Mort inattendue du nourrisson
Prise en charge en pédiatrie médicolégale

Pr M Balençon
Dr AS Trentesaux
Dr C Garnier-Jardin

Journées d'Urgences Pédiatriques
Jeudi 5 et vendredi 6 Octobre 2023
NH Toulouse Aéroport

LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON DÉFINITION

- **Mort Inattendue du Nourrisson (MIN):**

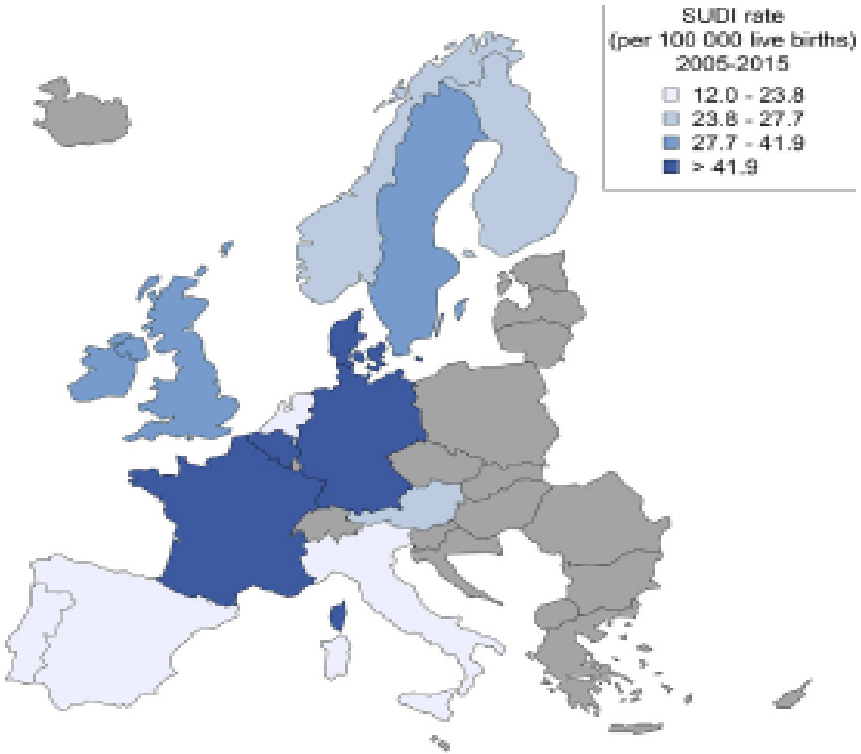
« mort survenant brutalement chez un nourrisson < 1ans alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir » et dont la cause n'est pas évidente avant investigations.

  - *Fleming, BMJ 1990*

Après investigations approfondies comprenant une analyse des circonstances du décès, histoire clinique, examens clinique, biologiques, radiologiques et autopsie complète

- **Pathologie médicale (infectieuse, métabolique…), traumatique (accidentelle, homicide), …**
- Pas d'étiologie : **Mort Subite du Nourrisson (MSN) :**
  - *Krous, Pediatrics 2004*

MIN DISPARITÉS EN EUROPE



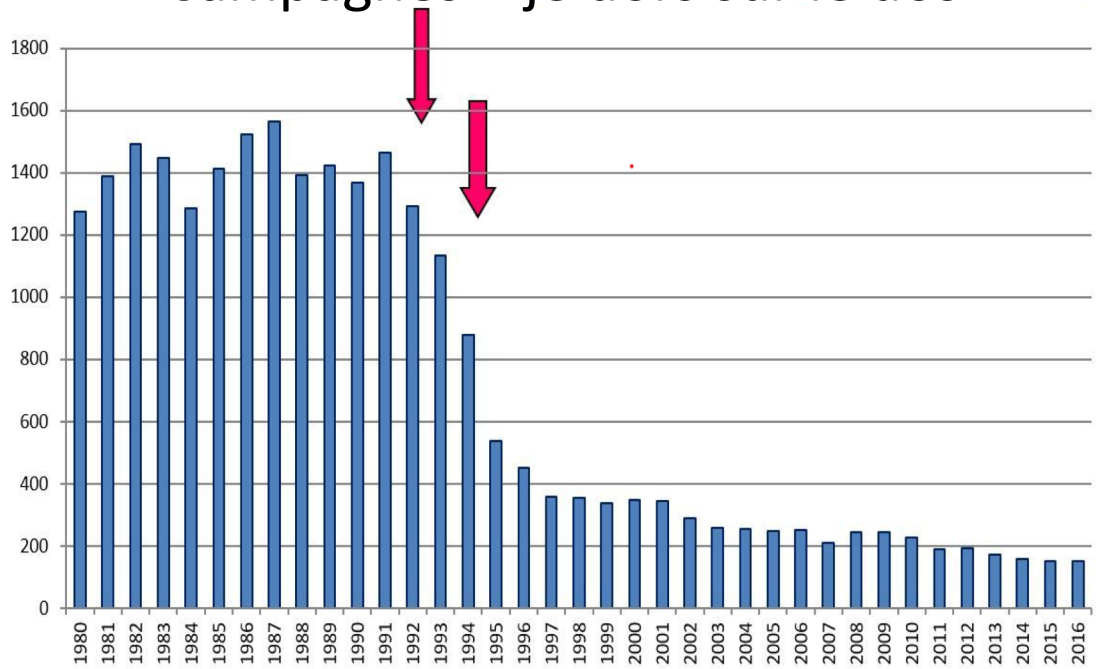
	0-364 days		0-27 days		28-364 days	
	%	Rank	%	Rank	%	Rank
Austria	7.6	3	1.4	3	22.7	2
Belgium	11.8	3	2.9	3	28.1	1
Denmark	20.5	3	20.6	2	19.9	2
Finland	11.1	3	2.5	3	29.7	1
France	14.7	3	8,0	3	28.9	1
Germany	12.0	3	4.9	3	26.7	2
Ireland	8.2	3	3.1	3	25.1	2
Italy	3.6	3	1.7	3	8,0	4
The Netherlands	4.6	3	1.5	3	13.6	3
Norway	9.4	3	3.6	3	23.1	2
Portugal	7.3	3	7.1	3	11.9	3
Spain	6,0	3	1.6	3	14.7	3
Sweden	15,0	3	10.6	3	23.2	2
United Kingdom	9,0	3	2.4	3	23.7	1
Total	**9.7**	**3**	**4.2**	**3**	**22.1**	**2**

De Visme et al, J Pediatr, 2020

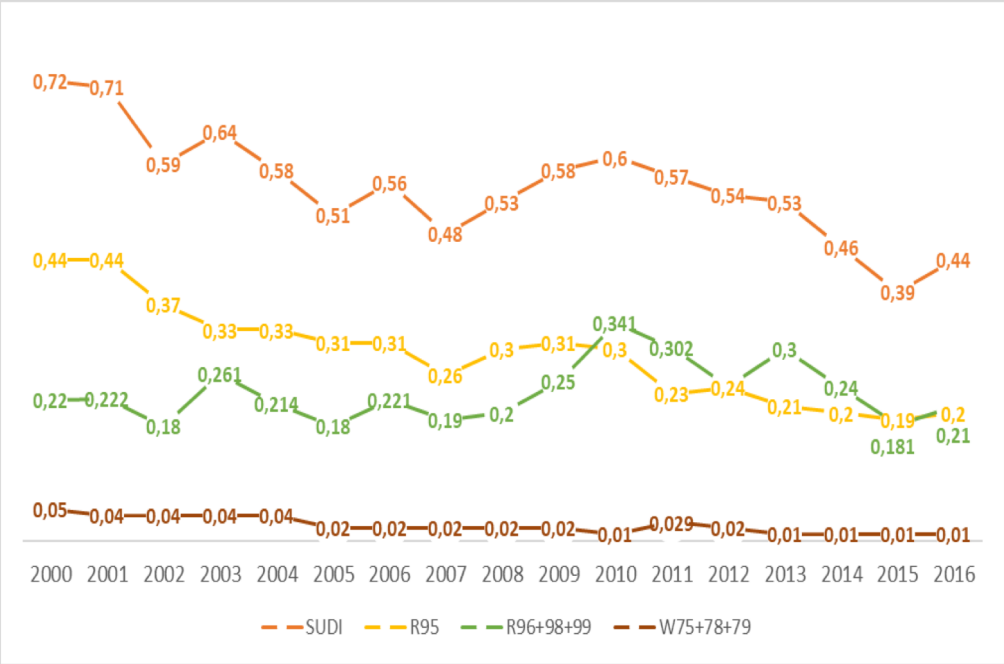
- 1ère cause de mortalité entre 1 mois et 1 an en France
- Un des taux les plus élevés d'Europe
- 2022: nombre de MIN (0-2ans): 250-300/an (*source OMIN)*

TAUX DE DECES MIN ÉVOLUTION

Campagnes « je dors sur le dos »

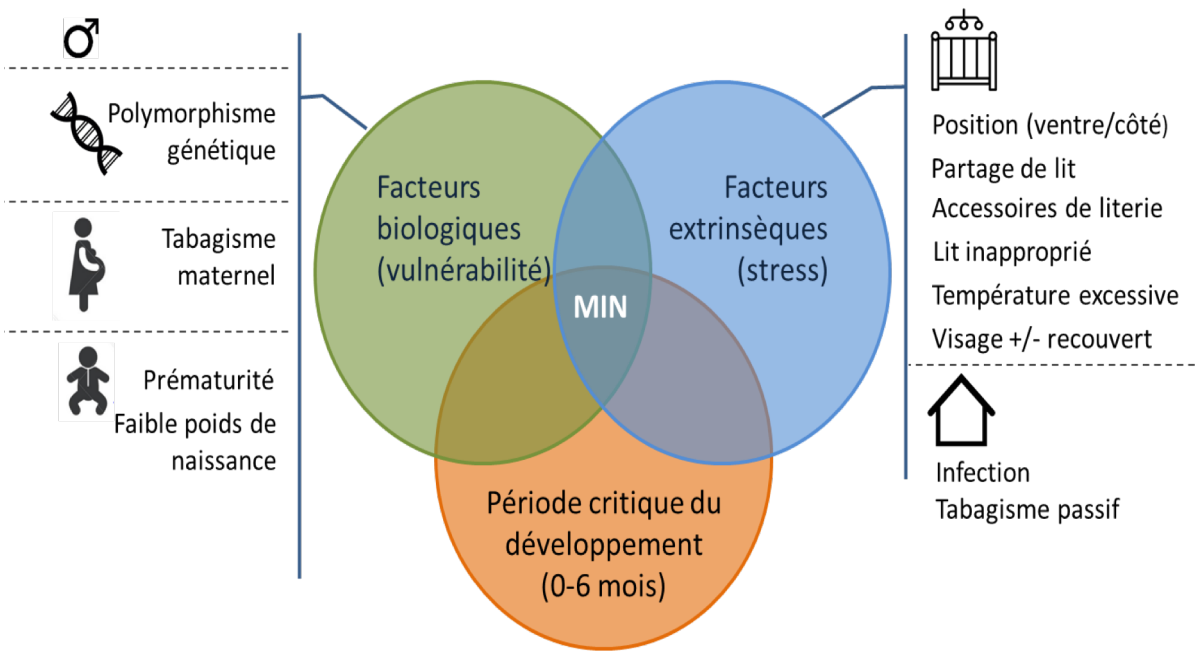


CépiDc Inserm



- Baisse de plus de 75% des décès après les campagnes de prévention
- Stagnation depuis les années 2000

MIN HYPOTHÈSE DU TRIPLE RISQUE



Filiano, Biol Neonate 1994
Trachtenberg, Pediatrics 2012

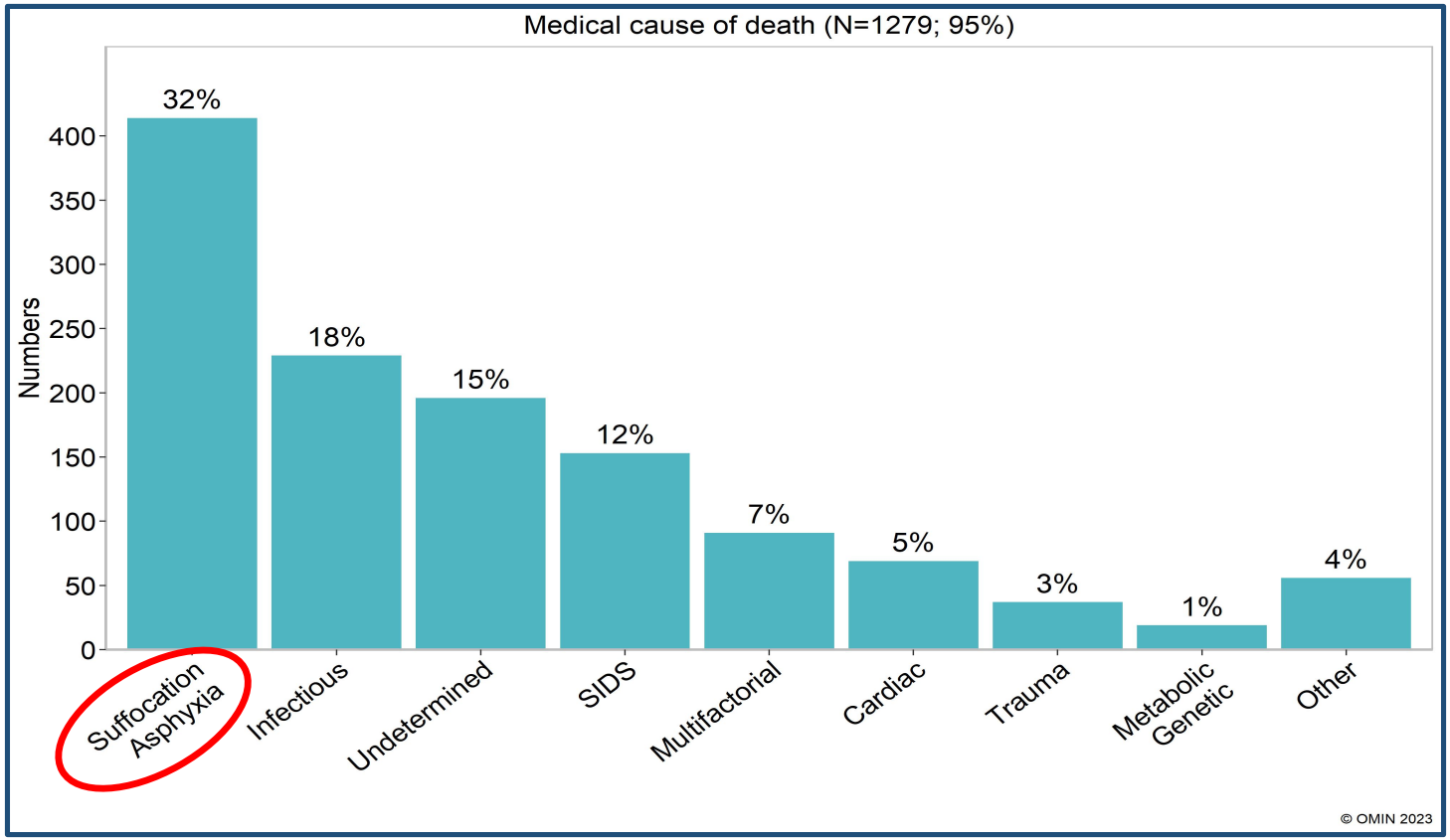
Possibilités d'action

Agir sur les facteurs de risque extrinsèques : Prévention

Mieux comprendre la physiopathologie de la MIN : facteurs de vulnérabilité intrinsèque : Recherche

<u>50-70% des cas inexpliqués après investigations complètes</u>

DONNÉES OMIN CAUSES DE DÉCÈS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	MINISTÈRE DE LA JUSTICE	MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Inspection générale des affaires sociales	*Inspection générale de la justice*	*Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche*
N° M-2017-078	**N° 013-18**	**N° 2018-044**

Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles

Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance

Rapport à

Madame la garde des sceaux, ministre de la justice

Madame la ministre des solidarités et de la santé

Monsieur le ministre de l'éducation nationale

Morts Violentes d'enfant survenant au sein des familles

- **Données ONPE (SSMI) :**
  - 2019 : 53 mineurs décédés de mort violente au sein de la famille
  - 2020 : 49 mineurs
  - 2021 : 49 mineurs
- **Etude sur les morts violents au sein du couple en 2022** (Ministère de l'intérieur) :

  12 enfants mineurs sont décédés dans la sphère familiale
  - 8 mineurs ont été tués concomitamment à l'homicide de l'un de ses parents
  - 4 enfants ont été tués dans le cadre d'un conflit de couple sans qu'aucun membre du couple ne soit victime
- Données INSEE 2021 13,9% des victimes d'homicides IF ont moins de 2 ans

Mortalité et suivi en protection de l’enfance

Mortalité infantile 6 fois supérieure à celle de la population générale dans les fratrie de la cohorte Pégase (25 pour mille versus 4,5 pour mille)

DEVENIR À LONG TERME DE TRÈS JEUNES ENFANTS PLACÉS À L’AIDE SOCIALE À L’ENFANCE. Rousseau D et al. La Documentation française | « Revue française des affaires sociales » 2016/1 | pages 343 à 374ISSN 0035-2985

Mortalité SBS

Incidence SBS : 15 à 56/ 100 000 enfants de moins de 1 an

10% de décès

Greeley CS. Abusive head trauma: a review of the evidence base. AJR Am J Roentgenol 2015;204(5):967- 73.

Fujiwara T, Barr RG, Brant RF, Rajabali F, Pike I. Using International Classification of Diseases, 10th edition, codes to estimate abusive head trauma in children. Am J Prev Med 2012;43(2):215-20.

Contexte des travaux

- Des avancées importantes dans l'évolution de long terme du nombre de MIN et des modalités de leur prise en charge

- Des préoccupations toutefois persistantes : une stagnation du nombre de MIN depuis les années 2000, une hétérogénéité d'application des recommandations de la HAS, etc.

- Une prise en charge à double enjeu :
  - ✓ Ne pas « manquer » le repérage d'un traumatisme infligé
  - ✓ Mais également accompagner les familles et rechercher les causes « scientifiques » et pas seulement « judiciaires » à celui-ci.

- Justifiant l'impulsion nationale donnée à ce sujet de santé publique au travers du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022

CRMIN sur les territoires

- Début de déploiement des CRMIN à partir des circulaires ministérielles de 1986 et 1987

- Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 (transport des corps)

- Recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la MIN en 2007

- Aujourd'hui 34 CRMIN maillant le territoire, couvrant 16 régions (sauf Guyane et Mayotte), et représentant entre 1 et 4 centres régionaux par région

Un cahier des charge national type

- Fruit d'un travail collégial de plusieurs années, faisant intervenir les représentants des CRMIN, la SFML, la SFPML, et les ministères chargés de la santé et de la justice

- Diffusion aux acteurs du champ de la santé *via* instruction
  - ✓ Instruction N° DGOS/R3/2023/44 du 19 avril 2023 aux ARS
  - ✓ Diffusion aux parquets 1/09/2023

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/44 du 19 avril 2023 relative à la diffusion du cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2309040J (numéro interne : 2023/44)
Date de signature	19/04/2023
Emetteur	Ministère de la prévention et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Diffusion du cahier des charges des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson.

Annexes

- **<u>Annexe 1 : Aide à la décision d'un OML</u>**

→ à destination des professionnels établissant le certificat de décès

- **<u>Annexe 2 : exemple de courrier du CRMIN à l'attention du procureur de la République</u>**
- → outil facilitant la transmission systématique des informations attendues du CRMIN au procureur de la République

- **<u>Annexe 3: liste des centres de référence de la MIN</u>**
- → à tenir à jour au regard des évolutions de l'offre régionale

Les objectifs généraux du cahier des charges

- Mieux faire connaitre les CRMIN et l'apport de leur approche globale de la MIN

  - Des investigations cliniques larges, incluant la détection des éventuelles violences à l'origine des décès, mais permettant également de mettre au jour la diversité de ses causes possibles (et permettant suivi génétique ultérieur de la famille, etc.)

  - Une prise en charge de la famille dans la durée en réponse au traumatisme psychoaffectif majeur subi

- Organiser le partenariat des CRMIN avec les acteurs locaux de la Justice pour ne pas laisser passer un homicide et assurer le signalement immédiat en cas de suspicion de violence

  → précision des transmissions d'informations attendues et de leur temporalité

Les objectifs généraux du cahier des charges

- Préciser le fonctionnement attendu des CRMIN : ressources internes, partenaires externes,

->Harmoniser les pratiques des centres sur l'ensemble du territoire national

- Renforcer les attendus en matière d'accompagnement psychologique des familles,

- Assurer l'exhaustivité du recensement des MIN en rendant obligatoire leur enregistrement par les CRMIN dans le registre de l'observatoire de la MIN quelque soit la cause

CRMIN
Mission générale

- **Une mission de prise en charge de l'ensemble des thématiques** liées à la MIN : prévention, information et formation des professionnels et du public, prise en charge des enfants décédés et de leur famille, développement des connaissances

-> Avec un ensemble de compétences pluridisciplinaires médicales et médicotechniques

-> Coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la MIN sur le territoire

La mission de prise en charge du CRMIN

- Sur le lieu du décès **: Transfert systématique** du corps vers le CRMIN

- Le transport : **principe de transport par le SMUR**, avec l'appui du CRMIN (rédaction et diffusion de procédures de transport, fiches d'informations, etc.)

- L'accueil et prise en charge en CRMIN : rappel des explorations attendues(reco HAS 2007 à mettre à jour) et **précision des échanges d'information réciproques CRMIN/Justice pour ne laisser passer aucune situation d'homicide** :
  - ✓ Information immédiate du procureur par le CRMIN en cas de suspicion d'infraction pénale ou d'intervention d'un tiers
  - ✓ Transmission systématique d'un courrier par CRMIN au procureur à l'issue des explorations + information en retour du procureur de sa décision

- Information des parents (mais en cas de cause violente suspectée, information soumise à accord préalable du procureur)

Les autres missions des CRMIN

- **Une mission globale d'animation des acteurs du territoire sur le sujet de la MIN, se déclinant autour :**

  - D'actions d'information et de formation :
    - ✓ Cible large d'acteurs: professionnels de santé, pompiers, magistrats, services de police et gendarmerie, mairie, etc.
    - ✓ Actions concertées avec les autres CRMIN, professionnels, associations de familles, dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité
  - D'actions de prévention :
  - Cible privilégiée des futurs/jeunes parents

- **Une mission de développement des connaissances sur la MIN,** recueil de données épidémiologiques, constitution d'une biocollection dans le cadre de l'OMIN…

Vers une harmonisation de l'action des CRMIN (1)

- **Une précision des compétences « socle » attendues en CRMIN (soit sur site soit par convention) :**

- Des compétences en termes de ressources humaines :

Une pluridisciplinarité exigée: pédiatre expérimenté, **médecin légiste avec si possible expérience pédiatrique**, psychologue formé, assistant social, etc.

- Un environnement de plateau technique adapté requis :
  - ✓ **En particulier, plateau technique permettant la réalisation d'autopsies, avec si possible un référent pédiatrique**
  - ✓ Mobilisable dans les meilleurs délais et procédure définie en cas d'appel à des compétences « hors site »

Vers une harmonisation de l'action des CRMIN (2)

- **Des relations nécessairement coordonnées avec les autres acteurs du territoire** :

- Avec les établissements de proximité susceptibles de recevoir les MIN
- Avec les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED) et les équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger (EPRRED) au titre de leur expertise en pédiatrie médico-légale pour gérer le sujet de l'enfance en danger quand cette question survient à l'occasion d'une cause judiciaire décelée

Conclusions

- Nécessité d'un parcours fléché pour les MIN qui doivent bénéficier d'un parcours en expertise en pédiatrie médicolégale
  - Connaissance de la pédiatrie et de la pathologie pédiatrique
  - Connaissance des contraintes médicolégales
  - Thanatologie
  - Accompagnement des familles
- Harmonisation des CRMIN sur le territoire pour une prise en charge équitable sur le territoire
- Nécessité de remise à jour des recommandations de la HAS de 2007 sur les MIN
- OMIN / explorations de toutes les morts d'enfant
- Extension aux 2-6 ans ?

Remerciements

- Dr Karine LEVIEUX
- Pr Christèle GRAS LEGUEN
- OMIN CHU Nantes

REGISTRE
OMIN
Observatoire national des Morts Inattendues du Nourrisson