

Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ?

Natacha Vellut, Jon Cook, Anne Tursz

▶ **To cite this version:**

Natacha Vellut, Jon Cook, Anne Tursz. Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ?. Strenae - Recherches sur les livres et objets culturels de l'enfance, 2017. hal-01984847

HAL Id: hal-01984847
https://hal.science/hal-01984847

Submitted on 17 Jan 2019

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

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

Natacha Vellut, Jon Cook, Anne Tursz

Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ?

Résumé

Dans le cadre d'une étude menée dans les tribunaux de trois régions françaises, 31 cas de bébés secoués dans un contexte familial sont repérés. L'analyse de ces dossiers judiciaires permet d'identifier trois environnements familiaux distincts : un environnement « jeune », au profil homogène caractérisé par un niveau socioéconomique plutôt faible et une certaine immaturité du couple parental ; un environnement plus difficile à caractériser où l'enfant décède à la suite d'un secouement unique consécutif au débordement explosif d'un des parents ; un environnement « violent » où l'enfant a été systématiquement maltraité à plusieurs reprises, environnement caractérisé par l'important investissement professionnel des parents et une composition familiale socialement conventionnelle. Cette analyse peut permettre aux professionnels de l'enfance d'ajuster au mieux leur prévention du syndrome du bébé secoué (SBS).

Introduction

Les secouements d'enfants, plus connus sous les dénominations scientifiques de traumatisme crânien non accidentel (*abusive head trauma in infants* en anglais), ou de syndrome du bébé secoué (SBS), ont donné lieu à nombre de publications spécialisées se déclinant soit sur un versant médical soit sur un versant juridique questionnant la réalité d'une infraction. Les articles sont nombreux sur le diagnostic et les conséquences médicales du SBS d'une part du fait de l'enjeu pénal de ce diagnostic, un traumatisme intentionnel devant entraîner une saisine de la justice et le lien n'étant pas toujours facile à établir entre diagnostic et mise en cause juridique[1], et d'autre part du fait des conséquences médicales qui, quand elles ne sont pas fatales, peuvent être lourdement handicapantes pour l'enfant victime.

Auguste Ambroise Tardieu, pathologiste et médecin légiste, décrit le premier un signe typique de secouement, l'hématome sous-dural, lorsqu'il examine le cerveau de 32 enfants physiquement abusés par leurs parents, ce qui donne lieu à la première publication sur la maltraitance infantile, *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants,* qui paraît en 1860[2]. Le tableau clinique associant hématome sous-dural et hémorragies rétiniennes est décrit dès 1930 par Sherwood[3]. Il est relié à des secousses dès 1946 par le pédiatre et radiologiste américain John Caffey[4] qui fait un bilan de sa longue expérience d'une trentaine d'années dans un célèbre

[1] M. PIERRE, R. BOUVET, M. BALENÇON, M. ROUSSEY, & M. LE GUEUT, « Traitement judiciaire des cas de «bébés secoués». Aspects répressifs et indemnitaires », *Archives de Pédiatrie, 21*(4), pp. 363-371, 2014.

[2] A. ROCHE, G. FORTIN, J. LABBE, J. BROWN, D. CHADWICK, «Tardieu: the first definitive description of child abuse », *Child Abuse and Neglect*, n°29(4), pp. 325-34, 2005.

[3] D. SHERWOOD, «Chronic subdural hematoma in infants», *The American Journal of Diseases of Children*, n°39, pp. 980-1021, 1930.

[4] John *CAFFEY,* « *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma* », *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine, n°56, pp. 163–173, 1946.*

article de 1972[5]. Il insiste sur les graves conséquences neurologiques du secouement, geste peu reconnu comme pathogène à cette époque. Pourtant, dans les années 50, les médias américains s'étaient emparé de l'histoire d'une nurse, Virginia Jaspers, qui avait tué trois enfants et en avait blessé 12 autres en les secouant pour qu'ils puissent, avait-elle soutenu, faire leur rot[6]. En Europe, c'est à un neurochirurgien anglais, A. Norman Guthkelch[7], qu'on doit d'associer les hématomes sous-duraux aux secouements. En France, Michel Roussey souligne la difficulté du diagnostic et l'importance de l'anamnèse familiale. Il contribue à la sensibilisation des pédiatres et médecins en qualifiant de maltraitance ce geste de secouement de l'enfant.[8]

Dès ces premiers articles, les difficultés et polémiques autour du syndrome du bébé secoué, du geste qui le cause aux conséquences qui en découlent, sont posées[9].

Le tableau clinique se stabilise finalement autour de trois éléments : hémorragies intracrâniennes sous la forme le plus souvent d'hématomes sous-duraux, parfois d'hémorragies sous-arachnoïdiennes, hémorragies rétiniennes qui expliquent qu'une conséquence fréquente d'un secouement est la cécité, lésions cérébrales dues à des oedèmes cérébraux et à des déchirures axonales. Les spécialistes parviennent donc à ce tableau typique des lésions consécutives à un secouement. La question demeure du caractère intentionnel de ce geste. S'agit-il d'un comportement inadapté de parents en difficulté face à des pleurs notamment ? Les pleurs et cris des nouveau-nés sont en effet identifiés comme pouvant provoquer ce geste de secouement, dans une volonté de « calmer » l'enfant[10]. Le pédopsychiatre canadien, Ronald G. Barr, a initié des programmes d'information et de formation à destination des parents pour modifier leurs représentations négatives des pleurs de leur(s) enfant(s)[11]. Par ailleurs, les familles maltraitantes sont identifiées comme étant plus sévères et utilisant des punitions physiques[12]. Certains parents considéreraient le secouement comme un mode éducatif, une sorte de discipline comme le relève Ronald G. Barr. Cependant ce circuit sur le modèle stimulus-réponse, pleurs-secouement, suffit-il à expliquer la fréquence du syndrome du bébé secoué ?

---

[5] John CAFFEY, « On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation », *The American Journal of Diseases of Children, n°124*(2), pp. 161-169, 1972. Quant au terme même de syndrome de l'enfant battu, il est à mettre au crédit de C. Henry KEMPE et ses co-auteurs dans leur article de 1962 : C. Henry KEMPE, Frederic N.SILVERMAN, Brandt F. STEELE, William DROEGMUELLER, Henri K. SILVER, « The battered-child syndrom. Journal of the American Medical Association», n°181, pp.17-24, 1962.

[6] Philip L. WHEELER, « Shaken baby syndrome-an introduction to the literature », *Child Abuse Review*, n°12(6, Special Issue: Protecting Babies), pp. 401-415, 2003.

[7] A. N. GUTHKELCH, « Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries », *British Medical Journal, 2*(5759), pp.430-43, 1971.

[8] M. ROUSSEY, A. DABADIE, P.BETREMIEUX, M.C. LEFRANÇOIS, H. JOURNLE & Y. GANDON « Des sévices pas toujours évidents : l'enfant secoué », *Archives françaises de pédiatrie, 44*, 441-444, 1987.

[9] S. LAZORITZ & V.J. PALUSCI, *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach,* New York, Haworth Maltreatment and Trauma Press/The Haworth Press, 2001.

[10] Ronald G. BARR, R.B. TRENT, J. CROSS, « Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking », *Child Abuse & Neglect*, n°30(1), pp.7-16, 2006.

[11] Sous l'acronyme PURPLE qui signifie Peak *of crying, Unexpected, Resists soothing, Pain-like face, Long-lasting, Evening*. Ces pleurs et cris aigus, inattendus, difficiles à calmer, qui déforment le visage de l'enfant, durent longtemps et se produisent souvent le soir, débutent à environ deux semaines de vie et se poursuivent jusqu'aux 3 ou 4, parfois 5 mois de l'enfant, avec un pique dans le 2ème mois. Voir aussi : J.M. BRADSHAW, *Preventing Shaken Baby Syndrome: A comparison of two parent education programs.* (Vol. 71). Ann Arbor, ProQuest Information Learning, 2011.

[12] J. BROWN, P. COHEN, J.G. JOHNSON & S. SALZINGER, « A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect », *Child Abuse & Neglect, 22*(11), pp. 1065-1078, 1998.

Chaque année, des enfants meurent ou deviennent gravement handicapés du fait de ces traumatismes crâniens non accidentels. Les enfants avec SBS sont en effet les plus à risque de développer des séquelles neurologiques et cognitives irrémédiables par rapport à des enfants subissant d'autres abus physiques ou des situations de négligence. E. De Becker et F. Weerts[13] avancent le chiffre de 25 cas pour 10 000 naissances dont 10 à 20 % décèderaient. Le syndrome du bébé secoué serait ainsi l'un des gestes les plus meurtriers à l'encontre des nouveau-nés[14]. D'après une récente étude épidémiologique française, 2,9 enfants de moins d'un an décèdent d'un secouement pour 100 000 naissances[15]. Il est pourtant remarquable que le syndrome du bébé secoué reste absent de plusieurs articles sur les infanticides, listant des gestes meurtriers aussi variés que la suffocation, les coups, les blessures à arme blanche, le tir armé… mais pas le secouement, ni du côté des mères[16] ni du côté des pères[17]. Avant d'être reconnus par la justice, ces gestes de secouement meurtriers doivent être identifiés par les soignants, ce qui n'est pas toujours le cas et est dénoncé depuis longtemps[18], y compris par des sociologues qui s'intéressent au phénomène de l'invisibilité[19]. Les parents impliqués bénéficient peut-être de la confusion entre SBS et traumatisme crânien dont on oublierait de questionner le caractère intentionnel ou accidentel.[20] Notons toutefois que la sous-estimation du SBS s'inscrit dans le sous-signalement plus général de la maltraitance à enfants.[21]

Quoi qu'il en soit, pouvoir identifier des parents susceptibles de secouer leur enfant peut s'avérer précieux dans une optique préventive. Notre étude a donc pour objectif d'exploiter les multiples données disponibles dans des dossiers judiciaires de cas de SBS, pour tenter de distinguer des profils de parents à risque, profils qui pourraient aider les personnels de santé et des services sociaux à mieux cibler leurs efforts de prévention vis-à-vis de cette forme de maltraitance.

Données et méthode

Une étude rétrospective (1996-2000) menée dans les tribunaux de trois régions françaises (Bretagne, Ile de France, Nord-Pas-de-Calais), a permis de repérer les cas suspects d'enfants décédés avant l'âge d'un an. Dans ce cadre, nous avons pu identifier 37 cas de bébés secoués décédés des suites d'un ou plusieurs secouement(s), dont 31 ont été secoués par au moins un membre de leur famille. Notre définition du SBS est celle des experts de médecine légale qui réalisent les autopsies et examens physiques et histologiques utilisés par la justice. Le SBS est ainsi défini comme l'association d'un ou

[13] E. de BECKER & F. WEERTS, « Syndrome du bébé secoué : des lésions somatiques à la psychopathologie parentale *Neurospychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* », *n°57*, pp. 429-436, 2009.
[14] F. GUTIERREZ, P. CLEMENTS & J. AVERILL, « Shaken baby syndrome: assessment, intervention, & prevention », Journal of *Psychosocial Nursing* and *Mental Health Services, n°42*(12), pp. 22-29, 2004.
[15] Anne TURSZ & Jon COOK, « Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources », *Pediatric radiology, n°*44(Supplement 4), pp.641-646, 2014.
[16] M.K. KRISCHER, M. H. STONE, K. SEVECKE & E.M. STEINMEYER, « Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients », *International Journal of Law and Psychiatry, n°30*(3), pp. 191-200, 2007.
[17] Dominique BOURGET & Pierre GAGNÉ, **«** Paternal filicide in Québec **»,** Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, n°33*, pp. 354-360, 2005.
[18] C. H. KEMPE, F.N. SILVERMAN, B.F. STEELE, W. DROEGEMUELLER & H.K. SILVER, « The battered-child syndrome », *Child Abuse & Neglect, n° 9*(2), pp. 143-154, 1985.
[19] R. WESTRUM, « Thinking by Groups, Organizations, and Networks :A Sociologist's View of the Social Psychology of Science and Technology », in W. R. SHADISH & S. FULLER (Eds.), *The Social Psychology of Science : The Psychological Turn* (pp. 329-342), New York, Guilford Press, 1994.
[20] C.W. CHRISTIAN, R. BLOCK & Committee on Child Abuse and Neglect, « Abusive head trauma in infants and children », *Pediatrics, 123*(5), pp.1409-1411, 2009.
[21] R. GILBERT, A. KEMP, J. THOBURN, P. SIDEBOTHAM, L. RADFORD, D. GLASER & H.L. MACMILLAN, «Recognising and responding to child maltreatment », *Lancet, n° 373*(9658), pp. 167-180, 2009.

plusieurs hématomes sous-duraux avec des hémorragies rétiniennes et la présence possible de blessures axonales ou d'oedèmes cérébraux.

L'étude des dossiers judiciaires de ces affaires donne accès à de multiples sources d'information : procès-verbaux d'audition et de constatation des faits par la police judiciaire ; procès-verbaux d'audition par le juge d'instruction ; rapports des expertises médicales, techniques, psychiatriques et psychologiques et enquêtes de personnalité ; comptes rendus d'autopsie et autres investigations scientifiques ; réquisitoires, ordonnances, jugements...

Pour analyser ce riche matériel nous avons défini 64 items descriptifs que nous avons identifiés à partir de la littérature scientifique internationale sur le sujet de la maltraitance mortelle à enfants mais aussi sur le sujet plus vaste de la violence criminelle. A l'instar de nombre d'études dans ces domaines[22], nous retenons des caractéristiques descriptives des victimes c'est-à-dire des enfants (données démographiques comme âge et sexe, mais aussi particularités comme la prématurité, une grossesse difficile, des problèmes de santé, etc.), des caractéristiques descriptives des auteurs (données sociodémographiques mais aussi socio-économiques comme la catégorie socioprofessionnelle, mais aussi psychologiques et de personnalité), des caractéristiques de contexte familial des auteurs (composition ou recomposition familiale, climat relationnel). Nous retenons aussi des variables dites biographiques des auteurs. Il est en effet reconnu dans la littérature pénale aussi bien sociologique que psychiatrique que le parcours biographique de l'auteur, son histoire, ont des impacts majeurs sur son état psychopathologique ultérieur, repéré comme un facteur de risque possiblement explicatif du passage à l'acte meurtrier (le recours aux expertises médico-psychologiques et psychiatriques dans la procédure judiciaire se justifiant en partie de ces approches[23]). Nous sélectionnons donc plusieurs variables descriptives de l'enfance, l'adolescence et le début dans la vie adulte des auteurs (antécédents de violence, d'addiction, de troubles psychiatriques ou psychologiques, événements de vie défavorable en référence à l'étude dite *ACE*[24]). Enfin, nous sélectionnons des variables descriptives des circonstances du passage à l'acte susceptibles de l'éclairer (stress des parents dû à des difficultés matérielles, conflit parental, etc.). De l'ensemble de ces 64 items, deux – malgré le petit effectif de notre recherche – sont statistiquement significatifs selon un test de χ^2 : l'âge et l'occupation professionnelle des auteurs. Ces deux variables permettent de distinguer deux groupes : les jeunes parents (quasiment tous sans occupation professionnelle puisqu'un seul parent, un père, travaille) et les parents plus âgés. Le premier groupe s'est avéré homogène, regroupant toute une série de variables comme nous le précisons dans la suite du texte. Le deuxième groupe, moins cohérent de prime abord, est scindé en deux sous-groupes grâce à la prise en compte d'une variable importante et prédictive de la violence à enfant, la répétition de gestes violents. Nous avons, à ce stade de notre recherche, recours à l'outil NVivo (logiciel d'enquêtes et de traitement de données qualitatives) pour organiser nos données en fonction de ces premiers éléments et préciser l'analyse.

Limites de l'étude

Une importante limite à notre connaissance des parents auteurs de secouements à enfants est liée à la nature de nos données qui sont issues de dossiers de justice. Nous n'avons pas accès, et pour

[22] Voir pour exemple, Laurent MUCCHIELLI, « Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990 », *Populations,* n°59, volume 2, pp.203-232, 2004.

[23] Michel DAVID, *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris, L'Harmattan, 2006.

[24] L'*ACE Study*, *Adverse Chilhood Experiences Study*, a démontré un lien entre des expériences négatives de l'enfance et le devenir sanitaire et social adulte. Elle a abouti à nombre de publications, pour exemple une récente revue de littérature : Karen A. KALMAKIS and Genevieve E. CHANDLER, « Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning » *Journal of Advanced Nursing*, n°70, volume 7, pp.1489-501, 2014.

cause, aux secouements mortels qui ne donnent pas lieu à des poursuites. Par ailleurs, nous n'étudions pas les faits directement mais leur récit par des institutions, ici la police et la justice. La procédure judiciaire reflète imparfaitement les comportements violents de parents à l'égard de leurs enfants. Des études précédemment citées démontrent la sous-estimation de ces violences, d'autres concluent que le pénal « prend surtout en charge des justiciables de classes défavorisées. »[25] Nous verrons que notre étude confirme la surreprésentation de ces classes socialement plus défavorisées dans les condamnations.

Une autre limite est, malgré notre ambition de rationnaliser et expliquer ce geste meurtrier, la part incompréhensible qu'il conserve en tant que passage à l'acte.

Résultats

Malgré la petite taille des effectifs, assez usuelle dans la plupart des études sur le SBS, des faits et des profils cohérents peuvent être identifiés.

Les enfants décédés

Ils sont au nombre de 31 dans notre étude, 25 garçons et 6 filles. Beaucoup d'auteurs notent la surreprésentation des garçons dans cette forme de maltraitance[26].

Vingt-cinq des nouveaux nés de notre étude sont âgés de moins de 5 mois, ce qui est parfaitement congruent avec la moyenne d'âge de 4,6 mois d'une étude canadienne[27] ou avec la moyenne d'âge de 5 mois d'une analyse de la littérature[28].

Neuf enfants de notre étude, soit presque un tiers, sont prématurés, ce qui représente un pourcentage bien supérieur à la moyenne en France qui s'établit à environ 7%. Quatre de ces neuf enfants prématurés sont issus d'une grossesse gémellaire, soit 12% des enfants de notre étude alors que le taux de grossesses doubles était de 1,7% en 2013 en France, ce qui confirme une surreprésentation de jumeaux déjà signalée dans la littérature[29]. Ces surreprésentations d'enfants prématurés et/ou jumeaux expliquent sans doute que la moitié des grossesses dont ils sont issus ont été décrites comme difficiles par les mères .

Dans notre étude seuls 13 des 31 bébés sont les premiers enfants à la fois de leurs mère **et** père ;huit sont certes un premier enfant mais uniquement de leur mère **ou** père, ce qui nuance la présentation dans d'autres études du premier rang de naissance de l'enfant comme facteur de risque[30].

Enfin, sept de ces enfants font l'objet de doutes quant à leur filiation paternelle.

---

[25] Colette PARENT, « La criminologie féministe et la question de la violence des femmes », *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, «Sciences humaines», 2012, pp.273-285

[26] Anne TURSZ & Jon COOK, « Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources », *Pediatric radiology, n°*44 (Supplement 4), pp.641-646, 2014.

[27] W. James KING, Morag MACKAY, Angela SIRNICK & The Canadian Shaken Baby Study Group, « Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases », *Canadian Medical Association Journal, n° 168*(2), pp. 155-159, 2003.

[28] D. RENIER, « Syndrome du bébé secoué », *Journal de pédiatrie et de puériculture, n°25*, pp. 158-164, 2012.

[29] Inga TALVIK, Randell C. ALEXANDER, & Tiina TALVIK, « Shaken baby syndrome and a baby's cry », *Acta Paediatrica, n° 97*(6), pp. 782-785, 2008.

[30] E. de BECKER & F. WEERTS « Syndrome du bébé secoué : des lésions somatiques à la psychopathologie parentale », *Neurospychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n° 57*, pp. 429-436, 2009.

Les caractéristiques de l'enfant ne sont donc pas neutres dans le syndrome du bébé secoué, au contraire du néonaticide où elles ont peu d'influence dans l'acte meurtrier.[31]

Trois environnements familiaux

Trois types d'environnements familiaux sont identifiés à partir des 64 items décrits ci-dessus :

- Un environnement « jeune », au profil homogène caractérisé par un niveau social plutôt faible, des difficultés financières ou de logement, une absence notable d'activité et d'investissement professionnels, la présence plus fréquente d'addictions et une certaine immaturité du couple parental décrite dans les dossiers sous forme d'absence d'autonomie (aussi bien matérielle qu'affective), de difficulté à contrôler réactions et émotions, d'impuissance à assurer la satisfaction de ses besoins vitaux ;
- Un environnement plus difficile à caractériser où l'enfant décède à la suite d'un secouement unique. Cet environnement se caractérise par des recompositions familiales, l'enfant décédé n'étant jamais le premier enfant de ces deux parents (bien qu'il puisse être le premier enfant d'un des parents). Les troubles psychologiques sont fréquents, sans être majeurs, au sein du couple parental. Le secouement unique semble être consécutif à un débordement explosif d'un des parents ;
- Un environnement « violent », c'est-à-dire où l'enfant a été systématiquement maltraité à une ou plusieurs reprises avant son décès, environnement caractérisé par l'important investissement professionnel des parents, une composition familiale conventionnelle (répondant étroitement aux normes sociales) et un ressenti plutôt négatif vis-à-vis de l'enfant.

De jeunes parents immatures

Ces parents représentent 11 familles sur 30 (notre étude compte 30 familles pour 31 bébés décédés). Les âges des onze enfants décédés s'échelonnent entre 3 semaines et 8 mois, quatre sont âgés de plus de 5 mois. Deux sont des jumeaux. Cinq ont connu des maltraitances antérieures, ces jeunes parents pouvant aussi être des parents « violents ».

Ce groupe apparaît homogène à plus d'un titre et présente plusieurs des facteurs de risque déjà listés par Suzanne F. Carbaugh en 2004 à partir d'une revue de littérature[32] : un faible niveau d'éducation, un jeune âge (en moyenne 24 ans d'après l'auteur), une immaturité (l'auteur parle de comportements enfantins et puérils), des addictions, une dépendance affective, un manque de confiance en soi, des comportements impulsifs, des attitudes apathiques. D'autres études soulignent les difficultés financières et matérielles. Le fait qu'une majorité de ces pères soit sans emploi, 59% dans une étude relative à l'ensemble des pères filicides[33] et 91% pour les jeunes pères de notre étude, ne soulève pas seulement la question de problèmes financiers et/ou matériels mais aussi les conséquences sur l'estime de soi et le possible manque de soutien, voire l'isolement social.

Ce groupe de jeunes parents est un groupe déjà identifié dans la littérature et par les professionnels des champs médico-social et juridique du fait de ses difficultés psychosociales, et sans doute de son homogénéité c'est-à-dire de sa facilité descriptive.

---

[31] Laurence SIMMAT-DURAND, Natacha VELLUT, Anne TURSZ, « Les néonaticides devant la justice : le reflet d'une ambivalence face à ces crimes », *Déviance et Société*, n°4, pp. 413-40, 2012.

[32] Suzanne Franklin CARBAUGH, « Understanding shaken baby syndrome », *Advances in Neonatal Care, n°4*(2), pp. 105-114, 2004.

[33] S.G. WEST, S. H. FRIEDMAN & P.J. RESNICK, « Fathers who kill their children: an analysis of the literature »,*Journal of Forensic Sciences, n°54*(2), pp. 463-468, 2009.

Un portrait de jeunes parents

Quand Monsieur rencontre Madame, elle est déjà mère de quatre enfants, le petit dernier, X[34], est âgé de deux mois. Monsieur se sent investi très vite auprès des enfants. « Il considère mes enfants comme les siens » dit la mère. Monsieur a 25 ans, il a connu une addiction à l'héroïne puis à un traitement substitutif aux opiacés. Il a occupé quelques petits boulots mais est sans emploi au moment des faits. Madame, 23 ans, est mère au foyer. L'enfant, X, décède à 7 mois, à la suite d'un secouement unique survenu alors que son beau-père est la seule personne avec lui : « En fin de compte c'était un enfant qui pleurait beaucoup et moi j'ai pris un coup de nerfs. » Le couple se mariera après les faits et aura deux filles qui naîtront à un an d'écart, la première de leur fille naissant quelques mois après le décès de X. La mère aura 8 enfants en tout.

Le couple se sépare finalement, avant la naissance des deux derniers enfants de la mère. Cette dernière se porte partie civile alors que la procédure judiciaire est relancée. Monsieur est mis en cause pour violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur un mineur de 15 ans par personne ayant autorité. Il est en effet considéré comme ayant des responsabilités vis-à-vis de cet enfant puisque concubin de la mère et vivant sous le même toit. Il est condamné à 5 ans d'emprisonnement. Dans ce cas, qui n'est pas isolé, le beau-père est immédiatement, c'est-à-dire du jour au lendemain, placé en responsabilité des enfants. Cet homme décrit par ailleurs son propre père comme « quelqu'un qui ne dialoguait pas, [qui] était absent. » Nous ne pouvons que nous interroger sur une fonction paternelle qui serait instantanément évidente et assimilée.

Ce portrait condense plusieurs caractéristiques communes aux jeunes parents immatures. Ils vivent une temporalité familiale accélérée : ils se rencontrent jeunes, la moyenne d'âge à la mise en couple est inférieure à 24 ans, une grossesse survient pour une majorité d'entre eux dès la première année de mise en couple. Pour quatre familles sur 11, plusieurs naissances adviennent dans des intervalles de temps courts, inférieurs à 15 mois.

Une autre caractéristique importante est l'absence notable de tout investissement professionnel. Un seul père travaille, aucune mère n'a d'activité professionnelle. Les couples sont donc très présents au domicile. « On ne travaillait pas donc on pouvait s'en occuper tous les deux » reconnait un père, tandis qu'un voisin du couple, par ailleurs oncle du père, estime qu'« Ils s'occupaient bien de l'enfant selon moi, ils étaient même trop présents dans le sens où dès que X pleurait, ils le prenaient dans les bras. » Nous pouvons pointer un surinvestissement de la sphère familiale, contrepoint de l'absence d'investissement professionnel. Ainsi du témoignage de cet autre jeune père : « C'est ma frustration de me sentir inutile aux yeux de ma famille, de me sentir une merde, parce que je ne peux pas travailler, pas assumer, je reste enfermé à longueur de journée à la maison […] je voulais qu'on mène une vie normale, une vie de famille. » Ou du témoignage de cette jeune mère : « Même dans la journée, je n'arrivais pas à me détacher de X, j'étais tout le temps avec lui, j'étais très exclusive avec mon fils. »

Les études démographiques établissent un lien entre ces temporalités familiales juvéniles et accélérées et le niveau de diplôme ainsi que l'insertion sur le marché du travail des mères. Plus le diplôme de la femme est élevé, plus le premier enfant arrive tard, le souci d'avoir un travail stable jouant aussi son rôle. Le calendrier des naissances varie aussi avec le niveau de qualification des mères. Paradoxalement il s'accélère quand les femmes sont plus diplômées puisque la constitution de leur famille démarre plus tard, notons néanmoins que la durée moyenne entre les deux premières naissances est de 3,9 ans[35]. Or les jeunes parents sont les parents moins qualifiés de notre étude. Leur parcours scolaire s'arrête le plus souvent et au maximum aux études secondaires. Ils sont

[34] Par convention, tous les enfants seront désignés par « X ».
[35] Emma DAVIE, « Un premier enfant à 28 ans », Insee Première, n°1419, octobre 2012.

fréquemment confrontés à des difficultés financières et/ou de logement et vivent grâce à des aides sociales.

Ces jeunes parents immatures et socialement en difficulté nous apparaissent comme le groupe le plus homogène et le mieux identifié. Au final, ils sont les plus condamnés de notre étude. Sept pères et trois mères sont reconnus coupables bien que les experts psychiatres leur reconnaissent plus souvent une altération du discernement au moment des faits, altération censée être prise en compte dans l'établissement de leur peine[36]. Seuls deux sur 11 bénéficient d'un non-lieu (la Justice n'arrive pas à déterminer l'auteur dans une famille où tous ont secoué l'enfant) et d'un classement sans suite.

Des parents débordés de familles souvent recomposées

Nous regroupons ici huit des 30 familles de notre étude. Il s'agit d'un groupe aux caractéristiques sociodémographiques moins homogènes que les jeunes parents. Un unique secouement serait à l'origine du décès de leur enfant. L'enfant décédé n'est jamais le premier enfant à la fois du père et de la mère. Dans trois cas, il s'agit du deuxième enfant du couple, dans les cinq autres cas, il s'agit de familles recomposées où l'enfant s'insère dans des fratries de demi sœurs et frères composées de trois à cinq enfants. De plus, c'est dans ce groupe que le plus fort taux d'enfants prématurés est relevé (5 enfants sur 8). Les enfants décèdent jeunes, à 13 jours pour la plus jeune, à 4 mois et demi pour le « plus » âgé.

L'écart d'âges dans le couple est souvent supérieur à quatre ans, alors que les hommes sont plus âgés en moyenne de deux ans que leur compagne, en France comme aux Etats-Unis[37]. Ces parents « débordés » se distinguent, en particulier des parents « violents », par la reconnaissance de leurs difficultés même s'ils n'ont pu éviter le secouement de leur enfant. Des troubles psychologiques sont attestés par les experts psychiatres et/ou médico-psychologiques pour cinq de ces couples (sur six dossiers comportant ce type d'expertises). Il s'agit le plus souvent d'anxiété ou de dépression, d'immaturité et de dépendance affective. Les difficultés du couple, les tensions dans la famille, ne sont pas niées.

Comme cette mère le reconnait : « On a commencé à ne plus s'entendre à cause de problèmes financiers. On a fait réaliser des travaux dans la maison au noir qui ont été mal fait, on a du tout refaire. On s'est beaucoup endetté. Nous avons eu des ennuis, des menaces qu'on nous envoie l'huissier. Quand j'ai eu mon deuxième enfant, j'ai voulu arrêter de travailler pour m'occuper plus de mes enfants mais mon mari n'a pas voulu. Il avait peur qu'on s'en sorte pas. […] Il nous est arrivé de nous frapper réciproquement […] quelquefois c'était à la suite de coups de téléphone d'huissiers. » La mère se lève de nuit suite aux pleurs de l'enfant, le secoue, le plaque sur la table à langer, le père se lève quelques heures plus tard, constate le malaise de l'enfant et appelle le SAMU. La mère est condamnée pour coups mortels sur mineur par ascendant légitime à 5 ans d'emprisonnement dont 4 avec sursis. Le père est innocenté.

Les décisions judiciaires pour ce groupe de parents mettent en cause deux couples, quatre pères et deux mères. Deux pères et deux mères seront condamnés. La Justice semble ici faire du syndrome du

[36] L'article 122-1 de la loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal, prévoit : « Alinéa 1 : N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. Alinéa 2 : La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

[37] Jennifer M. BONDS & Sandra D. NICKS, « Sex by age difference in couples applying for marriage », *Psychological reports, n°84*, pp. 42-44, 1999.

bébé secoué une affaire familiale, mixte du point de vue du genre des auteurs, alors qu'il est plus fréquent que les pères soient seuls mis en cause et condamnés.

Un portrait de mère débordée

Il s'agit du décès d'une fille âgée de 13 jours, le premier enfant de la mère et le troisième du père. La mère est âgée de 27 ans, son compagnon a 10 ans de plus qu'elle. « On a commencé à sortir j'avais 20 ans […] C'est le seul homme avec lequel j'ai vécu. […] je pense qu'il était fidèle, du moins jusqu'à ce qu'il s'inscrive au club de foot. Notre couple marchait bien. Il buvait beaucoup avec ses amis de football. […] Tous les weekends j'étais seule. » Cette mère est, de plus, isolée de sa famille qui vit dans un autre pays. Le décès précoce de son père, comme son arrivée en France, ont constitué des ruptures douloureuses dans son parcours de vie.

Sur les faits, la mère déclare : « J'ai menti, [elle avait évoqué une chute avec l'enfant] X a passé une bonne nuit, elle s'est réveillée vers 6h30, elle pleurait, je suis descendue lui préparer son biberon […] elle s'est rendormie. Entre 8 et 8h30, elle s'est réveillée et s'est mise à pleurer très fort. […] J'ai essayé de la calmer, je me suis énervée. Elle pleurait, elle pleurait, je n'arrivais pas à la calmer […] je ne comprenais pas pourquoi elle pleurait comme ça […] Je l'ai soulevée, je l'ai secouée fort d'avant en arrière et elle a porté contre le mur de ma chambre. […] je n'ai pas senti ma force. Cela a fait un gros boum sur le mur. […] j'ai menti peut-être parce que j'ai eu peur de tout, je ne voulais pas qu'elle décède. […] je n'ai pas fait exprès, je regrette tout ce que j'ai fait. »

Les experts psychologue et psychiatre concluront à des troubles psychologiques : « Une certaine immaturité […] un fort sentiment de culpabilité qui s'est exprimé cliniquement par un état dépressif […] des angoisses de type abandonnique […] Nous n'avons retrouvé chez elle aucune agressivité habituelle ni aucune tendance à la violence. Elle est habituellement calme, sensible mais aussi passive et dépendante. [...] C'est une femme calme qui peut parfois être débordée par ses émotions. »

Elle est jugée pour violences volontaires ayant entraîné la mort à 5 ans de prison dont 4 avec sursis simple.

Des parents violents mais conventionnels

Dans ce troisième et dernier groupe de 11 familles, 12 bébés sont décédés puisqu'un couple a secoué ses deux enfants à un an d'intervalle. Les enfants sont âgés d'un mois à huit mois, deux ont plus de cinq mois, un est issu d'une grossesse gémellaire. Tous les enfants ont été victimes de lésions cérébrales ou corporelles antérieures à l'épisode fatal de secouement(s). La violence est ici systématiquement répétée. Des auteurs ont souligné l'importance de cette réitération de la maltraitance soit pour le même enfant soit pour un enfant ultérieur[38]. Le premier facteur de risque consisterait en l'existence d'une précédente violence contre l'enfant[39]. Catherine Adamsbaum et ses co-auteurs mettent en effet en lumière le caractère répétitif de secouements[40]. Dans leur étude 55% des bébés (60% dans l'étude de King et al.[41]) ont été secoués à plusieurs reprises, jusqu'à 30 fois… ce qui s'expliquerait par une volonté de faire cesser les pleurs et cris de l'enfant.

---

[38] I. CAUBEL, M. GERARD & T. BILLETTE DE VILLEMEUR, « Quand évoquer un syndrome de l'enfant secoué ? », *Journées Parisiennes Pédiatrie*, pp. 67-73, Paris, 2001.

[39] Eliane ENNIS & Martin HENRY, « A review of social factors in the investigation and assessment of non-accidental head injury to children », *Pediatric Rehabilitation, 7*(3, Special Issue: Shaken Baby Syndrome), pp. 205-214, 2004.

[40] Catherine ADAMSBAUM, Sophie GRABAR, Nathalie MEJEAN, Caroline REY-SALMON, « Abusive Head Trauma: Judicial Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking », Pediatrics, n° 126(3), pp. 546-55, 2010.

[41] W. James KING, Morag MACKAY, Angela SIRNICK and The Canadian Shaken Baby Study Group, «Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases », *Canadian Medical Association Journal, n° 168*(2), pp. 155-159, 2003.

Par ailleurs, et à rebours de bien des idées reçues, ces familles se présentent socialement de façon très conventionnelle. Il n'existe ainsi dans ce groupe aucune famille non cohabitante, aucune famille monoparentale, une seule famille est recomposée (une mère a un premier enfant d'une union précédente, âgé de 5 ans au moment des faits). Aucun des pères ne doute de la filiation de l'enfant et tous reconnaissent leur(s) enfant(s). C'est dans ce groupe que les séparations de couples sont les plus rares après les faits (deux sur 11) et qu'assez souvent un nouvel enfant naît après les faits (5 situations avérées). Comme un père le déclare : « Cette épreuve ne nous a pas séparés, elle nous a au contraire soudés. » Il s'agit aussi de couples pour qui l'investissement professionnel ou étudiant est important. Les parents violents et les parents débordés sont les deux groupes qui comportent toutes les professions et catégories socioprofessionnelles supérieures de notre étude (8 familles sur 30). D. Renier avait déjà noté qu'aucun groupe social n'est en particulier impliqué dans un SBS[42]. Plusieurs articles insistent d'ailleurs sur des facteurs de stress plutôt que sur des facteurs sociaux ou psychiatriques. Ainsi les difficultés financières, une mauvaise entente dans le couple seraient plus importants que la pauvreté ou des antécédents psychiatriques[43]. Pour notre part, nous ajouterions le stress professionnel, qui n'est pas forcément corrélatif d'un stress financier ou matériel. Pour exemple, nous donnons les horaires de travail d'un père violent. Il part à 6h du matin, rentre vers 18h ou 19h et réalise parfois des gardes de nuit et des astreintes ainsi que des missions à l'étranger. Sa femme témoigne : « Il travaillait beaucoup, il pouvait être pris la journée ou la nuit […] il débordait sur ses horaires […] mon mari aussi était agacé par ses pleurs [du troisième enfant du couple, garçon décédé à deux mois et demi] surtout après une journée de travail. »

Les enfants de ces parents violents sont plus souvent perçus négativement dans le *verbatim* des dossiers judiciaires. Ils pleurent trop, ont plus souvent des problèmes de santé, quatre d'entre eux sont même explicitement décrits comme ayant un tempérament difficile. Ainsi de cet enfant dont la mère souligne qu'« Il lui arrivait souvent d'avaler de travers, [qu'il] s'étouffait, toussait, régurgitait. [… qu'il] avait aussi des absences qui se sont toujours produites à l'occasion de pleurs violents. » Ce ressenti négatif peut tout à fait s'accompagner de son exact opposé, une idéalisation de l'enfant. Dans l'affaire où deux nouveau-nés décèdent à un an d'écart, les parents disent de leur deuxième enfant mort à un mois : « C'était un bébé formidable qui ne pleurait pas ». La mère énonce aussi : « Mon mari n'a pas été traumatisé par la mort des enfants et il a dit qu'on en ferait un troisième qui serait plus beau. » Ces quelques extraits témoignent d'une ambivalence à l'égard d'un nouveau né dont les besoins et nécessités sont mis de côté au profit d'une représentation modèle de l'enfant, comme cet extrait d'audition d'une mère le fait entendre : « X [une de ses filles aînées] pleurait beaucoup petite avec ses coliques mais ensuite elle est devenue très docile et facile à gérer. »

Une hypothèse psychopathologique pour expliquer la violence de ces parents violents par ailleurs parfaitement intégrés serait le déni de leurs difficultés. Ce déni nous paraît en partie partagé par le personnel de justice auquel ils ont eu affaire. En effet ces parents sont peu, voire pas du tout, interrogés sur leurs propres difficultés, dans leur enfance, leur couple, leur vie professionnelle et familiale. Pour illustrer cette hypothèse, nous citons plusieurs extraits d'un même dossier judiciaire concernant le décès du premier enfant du couple, un garçon de quatre mois. Mère et père sont tous deux cadres supérieurs. Ils sont mariés et auront un nouvel enfant après les faits. Le dossier judiciaire ne comporte aucune expertise psychologique ou psychiatrique ni aucune investigation sur leur vie de couple ou d'éventuels antécédents familiaux de maltraitance.

« J'ai fait l'avion à X. […] je lui tenais le corps d'une main et une main au niveau du dos et je le faisais tourner autour au- dessus de ma tête. Je savais très bien que je ne devais pas le lancer en l'air ou le tenir par le bras et j'ai toujours su que la tête d'un bébé est fragile d'autant que j'ai toujours vécu avec des enfants autour de moi. […le mardi soir] je n'ai pas réussi à mettre son blouson à mon fils car

[42] D. RENIER, « Syndrome du bébé secoué », *Journal de pédiatrie et de puériculture, n°25*, pp. 158-164, 2012.
[43] S.P. CADZOW, K.L. ARMSTRONG & J.A FRASER, « Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors », *Child Abuse and Neglect, n° 23*(9), pp. 845-853, 1999.

celui-ci grimaçait et se débattait. Je ne peux pas vous dire que cela relevait d'un comportement inhabituel de mon fils ou si du fait de ma fatigue je n'arrivais pas, je ne réussissais pas son habillage. […] dans le bain X. a refusé de jouer […] il a souvent pleuré cette nuit-là mais aucun médecin n'a été appelé à son chevet car il n'y avait rien d'alarmant. […] Je ne supporte pas les insinuations de la nourrice qui a l'air de rejeter la responsabilité des faits sur moi et qui de plus me fait passer pour un père indigne en disant que je ne me serais pas intéressé à la manière dont mon fils pouvait être traité chez elle. […] Psychologiquement j'estime que c'est dégueulasse de dire des choses comme ça sur moi. Ma femme attend un deuxième enfant et s'il se passe quelque chose je risque d'être soupçonné. » L'affaire se conclut par un non-lieu.

Un portrait de parents violents

Il s'agit du premier bébé du couple, une fille décédée à 3 mois. L'autopsie révèle une fracture du poignet ancienne et un hématome sous-dural. Les parents avouent dans un premier temps des gestes brutaux puis se rétractent. Ils demandent des contre-expertises, donnent beaucoup de contacts (collègues, amis, famille…) qui témoignent en leur faveur. Ils participent aux suivis demandés par la justice : contrôle judiciaire, psychothérapie de la mère, suivi par la PMI de leurs nouveaux enfants puisqu'ils auront deux autres filles nées quelques années plus tard.

La mère témoigne d'une « Vie de couple relativement harmonieuse […] pas de disputes, pas d'infidélité, une certaine complicité sur beaucoup de sujets. Le seul point problématique ce sont les horaires de Monsieur qui rentre souvent tard de son travail. » L'ambivalence vis-à-vis de l'enfant se fait sentir dans les propos du père : « Elle mangeait pas bien, elle était fatiguée, elle pleurait souvent […] ça me rendait irritable […] elle me manque. » Le couple bénéficie du soutien de son entourage. Une amie déclare : « Ce qui leur est arrivé est abominable… C'est même pas pensable qu'on puisse les accuser d'avoir porté des coups mortels à leur petite fille… c'est inimaginable. »

L'expert psychologue constate leur irresponsabilité parentale : « Les remords qu'exprime [la mère] sont directement liés à la mort de l'enfant et au deuil mais ne portent pas sur sa responsabilité […] elle admet qu'elle a pu faire un geste brutal mais a des difficultés à le mettre en relation avec la fracture constatée lors de l'autopsie. » « Il [le père] oscille entre un très vague sentiment de responsabilité et un désir très net de reporter cette responsabilité à l'extérieur […] il n'exprime pas de véritable culpabilité ni même de sentiment de responsabilité […] il reconnaît qu'il a pu lui arriver de bercer un peu brutalement sa fille. » L'expert pointe aussi leurs difficultés psychologiques **:** « La personnalité [de la mère] est fragilisée sur un mode d'immaturité, par la répression de l'anxiété et des affects pénibles. » « Présentation lisse, conformiste [du père] qui cède brièvement en fin d'entretien pour laisser place à l'expression authentique de son désarroi, de ses doutes concernant sa culpabilité, intenses, aussitôt contrôlés […] pas de symptôme névrotique ni de trouble du comportement. »

Le père est mis en cause pour violence sur mineur ayant entraîné la mort par ascendant, la mère pour violences sans incapacité sur mineur par ascendant. Ils seront acquittés tous les deux après appel.

Ces parents violents sont les moins condamnés de notre étude : leur bonne insertion sociale l'emporte sur la référentialité de leur acte et même de leurs actes de violence. Dans 6 affaires sur 11 jugées (puisque une est une double affaire concernant la même famille), il n'y a pas de condamnation mais des classements sans suite (3), des acquittements (2) et un non-lieu.

En conclusion : une meilleure compréhension du syndrome du bébé secoué pour une meilleure prévention

Tous les parents sont confrontés aux pleurs de leur(s) enfant(s) et les pleurs sont clairement identifiés comme pouvant déclencher des gestes violents[44]. En découle l'idée qu'en l'absence d'autres facteurs de risque identifiés, la prévention doit se concentrer sur la manière d'aider les parents à modifier la perception communément négative de pleurs d'enfant(s). Cette approche se diffuse aussi bien en Amérique du Nord [45] qu'en France[46]. D'autres facteurs de risque peuvent sembler difficiles à prévenir comme la détérioration, lors du passage à la parentalité, de la qualité relationnelle des couples[47] ou des attentes irréalistes vis-à-vis de l'enfant qui inversent une relation parent-enfant dans laquelle les parents finissent par attendre de leur enfant qu'il réponde à leurs besoins[48]. Ces facteurs restent néanmoins des repères précieux dans l'abord d'une parentalité qui ne doit jamais verser dans un idéalisme trompeur et potentiellement dangereux. Il n'est pas suffisant d'avoir souhaité un bébé pour être parent[49].

Notre étude mettant en valeur des environnements familiaux fort différents, nous plaidons, à l'instar des britanniques Julie Sheperd et Alice Sampson[50], pour une prévention qui ne cible pas uniquement les jeunes parents, ou les hommes, ou les familles monoparentales, ou les classes sociales défavorisées, c'est-à-dire les cibles habituellement identifiées comme à risque de violences ou de maltraitance sur des enfants. Nous pouvons nous demander si une conception socio-économique[51] du crime qui associe homicides et difficultés sociales et économiques – liaison d'ailleurs statistiquement démontrée – n'a pas pour conséquence involontaire de contribuer à rendre invisibles les auteurs issus d'autres catégories sociales. En promouvant une prévention primaire, en s'adressant à tous les nouveaux parents, comme Mark S. Dias et ses co-auteurs le suggèrent, cet écueil serait évité.[52]. L'absence d'une seule classe d'âge, d'un seul genre ou d'une seule catégorie socioprofessionnelle, dans les profils d'auteurs de secouements mortels à enfants doit mener à des stratégies de prévention diversifiées et innovantes. Nos résultats peuvent promouvoir des actions de prévention spécifiques, en fonction des caractéristiques de ces environnements familiaux différenciés. Citons pour exemples une recherche finlandaise qui, prenant acte de la pression économique et des conséquences de la charge de travail des parents sur leur disponibilité parentale, recommande de promouvoir une baisse des dépenses plutôt qu'une augmentation des heures

---

[44] Lita Linzer SCHWARTZ and Natalie K. ISSER, *Child Homicide: Parents Who Kill*, Boca Raton, CRC Press, 2006.

[45] Ronald G. BARR, « Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers », *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, n° 109*(Suppl 2), pp. 17294-17301, 2012.

[46] Gisèle GREMMO-FEGER, « Un autre regard sur les pleurs du nourrisson », *15ème Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire*, Saint-Malo, 2007.

[47] B.D. DOSS, G.K. RHOADES, S.M. STANLEY & H.J. MARKMAN, « The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study », *Journal of Personality and Social Psychology, n° 96*(3), pp. 601-619, 2009.

[48] Committee on Child Abuse and Neglect, « Shaken Baby Syndrome : Rotational Cranial Injuries - Technical Report », *Pediatrics,* n°108(1), 2001.

[49] Marthe BARRACO, « Le bébé : du rêve au cauchemar », in D. Renier (Ed.), *Le bébé secoué.* Paris: Karthala, 2000.

[50]Julie SHEPHERD AND ALICE SAMPSON, « Don't shake the baby: towards a prevention strategy », *British Journal of Social Work*, n° 30(6), pp. 721-35, 2000.

[51] Pour exemple, Robert J. SAMPSON and William Julius WILSON, "Toward a Theory of Race, Crime, and Urban Inequality," in *Crime and Inequality,* edited by John Hagan and Ruth D Peterson, Stanford, CA: Stanford University Press, 1995, pp.37-56.

[52] Mark S. DIAS, Kim SMITH, Kathy DEGUEHERY, Paula MAZUR, Veetai LI, Michele L. SHAFFER, « Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program », *Pediatrics*, n°115(4), 2005.

supplémentaires[53], ou un article qui préconise une plus grande tolérance sociale aux faiblesses et difficultés de tout un chacun, parents identifiés ou non comme étant à risque de maltraitance[54].

[53] J. A. LEINONEN, T. S. SOLANTAUS, R. L. PUNAMÄKI, « Social support and the quality of parenting under economic pressure and workload in Finland: the role of family structure and parental gender », *Journal of Family Psychology*, n°17(3), pp. 409-18, 2003.

[54] Hanna PUTKONEN, Sabine AMON, Ghitta WEIZMANN-HENELIUS, Maiju PANKAKOSKI, Markku ERONEN, Maria P. ALMIRON and Claudia M. KLIER, « Classifying Filicide *», International Journal of Forensic Mental Health*, 2016.