



**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 à l'enfance et aux familles

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Référence	NOR : SSAH2211366J + (numéro interne : 2022/103)
Date de signature	15 avril 2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Objet	Présentation du protocole - type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
Commande	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.
Action(s) à réaliser	Diffusion du protocole type auprès des acteurs hospitaliers concernés
Echéance(s)	Protocole type utilisable dès sa diffusion Remontée d'information sur le nombre de protocoles signés ou en cours en fin d'année 2022
Contact(s) utile(s)	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation Bureau R4 Personnes chargées du dossier : Emma LUCCIONI / Wuthina CHIN Tél. : 01 40 56 62 73 / 01 40 56 77 11

	<p>Mél. : emma.luccioni@sante.gouv.fr wuthina.chin@sante.gouv.fr</p> <p>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 Personne chargée du dossier : Mathilde MOULIA Tél. : 01 40 56 68 08 Mél. : mathilde.moulia@social.gouv.fr</p>
Nombre de pages et annexe	5 pages + 1 annexe de 13 pages Annexe – Protocole type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
Résumé	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.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna
Mots-clés	Enfant – Violence – féminicide – homicide – meurtre – prise en charge – psychotraumatisme
Classement thématique	Etablissements de santé - organisation
Texte(s) de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Plan 2020-2022 de lutte contre les violences faites aux enfants - Code de l'action sociale et des familles, partie relative à la protection de l'enfance ; - 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. - 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
Circulaire / instruction abrogée	Néant.
Circulaire / instruction modifiée	Néant.
Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-47	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	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 service 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 1). 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 soin

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 traumatisques 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'appuient 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 UAPED déployées conformément à l'instruction du 3 novembre 2021¹.

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.

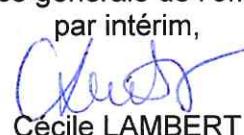
Vous voudrez bien nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en œuvre de la présente instruction. Le bureau R4 de la DGOS et le bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence de la DGCS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

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



Etienne CHAMPION

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



Cécile LAMBERT

¹ 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

Pour le(s) ministre(s) et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,



Virginie LASSEURRE

Virginie LASSEURRE