

////// Avancées



SHARPENSON LTD/SEL/PHAMIE

Vers une actualisation du cahier des charges

Enfin du progrès pour la MIN

/// La DGOS a entamé un travail avec les parties prenantes afin d'améliorer la prise en charge de la mort inattendue du nourrisson (MIN). Le transport du corps au centre de référence MIN et la réalisation de radiographies de tout le squelette, d'un scanner ou d'une IRM du crâne, d'une toxicologie sanguine et d'un examen du fond d'œil seront désormais obligatoires. ///

Malgré les recommandations professionnelles de 2007 (1) de la Haute Autorité de santé (HAS), il existe actuellement une très grande disparité dans la prise en charge des morts inattendues du nourrisson (MIN), en fonction de l'endroit où elles surviennent. Celle-ci réside autant dans l'accueil et l'accompagnement des parents que dans le protocole appliqué, suivant que l'enfant est pris en charge dans un centre de référence MIN (CRMIN) ou dans un institut médico-légal (IML). Le protocole recommandé par la HAS est rarement effectué dans sa totalité, voire non appliqué. Cela est très dommageable pour les familles et l'établissement d'un diagnostic de cause de mort.

Transfert systématique vers un CRMIN

La MIN reste la première circonstance de décès des nourrissons, définie comme « une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir » (1). Les causes de celle-ci doivent être recherchées grâce à un protocole d'explorations *post mortem* exhaustif, réalisé par un CRMIN.

Les MIN se décomposent en : mort naturelle (mort expliquée, partiellement expliquée, ou mort subite du nourrisson [MSN], c'est-à-dire mort naturelle pour laquelle il n'a pas été trouvé de cause) et mort violente (accident et homicide). Les causes traumatiques avec intervention d'un tiers représentent moins de 10 % de l'ensemble des MIN.

Une coopération santé-justice

Une avancée majeure se profile avec l'actualisation du cahier des charges des CRMIN, à laquelle œuvrent collectivement les sociétés savantes impliquées, conjointement avec des représentants des principaux ministères et administrations engagés, tant sur le plan de la Justice que celui de la Santé, scellant ainsi la coopération entre ces deux mondes pour l'entier bénéfice des parents et de la vérité.

Dans cette actualisation, en dehors des cas - rares - où des lésions de violence

sont d'emblée visibles, faisant poser un obstacle médico-légal (OML), le corps du nourrisson sera obligatoirement transporté, avec ses parents s'ils sont présents, au CRMIN, afin que des examens soient faits. Ce transport, longtemps effectué de façon illégale par le SMUR, est maintenant autorisé depuis 2016 dans le cadre des transports sanitaires, par l'article L 6 312-1 du CSP. Le cahier des charges des CRMIN demande la plus grande rigueur dans la prise en charge de ces décès. L'exploration devra comprendre de façon obligatoire les examens suivants, qui permettent de dépister une maltraitance éventuelle : des radiographies de tout le squelette, faites et interprétées par un radiologue pédiatrique suivant les recommandations de la Société francophone d'imagerie pédi-

atrique (SFIP), un scanner ou une IRM du crâne, une toxicologie sanguine et un examen du fond d'œil.

Notification systématique au procureur

Un signalement au procureur de la République devra être fait à n'importe quelle étape de la prise en charge, devant la découverte d'une lésion de violence ou d'une anomalie au bilan toxicologique. Ainsi, l'enquête judiciaire, si elle est nécessaire, peut démarrer immédiatement.

Si aucun signalement n'a été réalisé à l'issue de ces explorations, le CRMIN transmet systématiquement et sans délai un courrier au procureur de la République compétent en raison du lieu de découverte du corps, pour l'informer de la mort du nourrisson.

Le reste des explorations requis par le protocole de la HAS est ensuite réalisé, avec proposition systématique d'une autopsie scientifique aux parents. Les recommandations de la HAS devront être actualisées afin d'être en accord avec les avancées médicales et la littérature internationale sur ce sujet.

Il est fortement souhaité que les quelques enfants de plus de 2 ans et de moins de 6 ans mourant subitement puissent bénéficier de ce même dispositif.

Dr Caroline Rambaud^{a,b}

Dr Inge Harrewijn^c

Pr Christèle Gras-Le Guen^d

Dr Karine Levieux^e

Pr Christophe Bartoli^b

Dr Élisabeth Briand-Huchet^f

Dr Martine Balençon^{a,g}

a. Société française de pédiatrie médico-légale

b. Société française de médecine légale et d'expertises médicales

c. Association nationale des centres de référence pour la MIN

d. Société française de pédiatrie

e. Observatoire des MIN

f. Association de parents « Naître et Vivre »

g. Conseil national de protection de l'enfance

(1) bit.ly/HAS2007MIN

Observatoire depuis 2015

Une autre avancée majeure a été la création, en 2015, d'un observatoire pour les MIN (OMIN), dans lequel sont colligées toutes les morts de nourrissons d'âge inférieur ou égal à 24 mois. Le but de ce recueil est d'être exhaustif et de faciliter la recherche, pour déboucher sur des mesures de prévention individuelles. Cet observatoire a obtenu la qualification de « registre » en 2021. Les 37 CRMIN du territoire français participent à ce recueil des données. Ce registre est unique sur la scène internationale. Sa pertinence et son recueil exhaustif des MIN rendent indispensable la pérennisation de son financement. Ce travail, concerté entre l'ensemble des parties prenantes, est une avancée historique en pédiatrie médico-légale pour les enfants et leur famille.