



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/PEA/2022/103** du 12 avril 2022 relative au protocole-type de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple

Le ministre des solidarités et de la santé  
Le secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2211366J (numéro interne : 2022/103)
<b>Date de signature</b>	12/04/2022
<b>Emetteur</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
<b>Objet</b>	Protocole-type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
<b>Commande</b>	Organiser la déclinaison locale de ce protocole type en mobilisant le centre régional de psychotraumatisme du territoire ainsi que les autres acteurs hospitaliers volontaires ; s'assurer que les autres acteurs institutionnels sont partie prenante des discussions.
<b>Action à réaliser</b>	Diffusion du protocole type auprès des acteurs hospitaliers concernés
<b>Echéances</b>	- Protocole type utilisable dès sa diffusion ; - Remontée d'information sur le nombre de protocoles signés ou en cours en fin d'année 2022.
<b>Contacts utiles</b>	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R4 Emma LUCCIONI / Wuthina CHIN Tél. : 01 40 56 62 73 / 01 40 56 77 11 Mél. : <a href="mailto:emma.luccioni@sante.gouv.fr">emma.luccioni@sante.gouv.fr</a> <a href="mailto:wuthina.chin@sante.gouv.fr">wuthina.chin@sante.gouv.fr</a>  Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction de l'enfance et de la famille Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence Mathilde MOULIA Tél. : 01 40 56 68 08 Mél. : <a href="mailto:mathilde.moulia@social.gouv.fr">mathilde.moulia@social.gouv.fr</a>

<b>Nombre de pages et annexe</b>	5 pages + 1 annexe (11 pages) Annexe - Protocole type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
<b>Résumé</b>	Cette instruction vise à diffuser ce protocole type aux acteurs hospitaliers afin de favoriser le déploiement sur l'ensemble du territoire de ce dispositif de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis-et-Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Enfant – violence – féminicide – homicide – meurtre – prise en charge – psychotraumatisme
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - organisation
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan 2020-2022 de lutte contre les violences faites aux enfants ;</li> <li>- Code de l'action sociale et des familles, partie relative à la protection de l'enfance ;</li> <li>- Instruction N° DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projet national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme ;</li> <li>- Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de santé, dont centres régionaux du psychotraumatisme ;</li> <li>- Parquets ;</li> <li>- Conseils départementaux.</li> </ul>
<b>Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-47</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

### Présentation des enjeux

Selon l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple menée en 2020 par le ministère de l'intérieur, 125 personnes ont été tuées cette année-là par leur partenaire ou ex-partenaire, dont 102 femmes. Les féminicides et homicides au sein du couple ont rendu sur cette même période 82 enfants orphelins d'au moins un de leurs parents.

Le caractère traumatisant de ces situations, conduisant à la perte d'un ou des deux parents pour l'enfant (le parent auteur pouvant notamment se suicider, être incarcéré...), rend la mise en place d'actions concertées pour la protection et la prise en charge de l'enfant, absolument indispensables.

En effet, pour l'enfant, voir l'une de ses figures d'attachement tuée par l'autre est probablement l'un des traumatismes les plus difficiles à surmonter. En outre, ce sont aussi les éléments de son environnement et ses points de repère (maison, école, amis, etc.) qui sont largement bouleversés. Ces bouleversements l'exposent à un traumatisme psychique important, et un fort risque de complications développementales. **L'enfant est donc gravement affecté et doit être considéré comme co-victime du meurtre**, a fortiori lorsqu'il a été présent et témoin de l'acte. **Les pouvoirs publics se doivent ainsi de protéger au mieux l'enfant victime, par une prise en charge immédiate adaptée.**

**Les professionnels** qui interviennent directement sur les lieux du crime, au premier rang desquels les services de santé, de justice, de police et d'aide sociale à l'enfance, doivent intervenir en réactivité et dans un contexte particulièrement violent. Or, des décisions essentielles pour l'enfant doivent être prises dans l'urgence immédiate faisant suite au crime, à un moment où les services sociaux, les enquêteurs et le procureur ne disposent pas nécessairement d'information approfondie sur le contexte familial, et où eux-mêmes sont confrontés à la complexité de la situation.

Il est donc apparu nécessaire de proposer à ces acteurs **une « marche à suivre » : une feuille de route claire et formalisée portant sur les actions immédiates à mettre en œuvre dans l'intérêt de l'enfant**, à laquelle chacun puisse se référer dans un temps restreint, en urgence. C'est l'objet du modèle de **protocole de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple**, présenté en annexe.

En 2016, un dispositif expérimental de prise en charge des enfants victimes de féminicide ou d'homicide a été mis en place en Seine-Saint-Denis. Il a par la suite été décliné et adapté aux territoires de Lyon et Villefranche-sur-Saône et de Paris. La mise en place d'un tel dispositif a, à chaque fois, nécessité un travail conjoint des acteurs locaux à travers une collaboration tripartite des services de la santé, de la justice et du département.

Ce protocole ayant démontré ses effets bénéfiques, tant pour les enfants que pour les professionnels, et dans le cadre plus global de la priorité gouvernementale portée aux enjeux de protection et de prise en charge des enfants victimes de violences, **il a été décidé de promouvoir l'extension de ce protocole sur l'ensemble du territoire national**, et de mettre à disposition des acteurs un modèle de protocole (annexe). Ce même protocole est parallèlement diffusé auprès des acteurs de la justice.

**L'intérêt de ce protocole est double :**

- d'une part, de **fixer un cadre d'action précis et sécurisant pour les acteurs** (le parquet, les forces de l'ordre, l'aide sociale à l'enfance, les services de santé) amenés à agir dans l'urgence. Le protocole permet d'identifier le cadre d'action de chaque acteur pour faciliter la mise en place des actions des uns et des autres dans une complémentarité opérationnelle ;
- d'autre part, d'organiser une **hospitalisation immédiate et systématique de l'enfant victime** dans un service de pédiatrie dans le cadre d'un protocole de soins conjointement défini entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie ; c'est en effet le dispositif de prise en charge le mieux à même de protéger l'enfant, de lui apporter les premiers soins immédiats nécessaires, de commencer à construire le parcours de soins nécessaire à l'issue de son hospitalisation et de permettre une évaluation de la situation globale de l'enfant et de son entourage par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

En effet, les études internationales menées et les retours d'expériences français ont pu montrer que confier l'enfant à un membre de sa famille de manière immédiate n'est pas nécessairement toujours approprié : un féminicide ou un homicide représentent un traumatisme pour l'ensemble des membres de la famille, désorganisant souvent les liens familiaux et pouvant rendre les personnes indisponibles psychiquement pour prendre soin de l'enfant victime,

elles-mêmes pouvant nécessiter un soutien voire un suivi médical. En outre, il n'est pas rare qu'un ou plusieurs membres de la famille soient dans le déni et que les violences dont l'enfant a été victime ne soient pas considérées.

Il est nécessaire pour les enfants de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique, au regard du traumatisme subi et des potentielles conséquences qui en découlent. Cet accompagnement doit pouvoir se mettre en œuvre le plus rapidement possible.

### Présentation du contenu du protocole

Le modèle de protocole accompagné de ses fiches réflexes, annexé à la présente instruction, a pour objet de mettre en place une collaboration efficace et de préciser les rôles et obligations des différents acteurs, dans le cadre d'une prise en charge d'urgence en milieu hospitalier spécialisé, de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide de l'un de ses parents par son partenaire ou ex-partenaire. L'objectif est d'offrir, en plus d'une prise en charge adaptée, un espace de protection au regard des répercussions de l'acte sur la cellule familiale élargie ainsi qu'un temps d'évaluation et de prise en charge de l'ensemble des conséquences médicales et sociales sur l'enfant et ses conditions de vie.

Le protocole prévoit une prise en charge :

- systématique et immédiate pour les enfants témoins présents sur le lieu des faits ;
- recommandée pour les enfants absents de la scène de crime, l'application du dispositif étant alors laissée à l'appréciation du procureur de la République qui pourra le déclencher à tout moment.

Le protocole prévoit qu'à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple, le procureur de la République prend immédiatement une **ordonnance de placement provisoire (OPP) valide pour 8 jours maximum au profit de l'enfant mineur témoin des faits, en le confiant à l'ASE avec une orientation en service hospitalier.**

**Le service d'aide médicale urgente (SAMU)** peut être le primo-intervenant sur le lieu du crime et être chargé de conduire l'enfant à l'hôpital.

Une fois transporté à l'hôpital, l'enfant bénéficie d'une **évaluation somatique et psychique au sein d'un service de pédiatrie, en lien avec un service de pédopsychiatrie.** Le cas échéant, la fratrie doit être prise en charge au sein de la même unité autant que possible. A la demande du procureur de la République, **l'évaluation globale de l'enfant est initiée par l'ASE,** le jour même ou au plus tard le lendemain et un rapport d'évaluation est remis au procureur de la République avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire. L'évaluation a pour objet de proposer un lieu d'accueil adapté à l'enfant à la sortie de l'hôpital en perspective d'une prise en charge pérenne, en évaluant l'environnement et les ressources familiales autour de l'enfant, sa situation personnelle et ses besoins. Si une solution familiale ou amicale est envisagée, elle prend en compte les événements familiaux traumatiques et les enjeux qui devront exclusivement tenir compte de l'intérêt de l'enfant.

**Des référents sont désignés** au sein de chaque institution partenaire afin d'assurer la mise en place opérationnelle de ce protocole.

**Des accompagnants spécifiquement formés** au travail auprès d'enfants doivent être présents dans le service pédiatrique, et ce tout au long de l'hospitalisation de l'enfant afin d'assurer la continuité de la prise en charge et d'être une présence rassurante dans cette situation traumatisante.

**Des retours d'expérience et un comité de suivi** sont organisés selon des modalités déclinées dans le protocole.

Au regard de la spécificité des situations rencontrées et de la charge émotionnelle qu'elles peuvent susciter, il est encouragé de mettre en œuvre des actions **d'accompagnement des pratiques professionnelles**.

Attendus vis-à-vis des agences régionales de santé (ARS)

Il vous est demandé de diffuser cette instruction et le modèle de protocole aux établissements de santé de votre territoire ainsi qu'à vos partenaires institutionnels.

Les ARS sollicitent les acteurs afin d'évaluer leur intérêt pour la mise en place du protocole. Elles sont chargées de créer une synergie autour de ce dernier. Elle s'appuie pour cela sur le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire, en particulier concernant les enjeux de formation des acteurs parties prenantes du protocole, notamment les services de l'ASE ; et si besoin sur les unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED) déployées conformément à l'instruction du 3 novembre 2021<sup>1</sup>.

Les ARS s'assurent que les établissements de santé ayant émis un intérêt pour la mise en place du protocole soient aptes à le faire. Cela nécessite une dynamique partagée entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, un portage administratif fort de la direction de l'établissement, une vérification des locaux ainsi que de la formation des acteurs à la prise en charge d'enfants en situation de traumatisme.

Les ARS s'assurent que les relations avec le parquet général soient établies. Dans le cas contraire, elles font le nécessaire pour faciliter ces relations.

Les ARS établissent également un lien avec l'ASE et s'assurent de leur mise en relation avec les acteurs de la santé et de la justice.

Une remontée d'information sur le nombre de protocoles signés sera organisée par la DGOS d'ici la fin de l'année 2022.

Vous voudrez bien nous tenir informés de toutes difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la présente instruction. Le bureau R4 de la DGOS et le bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence de la DGCS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,



Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins  
par intérim,



Cécile LAMBERT

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :  
La directrice générale de la cohésion sociale,



Virginie LASSERRE

<sup>1</sup> Instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.

## ANNEXE

**PROTOCOLE TYPE DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MINEURS  
PRESENTS LORS D'UN FEMINICIDE OU HOMICIDE AU SEIN DU COUPLE**

*Insertion des logos des signataires du protocole*

**Préambule**

Selon les chiffres de référence publiés par le ministère de l'intérieur<sup>1</sup>, en 2020, 125 personnes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire de vie contre 173 l'année précédente, dans un contexte pandémique très particulier. Les femmes sont les principales victimes de ces homicides au sein du couple, avec 102 femmes tuées en 2020 et 146 en 2019. A ces données s'ajoutent, en 2020, 14 enfants mineurs tués dans un contexte de violences conjugales ou d'homicide au sein du couple.

Depuis des années, ces chiffres se maintiennent à un niveau important et nous imposent d'agir en faveur de la prévention de ces situations dramatiques, mais également dans le sens d'une amélioration de la prise en charge du ou des enfants touchés par ces situations de féminicide ou d'homicide au sein du couple. En effet, les enfants sont directement victimes de ces violences, en étant orphelins de l'un ou des deux parents décédés, et dans certains cas témoins directs du passage à l'acte. L'enjeu est de reconnaître la souffrance de ces enfants, d'y apporter une réponse adaptée et de les protéger.

En 2016, un dispositif expérimental, mis en place par des acteurs locaux volontaires, a été adopté en Seine-Saint-Denis dans le cadre d'une collaboration étroite entre le conseil départemental, par l'intermédiaire de son observatoire des violences envers les femmes, le parquet du tribunal de grande instance de Bobigny et le centre hospitalier intercommunal Robert BALLANGER à Aulnay-sous-Bois. Ce protocole, organisant la protection de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide, et sa prise en charge immédiate après les faits par des équipes hospitalières spécialisées, a démontré ses effets bénéfiques tant sur l'état de santé des enfants concernés<sup>2</sup>, qu'en termes de réponse et repères apportés aux professionnels intervenant dans ces situations dramatiques et difficiles.

Ce protocole, toujours en vigueur en Seine-Saint-Denis, a pu être décliné et adapté à d'autres territoires, dont, en 2021, les ressorts des tribunaux judiciaires de Lyon et Villefranche-sur-Saône, sous l'impulsion du parquet général près la cour d'appel de Lyon avec les acteurs hospitaliers, en lien également avec la métropole de Lyon et le département du Rhône.

<sup>1</sup> Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020, ministère de l'intérieur.

<sup>2</sup> Voir notamment les thèses de Mmes C. LEMARCHAND et L. GUYOT.

L'intérêt de la mise en place de ces partenariats locaux et la nécessité d'assurer une prise en charge de qualité pour les enfants victimes de ce drame conduisent à étendre ce dispositif sur le ressort de la cour d'appel par le biais du présent protocole afin de permettre à chaque enfant confronté à ce drame de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Ainsi, le présent modèle de protocole définit les acteurs essentiels du dispositif, leurs rôles et obligations respectifs, les modalités de pilotage et de suivi pluri-institutionnel nécessaires au bon fonctionnement de ce dispositif dans la durée.

### 1. Objet du protocole

Le présent protocole vise à organiser les interventions et préciser les obligations de différents acteurs, travaillant en partenariat étroit pour permettre, dans l'urgence, la prise en charge en milieu hospitalier spécialisé de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide de l'un de ses parents par son partenaire ou ex-partenaire de vie.

Il s'agit d'offrir à cet enfant une prise en charge adaptée à sa qualité de victime de violences, notamment psychologiques, un espace de protection au regard des répercussions de l'acte de féminicide ou d'homicide au sein de la cellule familiale élargie, ainsi qu'un temps d'évaluation et de prise en charge de l'ensemble des conséquences médicales et sociales de l'acte sur sa personne et ses conditions de vie.

### 2. Public concerné

A titre de simplification, le terme « enfant » sera utilisé dans le présent protocole pour désigner, le cas échéant, l'ensemble des membres de la fratrie.

Sont concernés les enfants mineurs présents lors des faits, et ceux absents lors de l'acte mais très largement impactés par ce drame familial. En effet, ce protocole prévoit une double prise en charge :

- Systématique et immédiate pour les enfants témoins présents sur le lieu des faits ;
- Recommandée pour les enfants absents de la scène de crime, l'application du dispositif étant alors laissée à l'appréciation du procureur de la République qui pourra le déclencher à tout moment.

### 3. Descriptif du dispositif

Le présent protocole prévoit qu'à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple, le procureur de la République prend immédiatement au profit de l'enfant mineur témoin des faits une ordonnance de placement provisoire (OPP) valide pour 8 jours sur le fondement de l'article 375-5 du code civil, en le confiant aux services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) territorialement compétents avec orientation en service hospitalier. Il est recommandé une hospitalisation d'au moins 72h, dont les délais pourront être ajustés si nécessaire. Si l'intérêt de l'enfant l'exige, le procureur de la République peut suspendre provisoirement les droits de visite et d'hébergement pendant cette période. Sur sollicitation motivée des intervenants médicaux ou sociaux, le procureur de la République peut, dans l'intérêt de l'enfant, modifier cette décision.

### 4. Rôle des différentes parties prenantes

Il convient de nommer une personne référente par sa fonction précise au sein de son institution, et dans la fiche technique, par son nom et ses coordonnées.

#### 4.1 Le procureur de la République

Le procureur de la République, à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein d'un couple, prend immédiatement une OPP, confiant l'enfant présent au moment des faits au service de l'ASE territorialement compétent, avec une orientation dans le service hospitalier désigné dans le cadre du protocole. Les conditions de cette hospitalisation sont définies aux paragraphes 3, 4.3 et 4.4.

Cette OPP est prise sur le fondement de l'article 375-5 du code civil, au regard de l'urgence, de la situation de danger à laquelle l'enfant est exposé et en considération de l'intérêt de l'enfant. Le procureur statue dans l'OPP sur les droits de visite et d'hébergement.

Le procureur de la République dirige les investigations diligentées dans le cadre de l'enquête pénale. Il donne ses instructions opérationnelles aux services de police ou de gendarmerie chargés de l'enquête. S'il l'estime opportun, il peut notamment prendre des réquisitions aux fins d'examen médico-légal du ou des mineurs témoins des faits.

Afin de faciliter la prise en charge du mineur dans le cadre de l'OPP, il demande au service en charge de l'enquête présent sur les lieux de préparer un trousseau pour l'enfant avec ses effets personnels<sup>3</sup>. Le service en charge de l'enquête s'assure du caractère complet du trousseau constitué, lequel est remis aux services en charge de transporter l'enfant. Il est recommandé que ce rôle revienne au SAMU ou aux pompiers.

Le procureur notifie son ordonnance :

- Au service de l'aide sociale à l'enfance désigné ;
- Au directeur de l'hôpital ;
- Au parent survivant ;
- Le cas échéant, au(x) conseil(s) des parties.

Il en adresse une copie aux services de police ou de gendarmerie. Il informe l'administrateur de garde de l'hôpital de la mise en œuvre du dispositif à l'égard d'un enfant et lui adresse tous les éléments utiles relatifs à la situation.

Le procureur de la République saisit le service de l'aide sociale à l'enfance aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant.

Le procureur de la République demande aux services de police ou de gendarmerie en charge de l'enquête pénale de recueillir, dans le cadre d'auditions, toute information sur le fonctionnement de la cellule familiale, l'identité des personnes pouvant accueillir l'enfant ainsi que leurs adresses et leurs coordonnées. Dans le respect de l'enquête, il les communique à l'ASE.

L'audition de l'enfant est organisée au sein de l'unité d'accueil pédiatrique enfance en danger (UAPED), si elle existe. A défaut, notamment en fonction de l'état de santé somatique et psychique de l'enfant, cette audition peut se dérouler à l'hôpital. Dans la mesure du possible et pour éviter la réactivation des traumatismes, cette audition est réalisée dès les premiers jours de l'enquête.

Avant expiration du délai de 8 jours, le procureur de la République décide de la saisine éventuelle du juge des enfants en assistance éducative et lui communique les rapports d'évaluation médicale et sociale.

#### 4.2 L'aide sociale à l'enfance

Le service de l'ASE territorialement compétent est saisi par le procureur de la République et informé de sa décision d'OPP, du lieu d'hospitalisation de l'enfant, des coordonnées des services de police ou de gendarmerie saisis de l'enquête pénale, ainsi que de toute information utile sur les circonstances du décès, la cellule familiale, les personnes ressources connues...

Le service de l'ASE désigne dans le cadre de l'urgence d'une part, l'établissement ou le service chargé de l'évaluation de la situation de l'enfant et de son environnement familial, et d'autre part, un professionnel (travailleur social ou inspecteur) en tant que référent de la situation qui sera spécifiquement formé sur la problématique des féminicides ou des homicides au sein du couple et sur la question du psychotraumatisme.

---

<sup>3</sup> Voir annexe.

L'évaluation sociale réalisée par le service ou l'équipe pluridisciplinaire désigné par l'ASE commence le jour même ou au plus tard le lendemain, notamment si le crime a été commis dans la nuit. Le rapport d'évaluation est remis au procureur de la République avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire. Cette démarche d'évaluation doit viser à proposer un lieu d'accueil adapté à l'enfant à la sortie de l'hôpital en perspective d'une prise en charge pérenne, en évaluant l'environnement et les ressources familiales autour de l'enfant, sa situation personnelle et ses besoins. La proposition du lieu d'accueil, fondée sur les besoins de l'enfant et l'évaluation de son entourage, est travaillée de concert par l'ASE et les référents médicaux. Si une solution familiale ou amicale est envisagée, elle prend en compte les événements familiaux traumatiques et les enjeux qui devront exclusivement tenir compte de l'intérêt de l'enfant.

Dans les 72 heures suivant l'OPP, l'ASE recueille le rapport de l'équipe médicale, l'annexe à son rapport d'évaluation sociale qui comporte une proposition de prise en charge adaptée de l'enfant à sa sortie d'hospitalisation, et transmet l'ensemble au parquet mandant en vue de la saisine du juge des enfants en assistance éducative.

#### 4.3 Les équipes médicales

**Le service d'aide médicale urgente (SAMU)** peut être le primo-intervenant sur le lieu du crime, il peut aussi avoir été saisi téléphoniquement par les enquêteurs, parfois sur instruction du procureur de la République. Sauf autre modalité d'organisation locale convenue par les signataires de ce présent protocole, le SAMU conduit l'enfant présent sur la scène du crime à l'hôpital ou, en cas d'indisponibilité, confie cette mission au service départemental d'incendie et de secours (SDIS) qui assure alors l'accompagnement de l'enfant. En aucun cas, le service d'enquête ne transporte l'enfant. Toutes les informations utiles sur les faits et sur l'enfant sont transmises à l'équipe hospitalière qui va prendre en charge l'enfant conduit par les équipes du SAMU ou du SDIS. Ces équipes restent auprès de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci soit pris en charge, de manière prioritaire, à l'hôpital.

**Le référent médical est informé de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital par le directeur ou son représentant.**

Ce référent médical est désigné pour le suivi de l'enfant, afin de faciliter les contacts entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie et les autres acteurs. Il est associé à l'évaluation par l'ASE. Ce référent est joignable à tout moment dans le cadre d'une astreinte.

Le chef de service de pédiatrie et le chef de pédopsychiatrie, dans le cas où ils ne sont pas référents médicaux, sont également informés de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital par le directeur ou son représentant.

A son arrivée à l'hôpital, l'enfant est directement pris en charge au sein du service de pédiatrie, son accueil étant priorisé. La prise en charge de la fratrie dans une même entité de lieu doit être privilégiée.

Une évaluation somatique ainsi qu'une évaluation pédopsychiatrique, qui comprendra des aspects relatifs au psychotraumatisme, doivent être effectuées dans les 72h de l'arrivée de l'enfant, cette période pouvant être prolongée en cas de besoin. Le rapport d'évaluation médicale est transmis dans ce délai à l'ASE<sup>4</sup>.

L'hospitalisation doit être anonyme afin de maintenir, dans la période qui suit immédiatement l'acte, le secret vis-à-vis de l'entourage de l'enfant.

---

<sup>4</sup> Cf. article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

A l'expiration du délai de 72 heures, l'équipe médicale du lieu d'hospitalisation de l'enfant détermine s'il est nécessaire de prolonger sa prise en charge médico-psychologique et en fixe les modalités.

L'ASE doit, sauf contre-indication médicale écrite et versée à son rapport, rencontrer l'enfant durant cette période en vue de préparer sa prise en charge en sortie d'hospitalisation.

Le référent médical porte à la connaissance de l'ASE la date de fin prévisible d'hospitalisation de l'enfant dès qu'elle est déterminée ou le cas échéant tout changement quant aux modalités de son hospitalisation.

L'ASE étant responsable de l'enfant du fait de l'OPP prise par le procureur de la République, elle effectue les formalités de sortie de l'enfant du service de pédiatrie.

Un échange d'informations concernant l'état de santé physique et psychologique de l'enfant est réalisé en amont de la sortie entre les services de pédiatrie, de pédopsychiatrie et l'ASE lors d'une réunion regroupant l'ensemble des partenaires<sup>5</sup>.

La proposition du lieu d'accueil, fondée sur les besoins de l'enfant et l'évaluation de son entourage, est travaillée de concert par l'ASE et les référents médicaux. Une articulation fonctionnelle est essentielle entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie concernés, le centre régional du psychotraumatisme (CRP) ainsi que l'unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) et l'équipe pédiatrique régionale référente du territoire.

Au-delà de la coopération de ces acteurs autour de la situation complexe de l'enfant, ils pourront être sollicités pour organiser, si besoin, la prise en charge des personnes intervenues sur la scène du crime, les voisins et l'entourage proche de la victime, l'audition de l'enfant dans des conditions adaptées, etc.

#### 4.4 Les accompagnants durant la période d'hospitalisation de l'enfant

Il est opportun qu'une personne formée à l'accompagnement des enfants soit présente dans le service pédiatrique auprès de l'enfant en permanence afin d'aider à la continuité de la prise en charge et de le rassurer durant cette période particulière. Cette personne doit être détachée spécifiquement pour cette mission. Cette mission peut éventuellement être assurée par deux personnes au lieu d'une seule, afin de permettre des roulements et des temps de récupération pour les personnes.

Il revient aux parties prenantes de chaque dispositif local de trouver le bon acteur qui fournira le ou les accompagnants. Le centre régional du psychotraumatisme pourra être en charge de la formation de ces accompagnants.

### 5. Mise en œuvre et suivi du protocole

#### 5.1 Référents

Afin de mettre en place ce protocole de manière opérationnelle, des référents sont désignés au sein de chaque institution partenaire. Les différents acteurs sont libres du choix de ces personnes mais elles devront être bien identifiées, ainsi que leurs coordonnées, dans les fiches en annexe du protocole. Ces fiches et les coordonnées devront être mises à jour dès qu'un changement de référent aura lieu.

#### 5.2 RETEX

Après chaque déclenchement du protocole, un retour sur expérience est effectué avec tous les intervenants, sous l'égide du procureur ayant eu à connaître de la situation afin d'identifier ce qui a bien fonctionné et les points à améliorer du protocole.

---

<sup>5</sup> Idem.

### 5.3 Comité de suivi

Il est mis en place un comité de suivi du protocole qui se réunit au moins une fois par an à la date anniversaire de la signature du protocole.

Ce comité de suivi est réuni à l'invitation du procureur général, en concertation avec le président du conseil départemental et de la délégation départementale de l'agence régionale de santé (DDARS) en lien avec les directions des établissements de santé concernés. En amont, les différentes parties prenantes auront fait remonter les données quantitatives et qualitatives pertinentes relatives au suivi, à l'évaluation et à l'évolution le cas échéant de ce protocole.

Un exercice test annuel est à organiser chaque année, à l'initiative du procureur général, afin de garder les réflexes de mise en œuvre de ce protocole et d'en faire un outil systématique.

#### Signataires

- Procureur général près la cour d'appel ;
- Directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Président du conseil départemental ;
- Directeurs du ou des centres hospitaliers ;
- Procureurs des tribunaux judiciaires ;
- Directeur du SDIS le cas échéant.

#### Annexes transmises à l'ensemble des parties prenantes

*Annexes à réaliser par les parties au protocole avec les coordonnées des intervenants*

Fiche réflexe Parquet avec coordonnées utiles et détails opérationnels des missions

Fiche réflexe acteurs hospitaliers avec coordonnées utiles

Fiche réflexe ASE avec coordonnées utiles

Fiche utile Trousseau de l'enfant

## Annexe 1 du protocole

**Fiche technique « réflexe » du parquet****Personne référente du protocole :**

- **Nom et fonction :**
- **Ligne directe :**
- **Adresse électronique :**

**Coordonnées de la permanence du parquet de [Ville] (joignable 24H/24) :**

- Numéro de téléphone :
- Mail :

**Etape 1 : Jour J**

- Vérifier immédiatement auprès de l'officier de police judiciaire (OPJ) si la victime avait un ou des enfants mineurs, présents ou non sur la scène de crime.

Dans l'affirmative,

- OPP :
  - d'une durée de 8 jours ;
  - confiant l'enfant aux services de l'aide sociale à l'enfant (ASE) territorialement compétents et en l'orientant en service hospitalier (recommandation d'au moins 72h) ;
  - si l'intérêt de l'enfant l'exige, suspension provisoire des droits de visite et d'hébergement pendant cette période ;
  - notifiée :
    - au service de l'aide sociale à l'enfance désigné,
    - au directeur de l'hôpital,
    - au parent survivant,
    - le cas échéant, au(x) conseil(s) des parties.
  - copie adressée par courriel<sup>1</sup> :
    - à l'administrateur de garde de l'hôpital,
    - au service enquêteur.
- Appel téléphonique (annonçant la saisine, et exposant la situation et tout élément utile à la prise en charge)<sup>2</sup> :
  - au service de l'aide sociale à l'enfance désigné,
  - à l'administrateur de garde de l'hôpital.
- Demander au service en charge de l'enquête présent sur les lieux de préparer un trousseau pour l'enfant avec ses effets personnels ;

---

<sup>1</sup> Préciser les adresses.

<sup>2</sup> Préciser les coordonnées.

- Saisir l'ASE territorialement compétente, aux fins d'évaluation de la situation du ou des mineurs. Dans le respect de l'enquête, communication au service de l'ASE chargé de l'évaluation d'informations complémentaires, recueillies par les enquêteurs, relatives à la composition et au fonctionnement de la famille, ainsi que les identités et coordonnées des personnes pouvant accueillir l'enfant.

**Etape 2** : entre J+3 et J+8

- Réception du rapport d'évaluation de l'ASE, comprenant l'avis de l'équipe médicale en charge de l'enfant, et formulant des propositions sur les éventuelles personnes ressources pouvant assurer un accueil durable de l'enfant ;
- Le cas échéant, saisine du juge des enfants dans le délai de 8 jours à compter de l'OPP, en lui communiquant les rapports d'évaluation médicale et sociale.

**Fiche technique « réflexe » médicale****Coordonnées joignables 24H/24 (personne référente du protocole et/ou numéros de permanences/astreintes) :**

- Nom ou fonction :
- Numéro de téléphone :
- Mail :

**Etape 1 : Jour J****SAMU :**

- Transport de l'enfant présent sur la scène du crime à l'hôpital par le SAMU ou le SDIS si le SAMU n'est pas disponible, sauf autre modalité d'organisation locale convenue par les signataires du protocole ;
- Transmission par le SAMU des informations utiles sur les faits et sur l'enfant à l'équipe hospitalière qui va prendre en charge l'enfant.

**Au sein de l'établissement de santé :**

- Information du référent médical du protocole par le directeur de l'hôpital ou son représentant de l'arrivée de l'enfant ;
- Le référent médical du protocole facilite le lien entre l'ensemble des acteurs. Il est associé à l'évaluation par l'ASE. Il est joignable à tout moment dans le cadre d'une astreinte ;
- Prise en charge de l'enfant (ou de la fratrie) dans un service de pédiatrie (autant que possible au sein de la même unité) ;
- Anonymisation de l'hospitalisation.

**Etape 2 : entre J et J+3**

- Evaluation somatique et pédopsychiatrique de l'enfant. Le rapport d'évaluation médicale est transmis à l'ASE<sup>3</sup> ;
- Sur instruction du magistrat en charge de l'enquête, l'audition de l'enfant est organisée au sein de l'unité d'accueil pédiatrique enfance en danger (UAPED) si elle existe. A défaut, cette audition peut se dérouler à l'hôpital ;
- Si nécessaire, proposition par l'équipe médicale de prolonger la prise en charge médico-psychologique de l'enfant au-delà de 3 jours.

**Etape 3 : J+3**

Le référent médical porte à la connaissance de l'ASE la date de fin prévisible d'hospitalisation de l'enfant dès qu'elle est déterminée ou le cas échéant tout changement quant aux modalités de son hospitalisation.

Le référent médical travaille avec l'ASE sur la proposition du lieu d'accueil.

<sup>3</sup> Cf. article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

**Fiche technique « réflexe » du service de l'ASE territorialement compétent**

**Coordonnées joignables 24H/24 (personne référente du protocole et/ou numéros de permanences/astreintes) :**

- Nom ou fonction :
- Numéro de téléphone :
- Mail :

**Etape 1 : Jour J**

- Réception de l'OPP par le service de l'ASE territorialement compétent. Il est informé du lieu d'hospitalisation de l'enfant, des coordonnées des services de police ou de gendarmerie saisis de l'enquête pénale, ainsi que de toute information utile sur les circonstances du décès, la cellule familiale, les personnes ressources connues ;
- Désignation de l'établissement ou du service chargé de l'évaluation de l'enfant et de son environnement familial ;
- Désignation d'un professionnel de l'ASE en tant que référent de la situation.

**Etape 2 : entre J et J+1**

- Initier l'évaluation sociale de l'enfant par un binôme-pluridisciplinaire formé sur cette thématique ;
- Vérifier auprès des services de protection de l'enfance du département s'ils avaient ou non connaissance de la situation, et le cas échéant, veiller à une prise d'attache avec les professionnels référents de la situation.

**Etape 3 : (entre J et J+8)**

- Evaluation de la situation comprenant des rencontres avec l'enfant et son entourage ;
- Transmission du rapport d'évaluation au procureur de la République avec le rapport d'évaluation médicale en annexe, avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire ;
- Le service de l'ASE travaille de concert avec le référent médical à la proposition d'un lieu d'accueil.

## Annexe 2 du protocole

**FICHE TROUSSEAU A CONSTITUER POUR L'ENFANT**

## Documents administratifs :

- ✓ Carnet de santé, carte vitale
- ✓ Document d'identité de l'enfant et/ou livret de famille et/ou acte de naissance

## Effets personnels :

- ✓ Vêtements de l'enfant (jour/nuit y compris gigoteuse s'il y a)
- ✓ Photos de la famille
- ✓ Doudous/jeux/jouets habituels/livres
- ✓ Vêtement avec odeur de la mère, si enfant en bas âge
- ✓ Tétines
- ✓ Biberons
- ✓ Lait/ petits pots, habitudes et rythme alimentaire, notamment s'il est allaité ou non  
*Description :*
- ✓ Si enfant en bas âge, habitude/rituel du coucher, rythme du sommeil, veilleuse, etc.  
*Description :*
- ✓ Vérifier que l'enfant ne porte pas de lunettes ou d'appareillage auditif ou d'appareillage dentaire
- ✓ Prendre tout traitement médical suivi par l'enfant
- ✓ Objets que l'enfant souhaite emporter (lui poser la question)

## Scolarité :

- ✓ Livrets scolaires ou au moins des informations sur le lieu de scolarisation
- ✓ Cartables et affaires scolaires

**Contacts utiles :**

- Famille maternelle (indiquer le nom, le lien de parenté avec l'enfant et les coordonnées téléphoniques des personnes)
- Famille paternelle (indiquer le nom, le lien de parenté avec l'enfant et les coordonnées téléphoniques des personnes)
- Etablissement scolaire (nom de l'établissement, coordonnées téléphoniques de l'établissement et nom du professeur de l'enfant)