



## **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.

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

---

<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

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

(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,

---

<sup>3</sup> Voir annexe

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.

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 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.

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.

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.

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.

### 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 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