

# CABINET ETRILLARD

À l'attention de : **Madame Dominique LE GULUDEC**  
**Présidente**

Haute Autorité de Santé  
5, avenue du Stade de France  
93 218 Saint-Denis La Plaine Cedex

*Par lettre recommandée*  
*Avec accusé de réception*

À Paris, le 2 décembre 2019

**Objet : Demande d'abrogation des recommandations relatives au syndrome du bébé secoué**

Madame le Président,

Je vous écris **d'abord** en ma qualité d'avocat afin de solliciter de la Haute Autorité de santé (ci-après désignée comme la « HAS ») qu'elle abroge :

- (i) Les « *Recommandations de la commission d'audition relatives au syndrome du bébé secoué de mai 2011* » (ci-après désignées comme les « Recommandations HAS de 2011 ») ;
- (ii) La « *Recommandation de bonne pratique relative au syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement de juillet 2017* » élaborée aux fins d'actualisation des Recommandations HAS de 2011 (ci-après désignée comme les « Recommandations HAS de 2017 », et ensemble avec les Recommandations HAS de 2011, les « Recommandations HAS »).

Les Recommandations HAS me font directement grief en ce qu'elles m'empêchent d'exercer utilement mon office de défense pénale. Le débat sur la responsabilité de mes clients est en effet systématiquement préempté par l'affirmation de l'existence nécessaire d'un secouement, fondée de façon péremptoire sur les Recommandations HAS, créant ainsi une présomption de culpabilité quasiment irréfragable comme recevant l'aval de la HAS.

Je vous écris **également** en ma qualité d'avocat de l'association Adikia, représentant plus de 300 familles victimes d'un diagnostic erroné de maltraitance, essentiellement du syndrome du bébé secoué, qui demande aussi l'abrogation des Recommandations HAS.

Je vous écris **surtout** au vu de mon expérience d'avocat de plus de 50 familles brisées par les fausses accusations du « *syndrome du bébé secoué* » (SBS), ou son équivalent « *traumatisme crânien non accidentel (TCNA) par secouement* », sur la base de ces Recommandations. Je vous écris pour toutes les autres familles qui m'ont appelé, tous mes Confrères désespérés, et certains juges, procureurs, policiers ou gendarmes, qui ne comprennent pas comment des familles ou des personnes sans aucune suspicion de violence sont visées par des expertises affirmant, sans aucun tempérament ou doute, qu'il est « *certain* » que le bébé a été secoué, datent le secouement, pointent un responsable – sur la base de ces Recommandations.

Habitué de cette matière, je ne peux vous décrire la souffrance que je vois quotidiennement pour des personnes ultérieurement innocentées : nourrissons arrachés à leur famille et placés en pouponnière,

couples séparés pendant des années par des obligations de contrôle judiciaire, personnes incarcérées – sur la base de ces Recommandations.

Je ne peux vous décrire le malheur de ces familles, ultérieurement innocentées, ayant perdu leur enfant, placées en garde à vue quelques jours après l'enterrement pour répondre à d'infâmes accusations de « bébé secoué » qu'elles ne pouvaient imaginer, parce qu'elles sont le produit d'erreurs médicales, et qui vivent un calvaire judiciaire pendant six à huit ans – sur la base de ces Recommandations. Ni celui de ces parents à qui on a refusé d'être présents à l'enterrement de leur enfant, ou de leur donner des nouvelles de leur enfant agonisant à l'hôpital – parce que, sur la base de ces Recommandations, ils « *ne le méritent pas* ».

Je ne peux pas plus vous parler de ces familles à qui l'on refuse, pendant des mois, de voir leur enfant, qui manquent son premier anniversaire ou ses premiers pas, qui doivent supplier d'avoir au moins une photographie de leur enfant, ce qu'on leur refuse – parce que, sur la base de ces Recommandations, il faut qu'ils « *réfléchissent à ce qu'ils ont fait* ».

Je ne peux pas, sans émotion, vous parler de cette mère innocentée qui, toutes les quatre heures pendant six mois, a dû tirer son lait et le mettre dans des biberons, parce que son enfant a été placé à l'âge de six semaines, et qu'elle voulait, pour le bien de son enfant, qu'il soit allaité – mais qui n'avait pas le droit de l'approcher, parce que ces Recommandations disaient que c'était un bébé secoué, que « *l'enquête devra déterminer la responsabilité de chacun* » et que ce nourrisson « *pourrait être psychologiquement déstabilisé d'une rencontre avec la personne l'ayant maltraité* ».

**Je peux cependant vous affirmer que vos Recommandations doivent être abrogées, parce qu'elles sont illégales comme entâchées d'incompétence et d'erreur d'appréciation.**

Ces Recommandations ont été élaborées par un groupe de travail dont ni la présidente, ni aucun des chargés de projet, n'est spécialisé en neurologie pédiatrique. Elles sont bien trop affirmatives sur de nombreux sujets médicaux non démontrés ou controversés, quand elles ne sont pas simplement fausses, ne présentant ainsi pas les gages d'impartialité et d'exactitude attendus d'une telle publication. Or ces Recommandations sont omniprésentes dans la matière pénale, sous l'effet combiné du prestige de la Haute Autorité de Santé et de l'intervention régulière, au nom de la lutte légitime contre la maltraitance infantile, de la présidente et des chargés de projet du groupe de travail, comme experts judiciaires, comme formateurs des forces de l'ordre ou des magistrats, comme références scientifiques incontestables.

Les excessives certitudes exprimées par ces Recommandations ont ainsi envahi la sphère judiciaire au point d'en être régulièrement le fondement unique, ce qui a des conséquences dramatiques sur l'ensemble du territoire, parce qu'elles aboutissent, à cause d'un diagnostic présenté comme « certain » et que nul ne peut remettre en cause, au placement d'enfants, à la séparations de familles et à la condamnation d'innocents à de lourdes peines.

Dès lors, nous sollicitons l'abrogation des Recommandations HAS pour les raisons exposées aux présentes, sans préjudice des arguments additionnels que nous pourrions développer en cas de refus de votre part.

\*

\*

\*

**I. Les Recommandations HAS sortent du champ de compétence de la HAS : présentées comme étant adressées aux praticiens dans le cadre de leur démarche de soins, elles sont en réalité une injonction de signalement et un manuel d'expertise à destination du monde judiciaire**

**A. Les Recommandations HAS s'inscrivent dans une démarche de constitution d'un dossier pénal, et non dans une démarche de soins**

Les recommandations de bonne pratique élaborées par la Haute Autorité de santé sur la base des dispositions législatives et réglementaires en vigueur<sup>1</sup> ont pour objet de (nous surlignons) « **guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins** à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édicton »<sup>2</sup>.

Les recommandations de la HAS doivent ainsi par principe avoir pour objectif d'informer les praticiens sur un sujet précis et de les orienter dans leur démarche de soins. Elles ont donc un objectif médical, pour soigner des patients.

Dans ses Recommandations HAS de 2017, la Haute Autorité de Santé définit elle-même sa mission en soulignant que les recommandations de bonne pratique qu'elle publie ont vocation à servir de (nous surlignons) « **propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données** »<sup>3</sup>.

Les Recommandations HAS relatives au syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement (ces deux appellations étant ci-après désignées comme le « SBS ») sortent de ce cadre de compétence. L'objectif essentiel de cette publication n'est pas de fournir aux professionnels de santé des informations afin de les orienter dans leur démarche de soins : c'est d'instituer une obligation de signalement dans une démarche de politique pénale.

La lecture des chapitres successifs des Recommandations HAS laisse apparaître qu'ils sont uniquement consacrés à l'établissement d'un diagnostic de SBS<sup>4</sup>, lequel est exclusivement destiné à rechercher une responsabilité et non un soin. Plutôt que d'indiquer les meilleures pratiques pour, par exemple, résorber un hématome sous-dural, les Recommandations HAS semblent chercher surtout à

---

<sup>1</sup> L'article L. 161-37 du Code de la sécurité sociale prévoit que : « La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de : [...] 2° Élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ».

L'article R. 161-72 du Code de la sécurité sociale précise que : « Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute Autorité :

1° Élabore et diffuse des guides et tout autre document d'information, notamment sur les affections de longue durée, en tenant compte, le cas échéant, de ceux élaborés et diffusés par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique »

<sup>2</sup> CE, 27 avril 2011, Association pour une formation médicale indépendante, n° 334396.

<sup>3</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 2.

<sup>4</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017:

- Chapitre 1 « Secouement : démarche diagnostique » ;
- Chapitre 2 « Mécanisme causal des lésions »
- Chapitre 3 « Critères médicaux permettant, chez un nourrisson, de poser le diagnostic de traumatisme crânien par secouement, les diagnostics différentiels ayant été écartés » ;
- Chapitre 5 « Y a-t-il des nourrissons prédisposés à la survenue d'un hématome sous-dural ? ».

établir une responsabilité en rédigeant de longs développements sur la datation du secouement allégué<sup>5</sup>, puis sur la nécessité d'un signalement<sup>6</sup>, deux objectifs centrés sur la procédure pénale plutôt que le soin.

Force est de constater que les Recommandations HAS n'assortissent pas cette démarche pénale impropre d'une démarche de soins détaillée.

Au contraire, les Recommandations HAS de 2017 affirment elles-mêmes être dédiées (nous surlignons) « *au diagnostic et au traitement juridique du SBS* »<sup>7</sup>. À cette fin, elles s'arrogent la compétence de fixer les « *suites juridiques [à] donner au diagnostic de secouement* »<sup>8</sup> et l'ensemble du texte chemine vers une finalité : la procédure judiciaire.

Après avoir déterminé un diagnostic de SBS, les Recommandations HAS consacrent une dizaine de pages au signalement et à ses suites. Puisque aucun doute ne serait possible lorsque le diagnostic « *certain* » est posé, les Recommandations dictent aux praticiens le comportement à adopter en précisant qu'il s'agit désormais « *d'établir l'origine traumatique des lésions* »<sup>9</sup>.

Elles imposent ainsi une obligation de signalement auprès du Procureur de la République<sup>10</sup> et s'attachent à rassurer les professionnels de santé sur l'absence de toute responsabilité en cas de signalement réalisé « *dans les règles* »<sup>11</sup>. À l'inverse, les Recommandations HAS insistent sur le risque d'une condamnation pénale en cas d'absence de signalement, allant jusqu'à rappeler les dispositions répressives en vigueur<sup>12</sup>.

Substituant une stratégie judiciaire à une stratégie de soins, le texte des Recommandations HAS est tourné vers la constitution d'un dossier pénal et non le soin d'un patient.

**B. Les Recommandations HAS ne peuvent être assimilées à de simples « *bonnes pratiques* » : fondant signalements, placements d'enfants et condamnations par l'affirmation d'un secouement et sa datation, elles constituent une irruption de la Haute Autorité de Santé comme acteur majeur dans le processus judiciaire, ce qui ne relève ni de sa mission, ni de son expertise**

Alors que la HAS a pour mission d'orienter les praticiens dans leurs démarches de soins, les Recommandations HAS dictent le diagnostic pénal du « *bébé secoué* » dans toute la France – et ce, sans le moindre expert en neurologie dans le groupe de travail ayant conduit ces Recommandations.

De fait, les Recommandations HAS constituent le fondement et l'horizon indépassable du processus pénal en matière de bébé secoué, pour légitimer la poursuite d'un suspect puis sa condamnation.

Dans l'ensemble des dossiers dits de « *bébé secoué* », la machine judiciaire se met en route à la suite d'un signalement réalisé par les professionnels de santé, parfois relayé par les services sociaux. Ce signalement est systématiquement fondé sur les Recommandations HAS. S'en suivent deux procédures, l'une pénale, l'autre en assistance éducative, dont l'existence est justifiée par le diagnostic de SBS présenté comme « *certain* » au regard des critères des Recommandations HAS.

<sup>5</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, Chapitre 4 « *Dans quelle mesure peut-on dater le secouement ?* ».

<sup>6</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, Chapitre 6 « *Quelles suites juridiques au diagnostic de secouement* » ; Chapitre 7 « *Préconisations* ».

<sup>7</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 6.

<sup>8</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 25.

<sup>9</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 33.

<sup>10</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 25 : « *Puisqu'il s'agit d'une infraction pénale certaine ou possible, le signalement au procureur de la République s'impose* ».

<sup>11</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 28 : « *Il n'y a plus de risque depuis la loi du 5 novembre 2015, lorsque le signalement est fait dans les règles* ».

<sup>12</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 28.

Le dossier médical est immédiatement saisi et confié à un ou plusieurs experts judiciaires chargés de procéder à l'expertise médico-légale. Dans le cadre de leur mission, ces experts judiciaires se réfèrent invariablement au texte des Recommandations HAS afin de se prononcer sur le diagnostic.

Dans la mesure où les experts judiciaires se fondent toujours sur le même texte, à savoir les Recommandations HAS, ils ne peuvent que confirmer le diagnostic de SBS posé sur le fondement de ces mêmes critères. Compte tenu du nombre restreint d'experts judiciaires en France, et encore plus d'experts en neuro-pédiatrie, il est très rare qu'un expert judiciaire soit nommé qui soit spécialisé dans cette matière. La plupart du temps, l'expert judiciaire, peu au fait de cette matière si spécifique et si complexe, se réfèrera naturellement (qui pourrait l'en blâmer ?) à une publication d'une autorité aussi prestigieuse que la Haute Autorité de Santé. Comment peut-il imaginer que cette publication soit aussi scientifiquement contestable qu'elle l'est en réalité ?

Ce qui fait que, **quel que soit le nombre d'expertises ordonnées au cours de l'information judiciaire, le diagnostic ne peut jamais changer puisque l'expert applique fidèlement le même fondement textuel : les Recommandations HAS**. Pire, la multiplication des expertises judiciaires, arrivant toutes au même diagnostic puisqu'elles prennent toutes le même texte, donne faussement l'impression que le diagnostic est encore plus « certain » qu'il n'était au départ : comment se ferait-il que, « comme par hasard », six, huit ou dix experts disent la même chose ?

Une personne poursuivie innocente, confrontée à un diagnostic erroné de « syndrome de bébé secoué »<sup>13</sup>, est alors mise dans une situation totalement inextricable : s'il n'avoue pas alors que tant d'experts disent la même chose, c'est qu'en plus d'être coupable, il s'obstine dans le crime – et les peines sont sévères. Ceux qui savent que les expertises successives diront toujours la même chose ne sont pas plus avancés : si la personne poursuivie ne fait pas de demande de contre-expertise, n'est-ce pas parce qu'elle sait qu'elle est coupable ? C'est donc que non contente d'être coupable, elle s'obstine dans le crime – et les peines sont encore sévères.

En tout état de cause, ce sont bien les Recommandations HAS qui servent de socle aux condamnations judiciaires par le biais du diagnostic de SBS maintenu par les experts. C'est donc bien la Haute Autorité de Santé qui, par le biais des Recommandations HAS, devient un acteur majeur de la procédure judiciaire ce qui n'est ni son rôle, ni son expertise.

**C. L'impact des Recommandations HAS sur le processus judiciaire est amplifié par le fait qu'en l'absence de suffisamment d'experts judiciaires en neurologie pédiatrique, la présidente et les quatre chargés de projet du groupe de travail ayant rédigé les Recommandations HAS, pourtant non spécialisés en neurologie pédiatrique, sont régulièrement désignés comme experts judiciaires dans les dossiers contestés et participent à la formation des acteurs judiciaires**

La confirmation du diagnostic de SBS au stade de l'expertise judiciaire est d'autant plus inévitable que celle-ci est régulièrement confiée à l'un des corédacteurs des Recommandations HAS.

Les Recommandations HAS de 2017 ont été pilotées par cinq experts<sup>14</sup>, dont aucun n'est spécialisé en neurologie pédiatrique :

- Une présidente, spécialisée en médecine physique et réadaptation ;
- Et quatre « chargés de projet » au sein du même groupe de travail :
  - Une spécialiste en radiologie pédiatrique,

<sup>13</sup> Faut-il rappeler que notre démarche concerne les innocents faussement accusés ? Il va de soi que, comme tous, nous partageons l'objectif de combattre la maltraitance infantile – mais pas au prix d'innocents faussement accusés.

<sup>14</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 41.

- Une spécialiste en anatomie et cytologie pathologiques, pédiatrie, autopsie et thanatologie,
- Une spécialiste en pédiatrie médico-légale,
- Un spécialiste en médecine légale.

Chacun connaît le manque chronique d'experts judiciaires en France<sup>15</sup> : dans ce contexte, il existe peu d'experts judiciaires en neurologie pédiatrique. Dans la mesure où la voie naturelle est de nommer, pour une expertise judiciaire, un expert judiciaire<sup>16</sup>, les magistrats sont régulièrement dans une situation délicate pour trouver des experts dans la matière très spécifique du « syndrome du bébé secoué » (SBS).

C'est ainsi que, quoiqu'ils ne soient pas experts en neurologie pédiatrique, ni même en neurologie, les cinq experts judiciaires ayant prêté leur concours, comme présidente ou chargé de projet, aux Recommandations HAS, ont naturellement été recherchés par l'autorité judiciaire pour être désignés dans les dossiers de SBS. Et compte tenu de leur compétence perçue dans cette matière, puisqu'ils ont piloté la rédaction des Recommandations HAS sur lesquelles se fonde le processus judiciaire, leur ont été particulièrement envoyés les dossiers les plus « difficiles » – et en premier lieu, ceux où le diagnostic est contesté.

Mais compte tenu de la relative rareté des dossiers de SBS d'un côté (quelques centaines par an au plus sur toute la France)<sup>17</sup> et de la rareté des experts judiciaires de l'autre, il semble que se soit opéré une forme de concentration des dossiers judiciaires contestés vers ces cinq experts.

**A titre illustratif, sur un échantillon de 41 dossiers pénaux avec expertise que notre cabinet a pu connaître, 65,9% ont été expertisés par au moins l'un des cinq experts judiciaires précités du groupe de travail des Recommandations HAS (27 dossiers).** Parfois, l'expertise combine deux, voire trois d'entre eux. **A eux cinq, ces chargés de projet des Recommandations HAS cumulent 43 désignations sur 41 dossiers.**

Cette proportion est plus marquée au criminel (68,2% des dossiers) qu'au correctionnel (63,2%), ce qui accrédite la thèse selon laquelle les dossiers les plus « difficiles » leur sont confiés - étant précisé que ces proportions sont susceptibles de s'accroître puisque beaucoup de ces dossiers sont en cours, et que des contre-expertises pourraient être confiées à l'un d'entre eux.

Il est tout à fait possible que ces pourcentages soient particulièrement élevés parce que notre cabinet défend des personnes clamant leur innocence dans des dossiers où ils sont accusés sur la base d'un diagnostic de SBS. Il s'agit donc de dossiers dans lesquels la justice recherche à avoir la meilleure expertise possible pour éviter l'erreur judiciaire – ce qui pourrait donner lieu, compte tenu des développements ci-dessus, à une surreprésentation, dans l'échantillon de notre cabinet, de ces experts judiciaires généralement considérés comme les « meilleurs » en SBS.

Il n'en reste pas moins que cette présence particulièrement appuyée, dans les dossiers pénaux, des cinq experts judiciaires ayant conduit les Recommandations HAS présente un risque de raisonnement en circuit fermé. Car ces cinq chargés de projet sont régulièrement amenés à contre-expertiser les conclusions d'un ou plusieurs d'entre eux. Nul ne doute de leur intégrité : c'est en conscience qu'ils rédigeront leur contre-expertise, mais y a-t-il réellement contre-expertise lorsque l'on

<sup>15</sup> Cf. par exemple en 2012 : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/06/14/01016-20120614ARTFIG00800-13000-experts-interviennent-aupres-des-tribunaux.php>

<sup>16</sup> Le recours à un expert non-inscrit sur la liste des experts judiciaires devant être motivé et pouvant occasionner des frais supplémentaires pour la justice.

<sup>17</sup> On estimait traditionnellement qu'il existait 180 à 200 cas par an de bébés secoués en France, une étude récente se fondant sur les données hospitalières estime qu'il y aurait 400 cas par an. Cf infra et MIREAU, E. (2005). *Syndrome du bébé secoué, hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance à propos d'une série de 404 cas. Thèse de médecine. Université de Paris V* ; [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019\\_26-27\\_4.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27_4.pdf). Cela reste un nombre particulièrement restreint de cas par rapport au nombre de procédures judiciaires en France.

demande à un chargé de projet de la publication au centre du débat judiciaire de revoir l'expertise d'un autre chargé de projet de la même publication ? Il est évident que si la publication a été dirigée conjointement par eux, c'est bien qu'ils sont d'accord sur le fond.

Pour les personnes poursuivies remettant en cause un diagnostic fondé sur les Recommandations HAS, le fait que les « dossiers difficiles » soient régulièrement confiés à la présidente ou aux quatre chargés de projet des Recommandations HAS fait du diagnostic du SBS posé par les Recommandations HAS un horizon judiciaire indépassable. Par le biais de l'expertise qu'ils sollicitent pour démontrer leur innocence malgré le diagnostic initial, il est demandé aux chargés de projet des Recommandations HAS de se prononcer sur le diagnostic de SBS du signalement, lui-même établi par les Recommandations HAS. Tout se passe comme si ces experts judiciaires devaient dire s'ils sont bien d'accord dans le cas d'espèce avec l'opinion qu'ils ont déjà publiée comme règle générale : qui doute de la réponse ?

Il semble d'autant plus difficile de sortir de ce cercle fermé que ces mêmes personnes, régulièrement désignées, développent une expérience fournie de la conduite judiciaire de ces dossiers – et sont donc régulièrement invitées à des formations destinées aux magistrats ou aux forces de l'ordre<sup>18</sup>.

Dès lors, les intervenants de justice, magistrats ou forces de l'ordre, qui reçoivent un dossier de bébé secoué (rappelons qu'ils sont relativement rares), reçoivent un signalement fondé sur les Recommandations HAS. S'ils souhaitent avoir les « meilleurs » experts judiciaires en la matière, il y a de fortes chances que leur dossier soit examiné par la présidente ou un des chargés de projet ayant piloté les Recommandations HAS. Et s'ils souhaitent être formés à cette matière, il est probable qu'ils le soient par une de ces mêmes personnes. L'opinion de ces experts judiciaires est donc potentiellement omniprésente.

En soi, il n'est nullement illégitime que des médecins et experts judiciaires cherchent à faire valoir leur opinion afin de combattre la maltraitance infantile, mais il faudrait juste que le caractère débattu de cette opinion soit institutionnellement porté à la connaissance des acteurs de justice – ce qui devrait être la fonction d'une publication comme les Recommandations HAS.

Car dans ce contexte, et en présence d'une publication particulièrement affirmative sur des sujets pourtant débattus, **il devient très difficile de faire entendre en justice que certains éléments péremptoirement affirmés par les Recommandations HAS, aboutissant au caractère « certain » du syndrome de bébé secoué, sont le reflet d'une opinion faisant l'objet d'un débat scientifique mondial avéré.**

Or un tel débat existe sur de nombreux points présentés comme indiscutables dans les Recommandations HAS, comme il va être démontré ci-après.

\*

\*

\*

---

<sup>18</sup> C'est ainsi que, du 13 au 15 novembre 2019, une « Session interdisciplinaire » s'est tenue à l'École Nationale de la Magistrature (ENM), où une section semblait consacrée à former les participants à la « défense contestataire ». Les débats étaient dirigés par la présidente du groupe de travail des Recommandations HAS, qui faisait six présentations en trois jours de colloque – et on y retrouve, comme intervenants, les quatre chargés de projet du groupe de travail des Recommandations HAS. La présidente et l'une de ses chargés de projet tenaient une table ronde sur « Expertises et contre-expertises » dans le cadre d'une section intitulée : « La défense contestataire de l'instruction au procès ». Voir le programme de la session accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.france-traumatisme-cranien.fr/upload/programme-ftc-enm-sbs-13-15-novembre-2019-.pdf>.

**II. Éditées par un groupe de travail ne comportant aucun spécialiste en neurologie pédiatrique, les Recommandations HAS se montrent affirmatives sur de nombreux sujets non démontrés ou controversés, ne présentant ainsi pas les gages d'impartialité attendus d'une telle publication sur le plan scientifique**

**A. De nombreux diagnostics différentiels du SBS sont écartés dans des termes affirmatifs alors que la science est, à ce sujet, au mieux incertaine, au pire contraire aux affirmations péremptoires des Recommandations HAS**

1. L'occultation des diagnostics différentiels alternatifs ci-après discutés a un impact majeur sur les procédures pénales, puisque les expertises successives, fondées sur les Recommandations HAS, écartent sans autre forme de procès ces explications pourtant soutenues en médecine

Les développements qui suivent ont vocation à présenter quelques diagnostics différentiels du syndrome du bébé secoué rejetés par les Recommandations HAS, et occultés dans le corps du rapport. On aurait tort de minimiser l'approximation consistant à ne pas mentionner ce débat dans le corps des Recommandations HAS.

De nombreuses familles, dont l'enfant a fait une chute de faible hauteur, se voient opposer que cette circonstance est indifférente – *« comme le disent bien les Recommandations HAS »*... Ces affirmations péremptoires sont régulièrement prises comme des vérités scientifiques par le système pénal, pris en ses différents acteurs (policiers, juges, procureurs, avocats).

Dans de nombreuses situations, tous les acteurs conviennent que les parents sont aimants, qu'aucun fait de maltraitance n'a pu être soupçonné, ni allégué par quiconque à la suite d'investigations fouillées (voisinage, famille, collègues, acteurs sociaux) – mais l'enfant continue à être placé, ou les parents poursuivis, parce qu'il a bien dû se passer quelque chose... puisque les Recommandations HAS disent que le bébé secoué est la seule explication possible.

Dans tous ces cas, et ils sont nombreux, les choses seraient bien différentes si les Recommandations HAS étaient conformes à l'état de la science : c'est bien parce que les Recommandations HAS écartent indûment toute autre explication que les acteurs judiciaires partent du principe qu'il y a forcément eu maltraitance.

Dans la mesure où ni les Recommandations HAS, ni les experts judiciaires, parce qu'ils les appliquent, ne font mention de ce débat médical, les acteurs du monde judiciaire sont insusceptibles d'être confrontés à cette vérité. Ils s'en remettent aux experts pour leur dire l'état de la science. Il est par conséquent inacceptable que les termes d'un débat médical existant soient remplacés par l'opinion personnelle de l'expert.

C'est pourtant la conséquence de la rédaction des Recommandations HAS : usant d'affirmations tranchées dans des débats incertains, les Recommandations HAS ne présentent qu'une opinion et non l'état de la science.

2. Alors que de nombreuses publications scientifiques affirment que l'expansion des espaces sous-arachnoïdiens (EESA) peut mimer les symptômes du bébé secoué, les Recommandations HAS affirment faussement qu'il n'y a « pas d'argument » en ce sens, sans mentionner que cette thèse existe – ce que les juges ne peuvent qu'ignorer – et sans expliquer pourquoi ils l'écartent autrement qu'en mentionnant une publication d'un médecin légiste membre de son propre groupe de travail
  - a. Une thèse médicale incontestablement scientifique considère que l'expansion des espaces sous-arachnoïdiens (EESA) peut mimer les



symptômes du bébé secoué, en ce qu'une rupture des veines-ponts ou des hématomes sous-duraux pourraient survenir en cas de choc bénin ou même spontanément

L'expansion des espaces sous-arachnoïdiens (ci-après désignée comme l'« EESA ») correspond à un trouble de résorption du liquide céphalo-rachidien à l'origine d'une augmentation de son volume imparti et caractérisée par l'augmentation du périmètre crânien (l'EESA a parfois été appelée « *hydrocéphalie externe* »).

La littérature en neurologie pédiatrique<sup>19</sup> considère que l'EESA peut favoriser la survenue d'hématomes sous-duraux. Les veines-ponts étant étirées par ce mécanisme augmentant le périmètre crânien, elles seraient plus susceptibles de rompre, par l'effet d'un choc bénin ou même spontanément – créant ainsi une rupture des veines-ponts et un ou des hématomes sous-duraux.

Cette thèse est particulièrement importante dans notre contexte, puisque les Recommandations HAS de 2017 indiquent qu'un diagnostic de bébé secoué, certain ou probable, peut être posé avec une rupture des veines pont et/ou des hématomes sous-duraux :

- « *le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est certain en cas de : ... hématomes sous-duraux (HSD) plurifocaux avec caillots à la convexité (vertex) traduisant la rupture de veines ponts* »
- « *le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est probable en cas de : ... HSD plurifocaux même sans aucune autre lésion* »

**Dès lors, si cette thèse est valide, les bébés ayant une EESA peuvent se retrouver diagnostiqués « *bébés secoués* » alors qu'ils ne s'agit que d'un choc bénin – voire que d'un mécanisme interne totalement étranger à toute force extérieure. De nombreuses personnes sont ainsi accusées de maltraitance, alors qu'aucune maltraitance n'a causé ce qui arrive à leur enfant.**

Or cette thèse est soutenue par de nombreuses publications scientifiques.

Les Recommandations HAS n'en parlent pas, mais elles sont citées dans les annexes : la synthèse bibliographique annexée aux Recommandations HAS de 2011 (ci-après, la « Synthèse Bibliographique de 2011 ») et l'argumentaire scientifique accompagnant celles de juillet 2017 (ci-après l'« Argumentaire Scientifique de 2017 »). Ces annexes font état de plusieurs études affirmant que chez les nourrissons atteints d'hydrocéphalie externe, un hématome sous-dural est susceptible de survenir spontanément ou à la suite d'un traumatisme minime<sup>20</sup>. Une de ces publications a même été cosignée

<sup>19</sup> Cf infra, où nous citons les articles d'ailleurs cités par les annexes des Recommandations HAS.

<sup>20</sup> Voir :

- S. RAVID et J. MAYTAL, « *External hydrocephalus: a probable cause for subdural hematoma in infancy* », in *Pediatric Neurology*, février 2003, n° 28(2), pp. 139 à 141 – publication citée par la Synthèse Bibliographique de la HAS de Septembre 2011, p. 66 : « *Les auteurs suggèrent que certains enfants présentant une hydrocéphalie externe peuvent développer un hématome sous-dural après un traumatisme léger ou même sans traumatisme, qui serait secondaire à l'étirement des veines-pont dans l'espace sous-arachnoïdien anormalement large. La maltraitance, dont ils disent que c'est un diagnostic auquel il faut toujours penser et qui doit être éliminé, peut ne pas être la cause de l'HSD dans ce contexte spécifique* » ;
- M. VINCHON et al., « *Accidental and nonaccidental head injuries in infants: a prospective study* », in *Journal of Neurosurgery*, mai 2005, n° 102(4), pp. 380 à 384 – publication citée par la Synthèse Bibliographique de la HAS de Septembre 2011, p. 34 : « *Par ailleurs, ils disent que le développement spontané d'HSD chez des enfants ayant une hydrocéphalie externe est rare, ce diagnostic n'étant acceptable qu'en cas de macrocrânie antérieurement documentée* » ;
- M. VINCHON et al., « *Subdural hematoma in infants: can it occur spontaneously? Data from a prospective series and critical review of literature* », in *Child's Nervous System*, 2010, n° 26, pp. 1195 à 1205 – publication citée par la Synthèse Bibliographique de la HAS de Septembre 2017, p. 236, en ces termes : « *Diagnostic d'HSD spontanés dans 16 cas : 14 garçons et 2 filles. 12 avaient une macrocrânie idiopathique dont 7 diagnostiqués antérieurement avec un élargissement des espaces sous-arachnoïdiens. 5 avaient des 'facteurs de risque' de déshydratation avec 2 sévères entérites. 2 avaient des hémorragies au fond d'œil 'not indicative of TCNA' [i.e. traumatisme crânien non accidentel] pas en faveur d'un TCNA. 13 ont eu une dérivation du liquide céphalo-rachidien* ». Dans cette publication, le Professeur

par l'un des membres du groupe de travail de la Recommandation HAS 2011, le Docteur Matthieu VINCHON, neurochirurgien au CHU de Lille – qui ne sera plus membre de la Recommandation HAS 2017.

Cette position paraît même partagée par le Docteur Jean-Claude MSELATI, expert judiciaire en pédiatrie, inscrit près la Cour de Cassation, qui a pu publiquement l'exprimer au cours d'une audience d'assises récente à Paris.

- b. Les Recommandations HAS ne sont pas conformes à l'état de la science en affirmant dans leur corps du texte qu'il n'y a « *aucun argument étayant cette hypothèse* », alors même que des publications contraires figurent dans leurs propres annexes

Alors que cette thèse est tellement courante qu'elle est citée dans ses propres annexes, les Recommandations HAS prétendent qu'« *il n'a pas été trouvé d'arguments dans la littérature permettant d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'EESA est un facteur favorisant d'HSD [i.e. hématomes sous-duraux] chez le nourrisson* »<sup>21</sup>.

**C'est jouer sur les mots en semblant affirmer qu'il n'y a pas de publication scientifique sur le sujet, alors que cette thèse est supportée par de nombreuses publications scientifiques citées en annexe des Recommandations.** Ce serait une chose de dire que, dans l'opinion des rédacteurs, l'EESA ne favorise pas la survenue de l'hématome sous-dural, c'est une autre de dire qu'il n'y a pas d'argument dans la littérature étayant cette hypothèse.

Nous avons vu ci-dessus qu'il y avait pourtant de nombreuses publication en sens contraire, d'ailleurs citées par les Recommandations HAS elles-mêmes.

Il y a plus : alors que les rédacteurs de la Recommandation affirment cette absence d'« *arguments* » dans le corps de la Recommandation HAS, une des propres publications de la présidente et d'un des quatre chargés de projet du groupe de travail admet, dans l'annexe bibliographique (i.e. l'Argumentaire Scientifique de 2017), que « *l'opinion que l'EESA prédispose à la survenue d'un HSD est controversée* »<sup>22</sup>. Si l'opinion est « *controversée* », c'est bien qu'elle existe... Comment dire qu'il n'y a pas d'argument en faveur de cette opinion, pourtant exprimée dans des publications scientifiques à comité de lecture ?

Mais il y a plus encore : écartant de son texte l'existence même d'une autre opinion scientifique sur la possible survenance d'un hématome sous-dural, la Recommandation HAS utilise une publication contestable<sup>23</sup> d'un des cinq membres de son propre groupe de travail de 2017<sup>24</sup>, pour affirmer que l'élargissement des espaces péri-cérébraux correspondrait non pas à une EESA mais à des lésions séquellaires d'un traumatisme crânien antérieur méconnu<sup>25</sup>.

Cette publication de 2008 est hautement contestée sur le plan scientifique, par des publications

---

Matthieu VINCHON, chef du service de neurochirurgie pédiatrique au CHRU de Lille, affirme que, quoique rare, « *l'hématome sous-dural spontané chez le nourrisson existe* ».

<sup>21</sup> Cf. Recommandations HAS de 2011, § 4.1, p. 14 ; et Recommandations HAS de 2017, § 5.1, p. 24.

<sup>22</sup> A. LAURENT-VANNIER, C. RAMBAUD, H.S. LEVIN, « *Letter to the Editor. Subdural collections in infants: trauma or not trauma?* », Journal de Neurosurgie pédiatrique, 2017 :2 – publication citée par l'Argumentaire Scientifique de 2017, p. 127 en ces termes : « *L'opinion que l'EESA prédispose à la survenue d'un HSD est controversée* ».

<sup>23</sup> J. S. RAUL, « *Influence of the benign enlargement of the subarachnoid space on the bridging veins strain during a shaking event: a finite element study* », in International Journal of Legal Medicine, 2008, pp. 337 à 340 ; et J. S. RAUL, « *Finite element analysis of impact and shaking inflicted to a child* », in International Journal of Legal Medicine, 2007, pp. 223 à 228.

<sup>24</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, p. 44.

<sup>25</sup> Cf. Recommandations HAS de 2011, § 4.1, p. 14 ; et Recommandations HAS de 2017, § 5.1, p. 24.

scientifiques citées d'ailleurs pour les écarter par les annexes des Recommandations 2017<sup>26</sup>, notamment en ce qu'elle se fonde sur une modélisation non validée du cerveau d'un nourrisson de six mois réalisée à partir des caractéristiques du cerveau adulte et du cerveau de porc.

L'analyse de la littérature médicale démontre que l'avis exprimé par la HAS dans ses Recommandations n'est qu'une opinion qui ne reflète pas celle de l'ensemble du corps médical sur le sujet, puisqu'une partie de la doctrine rapporte que le risque de développer un hématome sous-dural après un choc minime ou spontanément est plus important chez les nourrissons atteints d'EESA, ou hydrocéphalie externe<sup>27</sup>.

**En définitive, devant un enfant présentant des symptômes similaires au bébé secoué et ayant une hydrocéphalie externe, les Recommandations HAS écartent comme impossible une explication pourtant scientifiquement admise, pouvant créer ainsi des poursuites injustifiées et des placements abusifs d'enfants.**

3. Les Recommandations HAS présentent comme « exceptionnellement » improbable qu'une chute de moins d'un mètre cinquante entraîne des symptômes similaires au SBS, et encore moins un décès : cette présentation, assise notamment sur des échantillons non-représentatifs et des biais méthodologiques évidents, n'est pas conforme à l'état de la science

Les Recommandations HAS, en 2011 comme en 2017, présentent comme « exceptionnellement » improbable que des chutes moins d'un mètre cinquante (dite « de faible hauteur ») puissent entraîner les symptômes du SBS. Notons à toutes fins utiles que, dans notre expérience, l'ensemble des acteurs judiciaires prennent moins de précaution et déduisent de ces éléments que la chute de faible hauteur ne peut jamais entraîner le syndrome du bébé secoué.

Cette thèse a déjà conduit à des erreurs judiciaires avérées. Aux Etats-Unis (Californie), Zavion Johnson, âgé de 34 ans, a été libéré après avoir passé plus de 15 ans en prison<sup>28</sup>. Alors qu'il affirmait que sa fille était tombée accidentellement dans la baignoire en se cognant violemment la tête, la Cour l'avait condamné pour le meurtre par secouement de sa fille Nadia alors âgée de quatre mois. Un des jurés indiquait que ces faits contrastaient avec la personnalité de Zavion Johnson, et que c'était sur la base des expertises que leur opinion était fondée : au cours du procès en 2002, les experts médicaux avaient déterminé que la chute n'avait pu expliquer les symptômes et qu'un secouement avait nécessairement eu lieu. En 2017, de nouvelles expertises concluaient à la possibilité que la chute dans le bain ait pu causer les lésions observées, et Zavion Johnson était judiciairement innocenté.

Le fait que la chute de faible hauteur puisse entraîner les lésions du SBS est désormais reconnu dans certains pays.

Au Canada par exemple, la chute de faible hauteur a pu être admise comme diagnostic

<sup>26</sup> L'étude du Professeur RAUL est critiquée par certains auteurs qui la considèrent « hors de propos » en ce qu'il s'agit « d'un modèle mathématique » – cf. J. PIATT et A. K. CHOUDHARY, « Response: Letter to the Editor. Subdural collections in infants: trauma or not trauma? », in *Journal of Neurosurgery Pediatrics*, 2017.

Cette critique publiée par J. PIATT et A.K. CHOUDHARY est d'ailleurs citée par la HAS elle-même dans son Argumentaire Scientifique de 2017 – cf. Argumentaire Scientifique de 2017, pp. 127 en ces termes : « Conteste les trois références citées en faveur de l'interprétation d'un espace large comme conséquences de lésions antérieures :

- Celle de Raul jugée hors de propos parce que c'est un modèle mathématique
- Celle de Feldman parce que celui-ci ne dit pas dans l'article que l'élargissement est en faveur d'un TC antérieurs (mais néanmoins pas de critique des résultats de Feldmann)
- Et celle d'Ewing-Cobbs en s'appuyant sur la différence de moyenne d'âge entre les enfants abusés (10,26 mois) et celle des enfants accidentés (36 mois). Selon Piatt ce qu'elle a considéré comme atrophie chez les enfants abusés serait en fait une EESA qui ensuite aurait régressé avec l'âge ».

<sup>27</sup> Cf. S. M. ZAHL et al., « Benign external hydrocephalus : a review, with emphasis on management », in *Neurosurgical Review*, 7 juin 2011, p.427.

<sup>28</sup> Cf <https://law.scu.edu/news/updated-medical-science-frees-ncip-client-zavion-johnson-after-17-years-in-prison/>

différentiel. Un rapport remis en 2011 à la demande du procureur général de l'Ontario (ci-après, le « Rapport Canadien de 2011 »)<sup>29</sup>, et insusceptible d'être défavorable au concept du SBS, citait un Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, datant de 2008, ainsi :

*« On a distingué trois domaines ayant trait aux traumatismes crâniens chez les enfants dans lesquels l'avis des experts a évolué au cours des ans :*

- *l'avis généralement admis selon lequel la triade<sup>30</sup> en soi est un diagnostic de SBS ne tient plus;*
- *l'avis généralement admis selon lequel les chutes de faible hauteur ne peuvent jamais causer de traumatisme fatal ne tient plus;*
- *la plupart des médecins légistes s'entendent pour dire que ce domaine de spécialité est devenu bien plus controversé qu'il l'était au début ou au milieu des années 90 »*

En ce qui concerne les chutes de faible hauteur, le Rapport Canadien de 2011 indiquait l'évolution des connaissances sur ce sujet (nous surlignons) :

*« **Pendant des années, les experts médicaux ont cru, témoignage à l'appui, qu'il faudrait une chute de plusieurs étages** pour produire la force suffisante pour causer la constellation d'observations et de décès observée dans les cas de SBS.*

*Lorsqu'on a alors tenté d'expliquer la constellation d'observations par une chute de faible hauteur, la communauté a rejeté cette hypothèse comme indéfendable, soutenant la croyance que les traumatismes découlaient de l'administration de secousses violentes. La documentation pertinente publiée a démontré que les enfants mouraient rarement de chutes, même de chutes importantes.*

***Actuellement, on reconnaît qu'une chute accidentelle dans laquelle la tête percute le sol peut entraîner des traumatismes crâniens fatals chez les bébés et les enfants.** Ceci survient rarement, mais peut se produire avec des chutes de faible hauteur et les chutes survenant dans les escaliers. Les traumatismes crâniens fatals peuvent aussi se produire dans des accidents comportant la chute d'objets lourds, par exemple un téléviseur. Dans ces cas, on est habituellement en présence d'antécédents d'événements accidentels.*

*Habituellement, dans un traumatisme crânien accidentel, on note des signes d'impacts à la tête (par exemple lésions au cuir chevelu en présence ou non de fractures du crâne). De plus, on observe souvent une accumulation unilatérale de sang occupant l'interstice sous-dural ou l'espace épidural (saignement dans l'espace situé entre la membrane de soutien externe et la boîte crânienne). Le traumatisme crânien par écrasement est un autre type de traumatisme crânien accidentel.*

*Une explication reposant sur la survenue d'une chute de faible hauteur doit être examinée à la lumière des connaissances médicales actuelles. »*

Cette image selon laquelle les symptômes du SBS ne pourraient être causés que par une « *chute de plusieurs étages* », ici écartée sans hésitation, se retrouve pourtant régulièrement dans les cours d'assises en France et figure telle quelle dans les annexes des Recommandations HAS de 2017 : « *Ce type de lésions [certaines hémorragies rétinienues] peut se voir également après écrasement céphalique ou accident de la voie publique à haute cinétique ou chute de grande hauteur (plusieurs étages)* »<sup>31</sup> – sans aucune référence au fait que cette image n'a plus cours, ou même simplement que d'autres pourraient avoir une opinion différente.

<sup>29</sup> <https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/sbdr/sbdr.html>

<sup>30</sup> Par triade, il est entendu dans ce rapport : « (i) les hémorragies sous-durales (prenant habituellement la forme d'une fine pellicule de sang à la surface du cerveau, dans l'interstice situé entre le cerveau et le crâne) ; (ii) les hémorragies rétinienues (saignements dans la partie antérieure de l'œil) ; (iii) l'encéphalopathie hypoxique ischémique (carence en oxygène dans le cerveau causant un œdème). »

<sup>31</sup> Argumentaire Scientifique de 2017, p. 195

Pire, les Recommandations HAS mènent un argumentaire, concernant les chutes, à base d'éléments statistiques et biomécaniques hautement contestables, et largement critiqués sur le site de commentaires scientifiques post-publication Pubpeer<sup>32</sup>. Pour ne prendre qu'un exemple de critique, on retrouve des problèmes de non-représentativité de l'échantillon et de biais méthodologiques dans l'utilisation de deux publications (*Chadwick et al* 1991<sup>33</sup> et *Williams et al.* 1991<sup>34</sup>). Il s'agit des seules études relatives aux chutes qui se voient attribuer les grades 2 et 3 sur l'échelle du niveau de preuves dans l'Argumentaire Scientifique de 2017, toutes les autres études relatives aux chutes citées ayant un grade 4, le plus faible. Ces études portent sur un nombre très faible d'enfants<sup>35</sup>, à chaque fois dans un unique hôpital<sup>36</sup> : comment faire des statistiques prétendument applicables à tous les enfants chutant chez eux sur la base de bébés amenés à l'hôpital (premier biais) dans un unique hôpital (deuxième biais) ? On ne saurait rien conclure de la rareté de tel ou tel symptôme : la méthode exclut de fait les enfants ayant fait une chute à leur domicile et qui n'ont pas été conduits à l'hôpital. Ce biais est d'ailleurs particulièrement marqué pour les chutes de faible hauteur : il est évident qu'en l'absence de symptômes visibles, un parent conduira plus volontiers à l'hôpital un enfant tombé de 3 mètres de haut plutôt qu'un enfant tombé de 50 centimètres de haut...

Mais même en se fondant sur ces publications, les Recommandations HAS semblent occulter qu'il y a bien des cas graves et des décès en cas de chute de faible hauteur dans ces publications. La Synthèse Bibliographique de 2011 résume ainsi la publication de Williams (1991) : « *Chez les 53 patients « tombés » d'une hauteur de 5 pieds (1,50 m) où le seul témoin était le gardien de l'enfant, ou sans témoin, 18 avaient des lésions graves et 2 sont morts* ». **La statistique est édifiante : 34% de cas graves et 4% de décès pour des chutes de faible hauteur.** Mais les Recommandations HAS écartent tous ces cas au motif qu'il n'y avait pas de « témoin neutre » à ce moment-là, et qu'on ne peut exclure le secouement... Certes, mais on ne peut pas non plus exclure l'absence de secouement, ce qui voudrait dire que l'ont peut décéder d'une telle chute – en contradiction avec les conclusions des Recommandations HAS.

Tout se passe comme si les rédacteurs des Recommandations HAS procédaient en écartant systématiquement toute étude ou cas venant remettre en cause leur opinion préétablie – en l'espèce, que la chute de faible hauteur n'entraîne qu'« *exceptionnellement* » les symptômes du SBS.

**Là encore, devant un enfant présentant des symptômes similaires au bébé secoué et ayant fait une chute de moins d'un mètre cinquante de haut, les Recommandations HAS écartent comme « *exceptionnellement* » improbable une explication pourtant scientifiquement admise, pouvant créer ainsi des poursuites injustifiées et des placements abusifs d'enfants.**

4. D'autres diagnostics différentiels, par exemple le syndrome d'Ehlers-Danlos ou des maladies génétiques affectant le collagène, ne sont pas évoqués

Les Recommandations HAS n'évoquent que dans un paragraphe très restreint, et sans développer<sup>37</sup>, les diagnostics différentiels pouvant conduire à des symptômes similaires au traumatisme crânien non accidentel (TCNA) par secouement, nouveau nom du SBS.

Les maladies génétiques affectant notamment le tissu conjonctif ou le collagène ne sont pas évoquées, alors pourtant qu'elles peuvent (i) causer l'apparition d'hématomes, y compris sous-duraux,

<sup>32</sup> <https://pubpeer.com/publications/8E471DADF425B8DA740A93F2E6ECF6>

<sup>33</sup> Chadwick DL, Chin S, Salerno C, Landsverk J, Kitchen L. *Deaths from falls in children: how far is fatal?* J Trauma 1991;31(10):1353-1355. Notons qu'une mise au point a été ultérieurement publiée sous la direction du même auteur : Chadwick D, Bertocci G, Castillo E, Frasier L, Guenther E, Hansen K, et al. *Annual risk of death resulting from short falls among young children: less than 1 in 1 million.* Pediatrics 2008;121(6):1213-1224.

<sup>34</sup> Williams RA. *Injuries in infants and small children resulting from witnessed and corroborated free falls.* J Trauma 1991; 31(10):1350-1352.

<sup>35</sup> Quelques centaines, à comparer à près de 4 million d'enfants nés chaque année aux Etats-Unis

<sup>36</sup> San Diego pour le premier article, Oakland pour l'autre

<sup>37</sup> Recommandation HAS 2017, § 1.3. : une demi-page seulement.

essentiels dans le diagnostic du SBS et (ii) fragiliser les os, rendant probables des fractures même en cas de chocs bénins<sup>38</sup>, alors que ces fractures sont invoquées aussi bien dans le « repérage » du secouement potentiel<sup>39</sup> que dans la datation de ce secouement<sup>40</sup>.

En particulier, **le syndrome d'Ehlers-Danlos** est associé à des anomalies du tissu conjonctif qui favorisent des saignements et des hématomes pouvant être pris à tort pour des signes de maltraitance. Dès lors, ce syndrome peut être pris à tort pour le syndrome du bébé secoué.

La maladie (ou syndrome) d'Ehlers-Danlos est une maladie héréditaire de tout le tissu conjonctif, ou collagène, qui constitue l'architecture moléculaire de tout le corps à l'exception du système nerveux qui est préservé dans cette affection potentiellement transmissible à tous les enfants d'une personne atteinte. Décrite en 1900 par Ehlers à Copenhague, elle est encore très mal connue des médecins à cause de descriptions incomplètes, souvent limitées à une hyperlaxité articulaire : de ce fait, elle est très rarement diagnostiquée ou confondue avec d'autres pathologies. Elle est pourtant fréquente, estimée à 17 millions de cas en Europe et 10 millions aux États-Unis par les généticiens américains<sup>41</sup>.

Une des caractéristiques de cette maladie est la fragilité, parfois extrême, des tissus conjonctifs, qui comprennent les méninges, les vaisseaux cérébraux (veines et artères avec parfois des anévrysmes et capillaires), mais aussi les os du crâne avec des retards de soudure. De plus, les images (radios, IRM) osseuses et cartilagineuses de cette maladie sont souvent faussement interprétées comme des traits de fracture par méconnaissance de la maladie par les radiologues. Cette fragilité concerne également l'œil dans sa totalité (rétine, humeur vitrée, cristallin, cornée) où des hémorragies peuvent s'observer.

**On retrouve donc l'association entre les hématomes sous-duraux et les hémorragies rétinienues que les Recommandations HAS utilisent pour caractériser le SBS, ainsi que des fractures assimilées à une preuve supplémentaire de maltraitance – alors pourtant que tous ces éléments procèdent de cette même maladie.**

Car ces fragilités sont telles que les gestes habituels de la vie quotidienne, un appui prolongé, une bascule du corps sur le côté, une chute de sa hauteur suffisent à provoquer un saignement chez un bébé ou un enfant. Une publication récente relate d'ailleurs un cas de faux diagnostic de bébé secoué avec hémorragies rétinienues et cérébrale dues à une maladie d'Ehlers-Danlos<sup>42</sup>.

Les Recommandations HAS ne parlent même pas de ces maladies, si bien qu'aucune investigation génétique n'est entreprise, conduisant nécessairement à des erreurs diagnostiques.

**Dès lors, devant un enfant présentant des symptômes similaires au bébé secoué, les Recommandations HAS n'invitent pas à procéder systématiquement à une recherche génétique pouvant déboucher sur un diagnostic médical expliquant les lésions, pouvant créer ainsi des poursuites injustifiées et des placements abusifs d'enfants.**

---

<sup>38</sup> Cf. HOLICK, M. F., Hossein-Nezhad, A., & Tabatabaei, F. (2017). « Multiple fractures in infants who have Ehlers-Danlos/hypermobility syndrome and or vitamin D deficiency: A case series of 72 infants whose parents were accused of child abuse and neglect. » in *Dermato-Endocrinology*, 9(1), 1–15.

<sup>39</sup> Recommandation HAS 2017, § 1.1. « Importance du repérage du TCNA », p. 8 : Le paragraphe commence par une question : « Chez un nourrisson, vivant ou décédé, quels sont les signes cliniques pouvant ou devant faire évoquer le diagnostic, ou risquant d'égarer le diagnostic ? » En réponse, on trouve notamment (nous surlignons) : « Découvertes de lésions d'allure traumatique : Lésions sentinelles : (...) découverte de fractures chez un enfant non déambulant. »

<sup>40</sup> Recommandation HAS 2017, § 4. « Dans quelle mesure peut-on dater le secouement ? », p. 22 (nous surlignons) : « La datation sera du ressort de l'expert judiciaire qui prendra en compte toutes les lésions cliniques et paracliniques associées (ecchymose, fracture, œdème pulmonaire...), et disposera de l'ensemble des pièces médicales ainsi que des pièces de procédure. »

<sup>41</sup> Brad Tinkle 2017

<sup>42</sup> Clare Dyer, BMJ, Mai 2017

5. Le groupe de travail des Recommandations HAS semble poursuivre son propre raisonnement sans égard pour les publications qu'il cite : la datation du secouement allégué selon les Recommandations, qui a un impact majeur pour la recherche d'un coupable, évolue entre les Recommandations 2011 et 2017, tandis que les seules publications citées par le groupe de travail vont en sens inverse de ce que concluent les Recommandations

En ce qui concerne le délai d'apparition des symptômes, la Recommandation HAS de 2011 affirmait que (nous soulignons) « *dans la majorité des cas, sinon dans tous les cas, le secouement entraîne immédiatement des symptômes* »<sup>43</sup>.

Les Recommandations HAS de 2017 avancent que (nous soulignons) « *dans tous les cas, les symptômes surviennent immédiatement après le secouement* »<sup>44</sup>.

Dans la première version, les rédacteurs affirment ainsi que l'absence d'intervalle libre entre le secouement et l'apparition des symptômes s'observerait « *dans la majorité des cas, sinon dans tous les cas* », laissant supposer qu'il y aurait des cas, quoique rares, dans lesquels les symptômes pourraient intervenir plus tard. Dans la seconde version, ils retiennent désormais que l'absence d'intervalle libre serait systématique, « *dans tous les cas* » : aucun cas de secouement n'entraînant pas de symptômes immédiatement.

La question se pose de savoir sur quel fondement scientifique cette variation entre la première et la seconde version s'est faite. Son impact sur les procédures pénales est majeur puisque l'absence d'intervalle libre constitue le fondement régulier des poursuites : s'il n'y a pas d'intervalle libre entre le secouement et l'apparition des symptômes, la dernière personne s'étant occupée de l'enfant avant qu'il ne pleure ou ne soit amené à l'hôpital est considérée comme responsable du secouement allégué.

**Cette modification peut paraître insignifiante : elle est majeure, car elle permet de mettre en cause celui qui avait l'enfant juste avant l'apparition des symptômes.**

Les Recommandations HAS de 2017 ne font pas référence dans son corps de texte aux raisons scientifiques ayant conduit à modifier cette estimation de la datation. Il convient donc de se tourner vers l'Argumentaire Scientifique de 2017, dans lequel nous ne notons que deux publications postérieures à 2011 sur ce sujet : il s'agit des publications n° 297 et n° 301, toutes deux mentionnées comme « *De Leeuw 2013* »<sup>45</sup>.

Or, ces publications ne confirment pas l'absence d'intervalle libre systématique mais s'orientent, à l'inverse, dans le sens d'un possible délai entre le secouement allégué et l'apparition des symptômes<sup>46</sup>. Le rédacteur de la partie *Commentaires* du tableau de l'Argumentaire Scientifique paraît bien l'avoir relevé mais être en désaccord. Ainsi note-t-il :

- Pour la première publication : « *Pour les auteurs l'intervalle libre est le temps séparant le traumatisme et des symptômes déjà graves : convulsion ou collapsus. Or dans 2 des 3 cas l'enfant était anormal plus tôt puisqu'il y a eu refus d'alimentation. Cela va vers l'absence d'intervalle libre après secouement comme après impact* »<sup>47</sup>.

<sup>43</sup> Cf. Recommandations HAS de 2011, § 1.1, p. 5.

<sup>44</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, § 1.1, p. 9.

<sup>45</sup> Cf. Argumentaire Scientifique de 2017, p. 283.

<sup>46</sup> À cet égard, nous ne partageons ici aucun accord ou désaccord concernant ces publications : nous ne faisons que reprendre objectivement les conclusions des rédacteurs de l'Argumentaire Scientifique de 2017.

<sup>47</sup> Cf. Argumentaire Scientifique de 2017, p. 283.

- Et pour la seconde publication : « *Pour les auteurs, tant que l'enfant pleure, l'intervalle est considéré comme libre ! Alors qu'il ne l'est pas. En fait la distinction est artificielle entre cas par secousses et cas par impact* »<sup>48</sup>.

Dès lors, c'est bien sur la base de l'opinion du commentateur de ces publications, et non des publications elles-mêmes, que paraît se fonder l'actualisation des Recommandations. **Tout se passe comme si l'opinion de la personne qui collecte les publications pour le groupe de travail des Recommandations de la HAS avait plus de valeur qu'une publication dans une revue à comité de lecture.**

Rien ne peut justifier ce mode opératoire. Mais il est encore plus problématique de constater qu'aucun article cité par les Recommandations HAS de 2017 ne vient justifier le changement de rédaction par rapport à 2011 sur ce point. Le mode opératoire ayant conduit à la révision de la version de 2011 ne peut être que problématique :

- (i) Soit la HAS a utilisé des opinions non exprimées dans son Argumentaire Scientifique de 2017 pour changer de recommandations : auquel cas, c'est le processus entier de revue qu'il convient de remettre en cause puisque les Recommandations ne sont plus une publication d'une autorité administrative indépendante, mais une boîte noire d'où sortent des opinions non substantiées par des publications citées ;
- (ii) Soit le groupe de travail a décidé purement et simplement d'écarter ces publications non conformes à ses opinions : auquel cas, le corps du texte des Recommandations HAS de 2017 aurait dû mentionner que des publications scientifiques récentes avaient une vision différente de la leur sur la question de la datation, à défaut de quoi les Recommandations HAS ne sont plus une publication impartiale mais l'expression d'une opinion, ce qui ne ressort pas de la mission de la HAS et cause un préjudice considérable à l'intégrité du processus judiciaire fondé sur ces Recommandations.

De nouveau, on aurait tort de minimiser l'impact de cette modification de la rédaction des Recommandations dans la mesure où **la datation est très régulièrement débattue au pénal afin d'imputer le secouement allégué par les Recommandations HAS à la dernière personne s'étant occupée de l'enfant.**

Imaginez le cas où une personne A garde son enfant un jour, puis l'amène le lendemain chez une personne B, chez qui le bébé convulse avec les symptômes du SBS. Sur la base des Recommandations HAS de 2011 (*i.e.* intervalle libre possible dans certains cas), la personne A peut être poursuivie. À la suite de la publication de 2017 (*i.e.* impossibilité d'intervalle libre), la personne A est nécessairement écartée de la procédure, et c'est désormais la dernière personne à en avoir eu la garde, à savoir la personne B, qui peut seule être poursuivie. Dira-t-on que nous avons précisément eu ce cas d'école ?

On ne sait pas sur quelle base scientifique les Recommandations HAS s'appuient pour changer cette datation, mais le plus étonnant est que ce mouvement opéré dans l'opinion des Recommandations HAS (« délai possible entre le secouement et les symptômes » vers « pas de délai entre les deux ») va à l'inverse de celui observé ailleurs.

C'est le cas aux Etats-Unis ou au Canada. La justice américaine a pu reconnaître récemment la possibilité, même rare, d'un intervalle libre entre un traumatisme et l'apparition des symptômes : des tribunaux ont ainsi annulé des condamnations sur la base de ces nouvelles données scientifiques<sup>49</sup>. Le

<sup>48</sup> Cf. Argumentaire Scientifique de 2017, pp. 283 et 284.

<sup>49</sup> Cas Jenifer Del Prete. Cette nourrice américaine a passé dix ans en prison, condamnée pour avoir secoué un enfant dont elle avait la garde, avant d'être relâchée sur la base d'éléments d'expertise. Dans leur décision (People v. Del Prete, 2017 IL App (3d) 160535), les juges américains de la Cour d'appel ont essentiellement pris en considération l'opinion expertale attestant de ce qu'un enfant présentant notamment des hématomes sous-duraux et hémorragies rétiniennes (*i.e.* les symptômes usuels du



Rapport Canadien de 2011 précité évoquait également cette évolution : l'absence d'intervalle libre entre le secouement et l'apparition des symptômes, soutenue par les nouvelles Recommandations HAS de 2017, y est présentée comme une croyance ancienne désormais réfutée<sup>50</sup>.

Ainsi, devant un enfant présentant des symptômes similaires au bébé secoué, les Recommandations HAS procèdent à une datation imputant de manière systématique le secouement à la dernière personne s'étant occupée de l'enfant, sans justifier ce systématisme alors que l'état de la science paraît au contraire, à supposer un secouement démontré, incapable de le dater avec précision, pouvant créer ainsi des poursuites injustifiées et des placements abusifs d'enfants.

**B. De manière plus générale, les critères dégagés par la HAS pour conclure au diagnostic du SBS sont controversés dans de nombreux pays, certains ayant même abandonné la référence à la théorie du SBS, ce qui devrait conduire les Recommandations HAS à être plus circonspecte, en informant ses lecteurs de l'existence de cette polémique mondiale**

Le diagnostic du SBS, ou « *traumatisme crânien non-accidentel par secouement* », fait l'objet d'une controverse mondiale aucunement reflétée par les Recommandations HAS :

- Au Canada, le Rapport Canadien de 2011 précité mentionnait l'existence de controverses sur le caractère systématique du diagnostic de bébé secoué en présence d'hémorragies sous-durales et rétinien<sup>51</sup>.

---

SBS) pourrait se comporter normalement pendant une longue période de temps, ce qui infirmait la théorie d'autres experts affirmant que c'était impossible, et que le secouement pouvait donc être imputée à Jennifer Del Prete car l'enfant avait pris un biberon le matin même, ce qui aurait été impossible selon eux.

Cf §51 et seq. <https://cases.justia.com/illinois/court-of-appeals-third-appellate-district/2017-3-16-0535.pdf?ts=1510189700>

<sup>50</sup> Cf le paragraphe « *Moment de la survenue du traumatisme* » du Rapport Canadien de 2011 (nous surlignons et soulignons) : « *L'expérience et les études ont enrichi les connaissances dont on dispose sur le tableau clinique caractéristique d'un enfant ayant subi un traumatisme crânien. Parfois dans le passé, on interprétait le collapsus ou le décès soudain d'un enfant au moment de la survenue du traumatisme.*

*Si des lésions axonales traumatiques diffuses au cerveau étaient présentes, on croyait qu'elles entraînaient une perte de conscience immédiate ou rapide. Dans certains cas de SBS, on est en présence de lésions axonales traumatiques signant une application de force directe. Il est plus probable cependant que les dommages au cerveau dans le SBS découlent d'une carence en oxygène (encéphalopathie hypoxique ischémique) secondaire à l'application d'une force traumatique. L'encéphalopathie hypoxique ischémique est accompagnée de différentes manifestations. Ainsi, l'enfant peut ne pas perdre conscience immédiatement.*

*Bien que l'enfant ne soit pas complètement normal à la suite d'un traumatisme crânien, il peut présenter différents symptômes, dont certains peuvent être vagues et non spécifiques, ce qui limite notre capacité de reconnaître la présence d'un traumatisme crânien. Les études ont démontré qu'on est parfois passé à côté de diagnostics de traumatisme crânien chez des enfants, notamment chez les bébés présentant des symptômes vagues, les symptômes étant alors attribués à différentes autres causes. Il est donc possible que des heures ou même des jours s'écoulent entre la survenue du traumatisme et la perte de conscience ou le collapsus. Cet intervalle, durant lequel le bébé paraît « lucide » (semble dans une certaine mesure normal), réduit la capacité de déterminer le moment de la survenue du traumatisme et réfute la croyance selon laquelle le bébé devient inconscient immédiatement après avoir été secoué vigoureusement, croyance sur laquelle on s'appuyait précédemment pour identifier l'auteur des gestes comme étant la personne ayant vu le bébé au moment du collapsus. »*

<sup>51</sup> Cf le paragraphe « *Mécanisme associé au traumatisme* » du Rapport Canadien de 2011 (nous surlignons et soulignons) : « *Compte tenu des controverses entourant le diagnostic de SBS, les opinions judiciaires et une affirmation faite récemment par le Royal College of Pathologists (R.-U.) ont permis de conclure que la constellation des trois constatations (triade) est un indice significatif de traumatisme mécanique, comportant éventuellement des secousses vigoureuses, mais qu'elle ne doit pas être considérée comme preuve absolue de traumatisme crânien en l'absence d'autres éléments de preuve corroborants/R. v. Harris et al. [2005] Jugement de la Cour d'appel d'Angleterre et du Pays de Galles (EWCA Crim), 1981 au paragraphe 70; The Royal College of Pathologists]. Cette position illustre l'état actuel des connaissances médicales. ».*

Par triade, il est entendu dans ce rapport : « (i) les hémorragies sous-durales (prenant habituellement la forme d'une fine pellicule de sang à la surface du cerveau, dans l'interstice situé entre le cerveau et le crâne) ; (ii) les hémorragies rétinien<sup>51</sup> (saignements dans la partie antérieure de l'œil); (iii) l'encéphalopathie hypoxique ischémique (carence en oxygène dans le cerveau causant un œdème). »

- En Suède, l'agence nationale d'évaluation des pratiques de santé, équivalent suédois de la Haute Autorité de Santé française (ci-après la « SBU »)<sup>52</sup> publiait un rapport en 2016 (ci-après le « Rapport SBU »)<sup>53</sup> déclarant le faible ou très faible niveau de preuves scientifiques du diagnostic de SBS, lorsque celui-ci est basé sur la « triade » constituée par les hémorragies sous-durales, les hémorragies rétiniennes et l'encéphalopathie.

Le Rapport SBU pointe ainsi les insuffisances scientifiques du diagnostic du SBS<sup>54</sup> :

- aussi bien dans le sens déductif (s'il y a un secouement, entraînera-t-il les lésions usuellement rapportées comme symptomatiques du SBS), pour lequel le Rapport SBU conclut : « *Il y a des **preuves scientifiques limitées** au fait que la triade **et donc ses composantes** peuvent être associées à un secouement traumatique (preuves de faible qualité).* »
- que dans le sens inductif (si l'on observe les lésions usuellement rapportées comme symptomatiques du SBS, peut-on en induire l'existence d'un secouement), pour lequel le Rapport SBU conclut : « *Il y a des **preuves scientifiques insuffisantes** sur lesquelles apprécier le caractère précis du diagnostic de la triade pour identifier un secouement traumatique (preuves de très faible qualité).* »

Dans deux dossiers différents, la Cour Suprême (2014) et la Cour Suprême administrative (2018) du pays rendaient des décisions qui ne retenaient pas le diagnostic de bébé secoué, conduisant respectivement à un acquittement et au retour chez ses parents d'un enfant placé. Dans ce dernier cas, la Cour Suprême Administrative justifiait sa décision notamment par les conclusions du Rapport SBU.

À la suite de la publication du Rapport SBU, des médecins du monde entier se sont affrontés sur cette question, par revues scientifiques interposées. Abondant ou non dans le sens du rapport suédois, de très nombreux professionnels ont

<sup>52</sup> La SBU est une autorité indépendante qui, à la demande de l'État, a pour mission d'évaluer les pratiques et les méthodes dans les établissements et services de la santé et de soins dentaires. La SBU a également pour mission d'évaluer les connaissances relatives aux prestations des établissements et services sociaux et des prestations dans le cadre de la loi sur l'action sociale : cf. le site officielle de la SBU - [http://www.sbu.se/globalassets/other\\_languages/om-sbu\\_franska.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/other_languages/om-sbu_franska.pdf).

<sup>53</sup> Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, « *Traumatic Shaking – The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking. A systematic review* », Report 255E/2016.

<sup>54</sup> Rapport SBU, p. 5, « *Résumé des résultats* » (traduction libre) : « *La revue systématique a révélé des résultats évalués comme suit:*

- *Il y a des preuves scientifiques limitées au fait que la triade et donc ses composantes peuvent être associés à un secouement traumatique (preuves de faible qualité).*
- *Il y a des preuves scientifiques insuffisantes sur lesquelles apprécier le caractère précis du diagnostic de la triade pour identifier un secouement traumatique (preuves de très faible qualité).*

*Preuves scientifiques limitées (preuve de faible qualité) représente une estimation combinée d'études de qualité élevée ou moyenne qui révèlent des facteurs qui affaiblissent significativement la preuve. Il est important de noter que les preuves scientifiques limitées, pour la fiabilité d'une méthode ou d'un effet, n'implique pas une absence totale de base scientifique.*

*Preuves scientifiques insuffisantes (preuves de très mauvaise qualité) représente soit un manque d'études en la matière, soit des situations où les études disponibles sont de faible qualité ou aboutissent à des résultats contradictoires.*

*L'évaluation des preuves n'était pas fondée sur la classification formelle des preuves selon le GRADE mais sur une évaluation de l'ensemble des éléments scientifiques.* »

Dans ce rapport, la « triade » est ainsi définie (nous surlignons) : « *Trois composantes d'un ensemble. La triade associée au SBS comprend habituellement un hématome sous-dural, des hémorragies rétiniennes et une encéphalopathie.* »

Cf : [https://www.sbu.se/contentassets/09cc34e7666340a59137ba55d6c55bc9/traumatic\\_shaking\\_2016.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/09cc34e7666340a59137ba55d6c55bc9/traumatic_shaking_2016.pdf)

publiquement pris position et exprimé leurs analyses divergentes, alimentant ainsi le débat.<sup>55</sup>

Malgré cet indéniable débat sur la qualité scientifique du diagnostic du SBS, les Recommandations HAS de 2017 ne font état du Rapport SBU que dans son Argumentaire Scientifique, en présentant les résultats de cette publication comme « *totalelement contestables* » (mais donc non fausses ?), et en arguant que « *concernant l'article d'Adamsbaum [c'est-à-dire un des deux seuls articles retenus par la SBU, comme étant de qualité modérée et qui se trouve être écrit par l'un des cinq membres du groupe de travail établissant les Recommandations] il n'est pas pris en compte que les auteurs sont des experts judiciaires* » – sans explication de pourquoi cette circonstance aurait un impact sur la qualité scientifique de l'article considéré.

Les Recommandations HAS, dans le corps du texte seul lu par les praticiens, ne mentionnent aucunement l'existence d'une polémique mondiale et d'institutions étrangères ayant refusé le diagnostic – ce qui donne faussement l'idée que le diagnostic du SBS est indiscutable.

- A cet égard, les détracteurs français du Rapport SBU, où l'on retrouve les membres du groupe de travail des Recommandations HAS 2017, ont réfuté le recours à la triade comme unique mode de preuve du « *syndrome du bébé secoué* ». En justifiant la méthode utilisée pour leurs études respectives, **plusieurs médecins dont une des cinq chargés de projet des Recommandations HAS, ont concédé, au nom de la Société européenne de radiologie pédiatrique, que la « triade » (i.e. l'association d'hématomes sous-duraux, d'hémorragies rétinienues et/ou d'une encéphalopathie) n'est qu'un élément à prendre en considération parmi une somme de plusieurs autres indices**<sup>56</sup>.

<sup>55</sup> Lynoe, Elinder, Hallberg, Rosen, Sundgren, Eriksson, *Insufficient evidence for « shaken baby syndrome » - a systematic review*, Acta Paediatrica, 24 janvier 2017; Offiah, Servaes, Adamsbaum, Argyropoulou, Halliday, Jaspan, Owens, Raissaki, Rosendahl, Stoodley, Van Rijn, Callahan, Chung, Donaldson, Jaramillo, Slovis, Strousse, *Initial response of the European Society of Paediatric Radiology and Society for Pediatric Radiology to the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services's document of the triad of shaken baby syndrome*, Pediatr Radiology, 23 février 2017; Hellgren, Hellström, Hard, Jacobson, Liden, Löfgren, Fahnehjelm, Ygge, *The new Swedish rapport on Shaken Baby Syndrome is misleading*, Acta Paediatrica, 1er mars 2017; Levin, *The SBU report: a different view*, Acta Paediatrica, 13 mars 2017; Narang, Greeley, Lynoe et al. - *#theRestofthestory*, Acta Paediatrica, 27 mars 2017; Bilo, Banaschak, Herrmann, Karst, Kubat, Nijs, Van Rijn, Sperhake, Stay-Pedersen, *Using the table in the Swedish review on shaken baby syndrome will not help courts deliver justice*, Acta Paediatrica, 27 mars 2017; Ludvigsson, *Extensive shaken baby syndrome review provides a clear signal that more research is needed*, Acta Paediatrica, 29 mars 2017; Lynoe, Rosen, Eriksson, *Questions about isolated traumatic shaking and confessions*, Childs Nerv Syst, 5 avril 2017; Lucas, Bartas, Edstedt Bonamy, Törnudd, Wide, Otterman, *The way forward in addressing abusive head trauma in infants – current perspectives from Sweden*, Acta Paediatrica 19 avril 2017; Lynoe, Eriksson, *May the fear of being falsely accused of having shaken a baby increase parents' demands for scheduled Caesareans?*, Acta Paediatrica, 19 mai 2017; Lynoe, Elinder, Hallberg, Rosen, Sundgren, Eriksson, *The scientific evidence regarding retinal haemorrhages. Response to Hellgren at al. and Levin*, Acta Paediatrica, 19 mai 2017; Lynoe, Elinder, Hallberg, Rosen, Sundgren, Eriksson, *The shaken baby syndrome report was not the result of a conspiracy. Response to Narang et al.*, Acta Paediatrica, 13 juin 2017; Lynoe, Elinder, Hallberg, Rosen, Sundgren, Eriksson, *Is accepting circular reasoning in shaken baby syndrome studies bad science or misconduct?*, Acta Paediatrica, 10 juillet 2017; Vinchon, *Response to Lynoe: questions about isolated trauma shaking and confessions*, Childs Nerv Syst, 18 juillet 2017; Lynoe, Rosen, Eriksson, *Vinchon's responses raise additional questions about the shaken baby-study*, Childs Nerv Syst, 19 octobre 2017; Lynoe, Rosen, Elinder, Hallberg, Sundgren, Eriksson, *Pouring the baby bathwater without throwing away either the baby or its parents: commentary to Saunders et al.*, Pediatr Radiol, 23 octobre 2017; Narang, Estrada, Greenberg, Lindberg, *Acceptance of Shaken Baby Syndrome and Abuse Head Trauma as Medical Diagnoses*, The Journal of Pediatrics; Strouse, *Child abuse: we have problems*, Pediatr Radiol, 17 février 2016.

<sup>56</sup> Saunders, Raissaki, Servaes, Adamsbaum, Kumar Choudhary, Moreno, van Rijn, Offiah, *Throwing the baby out with the bath water – response to the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services report on traumatic shaking*, Pediatric radiology, 7 août 2017 (nous surlignons) : « *les radiologues ne concluent pas à la maltraitance en se fondant simplement sur la présence de la triade. [...] En pratique, les radiologues ne distinguent pas les secousses de l'abus en lui-même, et n'isolent pas les lésions intra-crâniennes d'autres lésions (par exemple, des fractures métaphysaires*

**Cette position, destinée à réfuter le Rapport SBU, est pourtant incohérente avec les Recommandations HAS.** Une fois écartés les diagnostics différentiels limitativement énumérés par les Recommandations HAS, **c'est bien une combinaison plus ou moins marquée d'hématomes sous-duraux et d'hémorragies rétinienne, c'est-à-dire des éléments de la « triade », qui forment les critères diagnostics du « traumatisme crânien non accidentel par secouement », i.e. le SBS, des Recommandations HAS<sup>57</sup>.**

Il est donc faux d'affirmer, comme il est fait notamment dans l'article précité, que les secousses ne sont pas distinguées de la maltraitance plus large et que le diagnostic inclut d'autres éléments. Les autres éléments mentionnés (blessures supplémentaires, historique familial, etc.) ne viennent qu'au surplus pour confirmer le diagnostic établi par les hématomes sous-duraux et/ou les hémorragies rétinienne – ce que les Recommandations HAS de 2017 disent d'ailleurs elles-même<sup>58</sup>.

- Le premier médecin à avoir imaginé, en 1971, un lien possible entre le secouement et l'hématome sous-dural du nourrisson, le neurochirurgien pédiatrique Norman Guthkelch, a déclaré à partir de 2011 que le diagnostic de bébé secoué était devenu bien trop systématique, et co-signé une lettre ouverte appelant les Cours à user précautionneusement des expertises, compte tenu des « évidents désaccords en relation avec le SBS et ses variantes ».<sup>59</sup>

---

et des côtes). [...] Un diagnostic de maltraitance repose sur un examen minutieux de toutes les données disponibles, ce qui inclut souvent des données identifiées et établies par une équipe disciplinaire, un florilège de résultats d'imagerie dans le cerveau, les os, le cou, la colonne vertébrale et l'abdomen ; des lésions ophtalmiques ; des entretiens avec le personnel soignant ; des données médico-légales (y compris des études post mortem) ; la présence de blessures supplémentaires ou antérieures chez l'enfant ou ses frères et sœurs ; la présence d'autres blessures suspectes (traces de brûlure ou de morsure) et l'exclusion de maladies sous-jacentes et de blessures accidentelle » [traduction libre].

<sup>57</sup> Recommandations HAS de 2017, §3, « Critères médicaux permettant, chez un nourrisson, de poser le diagnostic de traumatisme crânien par secouement, les diagnostics différentiels ayant été écartés ». On y lit (nous surlignons, étant précisé que HSD = hématome sous-dural / hématomes sous-duraux, HR = hémorragies rétinienne) :

« Chez un nourrisson, en cas d'histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant, et après élimination des diagnostics différentiels :

- le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est certain en cas de :
  - **HSD** plurifocaux avec caillots à la convexité (vertex) traduisant la rupture de veines ponts,
  - ou **HSD** plurifocaux et **HR** quel que soit,
  - ou **HSD** unifocal avec lésions cervicales et/ou médullaires.
- le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est probable en cas de :
  - **HSD** plurifocaux même sans aucune autre lésion,
  - ou **HSD** unifocal avec **HR** intrarétinienne limitée au pôle postérieur,
  - ou **HR** touchant la périphérie et/ou plusieurs couches de la rétine, qu'elles soient uni ou bilatérales. »

Ainsi, qu'il s'agisse d'un diagnostic « certain » ou « probable », **seuls les hématomes sous-duraux et les hémorragies rétinienne sont utilisés pour affirmer un diagnostic de TCNA par secouement** – contrairement à ce qui est affirmé notamment dans l'article de la note précédente.

<sup>58</sup> Recommandations HAS de 2017, §3, à la suite des critères diagnostiques (nous surlignons) :

« Dans tous les cas, **la probabilité de maltraitance est augmentée** en cas de lésions associées récentes ou anciennes :

- lésions cérébrales hypoxiques diffuses ou de laceration ;
- lésions cervicales et/ou médullaires ;
- fractures du squelette ;
- ecchymoses en particulier de la face, du cou ou du torse ;
- lésions traumatiques, viscérales thoraciques ou abdominales (foie, pancréas, tube digestif, etc.). »

Ces éléments sont donc bien extérieurs aux critères diagnostiques fondés sur les hématomes sous-duraux et les hémorragies rétinienne. Ce ne sont que des éléments « augmentant » la « probabilité de maltraitance ».

<sup>59</sup> Wrennall, L. Bache, B. Pragnell, C. et al 2015 « Open Letter on Shaken Baby Syndrome and Courts: A False and Flawed Premise », Argument & Critique, Jan. <http://www.argumentcritique.com/open-letter-on-sbs.html>

Cette lettre affirme notamment : « Nous sommes profondément inquiets de l'utilisation du concept de syndrome de bébé secoué, qui a pu évoluer en traumatisme par secouement-impact, traumatisme crânien non-accidentel, traumatisme crânien acquis ou autres variantes similaires. (...) Une inquiétude majeure est que le « diagnostic » du bébé secoué risque de brouiller la limite entre diagnostic et verdict. (...) Il peut être montré dans beaucoup de ces procédures que les experts de l'accusation alléguant

- Des recommandations officielles aux procureurs britanniques appellent à la prudence sur les diagnostics de bébé secoué qui sont effectués sur la seule base des hémorragies sous-durales et rétinienues<sup>60</sup>.

En définitive, il existe une indéniable controverse scientifique mondiale autour du diagnostic du syndrome du bébé secoué et ses variantes (dont le terme utilisé par les Recommandations HAS, « *traumatisme crânien non accidentel par secouement* »). Compte tenu de l'ampleur de cette polémique médicale, une présentation impartiale du sujet doit conduire à mentionner au moins l'existence de ce débat et en décrire les termes – ce qui n'est absolument pas fait par les Recommandations HAS.

Pire, les Recommandations HAS laissent croire qu'il n'existe pas de polémique scientifique sur le syndrome du bébé secoué en **présentant ceux qui ne sont pas de l'opinion du groupe de travail comme des « négationnistes »** (sic) : ce terme est même utilisé dans l'Argumentaire Scientifique des Recommandations HAS<sup>61</sup>. Est-ce une manière impartiale et mesurée d'aborder un débat scientifique ? Cette appellation outrancière, dégradante et fautive (puisque aucun auteur ne nie l'existence de la maltraitance ou de secouements), n'a pas sa place dans les Recommandations HAS – mais peut interroger quant à la volonté de ses rédacteurs de réellement refléter le débat scientifique actuel.

**Ainsi, les Recommandations HAS, en ne reflétant pas l'existence d'un débat mondial sur les symptômes du SBS, dénature le degré de fiabilité de ses critères diagnostiques, pouvant créer ainsi des poursuites injustifiées et des placements abusifs d'enfants.**

**C. Nonobstant la controverse mondiale sur ce sujet, les Recommandations HAS utilisent des termes affirmatifs, créant une présomption de culpabilité presque impossible à réfuter lorsqu'aucune autre explication médicale est trouvée**

1. Les termes employés par la HAS conduisent les professionnels de santé à conclure au SBS sans approfondir les investigations qui permettraient de mettre en lumière une explication alternative aux lésions

Malgré l'importance de la controverse relative à la théorie du SBS telle que développée par la HAS, celle-ci continue d'employer des termes très affirmatifs quant au diagnostic du SBS, et plus particulièrement quant à son degré de certitude.

Selon les Recommandations HAS, « *en cas d'histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions observées ou l'âge de l'enfant, et après élimination des diagnostics différentiels, le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est certain* »<sup>62</sup> si les critères établis sont remplis.

Les « *diagnostics différentiels* » auxquels il est fait référence sont limitativement énumérés par la HAS<sup>63</sup>. De sorte que face à un nourrisson, les Recommandations HAS amènent à conclure, par défaut, au syndrome du bébé secoué si aucun des diagnostics différentiels listés n'est cohérent avec les éléments recueillis.

---

*que le SBS a entraîné la mort ou des dommages sérieux est incorrecte. La base scientifique pour l'affirmation que ces lésions sont la conséquence d'un secouement violent délibérément infligé est très controversée. »*

<sup>60</sup> Cf (nous soulignons) : « *Dans un cas où un enfant meurt (ou subit une blessure grave), (...), il est rare qu'une accusation d'homicide (ou de tentative de meurtre ou d'agression) puisse être portée lorsque le seul élément de preuve disponible est la triade de lésions. De telles preuves sont rarement concluantes d'un traumatisme crânien infligé et les procureurs devraient rechercher d'autres preuves à l'appui.* » <https://www.cps.gov.uk/legal-guidance/non-accidental-head-injury-cases-na-hi-formerly-referred-shaken-baby-syndrome-sbs>

<sup>61</sup> Ce terme de « *négationniste* », comme si ceux qui remettent en cause les critères de diagnostic remettaient en cause les camps de la mort (!), se retrouve à trois reprises dans l'Argumentaire Scientifique : pp. 7, 179, 270.

<sup>62</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, § 3, p. 21.

<sup>63</sup> Cf. Recommandations HAS de 2017, § 1.3, p.15.

Cette méthode pousse le praticien à écarter très rapidement – voire à ne pas envisager du tout – certaines explications médicales ne pouvant être totalement validées au moment où il se prononce, faute d'éléments suffisants dans le dossier médical. Lorsque les professionnels de santé pensent avoir objectivé à l'imagerie un hématome sous-dural et des hémorragies rétinienne, le diagnostic du SBS semble en effet régulièrement posé de façon « certaine » et les recherches de toute autre pathologie éventuelle s'arrêtent.

De la même manière, si l'enfant est atteint d'une maladie encore inconnue à ce jour, par construction : (i) celle-ci ne fera pas partie des diagnostics différentiels listés par les Recommandations HAS et (ii) l'histoire clinique ne pourra être qu'incompatible avec les lésions observées. En l'état actuel des connaissances, si le praticien suit les Recommandations HAS, il considérera un tel cas comme un SBS et procédera à un signalement.

2. Le diagnostic certain crée une présomption de culpabilité quasiment irréfutable

Transposé en matière pénale, le diagnostic certain de SBS crée une présomption de culpabilité accablant la personne suspectée.

Cette présomption devient quasiment impossible à renverser, faute de temps et/ou de moyens pour démontrer l'existence d'une hypothèse alternative, les expertises dites privées étant particulièrement longues et coûteuses.

S'ajoute à cela le fait que le dossier médical de l'enfant est automatiquement saisi et placé sous scellé. Les éléments médicaux, qui seront un support substantiel des rapports d'expertise rendus par la suite, deviennent inaccessibles à la défense.

Lorsqu'elles parviennent à être menées, les investigations de la défense sont perçues comme révélatrices du refus d'avouer : une pression considérable est mise sur le suspect par les acteurs judiciaires, convaincus de la réalité du diagnostic expertal. La relation du moindre incident dans la période considérée par l'expertise prend alors des proportions d'aveux partiels et la condamnation devient presque inévitable.

\*

\*

\*



### III. La HAS doit prendre la mesure du grave problème de santé publique posé par la Recommandation HAS, susceptible de causer un nombre massif d'erreurs médicales conduisant à autant d'erreurs judiciaires, et l'abroger

De nombreux professionnels s'alarment de l'application des Recommandations HAS et leur utilisation excessive dans le processus judiciaire<sup>64</sup>.

Ce serait une erreur de penser que les diagnostics erronés ne constitueraient qu'une partie statistiquement négligeable au regard du grand nombre de bébés réellement victimes de maltraitance par secouements. Plusieurs indices laissent craindre en effet un problème épidémiologique majeur.

Un rapport récent de Santé Publique France estimait une incidence annuelle en France de 52 diagnostics « possibles, probables, ou certains » par 100 000 naissances, en se basant sur les données hospitalières du PMSI-MCO, ce qui correspondrait à environ 400 cas annuels<sup>65</sup>. Or, ce chiffre est deux fois plus élevé que celui généralement admis avant la publication des Recommandations HAS 2011, à savoir 180 à 200 cas par an<sup>66</sup>. En l'absence d'arguments épidémiologiques en faveur d'une augmentation soudaine de la maltraitance en France, **cette augmentation ne serait-elle pas due à une multiplication des diagnostics posés erronément sur la base des critères contestables des Recommandations HAS ?**

De même, une étude suédoise épidémiologique de 2018 suggère que la croissance importante du nombre de diagnostics de maltraitance infantile en Suède (multiplié par 10 depuis 1990, par deux depuis 2008) correspond au développement de la formation des médecins à faire un diagnostic de SBS. Sans pouvoir l'affirmer avec certitude, cette croissance pourrait être liée à un surdiagnostic, et cette simple possibilité pose, selon l'étude, des questions éthiques et médico-légales<sup>67</sup>.

Par ailleurs, il faut noter que les études épidémiologiques retrouvent régulièrement **une proportion importante d'enfants de moins de six mois et un excès de garçons parmi les bébés recevant le diagnostic de bébé secoué**. Une enquête de l'Inserm<sup>68</sup>, menée entre 2002 et 2005, auprès des 27 parquets d'Ile-de-France, de Bretagne et du Nord-Pas-de-Calais (l'« Etude INSERM de 2005 »), notait que « *parmi les bébés secoués, 74% ont moins de 6 mois* »<sup>69</sup> et que « *la prédominance masculine est massive dans le cas des «bébés secoués» (77% sont des garçons)* »<sup>70</sup>. Ce pourcentage de garçons était retrouvé dans l'étude réalisée en 2010 par l'un des quatre chargés de projet des Recommandations HAS : 76% de garçons.

Certains arguments ont pu être avancés pour expliquer le fait que le syndrome du bébé secoué concerne des bébés de moins de six mois, mais la surreprésentation de garçons, à notre connaissance, n'a jamais été scientifiquement expliquée. Peut-on réellement se contenter de l'explication hypothétique parfois avancée, sans fondement scientifique à notre connaissance, selon laquelle les garçons pleureraient plus souvent ou plus fort que les filles ?

N'est-il pas plus simple de rapprocher ces surreprésentations avérées dans le SBS (garçons, moins de 6 mois) d'autres surreprésentations identiques avérées, dans certaines des pathologies ci-dessus évoquées comme reproduisant les symptômes du syndrome du bébé secoué ?

<sup>64</sup> Cf. notamment [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/01/07/le-diagnostic-du-syndrome-du-bebe-secoue-donne-lieu-a-une-guerre-d-experts\\_5406046\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/01/07/le-diagnostic-du-syndrome-du-bebe-secoue-donne-lieu-a-une-guerre-d-experts_5406046_1650684.html)

<sup>65</sup> Cf. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019\\_26-27\\_4.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27_4.pdf)

<sup>66</sup> MIREAU, E. (2005). *Syndrome du bébé secoué, hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance à propos d'une série de 404 cas. These de médecine. Université de Paris V.*

<sup>67</sup> Högberg, U., Lampa, E., Högberg, G., Aspelin, P., Serenius, F., & Thiblin, I. (2018). *Infant abuse diagnosis associated with abusive head trauma criteria: incidence increase due to overdiagnosis?* European Journal of Public Health, 181, 17–6.

<sup>68</sup> A. Tursz et al., Juillet 2005, « *Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets* », CERMES (CNRS UMR 8559, Inserm U 502, EHES) [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_MortsSuspectesNourrissons\\_2005.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MortsSuspectesNourrissons_2005.pdf)

<sup>69</sup> A. Tursz et al., Juillet 2005, *précit.*, p. 41

<sup>70</sup> A. Tursz et al., Juillet 2005, *précit.*, *ibid.*

Car il est avéré que les garçons, et les enfants de moins de 6 mois, sont surreprésentés dans les cas d'expansion des espaces sous-arachnoïdiens (EESA, aussi appelée « *hydrocéphalie externe* »), dont on a vu qu'elle pouvait reproduire les symptômes du syndrome du bébé secoué. Une publication de 2019 dans la revue *Pediatric Neurology*, portant sur 176 enfants présentant une hydrocéphalie externe bénigne, concluait (nous surlignons) : « ***La distribution par âge de l'hydrocéphalie externe bénigne est, de manière frappante, similaire à la distribution de l'hématome sous-dural chez le nourrisson, qui a un pic d'incidence durant les premiers mois de vie. Cela semble aussi être le cas avec la prépondérance de garçons (86,4%), une répartition par sexe similaire à celle de l'hématome sous-dural chez le nourrisson. Ces similarités de distribution en âge et en sexe n'est peut-être pas une coïncidence, puisque l'hydrocéphalie externe bénigne est un facteur de risque connu pour le développement d'un hématome sous-dural. Il est aussi quelque peu intrigant que les nourrissons diagnostiqués du traumatisme crânien non accidentel [i.e. du syndrome du bébé secoué] montre une distribution presque identique en âge et en sexe avec celle trouvée pour l'hydrocéphalie externe bénigne*** »<sup>71</sup>.

Et si cette similarité de surreprésentation était due au refus de reconnaître l'EESA comme une cause des symptômes similaires au syndrome du bébé secoué ? Si l'EESA engendre les symptômes utilisés pour diagnostiquer le SBS et que les Recommandations HAS refusent cette explication, alors les Recommandations HAS, en refusant ce diagnostic, font rentrer dans la cohorte des « bébés secoués » des quantités d'enfants ayant simplement une EESA. Et si le nombre de ces erreurs est massif, c'est-à-dire si, dans l'ensemble des bébés diagnostiqués comme secoués, la proportion d'enfants ayant une EESA expliquant leurs symptômes est massive, alors les caractéristiques des EESA (surreprésentation des garçons, des enfants de moins de 6 mois) se retrouveront dans les caractéristiques de la cohorte des bébés diagnostiqués comme secoués.

Dès lors, sauf à considérer qu'il s'agit d'une incroyable coïncidence statistique, **il est sérieusement envisageable que la proportion de diagnostics erronés de syndrome du bébé secoué (enfants ayant en réalité une EESA) soit tellement importante qu'elle ait un impact massif sur la cohorte totale des bébés diagnostiqués comme secoués**, à tel point que les deux cohortes aient des caractéristiques similaires. Il y aurait ainsi potentiellement (beaucoup) plus de diagnostics erronés que de diagnostics valides du syndrome du bébé secoué.

Cette simple hypothèse, plausible, terrifiante, devrait à elle seule conduire la Haute Autorité de Santé à abroger immédiatement ses Recommandations relatives au syndrome du bébé secoué.

\*

\*

\*

<sup>71</sup> Cf. ZAHL, Sverre Morten, EGGE, Arild, HELSETH, Eirik, et al. Clinical, Radiological, and Demographic Details of Benign External Hydrocephalus: A Population-Based Study. *Pediatric neurology*, 2019, in fine (traduction libre)



Pour toutes les raisons qui précèdent, Madame le Président, je vous demande par la présente, en mon nom propre, en qualité d'avocat, et au nom de l'association Adikia, de bien vouloir abroger, notamment pour cause d'illégalité, les « *Recommandations de la commission d'audition relatives au syndrome du bébé secoué* », publiées en mai 2011, ainsi que la « *Recommandation de bonne pratique relative au syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement* », publiée en juillet 2017.

**Grégoire Etrillard**  
Avocat à la Cour