à l'âge adulte. En outre, ne pas identifier la violence subie ne lui permettrait donc pas de prétendre à une indemnisation de son préjudice devant la CIVI. En effet, s'il n'est pas nécessaire que l'auteur ait été identifié pour prétendre à une indemnisation, il convient toutefois que le diagnostic ait été posé et confirmé par l'expert judiciaire mais aussi que la commission ait été saisie.

Dans un avis sur les morts violentes d'enfants dans le cadre familial⁹⁶, la Commission nationale consultative des droits de l'homme recommande de renforcer la formation des professionnels de santé à la particularité du SBS afin que soient améliorés son diagnostic et sa prise en charge. Il est en effet ressorti des auditions menées que certaines enfants victimes de SBS avaient déjà été examinés par un médecin, voire déjà hospitalisés avant l'ouverture d'une procédure

⁹⁶ CNCDH, Avis A – 2023 – 6, « Les morts violentes d'enfants dans le cadre familial », 12 décembre 2023.

judiciaire. Des erreurs de diagnostics initiaux par les praticiens ne connaissant par le contexte peuvent entraver la manifestation de la vérité judiciaire.

En somme, la pose du diagnostic permet de reconnaître la violence subie par l'enfant et donc, de le protéger et de défendre ses droits. La pose de ce diagnostic permet également d'évaluer l'incidence du phénomène à sa juste hauteur.

Section 2 : Sous-évaluation du chiffre noir

Différents facteurs peuvent être à l'origine de cette sous-évaluation tels que des diagnostics erronés ou manqués, la réticence des professionnels à signaler ou encore l'absence d'autopsie. Dans ses recommandations, la HAS précise notamment que « *L'incidence du SBS est sous-évaluée de façon certaine car elle n'intègre pas les enfants dont l'atteinte n'a pas été suffisamment grave pour conduire à une hospitalisation et pour lesquels le diagnostic ne sera jamais posé ni les enfants hospitalisés pour lesquels le diagnostic n'est pas posé (très fréquents diagnostics manqués)* ».

La violence conjugale, les addictions de toutes sortes et les troubles de la personnalité importants sont des données qui doivent susciter la plus grande vigilance chez tous les acteurs de la protection de l'enfance comme en atteste l'Inspection générale des affaires sociales⁹⁷. Cette dernière recommande de renforcer les situations de préparation à la parentalité, en particulier celle des pères, et d'accompagner davantage les femmes dans la maîtrise de la contraception et ce afin de mieux prévenir la maltraitance des enfants et les grossesses non désirées. Il est en effet à déplorer qu'aucun recensement précis du nombre d'homicides d'enfants liés à des violences intrafamiliales n'avait été effectué avant les premiers travaux engagés par le ministère de l'intérieur pour l'année 2016. Anne TURSZ, ancienne pédiatre et directrice de recherche à l'INSERM, avait effectué une enquête sur les morts suspectes d'enfants de moins d'un an sur une période donnée⁹⁸. Cette analyse retrouvait quinze fois plus d'infanticides que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité. Au-delà des incertitudes sur les chiffres exacts, ces études font apparaître une sous-estimation du nombre de décès. En outre, le nombre d'enfants victimes chaque année de mort violente en milieu intrafamilial ne tient pas compte du « *chiffre noir* » que constituent les néonaticides non révélés et les enfants victimes du SBS non diagnostiqué.

L'autopsie a pour but de définir la ou les causes de la mort, d'inventorier toutes les lésions de violence subies par l'enfant, de les décrire précisément et d'indiquer le mécanisme à leur origine afin que les enquêteurs puissent comparer les dires des personnes mises en causes avec les données de l'autopsie. L'autopsie permet aussi de faire les prélèvements nécessaires à la datation des lésions entre elles et par rapport à la mort, afin de savoir s'il y a eu un ou plusieurs épisodes de violences.

Des décès de très jeunes enfants restent suspects faute d'autopsie parce que l'obstacle médico-légal n'a pas été retenu par le médecin et qu'il n'a pas été procédé à une autopsie à visée purement médicale. En effet, en cas d'obstacle médico-légal, selon l'article 81 du Code civil, lorsque le médecin constate des signes ou relève des indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donnent lieu à un soupçon, la décision d'ordonner une autopsie revient à l'autorité judiciaire et n'est donc pas systématique. Afin d'éviter cet écueil, en Gironde, il a été décidé par le CHU de Bordeaux et le SMUR que le médecin retienne systématiquement

⁹⁷ Rapport IGAS, « Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles », Mai 2018.

⁹⁸ Anne TURSZ, « Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France », Paris Le Seuil, 2010.

l'obstacle médico-légal à l'inhumation du corps en cas de mort inattendue du nourrisson pour que soit ordonnée une autopsie par le procureur de la République.

La réticence de certains professionnels de santé à évoquer des mauvais traitements peut aussi constituer un frein à la recherche des causes de la mort, cette réticence pouvant s'expliquer par la crainte de ne pas infliger une violence supplémentaire aux familles⁹⁹. C'est dans ce contexte que l'autopsie médico-légale systématique permettrait d'identifier la cause exacte de la mort et contribuerait à une politique générale de prévention. C'est d'ailleurs le cas depuis une recommandation du 2 février 1999 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légales, prévoyant la systématisation de l'autopsie en particulier en cas de mort subite du nourrisson. Ainsi, à l'instar du problème plus global de maltraitance infantile, le manque de repérage, la dissimulation de l'acte par les auteurs et le faible nombre de signalements des professionnels pérennisent le chiffre noir de ce phénomène.

De manière générale, les données relatives aux morts violentes d'enfants sont largement méconnues et insuffisantes : aucun recensement précis et centralisé n'est effectué à ce jour. Ce défaut de fiabilité laisse à penser que le nombre de morts violentes d'enfants est plus important que dans la réalité si l'on tient compte du chiffre noir constitué des meurtres non révélés de nouveau-nés à la naissance, des morts consécutives à des suicides des parents avec leurs enfants et surtout des homicides d'enfants non repérés, principalement ceux victimes du SBS.

Dans un avis sur les morts violentes d'enfants dans le cadre familial¹⁰⁰, la Commission nationale consultative des droits de l'homme recommande de mettre en place une vaste étude utilisant différentes sources de données récentes afin de produire des données épidémiologiques sur le SBS. Cela permettrait à l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) de recenser notamment les morts violentes d'enfants, de croiser les statistiques et de publier annuellement des chiffres.

« *L'enfance est une tige fragile qui a besoin d'appui* ¹⁰¹ » et de protection contre toutes les formes de maltraitance.

⁹⁹ Anne TURZ, « Les morts violentes de nourrissons : trajectoire des auteurs – traitement judiciaire des affaires », INSERM, Février 2011

¹⁰⁰ CNCDH, Avis A – 2023 – 6, « Les morts violentes d'enfants dans le cadre familial », 12 décembre 2023.

¹⁰¹ Pensées du Vicomte DE LA ROCHEDOUCAULD, Dentu, 1835

Conclusion

Il y a un mot qui pourrait traduire l'existence d'une préoccupation commune à tous les acteurs confrontés au syndrome du bébé secoué, c'est celui de « protéger ». Il faut protéger ce bébé, protéger l'enfant qu'il va devenir. Sa protection est d'autant plus impérative que le bébé, parce qu'il incarne la plus grande vulnérabilité, est à la merci de l'adulte.

Nous l'avons vu, diverses difficultés sont liées à l'appréhension de ce syndrome. Tout d'abord, les absences de langage de la victime ne pouvant verbaliser ce qu'il lui est arrivé, de tableau clinique univoque et parfois de lésions externes de violences rendent tout autant le diagnostic complexe. Par ailleurs, l'absence de témoin de l'épisode de violence et un discours absent ou incohérent de l'auteur ne facilite pas la tâche. Enfin, la réticence des soignants à évoquer les diagnostics de mauvais traitement sur les nourrissons, surtout ceux vivant dans des familles socialement insérées, complique d'autant la prise en charge.

Toutefois, la robustesse du diagnostic initial nous permet aujourd'hui d'apporter la preuve de la manière dont les médecins se sont mis à l'œuvre pour construire un diagnostic de plus en plus partagé autour du bébé secoué. Les champs socio-éducatif, judiciaire, comme préventif doivent participer à la co-construction de cette certitude afin que les diagnostics médicaux, socio-éducatif, et même de compétence ou d'incompétence parentale, soient posés, de façon à ce que l'ensemble des réponses soient mises à l'œuvre. Ces continuums de décisions caractérisés tant par la réponse pénale, celle indemnitaire, que la mise à l'abri de l'enfant... œuvrent dans le sens d'une cohérence de la réponse publique.

Nous aurons tenté de démontrer combien la prise en charge du syndrome du bébé secoué se trouve à la croisée d'intérêts résolument multiples. Au-delà des enjeux concrets liés à la preuve, c'est la question du rôle du droit qui se pose. En effet, il n'est pas possible de réfléchir en des termes strictement juridiques. Le diagnostic, le signalement et la prévention exigent une approche décloisonnée et une coopération entre tous les acteurs : médicaux, sociaux, judiciaires. La formation, l'information et la collégialité sont les clefs d'un meilleur dispositif de lutte et de prévention. Un effort de sensibilisation n'éclipse cependant pas la difficulté majeure de concilier entre implication de chaque acteur et recul nécessaire, entre principe de précaution, et présomption d'innocence. C'est un cas de conscience que révèle le syndrome du bébé secoué et suppose de prendre une décision à juste distance : « *ni trop près pour ne pas être aveuglé, ni trop loin pour ne pas être aveugle* »¹⁰².

Si distance, mesure, protection et intérêt supérieur de l'enfant doivent guider la démarche du magistrat, il s'agit à l'inverse de ne pas céder aux présomptions, suspicions, ni davantage de se laisser aveugler par un principe de précaution. La Cour européenne des droits de l'homme¹⁰³ offre quelques indices, rappelant que la mesure doit être temporaire et levée dès que les circonstances le permettent afin de réunir l'enfant et son parent. L'intérêt de l'enfant devant toujours primer, dans la recherche de cet équilibre.

Il reste beaucoup de connaissances à acquérir concernant le syndrome du bébé secoué s'agissant de ses facteurs épidémiologiques mais aussi s'agissant des interventions efficaces pour le prévenir. Les principaux défis aujourd'hui étant d'en faire systématiquement le diagnostic

¹⁰² Geneviève GIUDICELLI-DELAGE, dans un tout autre contexte, « *La juste distance.... Réflexions autour de mauvaises (?) questions. A propos de l'instruction et de la procédure pénale française* ».

¹⁰³ Cour EDH, 22 octobre 2015, *Jovanovic c./ Suède*, req. N° 10592/12 ; AJ fam

même dans les cas les moins et les plus graves (décès au domicile identifiés à tort comme une mort subite du nourrisson). Il convient que l'ensemble des acteurs soient au clair sur : comment on construit un diagnostic de bébé secoué ? En ce sens, quels sont les apprentissages et quelles sont les ressources connues et robustes sur lesquelles on peut s'appuyer aujourd'hui ? Si tous les acteurs sont informés de cette évolution et de ces connaissances, cela permettra à chacun de prendre ses responsabilités.

Méconnaître la violence du geste peut amener à la confusion entre une chute, un choc ou encore un jeu. Méconnaître la possibilité de répétition empêche de comprendre l'importance de détecter la violence dès les premières manifestations. Par exemple, une ecchymose sur un bébé qui ne se déplace pas doit grandement alerter. Enfin, méconnaître la possibilité d'une indemnisation empêche de comprendre l'importance cruciale du signalement et le considérer comme un moyen de protéger l'enfant et non comme un acte de délation.

Une meilleure connaissance des éléments qui sont à l'origine de ce syndrome, outre les pleurs inconsolables qui en constituent l'élément déclencheur conduisant un passage à l'acte, permettrait de développer d'autres interventions primaires davantage efficaces. Car en effet, si les pleurs du nourrisson sont un motif fréquent de consultation, tous les parents ne passeront pas à l'acte pour autant. De même, un fort taux de récurrence illustre l'échec fréquent du diagnostic et l'absence de signalement de ce syndrome. Ainsi, une approche pluridisciplinaire est nécessaire afin de résoudre cette importante problématique dans l'objectif de croiser les connaissances tant sociologiques, médicales que judiciaires pour une meilleure appréhension et permettre d'endiguer ce phénomène. Seule une politique globale et cohérente sur ce syndrome, et plus largement sur la maltraitance, pourra permettre de lutter efficacement contre cet événement. Toujours dans un objectif d'amélioration de la formation, il ne suffit pas de former mais encore faut-il que les professionnels formés se sentent autorisés à voir et autorisés à dire. En outre, un décloisement entre le monde des médecins et celui des juristes, entre « *les blouses blanches et les robes noires* » est nécessaire. Ces deux mondes qui ignorent souvent tout l'un de l'autre, ne peuvent pourtant pas fonctionner l'un sans l'autre s'agissant d'un tel sujet. Le droit et la médecine peuvent s'appuyer mutuellement des réponses, pour autant qu'ils décident de se rencontrer. Si le signalement est une décision qui peut soulever des difficultés pour le médecin, il n'en demeure pas moins qu'elle est fondamentale pour déclencher un processus de prise en charge et de protection de l'enfant. Le monde juridique lui, n'a vocation, à intervenir que plus tard, en soutien.

Le combat contre les violences infantiles est loin d'être gagné et doit devenir un sujet prioritaire dans un contexte de hausse du nombre de cas de violences intra familiales de l'ordre de 5,4% en 2023. Une récente décision rendue par la Cour d'assises des Deux-Sèvres le 28 juin dernier, 14 années après les faits, ayant acquitté un père d'avoir secoué son bébé de six semaines, a fait polémique. La partie adverse avait construit sa défense sur le fait que les lésions constatées étaient présentes suite à l'utilisation de forceps à l'accouchement. Tandis que l'avocate générale, qui avait requis 15 années de réclusion criminelle, avait précisé que « toutes les suppositions sur un accouchement difficile ayant entraîné des lésions ont été écartées, tout comme la maladie, la malformation et que les médecins, dans un complément d'expertises, confirment la présence de saignements expliqués par le secouement du nourrisson ». Le Parquet Général a fait appel de cette décision d'acquiescement.

Nous l'avons vu, il n'y a pas de controverse médicale qui soit sérieusement documentée sur l'existence de ce syndrome. En revanche, certains points restent à éclaircir comme les mécanismes cellulaires induits par le traumatisme cérébral qui ne sont pas encore compris dans

leur intégralité ou encore le fait que le SBS survient plus fréquemment chez les petits garçons que chez les petites filles. Nous vivons actuellement dans une ère de profusion de savoir et d'informations dont il est souvent difficile de faire le tri. Le déni dans le SBS pose la question de la preuve de l'acte qui n'existe pas en dehors d'un enregistrement vidéo ou par la présence de témoins, et c'est donc à la force probante du témoignage et de celle de l'expertise médicale dont on doit se remettre. Le caractère probant du traumatisme est indiqué par la sémiologie médicale et non par les circonstances rapportées par l'entourage, dont le crédit est discutable compte tenu des circonstances discordantes. Toutefois, les données de recherche doivent toujours être combinées entre elles, contextualisées avec l'ensemble des données du patient ainsi qu'à l'expertise des praticiens. Les recommandations de bonnes pratiques édictées par la HAS sont à la synthèse de « l'état de l'art » et des données de la science à un temps donné et il existe de nombreux enjeux à ce qu'elles soient mises à jour. La science est une même quête partagée de fiabilité qui cherche à composer entre les critères robustes et pertinents, mais sans faire fi des incertitudes et du contexte. Le partage honnête des limites et de l'incertitude de l'expertise médicale doit être vu comme un élément d'une humilité maîtrisée. Le fait que la Haute Autorité de Santé fournisse aujourd'hui des recommandations de bonnes pratiques dans le champ de la protection de l'enfance, est un pas dans l'élaboration d'une politique nationale de protection des enfants.

Le débat qui entoure les droits de l'enfant ne doit pas être que symbolique et, concrètement, les débats budgétaires en disent beaucoup sur le sérieux des engagements politiques. Bien qu'envisagées comme une priorité de santé publique par de nombreux professionnels, les violences sur enfants demeurent encore insuffisamment considérées par les politiques publiques. Il y a nécessité absolue d'opérer un repérage précoce de la maltraitance, dès lors que, dans la majorité des cas, la survenance de la mort n'est que l'acte ultime d'une longue chaîne de violences à laquelle l'enfant a été exposé. Ces violences interrogent sur la place que notre société accorde à cet être vulnérable, auquel on dénie trop souvent la qualité de sujet de droit à part entière. Les relations entre adultes et enfants sont encore trop marquées du sceau de la domination du fort sur le faible, et d'une certaine conception, de l'autorité qui inscrit trop souvent les violences dans une répétition transgénérationnelle. Il est urgent de remédier à cette situation en plaçant la protection de l'enfant au cœur de l'action publique, en appréhendant la maltraitance comme un fait social et non comme un fait divers.

Bibliographie

Ouvrages :

- John Caffey, "On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation", Am J. Dis. Child, 1972
- Wheeler SMS, Williams L, Beauchesne P, Dupras TL. "Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. International Journal Of Paleopathology", 2013
- Chevignard MP & Lind K. "Long term outcome of abusive head trauma", 2014
- Mignot C. Renier R. « Le bébé secoué. Traumatisme crânien du nourrisson », 2000
- Anne Tursz « Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France », Paris, Sueil
- Gildas Roussel, « Procédure pénale », 2016, Vuibert

Études et articles pédiatriques :

Français :

- « Le syndrome des enfants battus : aspects cliniques et radiologiques », Pan Afr Med J., 2016
- « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », Enfances & Psy, 2008
- « Un nouveau cas d'hématome sous-dural associé à des fractures de membres chez un nourrisson ». Josserand P. Germain D, Devillard a, Girerd J. Pédiatrie, 1960
- « Usages et interprétations judiciaires des images cérébrales. Enjeux juridiques, philosophiques et sociologiques de la stimulation cérébrale profonde ». Sonia Desmoulin-Canselier, Revue de science criminelle et de droit pénal comparé. 2018, Dalloz
- « Syndrome du bébé secoué, avancées récentes des connaissances », Anne-Laurent VANNIER, La Gazette du Palais, Vol. 25, n°26, 25 Janvier 2012, p.25.
- « Les enfants victimes de traumatisme crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI. » Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. Bull Epidémiol Hebd 2010
- "Le syndrome du bébé secoué : comprendre, prévenir et protéger », Sandrine TURKIELTAUB, Journal du droit des jeunes, n°314, N°4, 2013, p.34.
- « Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrisson de moins de 1 an ? » CERMES, Étude auprès des parquets, 2005
- « Syndrome du bébé secoué (SBS). Diagnostic et imagerie moderne », Adamsbaum C. et Rey-Salmon C., Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2019, vol. 203
- « Le traitement judiciaire du syndrome de bébé secoué ». C. COMBEAU, Étude de dossiers. Revue Justice Actualités, 2014.
- « Usages et interprétations judiciaires des images cérébrales », Sonia Desmoulin-Canselier, Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé, 2018/2 (N°2)
- « Syndrome du bébé secoué, apport des recommandations de la HAS sur le diagnostic et la prévention ». Laurent-Vannier A, Rambaud C. Pédiatrie 2022 ; 24
- « Bébés secoués : de l'indispensable critique des expertises judiciaires », Clément BOSSIS et Noémie SAIDI-COTTIER, AJ pénal 2022, 77.
- « Le syndrome du bébé secoué, l'enjeu de la fiabilité face à la fabrique de l'ignorance ». C. ADAMSBAUM et L. COUTELLE, Bull Acad Natl Med 206 (2022)

- « Santé et protection de l'enfant. Enfance en danger : l'approche médicale », Pascal PILLET, AJ fam, 2015, p.254.
- "Avant-propos », Maltraitance chez l'enfant, Caroline REY-SALMON et Catherine ADAMSBAUM, « Médecine Sciences », 2013
- « Syndrome du bébé secoué, halte au déni ! » Dr Anne Laurent-Vannier, Pratiques et professions, AJ Pénal, Avril 2022
- « Le secret de la personne protégée par le médecin : le secret médical », Marion COTTET, Petites affiches, 2016.
- « Maltraitance à enfants », D. GOSSET, V.HEDOUIN, E. REVUELTA et M. DESURMONT, Masson, 1996.
- « Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France », Anne TURSZ, Paris Le Seuil, 2010.
- « La stratégie de défense du bébé secoué », V. Schmitzberger-Hoffer, Gaz. Pal. 25 janvier 2012, n°25-26, p.28

Internationaux :

- "Abusive head trauma through shaking: examination of the perpetrators according to dating of the traumatic event". Laurent-Vannier A, Bernard JY , Chevignard Child Abuse Rev 2021
- « Abusive head trauma in day care centers ». Pediatrics 2020 et Laurent-Vannier A, Bernard JY , Chevignard M . Abusive head trauma through shaking: examination of the perpetrators according to dating of the traumatic event. Child Abuse Rev 2021
- « La discipline des enfants au Québec ; normes et pratiques des parents / La violence familiale dans la vie des enfants du Québec », ISQ (2004)
- "A biomechanical analysis of head impact injuries to children"., Mohan D, Bowman BM, Snyder RG, Foust DR. 1979
- « Shaken baby syndrome in Canada, clinical characteristics and outcomes of hospital cases », W. J. KING, CMAJ, 2003
- "Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas". Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, et al. Pediatrics 2005
- "Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking". Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C 2010. Pediatrics 126
- "Abusive head trauma: a review of the evidence base". AJR Am J Roentgenol 2015
- "Age related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking". Barr RG, Trent RB, Cross J (2006) Child Abuse Negl.
- "Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children". Choudhary AK, Servaes s, Slovis TL, et al. Pediatr Radiol 2018
- "A biomechanical analysis of head impact injuries to children" Etude Mohan D. Bowman BM, Snyder RG, Foust DR 1979
- "Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy". Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA (2005) Pediatrics 174-185
- "Primary prevention of pediatric abusive head trauma: a cost audit and cost utility analysis". Friedman J, Reed P, Sharplin P, Kelly P (2012) Child abuse and neglect
- « Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma », Robin L.ALTMAN, Jennifer CANTER, Patricia A.PATRICK, Nancy DALEY et Donald BRAND, Pediatrics, vol. 128, n°5, 1er nov 2011.

Thèses de médecine :

- NAHMANI S., « Rupture-thrombose des veines ponts dans les traumatismes crâniens accidentels et non accidentels : description scannographie et étude comparative », Thèse de médecine, Faculté de médecine Paris Diderot, 2018
- MIREAU E., « Syndrome du bébé secoué : Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas », Thèse d'exercice, Université René-Descartes, 2005

Jurisprudences :

- Cass. civ. 2^e, 3 mars 2016, n°15-14.106
- Cass. crim., 9 sept. 2014, n° 13-87.027
- Cass. crim., 16 juin 2015, n°14-85.136
- Conseil d'État, 7 juillet 2021, n°438712
- CA Rouen, 26 janv. 2016, n°15-06.055
- CAA Lyon, 6^e ch., 11 février 2010, n°04LY01138