



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**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.

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 :

Madame et Messieurs les préfets de région

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2132971J (numéro interne : 2021/220)
<b>Date de signature</b>	03/11/2021
<b>Emetteur</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
<b>Objet</b>	Structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.
<b>Commande</b>	Pour mise en œuvre des parcours de soins.
<b>Action à réaliser</b>	Mise en place des offres de soins spécialisées et articulation entre elles.
<b>Echéances</b>	Remontées d'information à la DGOS attendues pour : - Février 2022 ; - Septembre 2022.
<b>Contact utile</b>	Sous direction de la régulation de l'offre de soins Bureau prises en charge post-aigues, pathologies chroniques et santé mentale (R4) Bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigues (R3) Bureau premier recours (R2)  Personne chargée du dossier : Wuthina CHIN Tél. : 01 40 56 77 11 Mél. : <a href="mailto:wuthina.chin@sante.gouv.fr">wuthina.chin@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	14 pages + 6 annexes de 19 pages Annexe 1 - Présentation des principaux acteurs territoriaux de l'enfance en danger intervenant dans le champ de la santé, de manière directe ou indirecte

	<p>Annexe 2 - Protocole de mise en place d'une unité d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED)</p> <p>Annexe 3 - Missions et fonctionnement d'une équipe pédiatrique régionale référente « enfance en danger » pour la prise en charge des enfants victimes de violences (action n° 7 du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants)</p> <p>Annexe 4 Schémas relatifs au positionnement des UAPED dans l'offre de soins</p> <p>Annexe 5 - Schéma relatif à la structuration régionale de l'offre de soins pour les mineurs victimes de violences</p> <p>Annexe 6 - Remontées des données par les ARS pour le suivi national du dispositif</p>
<b>Résumé</b>	La présente instruction s'inscrit dans le cadre du plan 2020-2022 de lutte contre les violences faites aux enfants, dans la continuité des actions déjà engagées dans le domaine tant de la prise en charge des mineurs victimes de violences que dans celui de la protection de l'enfance.
<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>	Violence – maltraitance – négligence – pédiatrie – pédopsychiatrie – évaluation – prise en charge – soins – constat – protection – coordination – UAPED – centres régionaux du psychotraumatisme – centres de référence mort inattendue du nourrisson – procédure médico-légale – protection de l'enfance – enfance – adolescence – enfance en danger
<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> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire/instruction modifiée</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 12 novembre 2021 - Visa CNP 2021-134</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

## I) Rappel du contexte et du cadre de la présente instruction

### **Définitions**

Les violences à l'encontre des enfants et des adolescents comprennent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), différents aspects : **violences physiques, sexuelles et psychologiques, ainsi que défauts de soins ou négligences**<sup>1</sup>.

La démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance<sup>2</sup> indique qu'il y a **maltraitance** d'un enfant ou d'un adolescent « lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitements peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. ». Selon la Haute Autorité de santé (HAS), plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début souvent précoce et sa chronicité.

On considérera donc dans cette instruction que :

- les maltraitements, dont les négligences, font partie des violences à l'encontre des enfants et adolescents ;
- les « **violences faites aux enfants** » doivent être comprises comme toutes les formes de violences commises sur mineurs **de 0 à 18 ans, y compris les violences conjugales** auxquelles les mineurs peuvent être exposés ;
- le champ des violences commises sur les enfants et adolescents peut notamment inclure le fait prostitutionnel, des faits de violences entre pairs (de type harcèlement scolaire par exemple) ou l'exposition aux violences ;
- ces violences sont souvent intriquées ;
- les personnes se présentant comme mineures non accompagnées, en ce qu'elles connaissent de nombreuses formes de violences durant leur parcours migratoire et leur parcours administratif d'accueil sur le territoire, sont également concernées par la présente instruction.

### **Un enjeu majeur de santé publique**

Les violences subies durant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir des **effets négatifs très importants et durables**<sup>3</sup>, représentant une lourde perte de chance en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. En effet, les enfants victimes de violence ont plus de risques d'être atteints durant leur vie : de maladies mentales et de troubles anxieux, d'adopter des comportements dangereux (abus d'alcool et de drogues, tabagisme et rapports sexuels non protégés), de souffrir de maladies chroniques ou de maladies infectieuses, et d'avoir des problèmes sociaux, par exemple, l'échec scolaire et l'implication dans des actes violents ou criminels<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> ;

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.

<sup>2</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/maltraitements-des-mineurs-et-des-majeurs-definition-partagee-et-reperes-operationnels\\_court\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/maltraitements-des-mineurs-et-des-majeurs-definition-partagee-et-reperes-operationnels_court_.pdf).

<sup>3</sup> BEH n° 26-27, 15 octobre 2019, La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique.

<sup>4</sup> V.J. Felitti, R.F. Anda, D. Nordenberg et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study, AJPM Volume 14, Issue 4, p.245-258, May 01, 1998.

Ainsi, les coûts de ces conséquences en termes d'impacts sociaux et économiques dans la société<sup>5</sup> sont énormes. Les violences faites aux mineurs, compte tenu de leur ampleur et de leurs effets, mais aussi de la difficulté à les penser et donc à les prendre en charge, représentent donc **un enjeu majeur de santé publique** et de société.

Pourtant, depuis des années, un faible nombre d'informations préoccupantes à l'autorité administrative et de signalements à l'autorité judiciaire, en vue de mettre en œuvre des mesures de protection adaptées, émane du milieu médical ou paramédical<sup>6</sup>, malgré les effets connus des violences sur l'état de santé des personnes et les dispositions réglementaires existantes permettant la levée du secret professionnel en cas de présomption de violences sur un mineur<sup>7</sup>.

Ainsi, alors même que dans les pays occidentaux, on considère que :

- environ 10 % des mineurs sont victimes de **violences psychologiques** ou de négligence ;
- 4 à 16 % des mineurs sont victimes de **violences physiques** ;
- 15 à 30 % des filles et jusqu'à 15 % des garçons sont exposés à des **violences sexuelles**<sup>8</sup> ;

les situations de violence recensées par les forces de sécurité en France restent très inférieures numériquement<sup>9</sup>.

Les professionnels de santé, devant ces situations complexes, évoquent volontiers un manque de formation et un manque d'information relative à l'orientation et la prise en charge spécialisée pouvant être proposée au mineur rencontré.

### **Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants**

Pour apporter une réponse à cette problématique<sup>10</sup> et améliorer le repérage, l'évaluation et les parcours de santé globale des mineurs victimes de violences, les agences régionales de santé (ARS) sont invitées par la présente instruction à **structurer une offre et des parcours de soins spécialisés en faveur de l'enfance en danger, graduée et coordonnée**.

Cette structuration prend appui sur plusieurs actions du **Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022** piloté par le Secrétariat d'Etat chargé de l'enfance et des familles, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées dans la présente instruction :

- Mesure n° 6 : déployer des unités d'accueil et d'écoute spécialisées « UAPED » dans l'ensemble du territoire d'ici 2022 (partie III) ;
- Mesure n° 7 : désigner des équipes pédiatriques référentes pour repérer, constater les violences et prendre soin des mineurs victimes (partie IV) ;
- Mesure n° 15 : créer cinq nouvelles unités spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme dès 2020 (partie V) ;
- Mesure n° 14 : garantir à chaque enfant victime une évaluation de ses besoins et l'accès à un parcours de soins gradués : la présente instruction détaille les orientations pour construire l'offre de soins graduée et coordonnée répondant à cet objectif.

---

<sup>5</sup> OMS, *INSPIRE – 7 stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*, 2016.

<sup>6</sup> Les différents missions et rapports d'information du Sénat consacrés aux violences sur mineurs depuis 2014 mentionnent un chiffre autour de 5 % du total des signalements.

<sup>7</sup> Article 226-14 du code pénal.

<sup>8</sup> R. Gilbert, C. Spatz Widom, K. Browne et al., *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*, Lancet 2009 ; 373 : 68-81.

<sup>9</sup> Observatoire national de la protection de l'enfance, *15<sup>ème</sup> rapport au Gouvernement et au Parlement*, septembre 2021.

<sup>10</sup> *Pédiatrie médico-légale : mineurs en danger du dépistage à l'expertise vers un parcours spécialisé protégé*, Editions Elsevier Masson, 14 octobre 2020.

Cette démarche de structuration dans le domaine de la santé a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail national réunissant des représentants de la pédiatrie, de la pédiatrie médico-légale, de la pédopsychiatrie, de la médecine générale, des infirmiers puériculteurs, des médecins référents protection de l'enfance des conseils départementaux, des représentants d'ARS. Elle s'inscrit également dans une dynamique interministérielle plus globale de prévention, de lutte contre les violences et de prise en charge de leurs conséquences. En témoigne, à titre d'exemple, le récent Plan de prévention et de lutte contre les violences sexuelles et sexistes à l'école mis en place par l'Education nationale.

Pour accompagner les ARS dans cette structuration de l'offre territoriale, des crédits sont délégués dès 2021 afin de créer les dispositifs détaillés dans la présente instruction, ou le cas échéant, renforcer les équipes existantes qui assument déjà ces missions. En effet, les travaux de structuration de l'offre pilotés par l'ARS devront prendre en compte et valoriser les organisations actuelles, si besoin en les optimisant, et s'appuyer sur les ressources existantes, en partenariat avec les conseils départementaux et les tribunaux judiciaires.

Ces parcours spécialisés en santé ne devront pas faire oublier que **tout enfant ou adolescent doit bénéficier, le plus précocement possible, du suivi de droit commun de sa santé articulé notamment autour des 20 examens obligatoires** (non repris dans cette instruction), et qu'il conviendra d'être vigilant sur l'accès effectif à ce suivi pour les mineurs. Il est rappelé que les négligences s'accompagnent souvent d'un déficit du suivi de prévention de droit commun, et ainsi d'un déficit du repérage et de la prise en charge des situations.

## **II) Un objectif de meilleur repérage des violences et de meilleure prise en charge précoce des enfants victimes**

**La structuration territoriale d'une offre de soins spécialisée, lisible, accessible pour les mineurs, graduée et coordonnée** a pour premier objectif d'offrir une meilleure prise en charge des mineurs et de leurs proches, et ainsi de tenter de réduire les effets négatifs des violences à court, moyen et long terme sur la santé des personnes.

Elle porte également l'objectif tout aussi essentiel de **mobiliser plus fortement les professionnels de santé**, quelles que soient leurs modalités d'exercice : de premier recours ou spécialisé, libéral, salarié, hospitalier, scolaire, en protection maternelle et infantile (PMI), en structure de prévention et de premier accueil (maisons des adolescents, consultations jeunes consommateurs...), etc. sur la question des violences faites aux enfants.

En apportant des connaissances, des outils, un recours organisé aux professionnels et un parcours en santé pour les mineurs, l'effet attendu de ces dispositifs nouveaux ou réaffirmés et articulés entre eux est un **meilleur repérage** global des violences faites aux mineurs et de leurs conséquences, se traduisant par une augmentation et une amélioration des prises en charge et, probablement, une hausse du nombre d'informations préoccupantes et de signalements effectués par les professionnels de santé aux fins d'éventuelles mesures de protection.

**Les professionnels de premier recours** (dont les médecins généralistes, pédiatres, urgentistes, personnels de santé scolaire, intervenants en protection maternelle et infantile (PMI), professionnels paramédicaux dont ceux intervenant à domicile, psychologues...) sont les premiers concernés par ces enjeux de repérage et d'articulation des prises en charge. De manière complémentaire aux activités développées par le médecin référent protection de l'enfance<sup>11</sup> du conseil départemental ou la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)<sup>12</sup> sur ce champ, il s'agira de **les soutenir, les accompagner dans une meilleure connaissance des mécanismes de violences et renforcer leur sentiment de légitimité à agir** : pouvoir et savoir penser les

<sup>11</sup> Articles L. 221-2, D. 221-25 et D. 221-26 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>12</sup> Article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles.

violences, savoir les repérer précocément, savoir orienter, savoir en parler, savoir également soutenir le cas échéant les familles qui le demanderaient ou le nécessiteraient tout en se sachant eux-mêmes soutenus par un dispositif de soins spécialisés à leur disposition pour répondre à leurs interrogations et les accompagner dans leurs démarches. Des informations en direction des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourront utilement être élaborées.

Au-delà des professionnels de santé, l'ensemble des acteurs de premier niveau oeuvrant auprès des enfants et des adolescents (personnels de l'Education nationale, éducateurs, animateurs, bénévoles, secteurs du social, du sport, de la culture, des activités péri ou extrascolaires...) a également vocation à se voir proposer appui, conseils, formations, etc. par l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de soins des enfants victimes et listés dans cette présente instruction. L'annexe 5 présente, sous forme schématique, cette structuration régionale de l'offre.

### ***Rôle pivot et de proximité des services d'urgences pédiatriques et de pédiatrie***

Les services d'urgences pédiatriques et de pédiatrie sont des acteurs essentiels du dépistage des violences faites aux enfants.

Ces services doivent être en capacité de **dépister, diagnostiquer et signaler les violences** qui peuvent être à l'origine de motifs de consultation ou d'hospitalisation fréquents : traumatismes physiques, troubles de la croissance, symptômes flous, somatisations, mises en danger répétées, alcoolisation et intoxications aiguës, troubles du comportement, agitation, idées suicidaires et tentatives de suicide, harcèlement, grossesse chez les mineures...

Une attention particulière doit être apportée au **dépistage des traumatismes non accidentels du nourrisson** (syndrome du bébé secoué, fractures, brûlures...), des symptômes de pathologie du lien et de négligences lourdes, ainsi qu'auprès des enfants en situation de handicap ou porteurs de maladie chronique. Des protocoles de diagnostic s'appuyant sur les bonnes pratiques doivent être diffusés pour dépister la maltraitance et écarter le diagnostic différentiel.

On sait également que **certaines situations sont associées à un risque accru de maltraitance**<sup>13</sup>, en particulier :

- chez l'enfant : la prématurité, les troubles du développement et/ou du comportement, le handicap ;
- chez les parents : tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, etc.), les antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, les violences conjugales et intrafamiliales, les addictions, l'isolement social, les troubles psychopathologiques.

Des actions de prévention doivent être menées pour le soutien à la parentalité et la promotion d'une éducation bienveillante. Les services de pédiatrie ont également un rôle de formation majeur auprès des professionnels de santé (étudiants en santé, internes de pédiatrie et de médecine générale...) pour le diagnostic et aussi l'annonce de l'information préoccupante et du signalement. En lien avec les services universitaires, ils peuvent participer à des travaux de recherche dans ces domaines.

### ***La mise en place de protocoles de prise en charge des enfants en cas de féminicide***

Dans le cadre des violences faites aux femmes et des violences au sein du couple, **les enfants sont bien souvent des co-victimes de ces violences**. Les cas de féminicide ont un impact très fortement négatif sur les enfants de la victime, a fortiori s'ils étaient présents au moment des faits. Afin de reconnaître la souffrance de ces enfants vivant ces situations et de les protéger,

<sup>13</sup> HAS, Fiche mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, mise à jour en juillet 2017.

certaines territoires ont développé un partenariat inter institutionnel solide ayant permis de mettre en place des protocoles spécifiques d'action en direction des mineurs co-victimes, à l'image du protocole expérimental réunissant – entre autres partenaires – le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis dont les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), le Parquet de Bobigny et le Centre hospitalier intercommunal Robert BALLANGER d'Aulnay-sous-Bois. Nous souhaitons que ces initiatives puissent être généralisées sur tout le territoire, en associant étroitement l'ensemble des acteurs. Nous vous invitons à vous rapprocher des partenaires de votre territoire pour mettre en œuvre ce dispositif, en vous appuyant notamment sur le modèle du dispositif existant en Seine-Saint-Denis. Une note complémentaire vous sera adressée prochainement, détaillant davantage les modalités possibles d'élaboration d'un tel dispositif.

Au regard des différents constats et enjeux présentés dans les premières parties de cette instruction, **le partenariat avec les acteurs départementaux de la prévention et de la protection de l'enfance (PMI et ASE) est donc essentiel**, pour l'ensemble des actions que la suite de cette instruction invite à mettre en œuvre.

### III) Le déploiement des unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED)

Les unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED) regroupent, dans les services de soins pédiatriques ou pédopsychiatriques, des centres hospitaliers, des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent et une salle d'audition adaptée. Elles ont pour objet d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé :

- Un accueil du mineur victime ;
- La possibilité de soins et de protection adaptés ;
- Une prise en charge globale : médico-psychologique, médico-légale et judiciaire ;
- La possibilité d'une audition dans des locaux adaptés par les services d'enquête.

**Ces unités permettent le soin et le « prendre soin » dès la première rencontre, l'accueil et le recueil de la parole du mineur dans des conditions adaptées et sécurisantes**, ainsi que l'organisation, en tant que de besoin, de son éventuelle protection administrative ou judiciaire dès son arrivée sur place.

Ces dispositifs doivent également permettre d'améliorer, pour le mineur, l'accès aux soins d'aval et la mise en place d'un parcours de soins si nécessaire. Ces unités répondront aux professionnels de santé qui souhaiteraient une consultation médicale dans une situation de danger ou de risque de danger repéré. Ils constituent ainsi une ressource de proximité spécialisée pour les professionnels du territoire confrontés à cette question des mineurs victimes de violences.

Si les UAPED ont été initialement créées et développées par l'association La Voix de l'Enfant, le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants leur donne une nouvelle impulsion, d'une part en annonçant leur **généralisation d'ici 2022**, à hauteur d'une unité minimum par département, au moyen de crédits dédiés (i) ; d'autre part en annonçant la formalisation d'un **cahier des charges national** et de **protocoles de coopération locaux** (ii). Ces éléments de cadrage du dispositif sont détaillés dans l'annexe 2 « Protocole national de mise en place d'une UAPED ».

La généralisation sur le territoire des UAPED et la formalisation de leurs missions s'inscrit donc désormais dans le cadre d'un **pilotage par le ministère des solidarités et de la santé**, en partenariat étroit avec le ministère de la Justice.

#### (i) Présentation des unités et déploiement

Le cahier des charges national des UAPED, présenté dans le protocole national envoyé aux ARS par la note d'information du 27 septembre 2021, et remis en annexe 2 dans une version légèrement actualisée, précise la composition attendue des équipes des UAPED. En particulier, il conviendra de s'assurer :

- Qu'un poste de professionnel « accueillant » est bien prévu. Son rôle est d'accueillir le mineur, de lui présenter les locaux, le fonctionnement de l'UAPED et, le cas échéant, le déroulement de son parcours en fonction de ses besoins (consultation médicale, soins, audition, examens médico-légaux...). Cette personne référente assure également une fonction de coordination entre les acteurs soignants et judiciaires, pour une prise en charge au sein de l'UAPED fluide et adaptée aux besoins du mineur et à sa situation. La mission d'accueillant au sein de l'UAPED sera remplie de préférence par un infirmier puériculteur ou un psychologue ;
- Qu'une équipe soignante est bien constituée et repérée comme telle au sein de l'établissement, devant être composée a minima d'un socle de professionnels (médecin, infirmier et psychologue). La première partie du protocole en annexe détaille les attendus relatifs aux profils de ces professionnels. A minima, parmi les compétences médicales mobilisées devront obligatoirement figurer la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la médecine légale, au titre des ressources internes de l'unité ou par voie de convention.

En sus de ces ressources, d'autres composantes essentielles à la prise en charge pluridisciplinaire des enfants doivent pouvoir être mobilisées par l'unité en tant que de besoin.

Des crédits nationaux, issus du budget de l'Etat et de l'Assurance maladie, sont délégués dans l'enveloppe du Fonds d'intervention régional (FIR) afin d'appuyer les ARS dans le déploiement des UAPED<sup>14</sup>. La dotation FIR 2021 des ARS a été construite en intégrant une estimation du besoin de financement associé au renforcement des équipes existantes ou en cours de constitution pour 35 UAPED dans un premier temps.

#### (ii) *Fonctionnement des unités et gouvernance locale*

**Un protocole national** de mise en place des UAPED a été élaboré dans le cadre du groupe de travail national sur la structuration de l'offre et des parcours de soins spécialisés à destination des mineurs victimes de violences. Il a fait l'objet d'une validation par les services du ministère de la Justice et du ministère de l'intérieur (pour la partie procédure judiciaire), ainsi que d'une relecture par La Voix de l'Enfant. Il a été transmis aux ARS par note d'information du 27 septembre 2021, et figure en annexe 2 de la présente instruction.

Ce protocole détaille les attendus en termes de **missions** et de **fonctionnement**, ainsi qu'en termes de **partenariats institutionnels locaux** à mettre en œuvre. Il constitue pour les ARS un document cadre d'appui, affirmant l'inscription des UAPED dans le parcours de soins et le parcours médico-judiciaire des mineurs victimes, et valorisant la coopération pluri-institutionnelle autour de la prise en charge des besoins de l'enfant en danger.

Les UAPED sont désormais explicitement positionnées comme acteurs du parcours de soins et acteurs spécialisés, proposant un appui, un conseil et un recours en proximité, au bénéfice des professionnels et notamment des professionnels de santé libéraux, dont le mode d'exercice les rend plus isolés. Ce volet ressources inclut également des interventions sous forme de sensibilisation ou formation des acteurs, en lien avec les autres acteurs spécialisés de la présente instruction.

En particulier, les UAPED seront en lien étroit et régulier avec les équipes pédiatriques référentes régionales (voir partie IV) qui auront la charge d'animer le réseau régional des UAPED du territoire.

Au niveau local, une articulation étroite des UAPED avec le **médecin référent protection de l'enfance** départemental sera assurée lorsque celui-ci existe, l'appui aux professionnels sur l'enfance en danger faisant partie intégrante de ses missions.

---

<sup>14</sup> Arrêté FIR du 10 août 2021.

L'articulation avec les autres acteurs du soin, en particulier les services de pédopsychiatrie du territoire pour les soins au long cours de mineurs victimes de violences le nécessitant, sera également nécessaire (voir partie V). Des liens privilégiés seront à construire, tant auprès des potentiels principaux adresseurs (professionnels de santé libéraux, Education nationale, urgences pédiatriques...) qu'avec d'autres acteurs spécialisés sur le champ des violences, en particulier les violences faites aux femmes dans le cadre des violences au sein du couple et violences intrafamiliales, dont les dispositifs de prise en charge sanitaire des femmes victimes de violences<sup>15</sup>, les protocoles « féminicides » lorsqu'ils existent sur le territoire, et tout autre dispositif sanitaire local sur cette thématique. Une attention particulière sera portée aux mineur.e.s (grand.e.s adolescent.e.s) en couple et victimes de violence au sein de celui-ci, ainsi qu'aux enfants co-victimes de violences.

La seconde partie du protocole présente une convention partenariale type pour formaliser la mise en place d'une UAPED sur un territoire donné. L'implication, dès l'amont du projet, des acteurs listés dans cette convention type est essentielle à sa bonne réussite et à l'instauration de relations de confiance entre les différents acteurs, dans la globalité des problématiques rencontrées. Chaque acteur institutionnel, dans le respect de son champ de compétence (diagnostic, soins, déroulement de l'enquête, constat, protection de l'enfance...), a vocation à être partie prenante du projet d'UAPED. En particulier, l'implantation dans un lieu de soins pédiatriques et le fonctionnement des nouvelles UAPED devront être réfléchis en concertation avec les tribunaux judiciaires. Le bénéfice de l'organisation régulière de temps d'échanges pluriprofessionnels (formations, stages croisés...) doit être souligné et leurs modalités de mise en œuvre prévues.

Le déploiement des UAPED et la création de nouvelles unités doivent désormais s'inscrire sous le pilotage de l'ARS, en lien étroit avec les tribunaux judiciaires et les conseils départementaux, dans le respect des orientations du protocole national. Les UAPED existantes devront aussi, progressivement, se conformer au protocole avec l'appui de l'ARS.

Le schéma en annexe 4 présente le positionnement et les missions d'une UAPED dans son environnement immédiat.

#### **IV) La mise en place des équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger**

Ce nouveau dispositif régional a vocation à proposer des missions de recours et d'expertise pour les mineurs, des ressources spécialisées pour l'ensemble des acteurs de soin de la région, des actions de sensibilisation et formation (en collaboration avec les équipes des UAPED et les médecins référents de la protection de l'enfance des conseils départementaux), des approches de prévention, de repérage et de prise en charge à intégrer aux pratiques professionnelles, des missions de recherche et d'enseignement.

Des crédits sont délégués en deuxième circulaire budgétaire 2021 pour appuyer les ARS dans leur déploiement (i). Les missions de ces équipes, présentées ci-après (ii) et détaillées en annexe 3 de la présente instruction, correspondent donc à des missions de **référence régionale** sur la thématique des violences faites aux enfants.

---

<sup>15</sup> Circulaire n° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes ;  
Instruction n° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire.

(i) *Déploiement des équipes régionales et accompagnement financier*

Des crédits nationaux, issus de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « établissements de santé », sont fléchés afin d'appuyer les ARS dans le déploiement des équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger.

Un forfait indicatif de 115 000 € a été établi au niveau national, afin de contribuer au financement d'une équipe devant mobiliser les compétences des professionnels suivants :

- médecin : pédiatre ou pédopsychiatre (possibilité de mobiliser l'une des deux spécialités, pédopsychiatrie de préférence, par partenariat) ;
- infirmière spécialisée : puéricultrice ou en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- psychologue.

En sus de ses ressources propres, l'équipe régionale référente a vocation à mobiliser, en tant que de besoin, les ressources rares spécialisées nécessaires à la bonne prise en charge du mineur qui lui aura été orienté en cas de situation complexe.

Le montant alloué par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) représente un total pour 2021 de 1,955 M€ délégués en C2 2021. Une deuxième tranche de crédits sera déléguée en 2022 de façon à ce que l'ensemble des régions soit couvert.

(ii) *Fonctionnement des équipes et articulation entre les différents acteurs de référence régionaux*

Ces équipes pédiatriques régionales référentes « enfance en danger » constituent :

- Une offre de recours et d'expertise pour les situations les plus complexes : elles doivent ainsi pouvoir proposer, pour les mineurs qui le nécessitent, une coordination du parcours de soins, avec si besoin une prise en charge et un suivi dans le temps du mineur (bilans annuels...), en relai notamment d'UAPED ;
- Une ressource et un appui pour les professionnels sur la thématique des violences faites aux mineurs : formation, élaboration d'outils pratiques, protocoles partagés, veille, recherche, formations pluriprofessionnelles croisées... Un rapprochement avec les coordinateurs régionaux de formation de l'Ecole nationale de la magistrature (ENM) pourra utilement être mis en œuvre ;
- Un animateur territorial sur ces questions : en particulier, animation du réseau des UAPED.

Les équipes pédiatriques régionales référentes pourront être issues d'une UAPED ayant développé une expertise forte, ou être portées par d'autres équipes ou organisations.

Les missions de ces équipes régionales sont détaillées en annexe 3.

Le positionnement de ces nouvelles équipes pédiatriques référentes doit amener les ARS à s'assurer, avec vigilance, d'une forte coopération avec les différents centres référents régionaux existant ou en cours de structuration sur le territoire, au premier rang desquels les équipes pédopsychiatriques des centres régionaux du psychotraumatisme (CRP). Ainsi, il est fortement préconisé, autant que possible compte tenu des configurations du territoire, que **l'équipe pédiatrique régionale soit portée par un service de pédiatrie**, de préférence universitaire. Cette équipe devra **co-assurer les missions d'animation et d'appui aux professionnels avec un service de pédopsychiatrie, en particulier l'équipe pédopsychiatrique du CRP**, en lien avec les autres services universitaires de pédiatrie et de pédopsychiatrie de la région.

Une collaboration étroite entre l'équipe pédiatrique régionale référente d'une part et l'équipe pédopsychiatrique du centre régional du psychotraumatisme d'autre part, dans le cadre de leurs missions respectives, devra ainsi  **systématiquement être mise en œuvre**  pour favoriser les synergies et fédérer les ressources, par ailleurs contraintes en termes de démographie des professionnels. Ce rapprochement avec les centres régionaux du psychotraumatisme et la mise en place d'habitudes de travail communes entre les équipes sont d'autant plus nécessaires que les situations de maltraitances ou d'enfance en danger correspondent à un volume important

de demandes de soins en pédopsychiatrie, relatifs au psychotraumatisme. L'animation en commun des compétences territoriales, l'organisation de sessions de sensibilisation ou formations communes, ou encore la mise en place de protocoles cliniques et protocoles de recherche partagés, sont autant d'actions à valoriser. Des postes partagés entre équipe pédopsychiatrique du centre régional du psychotraumatisme et équipe pédiatrique régionale référente sont à encourager dans ce cadre.

Plus globalement, les ARS veilleront à une articulation étroite entre différentes équipes spécialisées possédant une expertise établie. Les centres référents sur la mort inattendue du nourrisson et les différents service de médecine légale sont ainsi des partenaires incontournables pour les équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger. Un lien avec les centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) pourra être également mis en œuvre.

Ce dispositif devra être lisible pour tous, professionnels de santé hospitaliers et libéraux, professionnels de la protection de l'enfance, familles et associations d'aides aux victimes.

## **V) Le renforcement de l'offre de psychiatrie et santé mentale à destination des enfants victimes de violences et son inscription dans le parcours de soins**

Les violences subies durant l'enfance ont des impacts négatifs sur la santé et notamment la santé mentale, à court, moyen et long terme.

**Les services de pédopsychiatrie ont, dans leur file active, un volume important de jeunes qui peuvent être confrontés à des violences** de manière explicite et avérée ou plus dissimulée et diffuse, notamment ceux évoluant dans un environnement fragile présentant des difficultés économiques et psycho-sociales. Les recherches françaises comme internationales ont mis en évidence le fait que des problématiques relevant de la santé mentale étaient beaucoup plus fréquentes chez les enfants relevant de la protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement de leur parcours de vie complexe.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se déploie sur un **continuum de troubles**, des troubles anxieux de l'enfance dans leurs symptômes divers, jusqu'au **psychotraumatisme dit complexe**, en intrication avec des **troubles somatiques** liés à ces violences ou ces situations de vulnérabilité.

A ce titre, une vigilance particulière, se traduisant par des liens privilégiés entre les équipes, doit être apportée aux jeunes se présentant aux services des **urgences pédiatriques**, dont on sait qu'ils sont une porte d'entrée fréquente pour les mineurs victimes de violences déclarées ou non.

Si la présente instruction ne concerne pas les établissements sociaux et médico-sociaux, dont les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ceux-ci peuvent également rencontrer ces problématiques dans leur file active et pourront utilement être associés à la dynamique de structuration territoriale.

### *(i) Rôle pivot et de proximité des services de pédopsychiatrie*

Les services de pédopsychiatrie ont un rôle essentiel dans la prise en charge de ces troubles. Celle-ci peut être initiée lors d'une période d'hospitalisation (mise à l'abri du mineur, évaluation...) ou proposée directement en ambulatoire et particulièrement par les **centres médico-psychologiques** (CMP) de l'enfant et de l'adolescent, acteurs pivot de la prise en charge psychiatrique des mineurs. Les CMP présentent l'avantage d'offrir une **prise en charge en proximité** du lieu de vie et de l'environnement du mineur. Ils sont amenés à prendre en charge de façon spécifique des mineurs victimes soit directement, soit après adressage par les professionnels, et à prendre en compte les antécédents de violences subies chez de nombreux

enfants de leur file active. Les CMP assurent l'accompagnement au long cours **en lien régulier et formalisé avec les professionnels adresseurs, en particulier ceux exerçant dans les UAPED, et avec les médecins traitants** des mineurs.

Au-delà de la prise en charge du mineur, les professionnels de la pédopsychiatrie ont vocation à **proposer ou à contribuer à des actions à destination de l'environnement direct du mineur**, tant familial que vis-à-vis des professionnels de l'enfance qui l'entourent, ou encore des familles d'accueil pour les enfants placés pour renforcer les habiletés parentales et les compétences des professionnels du secteur éducatif.

Ainsi les équipes des CMP pourront contribuer notamment à :

- Un transfert de connaissances et compétences sur le développement de l'enfant et de l'adolescent ;
- La diffusion des bonnes pratiques et des outils adaptés, en particulier la promotion du renforcement des compétences psychosociales des mineurs victimes ;
- Des formations croisées entre professionnels, en particulier entre professionnels de l'aide sociale à l'enfance et de la pédopsychiatrie, du social / du judiciaire / du sanitaire, etc... ;
- Une supervision et une analyse des pratiques autour de cas cliniques ;
- La définition, avec les professionnels de l'enfance partenaires, des stratégies d'intervention selon les types de problématiques et de situations rencontrées (fait de violence aiguë, révélation de faits anciens, violence intrafamiliale, institutionnelle, fait prostitutionnel, etc.).

Plusieurs de ces activités devront naturellement être envisagées en lien étroit avec les acteurs spécialisés de proximité dont les UAPED définies dans la présente instruction.

Au regard de ces missions et de la fréquence des situations de violences rencontrées en pédopsychiatrie, il apparaît particulièrement nécessaire de poursuivre le renforcement des CMP, mais également de proposer aux professionnels des CMP une **montée en compétence sur le repérage et les prises en charge des syndromes de stress post traumatique**.

*(ii) Rôle de recours et d'expertise des centres régionaux du psychotraumatisme*

La création de **centres régionaux du psychotraumatisme** (CRP) a été initiée fin 2018, en parallèle de la création du Centre national ressources et résilience (CN2R), avec l'installation de 10 premiers centres en 2019 et de 5 centres supplémentaires courant 2020-2021<sup>16</sup>. Du fait de cette création récente, les CRP doivent encore, dans leur majorité, effectuer une montée en charge dans l'animation et l'appui aux professionnels du territoire (formation, expertise...) afin de mieux diffuser les bonnes pratiques et les compétences, ainsi que dans la structuration de la filière pédopsychiatrique de prise en charge du psychotraumatisme.

Ces centres doivent comporter systématiquement un volet « adulte » et un volet « enfant et adolescent ». Pour chacun de ces deux volets, **le rôle des CRP est double**, conformément à leur cahier des charges : ils doivent assurer les prises en charge de victimes de tout type de violences, en priorité des situations les plus complexes en relai ou en appui des équipes de proximité ; ils doivent contribuer à augmenter globalement les compétences spécialisée dans les prises en charge post-traumatiques sur un territoire donné, y compris au sein de l'offre libérale. La mission d'accompagnement des CRP auprès des acteurs de pédopsychiatrie du territoire est donc tout aussi indissociable de leur mission directe auprès des victimes.

---

<sup>16</sup> Liste des 15 CRP : Hospices civils de Lyon ; CHU de Dijon ; CHRU de Tours ; CHU de Strasbourg ; CHRU de Lille ; AP-HP Sud ; AP-HP Nord ; CHU de Martinique ; CHU Occitanie ; CHU de Nice / Fondation LENVAL ; CHU de la Réunion ; CHU de Caen ; CHU de Rennes / de Brest ; CHU de Nantes ; CHU de Bordeaux / de Poitiers ; <http://cn2r.fr/obtenir-de-laide-pour-soi-ou-pour-un-proche/>.

Comme indiqué supra, leur rôle d'animation des ressources et des compétences et de formation relatif au psychotraumatisme et plus globalement à la thématique des violences a vocation à être assuré **en articulation étroite avec les équipes pédiatriques référentes régionales enfance en danger**.

Cette montée en charge et **structuration de l'activité sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** au sein des CMP et des centres régionaux du psychotraumatisme **doit être réaffirmée, et si besoin accompagnée dès à présent** par les ARS, conformément aux orientations prioritaires de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie 2018-2022 portant sur le renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en particulier en direction des publics vulnérables, ainsi que sur le renforcement de l'ambulatoire. Les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues fin septembre 2021 ont confirmé ces enjeux et des crédits seront délégués en ce sens dès 2022, permettant le renforcement des équipes des CMP et des CRP.

Il est par ailleurs rappelé l'annonce récente, issue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021, de la mise en place d'un système de remboursement de séances de psychologues en ville dès 3 ans. De manière plus globale, l'articulation entre acteurs hospitaliers et acteurs de ville autour des parcours des mineurs doit être encouragée.

## **VI) La gouvernance et le suivi du dispositif**

Ainsi que le présente l'annexe 1, le champ de l'enfance en danger est déjà riche d'un grand nombre d'acteurs et de dispositifs, qu'ils soient généralistes ou spécialisés.

Ainsi, d'ici février 2022, vous êtes invités à faire précéder toute démarche de structuration de l'offre d'un état des lieux des acteurs déjà impliqués et actions déjà mises en place afin de définir les manques et besoins de chaque territoire, et de réfléchir avec les acteurs locaux à l'organisation des soins la mieux adaptée, en fonction des ressources locales mobilisables et du degré d'intensité des partenariats déjà actifs.

Parmi les acteurs incontournables, les dispositifs départementaux de protection de l'enfance devront impérativement être partie prenante des réflexions autour des structurations territoriales envisagées, en tenant compte de leurs modes de fonctionnement ; à ce titre la mise en place de médecin référent protection de l'enfance sera encouragée auprès des départements si cela n'était pas encore le cas.

Les modalités de collaboration des dispositifs de soins avec les services de santé scolaire, de PMI ou les services sociaux devront être précisées. Une représentation directe de l'ARS au sein des observatoires départementaux de protection de l'enfance (ODPE) est souhaitable, l'ARS étant un acteur ressource incontournable, tant dans la structuration et la régulation de l'offre de soins, que sur les volets de prévention.

L'organisation de comités partenariaux peut être un moyen pour chaque dispositif de soins développé dans la présente instruction, de mieux faire connaître son activité et lui permettre d'être mieux repéré par ses principaux partenaires. Ces temps d'échanges sont également une occasion pour les structures de réfléchir à leur adaptation régulière aux besoins qui peuvent leur être remontés, en lien avec les autres acteurs du parcours des enfants victimes de violences. Vous veillerez à ne pas multiplier les instances et à vous appuyer sur les organisations déjà en place pour ce comité partenarial : ODPE, comités locaux d'aide aux victimes, etc. Ces derniers, dans leur dimension dédiée à la lutte contre les violences intrafamiliales, sont coprésidés par le préfet et le procureur de la République et présents sur l'ensemble du territoire national : ils peuvent donc constituer une instance adaptée.

Enfin, une structuration et un suivi des données d'activité des dispositifs, ainsi que des données plus globales relatives à l'enfance en danger, est indispensable et devra être progressivement mise en place à partir de février 2022. Vous vous appuyerez sur les équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger et y associerez les acteurs judiciaires et les conseils départementaux.

En termes de suivi national du dispositif, les ARS feront remonter **d'ici fin février 2022** à la DGOS à [DGOS-R4@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4@sante.gouv.fr), les données détaillées en annexe 6, qui portent sur le nombre de dispositifs renforcés, créés, ou en projet recensés par l'ARS.

**Ce point d'étape sera redemandé aux ARS au dernier trimestre 2022.**

Vous voudrez bien nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en oeuvre de la présente instruction. Les bureaux R4, R3 et R2 de la DGOS 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,

A rectangular box containing the word "signé" in a bold, italicized, black font, tilted slightly to the right.

Etienne CHAMPION

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

A rectangular box containing the word "signé" in a bold, italicized, black font, tilted slightly to the right.

Katia JULIENNE

## Annexe 1

### **Présentation des principaux acteurs territoriaux de l'enfance en danger intervenant dans le champ de la santé, de manière directe ou indirecte**

Il existe actuellement, dans le champ des violences faites aux enfants et de l'enfance en danger de nombreux acteurs locaux intervenant, de leur propre initiative ou conformément à un cadre institutionnel et juridique précis, dans le champ de la santé des enfants et adolescents victimes. Leur nombre, composition, articulation et appellation varient grandement selon les territoires concernés.

En conséquence, il semble utile de rappeler ci-après les principaux acteurs et dispositifs déjà existants, leurs missions, leurs périmètres et leurs modes de mobilisation.

#### Domaine de la protection de l'enfance et de l'enfance en danger :

- Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) : au cœur du dispositif de protection de l'enfance, il s'agit d'une cellule, mise en place par le président du conseil départemental, de traitement (recueil et évaluation) de toute information préoccupante. Elle est généralement multidisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire évalue la situation et propose des orientations (administratives ou judiciaires). Elle peut également assurer une mission de conseil auprès des professionnels. En cas de danger imminent et avéré<sup>1</sup>, le président du conseil départemental transmet les informations sur un enfant directement au procureur de la République.
- Médecin référent protection de l'enfance (MRPE)<sup>2</sup> : désigné par le président du conseil départemental, le médecin référent protection de l'enfance contribue :
  - Au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ;
  - A l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ;
  - A l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés supra.

Le médecin référent protection de l'enfance peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire. A ce jour, de nombreux départements n'ont pas de médecin exerçant cette mission.

---

<sup>1</sup> L'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles prévoit que lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire.

<sup>2</sup> Article L. 221-2 et articles D. 221- 25 et 26 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

- Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)<sup>3</sup> : sous l'autorité du président du conseil départemental, l'ODPE procède notamment au recueil et à l'analyse des données relatives à la protection de l'enfance, à la formulation de propositions et d'avis en matière de politique de protection de l'enfance, au suivi de la mise en œuvre du schéma départemental de protection de l'enfance, à l'élaboration d'un programme de formation de tous les professionnels concourant à la protection de l'enfance. De composition pluri-institutionnelle, il s'agit donc d'une instance stratégique, lieu de ressources et de concertation pour les acteurs concourant à la protection de l'enfance.
- Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) « 119-Allô enfance en danger » (ligne d'écoute gratuite accessible 24/24 et 7 jours /7) créé par la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements et la protection des mineurs est un acteur du repérage des situations de maltraitance et de transmission d'informations préoccupantes auprès des CRIP.

Il est rappelé le rôle essentiel, tant en prévention qu'en repérage ou au niveau institutionnel, des acteurs suivants :

- Le service de l'aide sociale à l'enfance, qui est un service non personnalisé du département chargé notamment des missions suivantes (art. L. 221-1 du CASF) :
  - Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs en danger et à leur famille, ainsi qu'aux jeunes majeurs de moins de vingt et un an confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
  - Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service (notamment sur décision judiciaire) ;
  - Mener des actions de prévention (en lien avec la PMI) ;
  - Organiser le recueil et la transmission des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou en risque de danger ;
  - Définir et mettre en œuvre le projet pour l'enfant (PPE) (art. L. 223-1-1 du CASF).

Le repérage et l'évaluation de situations de danger relève de la responsabilité du président du conseil départemental et s'effectue via la CRIP (art. L. 226-3 du CASF).

- Le service de protection maternelle et infantile est un service départemental non personnalisé du conseil départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental. La PMI organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Elle contribue à la qualité des modes d'accueil du jeune enfant : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation, surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. La PMI participe, enfin, aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.
- La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) a pour cœur de mission l'action éducative dans le cadre pénal. Il s'agit d'éduquer, de protéger et d'insérer le mineur en conflit avec la loi, dans un objectif de lutte efficace contre la récidive. Elle est chargée de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre. Ainsi, elle propose son expertise éducative au juge des enfants et met en œuvre ses décisions. La PJJ assure la prise en charge de mineurs qui lui sont confiés dans ses établissements publics et ceux du secteur associatif habilité (SAH), dont elle contrôle la qualité.

---

<sup>3</sup> Article L. 226-3-1 du CASF.

- Du côté des services de l'Education nationale, le conseiller technique de service social départemental (CTSS-D) qui, sous l'autorité de l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'Education nationale (IA-DASEN), assure l'encadrement technique du service social départemental et apporte en matière de protection de l'enfance conseil à l'Institution, notamment pour les situations des élèves relevant du premier degré. Selon les organisations de service, l'expertise et l'accompagnement apportés dans les situations d'élèves en danger ou en risque de l'être pourront, pour le premier degré, être assurés soit par un CTSS-D adjoint ou coordonnateur, soit par un assistant de service social notamment lorsqu'il intervient au sein des écoles rattachées aux collèges situés en réseau d'éducation prioritaire.

La visite obligatoire de la 6<sup>ème</sup> année réalisée par les médecins de l'Education nationale contribue également au repérage des situations relatives aux violences. Les personnels des services de santé scolaire, notamment les infirmiers et les psychologues, sont des personnels essentiels pour le repérage et l'orientation des enfants et adolescents scolarisés.

#### Domaine du médico-légal :

- Unités médico-judiciaires (UMJ) : structures prenant en charge la médecine légale du vivant, sur réquisition du procureur de la République, selon le schéma directeur de la médecine légale prévu par la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 (et modifié par la circulaire interministérielle du 25 avril 2012).

L'UMJ pédiatrique ou unité d'accueil médico-judiciaire pédiatrique (UAMJP) est une appellation jusqu'ici utilisée pour désigner, dans une UMJ, les éléments liés à la prise en charge des mineurs et notamment les salles d'audition des mineurs au sein des hôpitaux. Il ne s'agit pas d'une structure prévue par les circulaires organisant la médecine légale. Conformément au Plan de lutte contre les violences faites enfants, les UAMJ pédiatriques s'appelleront désormais UAPED (partie II de l'instruction, avec un pilotage et une définition des missions dans le champ du ministère des solidarités et de la santé).

#### Dans le domaine de la prise en charge hospitalière, hors dispositifs présentés dans l'instruction :

- Médecin référent sur les violences faites aux enfants : il s'agit d'un médecin hospitalier désigné dans chaque hôpital sur la base du volontariat. Ils ont, entre autres, un rôle de formation et de sensibilisation de leurs collègues hospitaliers, ainsi que d'expertise et d'accompagnement à disposition des équipes concernées par des situations complexes. Très peu d'hôpitaux ont mis en place ce dispositif, construit sur le modèle des référents sur les violences faites aux femmes dans les services d'urgence (circulaire du 25 novembre 2015).
- Dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences (instruction du 18 novembre 2020), référents sur les violences faites aux femmes dans les services d'urgences (instruction du 25 novembre 2015). En effet, la prise en charge des femmes victimes de violences amène bien souvent à se préoccuper de la situation de leurs éventuels enfants, témoins des violences ou exposés à l'impact de celles-ci.

Il conviendra d'ajouter à ce panorama, au niveau local, toutes les initiatives sur le sujet des violences et maltraitements envers les mineurs, notamment celles qui seraient portées par différentes communautés de professionnels (projets territoriaux de santé et projets territoriaux de santé mentale...) dont les professionnels de santé de ville : ordres départementaux ou régionaux, actions de CPTS notamment.

## Annexe 2



# PROTOCOLE DE MISE EN PLACE D'UNE UNITE D'ACCUEIL PEDIATRIQUE ENFANT EN DANGER (UAPED)

## Préambule

Du fait de leur état de dépendance, de faiblesse et de fragilité physique ou psychique, les mineurs victimes de violences, maltraitances ou négligences présentent une vulnérabilité intrinsèque qui justifie tant une prise en charge spécifique, notamment soignante, qu'un traitement judiciaire adapté.

Une évaluation médicale, psychologique, sociale et de l'environnement familial du mineur victime est nécessaire afin d'adapter la prise en charge aux besoins de l'enfant en matière de soins, de constat et de protection. La parole de l'enfant doit être recueillie par des professionnels formés, dans un lieu sécurisant, protecteur et aménagé à cet effet.

C'est pour répondre à ces exigences que le second plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants prévoit, dans sa mesure 6, de déployer les « Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger » (UAPED). Ces unités ont été initialement pensées et développées par l'association La Voix De l'Enfant.

Celles-ci ont pour objet d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé, un accueil adapté à leur vulnérabilité, des soins, une audition par les services d'enquête et une prise en charge globale (médicale, judiciaire et médico-légale) du mineur victime. **L'approche proposée dans le présent protocole a pour objectif de coordonner trois dimensions : soins, nécessité de la procédure pénale, protection, le tout dans le cadre de l'évaluation du mineur victime.**

En effet, les mineurs victimes ont besoin d'un parcours médico-judiciaire protégé, qui évite de nouveaux traumatismes liés à la démarche judiciaire, après avoir été objets de violences. Ce parcours doit être respectueux de leurs droits, et adapté à leur particulière vulnérabilité, à leur âge et à leur développement, quel que soit le type de violences suspecté.

Le présent protocole définit, dans sa première partie, le cahier des charges national de l'UAPED en précisant ses missions et son périmètre, conformément aux orientations nationales. La seconde partie du protocole concerne les modalités opérationnelles de mise en œuvre d'une UAPED dans un objectif de formalisation de l'engagement des acteurs locaux et institutions parties prenantes, au premier rang desquels l'autorité judiciaire, le centre hospitalier, l'agence régionale de santé et le conseil départemental, en prévoyant notamment la mise en œuvre de la coopération entre ces acteurs et les modalités locales de pilotage de l'UAPED.

# I. PRESENTATION GENERALE DU DISPOSITIF

## A) Définition de l'UAPED

### 1. Missions de l'UAPED

Une unité d'accueil pédiatrique enfant en danger regroupe, dans un centre hospitalier, des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent et une salle d'audition adaptée. La localisation de l'UAPED doit être dans un service de pédiatrie, d'urgences pédiatriques ou de pédopsychiatrie.

- Volet médical

L'UAPED permet de prendre en charge les mineurs victimes de toute forme de violence, incluant les maltraitances et négligences dans le cas de suspicion de violence ou de violence avérée, afin qu'ils bénéficient de la mise en place d'un parcours de soins pédiatriques adapté à leurs besoins.

Il s'agit plus précisément d'organiser et de faciliter, pour un mineur victime ou présumé victime, l'accès aux soins et la mise en place d'un parcours de soins si nécessaire, en s'assurant également que les autres volets de sa prise en charge et que sa protection sont bien prévus ou en cours de mise en place (protection judiciaire, aide éducative, accompagnement...).

Hors parcours judiciaire, il est préférable que l'UAPED soit sollicitée par un professionnel de santé, ce qui permet d'établir un lien entre soignants et d'assurer une continuité du soin et un parcours de santé autour du mineur.

En cas de suspicion de violences ou de négligence subies par le mineur, le professionnel de santé doit effectuer, sans délai, un signalement aux autorités judiciaires.

- Volet judiciaire et médico-légal

Dans le cadre d'une procédure judiciaire, l'UAPED permet que le mineur victime soit entendu par les services enquêteurs dans des conditions adaptées à son âge, grâce à la mise à disposition d'une salle d'audition.

Afin de répondre aux réquisitions judiciaires, les examens médico-légaux ou les expertises (psychologiques...) sont effectués au sein ou à proximité de l'UAPED.

L'audition, les examens médico-légaux voire les expertises sont donc réunis en une unité de lieu et de temps évitant ainsi au mineur de potentiels nouveaux traumatismes liés aux diverses phases de la procédure judiciaire. La présence d'un mineur au sein d'un lieu de soins permettra facilement d'enclencher une prise en charge et de mettre en place une hospitalisation rapide et une protection adaptée, si nécessaire.

- Volet « ressources »

Une UAPED a également vocation à assurer, en direction des professionnels du territoire, une mission d'aide au repérage et au diagnostic lors des situations de suspicions de violences hors procédures judiciaires en cours. L'UAPED peut assurer des conseils et un appui à tout professionnel de santé pour toute question liée au parcours de soins d'un mineur victime de violences ou suspect de l'être.

Elle assure cette mission en lien avec l'équipe référente régionale « enfant en danger » (mesure 7 du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants « équipes pédiatriques référentes »). Elle s'appuie sur l'utilisation de protocoles de diagnostic et de référentiels d'évaluation en lien avec les recommandations de bonnes pratiques.

L'UAPED est donc une équipe ressource pluriprofessionnelle de proximité pour les professionnels confrontés à des suspicions ou révélations de violences subies, dans l'hôpital et aussi en particulier pour les professionnels de santé libéraux. Elle peut assurer le diagnostic, le conseil, les premiers soins somatiques et psychiques, et orienter vers des soins ultérieurs en lien avec les autres professionnels de santé, éventuellement au sein du même service ou pôle hospitalier. Elle réalise ou aide à la réalisation des informations préoccupantes et des signalements. Elle est en lien étroit avec les institutions impliquées dans la protection de l'enfance, et particulièrement le médecin référent protection de l'enfance du conseil départemental et la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP).

Ce volet « ressources » inclut également des formations dispensées par l'UAPED ou dans lesquelles elle intervient, le cas échéant, pour sensibiliser les professionnels confrontés aux violences sur mineurs sur le territoire.

Si nécessaire, l'équipe de l'UAPED pourra se déplacer sur sollicitation d'un professionnel, ou dans le cadre d'un partenariat particulier (ex : pour des formations en lien avec le médecin référent protection de l'enfance).

## 2. Le public ciblé

- Mineurs concernés par l'UAPED :

L'UAPED accueille des mineurs, émancipés ou non, dès lors qu'il est suspecté qu'ils sont victimes de violences ou exposés à des violences (par exemple, co-victimes de violences commises au sein du couple).

Le mineur est orienté à l'UAPED :

- Par un professionnel de santé, dans le cadre d'une suspicion de violences ou d'une situation de violence avérée ;
- Par les autorités judiciaires ou les services d'enquête saisis, dans le cadre d'un parcours médico-judiciaire.

Lorsqu'un mineur n'a pas été orienté à l'UAPED par les autorités judiciaires et que l'équipe de l'UAPED confirme qu'il est présumé en danger, sa situation doit néanmoins donner lieu à une information préoccupante adressée à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou un signalement adressé au procureur de la République afin que, le cas échéant, une enquête puisse être ouverte.

- Mineurs concernés par la salle d'audition au sein de l'UAPED :

**La décision de recourir à la salle d'audition de l'UAPED, rattachée au tribunal judiciaire dans le ressort duquel l'enquête ou l'instruction est diligentée ou dans le ressort duquel le mineur est domicilié, relève de l'autorité judiciaire ou des services d'enquête saisis.**

Elle peut concerner tous les mineurs, sans distinction d'âge ou d'émancipation, victimes de l'une ou plusieurs des infractions prévues à l'article 706-47 du code de procédure pénale (CPP), de violences prévues notamment aux articles 222-9 et suivants du code pénal, de privations ou négligences telles que définies aux articles 227-1 et 227-2 ainsi que 227-15 à 227-17 du code pénal. Plus largement tous les mineurs, victimes ou exposés à des faits susceptibles de générer un traumatisme important ou qui présentent une situation de danger au sens de l'article 375 du code civil, peuvent être entendus ou bénéficier d'une audition par les services enquêteurs à l'UAPED et y être accueillis.

Les mineurs victimes de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 du CPP et dont l'audition doit donner lieu à un enregistrement audiovisuel, en application de l'article 706-52, sont prioritairement auditionnés au sein de l'UAPED sans préjudice des dispositions des articles 39-3 et 40 du CPP.

### 3. Modalités de fonctionnement

Lorsqu'un médecin réfèrent sur les violences faites aux enfants ou une équipe référente sur les violences faites aux enfants sont présents préalablement à la création de l'UAPED au sein de l'établissement de santé, le fonctionnement de l'UAPED doit s'appuyer sur cet existant.

Quel que soit le mode d'entrée du mineur victime dans l'unité (diagnostic, soins, repérage, demande d'examen médico-légal), il s'agit d'un lieu unique dans lequel les différents professionnels mettent en commun leur compétence au service du mineur. Autant que possible, les différents examens ont donc lieu à l'UAPED ou en proximité immédiate, dans un temps rapproché de l'audition le cas échéant.

Le personnel de l'UAPED initie, lorsque celle-ci n'est pas encore mise en place, l'organisation des soins de l'enfant à la suite des infractions subies, en lien systématique avec le suivi médical de droit commun du mineur. Pour ce faire, il travaille en étroite partenariat avec les autres acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire. Des conventions sont établies et des protocoles d'adressage sont formalisés en tant que de besoin.

Au sein de l'unité, le mineur victime est toujours accueilli par un professionnel dédié, dit « personne accueillante », dont le rôle est de lui présenter les locaux, le fonctionnement de l'UAPED et le déroulement de son parcours en fonction de ses besoins dont, le cas échéant, l'audition et des examens médico-légaux. L'accueillant assure également une fonction de coordination des acteurs soignants et judiciaires, pour une prise en charge au sein de l'UAPED fluide et adaptée aux besoins du mineur et à sa situation.

Si les mineurs reçus pour des évaluations à la demande de professionnels de santé dans les UAPED sont ensuite auditionnés, l'unité de lieu répond aux besoins de parcours et de maillage en santé. L'accompagnement en particulier par l'accueillant est un « fil rouge » qui permet au mineur d'être accompagné au mieux.

La personne accueillante prend également en charge l'accueil des accompagnants. Si l'équipe de l'UAPED constate que les parents ont besoin d'un accompagnement, notamment psychologique, ils s'assurent que celui-ci est organisé.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire, le mineur est conduit à l'unité par le service d'enquête (police ou gendarmerie nationales) sur instruction du procureur de la République ou du juge d'instruction suivant le cadre procédural (enquête de flagrance ou préliminaire, instruction préparatoire). Il peut également être conduit par son représentant légal, la personne de son choix ou l'administrateur *ad hoc* désigné en application de l'article 706-50 du CPP.

Les modalités d'accompagnement du mineur victime à tous les stades de la procédure pénale sont définies par l'article 706-53 du CPP : le mineur victime peut être accompagné, à sa demande, par son représentant légal et le cas échéant, par la personne majeure de son choix, sauf si un administrateur *ad hoc* a été désigné ou sauf décision contraire motivée de l'autorité judiciaire.

L'audition a lieu dans la salle prévue à cet effet. Elle est effectuée par des enquêteurs spécifiquement formés au recueil de la parole d'un enfant ou adolescent victime, par exemple avec le protocole du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), selon des modalités à détailler dans la seconde partie du protocole. L'enquêteur mène l'audition hors la présence du personnel hospitalier.

L'audition peut être effectuée, sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, le cas échéant à la demande du mineur ou de son représentant légal, en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialiste de l'enfance ou d'un membre de la famille du mineur ou de l'administrateur *ad hoc* désigné en application de l'article 706-50 du CPP, ou encore d'une personne chargée d'un mandat du juge des enfants.

Cet accompagnement présente un double intérêt :

- rassurer l'enfant qui peut exprimer le besoin d'être accompagné par une personne de confiance à l'occasion de son audition par les services d'enquête ;
- apporter une aide aux enquêteurs dans le déroulement de l'audition, le tiers pouvant suggérer les moments où il conviendrait de suspendre l'audition ou d'avoir recours à une autre technique d'interrogation, dans le strict respect des prérogatives et compétences propres des enquêteurs en charge de l'audition.

Lorsque l'audition est terminée, le mineur est à nouveau pris en charge par le personnel de l'UAPED selon un protocole de fonctionnement propre à l'unité, établi préalablement et précisé dans la seconde partie du protocole, incluant la prise en compte des éventuels examens médico-légaux requis mais aussi les éventuelles préconisations sur les suites à donner et orientations nécessaires en termes de soins pour le mineur. L'ensemble de ces éléments est systématiquement expliqué au mineur et le cas échéant à ses représentants légaux.

## **B) Conditions de fonctionnement**

### **1. Compétences du personnel intervenant**

Au regard de ses missions, le personnel de l'UAPED est spécifiquement formé au développement et aux problématiques particulières de santé de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'au repérage et à la prise en charge des violences et maltraitements chez les enfants et adolescents.

L'activité de l'UAPED doit être supervisée par un médecin coordinateur de l'unité, garant du parcours de soins, référent des violences faites aux enfants au sein de l'établissement.

Une UAPED sera constituée, au minimum, de temps médical de pédiatre ou pédopsychiatre (à titre indicatif : 0,5 équivalent temps plein (ETP) incluant la coordination de l'unité), de temps infirmier (profil d'infirmier.e puériculteur.rice de préférence) et de temps de psychologue.

En outre, seront systématiquement mises en œuvre au sein de l'UAPED les compétences médicales suivantes, qu'elles soient directement rattachées à l'unité ou qu'elles interviennent par convention avec un autre service hospitalier :

- Pédiatrie ;
- Pédopsychiatrie ;
- Médecine légale.

La présence conjointe et coordonnée des spécialités telles que la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la médecine légale permet une montée en compétence de ces différentes spécialités au service du mineur et une adaptation des réponses, évitant ainsi le sur-traumatisme des interventions ainsi qu'une bonne réponse judiciaire, tant sur le plan civil que pénal. Toute autre spécialité médicale doit pouvoir être mobilisée rapidement par l'équipe en cas de besoin d'évaluation de soins ou de prise en charge, en sollicitant également si besoin via l'équipe régionale référente, des spécialités médicales « rares » selon les besoins du mineur.

Le personnel de l'unité veillera particulièrement à établir des partenariats solides et de confiance avec les équipes de pédopsychiatrie de secteur et les éventuelles antennes du centre régional du psychotraumatisme du territoire, susceptibles d'intervenir dans le suivi psychologique au long cours du mineur.

La mission d'accueillant au sein de l'UAPED sera remplie de préférence par un.e infirmier.e puériculteur.rice ou un.e psychologue.

Un temps d'assistant social est également fortement recommandé pour favoriser les liens inter institutionnels et éventuels relais dans les besoins d'accompagnement des mineurs victimes et de leurs accompagnants (familles, mandants...).

De même, dans un même souci d'accompagnement des familles le temps de l'audition et des éventuels examens-médicaux, il est possible de prévoir l'intervention d'une association d'aide aux victimes qui pourra apporter une aide et un soutien sur le plan juridique et social aux familles qui en font la demande.

Un temps de secrétariat doit être assuré, notamment pour le bon fonctionnement de la salle d'audition en lien avec les services d'enquête.

L'UAPED développe les partenariats nécessaires à une prise en charge adaptée aux besoins de l'enfant, y compris sociale, judiciaire (par exemple avec le barreau du tribunal judiciaire local en vue d'identifier les avocats spécialisés sur les mineurs et les enfants victimes), éducative. L'UAPED veillera également à articuler ses interventions avec les dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences pour les situations de violences au sein du couple impliquant des enfants victimes ou exposés à des faits de violences, notamment les dispositifs hospitaliers, et s'assurera d'établir des liens avec les intervenants

présents au sein des commissariats de police et en gendarmerie (psychologues, intervenants sociaux en commissariat et en gendarmerie, permanence d'association d'aide aux victimes) ainsi que les associations locales d'aide aux victimes spécialisées en matière de violences conjugales.

Afin de soutenir les professionnels de l'UAPED dans leurs missions, il est utilement recommandé qu'ils bénéficient d'un accompagnement dont la forme sera à définir à partir des besoins et attentes de l'équipe (ex : analyse de pratiques professionnelles, retours d'expériences, supervision...). L'équipe régionale référente pourra être ressource pour soutenir l'identification des modalités d'accompagnement des UAPED et organisera annuellement un temps de partage des pratiques professionnelles entre les UAPED de sa région.

## **2. Le local de la salle d'audition**

Afin d'accueillir des auditions judiciaires, l'UAPED doit comprendre une pièce de 12 à 20 m<sup>2</sup> dédiée à cette activité. La pièce doit permettre l'expression de la parole du mineur dans des conditions sécurisantes et conformes au bon déroulement d'une audition.

Un équipement technique adapté à l'enregistrement de l'audition doit être installé dans une pièce attenante, dite « salle technique ».

L'équipe en charge de l'UAPED réfléchit, en lien avec les enquêteurs à proposer une scénographie et un équipement de la salle compatibles avec les nécessités de l'enquête et les besoins du mineur / état du mineur.

La localisation de l'UAPED doit être dans un service de pédiatrie, d'urgences pédiatriques ou de pédopsychiatrie. Si, de manière exceptionnelle, la localisation de tout ou partie de l'UAPED, et notamment la salle d'audition, ne peut se faire dans un de ces services, il est indispensable de veiller à un aménagement des locaux adaptés dédiés à l'accueil des enfants et des adolescents ainsi qu'à un circuit de circulation spécifique du mineur au sein de l'hôpital.

## **C) Financement du dispositif**

Les modalités précises de financement de chaque UAPED doivent être détaillées dans la seconde partie du présent protocole.

Eu égard aux missions spécifiques de l'UAPED, un financement pluri-institutionnel sera recherché, et devra inclure a minima une contribution santé et une contribution justice. La participation du conseil départemental sera systématiquement recherchée.

Les modalités de financement suivantes sont envisagées :

- L'établissement de santé met à disposition des locaux ;
- L'établissement de santé finance le personnel soignant ainsi que la personne accueillante avec un soutien financier de l'ARS (contribution du FIR) ;
- La mise à disposition de matériel pour la salle d'audition et son entretien peuvent être financés par des associations ou fondations.

Les actes de médecine légale sont, eux, financés par le ministère de la Justice conformément au dispositif prévu par la circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale :

- Si l'établissement de santé requis pour effectuer les actes comprend une unité médico-judiciaire (UMJ), ces actes sont financés par une dotation forfaitaire annuelle versée à l'établissement ;
- Si l'établissement de santé requis pour effectuer les actes ne comprend pas d'UMJ, les examens médico-légaux réalisés sont financés à l'acte, sur frais de justice versés à l'établissement.

## **D) Suivi et pilotage du dispositif**

Eu égard aux missions spécifiques de l'UAPED, des modalités de pilotage local seront déterminées afin d'associer *a minima* le centre hospitalier, l'ARS, le procureur de la République, le conseil départemental, la gendarmerie et/ou police nationales, dans des modalités détaillées dans la seconde partie du protocole.

L'UAPED peut également être un lieu de recherche en favorisant des liens universitaires, ou de formation des professionnels, en lien avec l'équipe référente régionale « enfant en danger ». Une synthèse annuelle de ces activités est alors transmise aux financeurs et institutionnels. Ce document est transmis à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance et à l'ARS.

En tant que lieu de ressources sur la prise en charge des violences faites aux enfants, l'UAPED peut encourager et participer à des formations croisées entre acteurs du dispositif et des immersions pluri-institutionnelles. Ces activités sont également synthétisées annuellement et partagées dans les instances de pilotage.

## **II. MISE EN PLACE OPERATIONNELLE D'UNE UAPED DANS LE CENTRE HOSPITALIER DE**

### **A) Parties prenantes et personnes référentes**

- Le centre hospitalier : .....
- Le tribunal judiciaire de ..... : le procureur de la République et le président.....
- L'agence régionale de santé : .....
- Le représentant de la police / gendarmerie :.....
- L'association d'aide aux victimes : .....
- Le représentant du conseil départemental : .....

### **B) Modalités d'accès à la salle d'audition**

L'UAPED est située au ..... (adresse) dans le service .....

L'UAPED s'organise au sein de l'établissement de santé pour proposer des créneaux d'audition et de prise en charge sur rendez-vous et en urgence :

#### **1. Prise de rendez-vous**

Les enquêteurs réservent la salle d'audition auprès du secrétariat de l'UAPED, au numéro : XX.XX.XX.XX.XX

Décrire les modalités d'utilisation de la salle sur RDV :

.....

#### **2. Procédure d'urgence (créneaux banalisés et accueil hors heures ouvrables)**

Décrire les modalités d'utilisation de la salle en urgence :

.....

Ces modalités doivent être partagées et connues des acteurs : enquêteurs, services administratifs du CH, service hospitalier hébergeant l'UAPED...

## **C) Déroulé du parcours**

### **1. Arrivée et accueil du mineur victime :**

Décrire les modalités d'accueil du mineur et de son accompagnant (qui, quand, comment...) :

.....

### **2. Déroulé de l'audition :**

- L'audition est enregistrée conformément à l'article 706-52 du code de procédure pénale.

Décrire l'accompagnement proposé aux accompagnants :

.....

- Pour limiter les répétitions et être en mesure d'adapter l'examen clinique aux déclarations, le médecin ou le psychologue requis aux fins d'examen peut être autorisé, par l'autorité judiciaire, à suivre l'audition en cours, sans intervention de sa part. Sa présence devra alors être signifiée au procès-verbal de l'audition.
- Mise sous scellés de l'enregistrement. Une fois l'audition terminée, son enregistrement audiovisuel et vidéo est automatiquement gravé sur un support numérique dont un exemplaire est versé à la procédure et un autre est placé sous scellé. Les enquêteurs procèdent alors à la rédaction du procès-verbal de l'audition. A cet égard, il apparaît utile de préciser qu'il peut s'agir d'une retranscription non littérale de l'intégralité des propos tenus. Néanmoins, le procès-verbal d'audition de l'enfant doit mentionner l'intégralité des éléments intéressant l'enquête (verbaux et non verbaux), en particulier les questions posées et mettre en avant les temps forts de l'audition. Les enquêteurs procèdent également à la rédaction du procès-verbal relatant les opérations d'enregistrement, qui devra succinctement préciser les modalités pratiques utilisées pour l'enregistrement, faire état de la mise sous scellés de l'enregistrement vidéo et de l'établissement de la copie.

Lieu de conservation des scellés : .....

- Temps de transmission ciblé entre enquêteurs et professionnels de l'UAPED afin d'éviter au mineur d'avoir à se répéter dans le cadre de sa prise en charge médicale.

### **3. Prise en charge santé et médico-légale :**

Décrire les modalités spécifiques de prise en charge pouvant être proposées par l'équipe de l'UAPED de manière immédiate et/ou les partenariats mis en place (si un examen clinique est nécessaire, il est nécessaire d'y impliquer une compétence « pédiatrique » au sens large) :

.....

Décrire les modalités spécifiques pour permettre au mineur l'accès aux examens médico-légaux sur réquisition judiciaire (déplacement du médecin légiste à l'UAPED...) :

.....

### **4. Prise en charge et suivi dans le temps :**

Décrire, le cas échéant, les modalités proposées par l'équipe de l'UAPED :

.....

## **D) Suivi du fonctionnement de l'UAPED**

### **1. Financements**

Lister les financeurs, les modalités de financement, le montant initial des contributions, leur nature et objet et les modalités de leur évolution :

.....

### **2. Comité de pilotage et partenarial**

Un comité de pilotage institutionnel est constitué afin d'assurer le suivi et l'évaluation de l'action conduite dans l'UAPED. Il rassemble :

- pour le CH de .....: le directeur et le médecin coordinateur/référent auprès de l'UAPED
- pour le TJ de .....: le procureur de la République et le président
- pour les services de police : le directeur départemental de la sécurité publique de .....,
- pour le conseil départemental de ....., un représentant dans le champ de l'enfance, de la famille, de la santé et du développement social + le MRPE
- pour l'association d'aide aux victimes : sa direction
- pour l'ARS
- tout autre financeur du dispositif (La Voix De l'Enfant notamment)

Il se réunit à l'initiative du procureur de la République près le tribunal judiciaire ou du centre hospitalier de ..... autant que nécessaire et au minimum une fois par an pour veiller à la bonne application du protocole et envisager, le cas échéant, les évolutions de celui-ci. Il n'évoque pas les cas individuels. Dans ce cadre, les partenaires recensent :

- Le nombre d'auditions effectuées chaque année (en distinguant les auditions effectuées hors des créneaux d'ouverture de l'UAPED) ;
- Les caractéristiques des mineurs (âge, sexe...) reçus et les types de violences et d'infractions supposées / constatées ;
- Le nombre et le type de prises en charge effectuées chaque année ;
- Tout autre indicateur défini de manière concertée au sein du comité de pilotage (COFIL), notamment les partenariats et actions partenariales menées par l'UAPED, les formations des professionnels (UAPED, justice, police/gendarmerie) dont les formations croisées, etc.

Un comité de pilotage partenarial peut être mis en place une fois par an afin de rassembler tous les professionnels du secteur de la prise en charge des violences faites aux enfants (par exemple : la médecine scolaire, l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance, le Comité local d'aides aux victimes (CLAV)...). Cela permettrait de valoriser l'action de l'UAPED auprès des partenaires.

### **3. Comité technique**

En parallèle du comité de pilotage, un comité technique composé des professionnels intervenant habituellement au sein de l'UAPED pourra être utilement constitué, incluant notamment l'assistant social et le médecin référent protection de l'enfance et les partenaires de terrain. Des rencontres de tous les acteurs, avant la mise en place du dispositif, puis de manière périodique, permettront de mieux fixer le périmètre d'intervention de chaque partenaire et de coordonner plus efficacement les actions. Les rencontres pourront donner lieu à des retours d'expérience qui viendront au soutien de la mission de suivi et d'évaluation du comité de pilotage. Elles n'évoquent pas les cas individuels.

## **E) Durée et résiliation**

La présente convention entre en vigueur le XXXX. Elle est conclue sans limitation de durée.

Fait à ....., le .....

Le directeur du centre hospitalier de XXXXX

Le procureur de la République près le tribunal judiciaire de XXXXX

Le président du tribunal judiciaire de XXXX

Le directeur de l'agence régionale de santé XXXXX

Le directeur départemental de la sécurité publique de XXXXX

Le commandant de groupement de gendarmerie départementale de XXXXX

Le président du conseil départemental de XXXXX

Le président de l'association La Voix De l'Enfant (le cas échéant)

Le président de l'association d'aide aux victimes « XXXXX »

## Annexe 3

### **Missions et fonctionnement d'une équipe pédiatrique régionale référente « enfance en danger » pour la prise en charge des enfants victimes de violences (action n° 7 du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants)**

#### **1. Missions des équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger**

##### **1.1. Au titre de la gradation de l'offre de soins**

Ces équipes auront des missions **de recours et d'expertise** à l'échelle régionale, **à destination de l'ensemble des professionnels de santé**, de 1<sup>er</sup> recours et spécialisés, de ville ou hospitaliers, allant de la sensibilisation/formation à des conseils experts et une coordination des soins pour les situations les plus complexes.

Le rôle de recours consiste en un appui et **un soutien organisé aux acteurs de soins** de la région. En relai si besoin des UAPED, les équipes référentes régionales peuvent proposer des consultations d'avis, des conseils et de l'aide au diagnostic.

Elles proposent également une prise en charge spécialisée des enfants pour les **situations complexes**, en collaboration et appui aux équipes de prise en charge de proximité, pouvant aller jusqu'à la mise en œuvre ou la coordination directe des soins et le suivi de moyen / long terme du mineur si nécessaire (ex : bilans annuels). Ces prises en charge peuvent se faire dans le cadre de consultations ou d'hospitalisations.

Les équipes régionales devront pouvoir mobiliser, en tant que de besoin, les ressources médicales rares ou très spécialisées relatives à la prise en charge pluridisciplinaire des mineurs lors de situations complexes.

##### **1.2. Au titre de l'animation des acteurs et de la thématique**

Les équipes pédiatriques référentes auront la charge **d'animer la réflexion** sur le sujet de la prise en charge en santé des mineurs victimes de violences au sein de leur région, en développant des actions **d'outillage**, de diffusion de connaissances, de **sensibilisation et formation** spécialisée des professionnels sur les violences faites aux enfants (champs du repérage, du diagnostic, de l'annonce et de la mise en place du projet de soins, supervision des pratiques...).

La thématique de l'enfance en danger étant un sujet complexe, faisant intervenir un grand nombre d'acteurs différents, **des formations interprofessionnelles et interinstitutionnelles** pourront utilement être proposées, en lien avec les acteurs judiciaires ou sociaux notamment, permettant de favoriser les rencontres et les échanges, et ainsi de renforcer la connaissance et la confiance réciproque entre professionnels issus de champs et de métiers variés, mais tous concernés par la thématique de l'enfance en danger. Les antennes décentralisées de l'Ecole nationale de la magistrature, qui peut également proposer des formations sur cette thématique, pourront être sollicitées pour construire une offre de formation adaptée aux acteurs du territoire, ainsi que les observatoires départementaux de la protection de l'enfance.

Les équipes pédiatriques régionales référentes auront également pour mission de proposer des **réunions d'échanges** pour les professionnels, particulièrement à destination des UAPED départementales entre elles : l'animation des UAPED sera une mission de l'équipe pédiatrique régionale référente. Des liens spécifiques avec les médecins référents de la protection de l'enfance présents dans les départements seront développés.

La **recherche et la valorisation générale de l'activité** des équipes de soin sur le sujet des violences faites aux enfants, sera également une mission des équipes pédiatriques référentes régionales. La proposition de modalités harmonisées et partagées de recueils de données de santé des mineurs victimes de violences au sein du réseau d'acteurs spécialisés, ainsi que la synthèse et le suivi des recueils d'activité des UAPED départementales seront effectués, et un rapprochement avec les observatoires départementaux de la protection de l'enfance est encouragé.

Les équipes pédiatriques référentes régionales enfance en danger seront désignées par les ARS, au titre de leur capacité à remplir ces missions principales (recours et expertise pour les parcours de soins / animation de la thématique / recherche) et à fédérer l'ensemble des acteurs de la santé des enfants et adolescents. Elles se devront, en lien étroit avec les autres centres régionaux référents sur cette thématique des violences, de promouvoir **un travail en réseau** permettant de fédérer les synergies et **d'apporter, de manière coordonnée, une réponse aux besoins** en santé des mineurs et de leurs familles et aux questionnements des professionnels.

Ces missions sont donc nécessairement exercées en étroite articulation avec les autres acteurs spécialisés dans les violences faites aux enfants. En particulier, des collaborations formalisées doivent être systématiquement élaborées avec les équipes pédopsychiatriques des centres régionaux du psychotraumatisme, ou encore les centres référents sur la mort inattendue du nourrisson. Un partage des missions de référence sur les thématiques des violences subies par les mineurs pourrait d'autant plus être envisagé, dans un contexte de ressources humaines limitées sur un territoire.

Le lien entre les violences agies et les violences subies est bien connu. C'est la raison pour laquelle l'équipe devra travailler avec les centres ressources pour intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) pour élaborer des protocoles de travail et des enseignements communs.

## **2. Composition**

Ces équipes référentes devront être pluridisciplinaires, sous la responsabilité d'un médecin. Elles seront composées d'un socle de professionnels médecin (pédiatre), infirmier (infirmier puériculteur/infirmier en pédopsychiatrie) et psychologue.

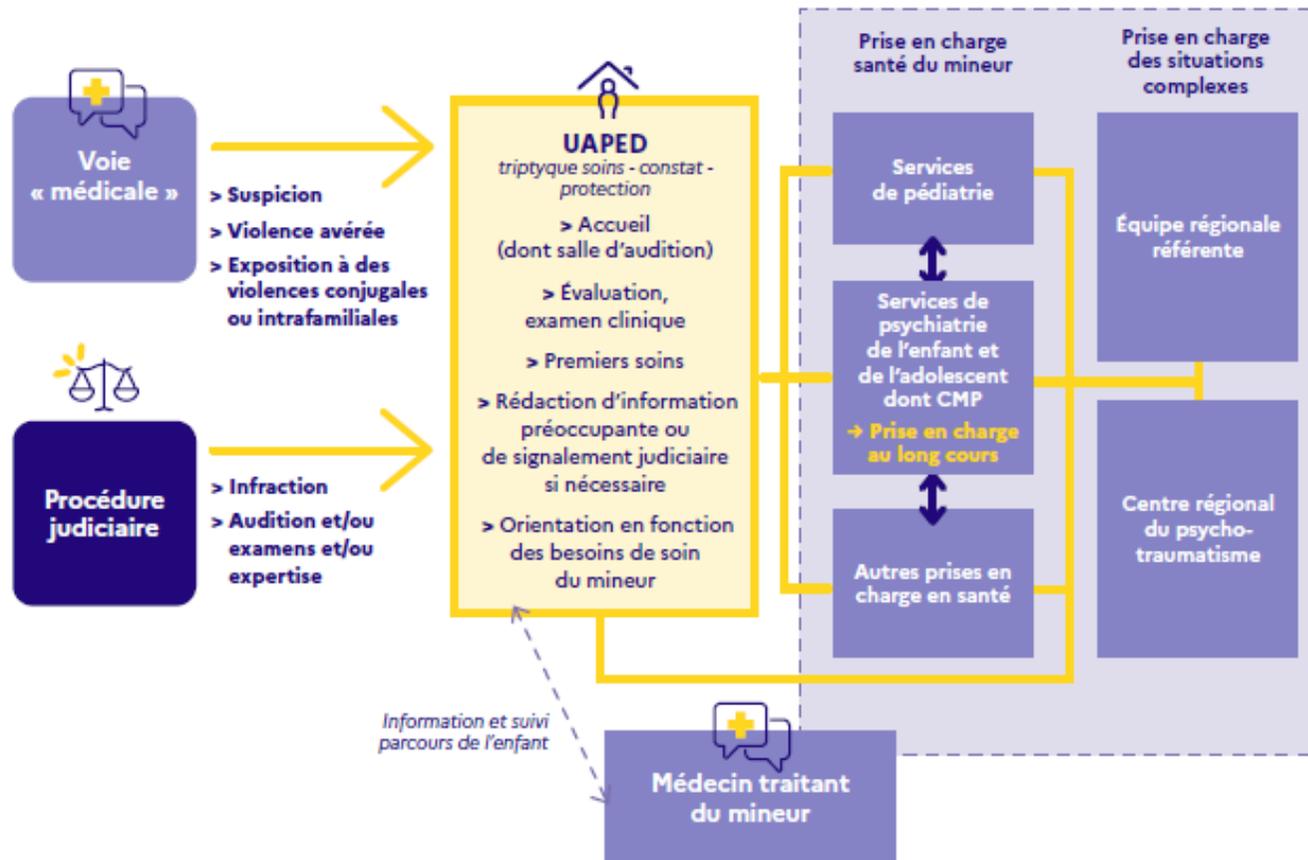
Un partenariat étroit sera encouragé et formalisé avec les pédopsychiatres des centres régionaux du psychotraumatisme.

En sus de ces ressources, d'autres composantes essentielles à l'expertise pluridisciplinaire des équipes devront pouvoir être mobilisées en tant que de besoin, notamment en lien avec les professionnels de la médecine légale.

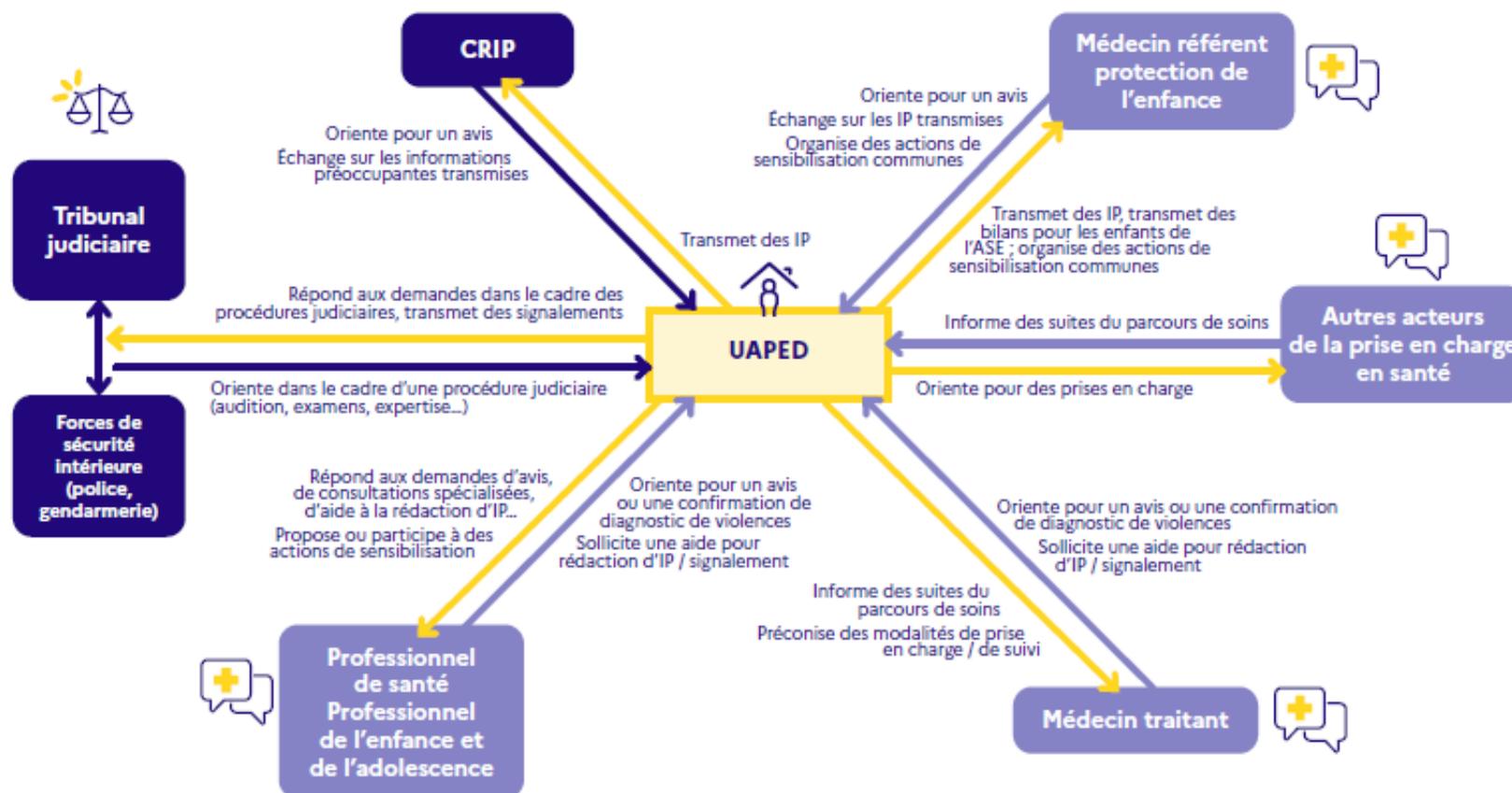
Les équipes seront désignées et constituées sur la base d'une expérience avérée des personnels dans la thématique des violences faites aux enfants / de l'enfance en danger, ou sur la base d'un plan de formation adapté et présenté à l'ARS. Un plan de formation à proposer à tout nouvel arrivant intégrant l'équipe sera également élaboré. Il est en effet indispensable que les professionnels de ces équipes aient des connaissances et des approches solides et spécifiques en santé de l'enfant et de l'adolescent.

Selon les configurations d'acteurs du territoire régional, elles pourront donc être portées par tout service pédiatrique qui a développé une spécialisation sur le champ des violences faites aux enfants, de préférence universitaire, et développeront des partenariats ad hoc avec les différents acteurs partie prenante du parcours de soins des enfants victimes : le volet pédopsychiatrique du centre régional du psychotraumatisme, les autres centres référents sur les thématiques en lien avec les violences faites aux enfants, les services hospitaliers pédiatriques ou pédopsychiatriques, les autres acteurs de la santé des enfants victimes de violences.

## UAPED : Parcours de soins – Mode d'entrée du mineur



## UAPED : Parcours de soins – principales interactions avec les acteurs du parcours du mineur



## Structuration régionale de l'offre de soins pour les mineurs victimes de violences

### NIVEAU RÉGIONAL



#### Recours / expertise : équipes régionales référentes, équipes pédopsychiatriques des CRP, CRMIN...

- Diagnostic, coordination des parcours et prises en charge pour les situations complexes
- Animation des professionnels spécialisés, diffusion de ressources, aide à la montée en compétences
- Recherche et valorisation de l'activité
- Équipe régionale référente : animation des UAPED

Équipe régionale  
référente

Responsabilité partagée  
d'animer la thématique  
santé des enfants victimes  
de violences

CRP

### NIVEAU SPÉCIALISÉ NIVEAU DÉPARTEMENTAL



#### Offre spécialisée : UAPED, services de pédiatrie, de pédopsychiatrie CMP, MRPE...

- (Aide au) diagnostic
- (Aide à la) rédaction des IP et signalements
- Orientation et initiation du parcours de soins
- Prise en charge spécialisée
- Apport de connaissances et ressources

Prise en compte des autres  
acteurs / outils :

- Acteurs de la protection de l'enfance dont ODPE et ses partenaires ; associations d'aide aux victimes
- Autres dispositifs : féminicide, prise en charge violences faites aux femmes, etc
- Formations dont formations pluridisciplinaires, croisées...

### NIVEAU PROXIMITÉ IMMÉDIATE



#### Professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne : Tout PS (ville, PMI, médecine scolaire, hospitalier...) et acteur de l'enfance / ado (social, sportif...)

- Repérage
- IP / Signalement le cas échéant
- Suivi du parcours / suivi « classique »

## Annexe 6

**Remontées des données par les ARS pour le suivi national du dispositif à envoyer à [DGOS-R4@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4@sante.gouv.fr), copie à [DGCS-PROTECTION-ENFANCE@social.gouv.fr](mailto:DGCS-PROTECTION-ENFANCE@social.gouv.fr)**

**ARS :**

**Nom du référent :**

**Date de la remontée des données :** février 2022 / septembre 2022

**Données à remonter, sous forme de tableau (modèle ci-après) :**

- Nombre d'UAPED existantes en 2021 recensées, localisation (ville, CH, service) et composition des équipes
  - o Dont nombre ayant bénéficié de crédits ARS en 2021 : indiquer le montant des crédits délégués par UAPED concernée
- Nombre d'UAPED créées avec les crédits délégués en 2021 : indiquer le montant des crédits délégués, localisation (ville, CH, service) et composition des équipes + date d'ouverture effective ou prévisionnelle
- EPRRED créée ou renforcée avec les crédits ONDAM-ES délégués en 2021, avec éventuels compléments de financement par l'ARS, localisation (ville, CH, service) et composition des équipes, dont le détail des éventuels postes partagés + date d'ouverture effective ou prévisionnelle
- Projets en cours recensés par l'ARS et date prévisionnelle d'ouverture
- Besoins non couverts selon l'ARS : indiquer le nombre et la localisation d'UAPED supplémentaires jugées nécessaires par l'ARS
- Remontée des données chiffrées d'activité des UAPED (cf. protocole national)

Nom de l'UAPED (ou du projet d'UAPED)	Date de création (ou date prévisionnelle d'ouverture)	Localisation (département, ville, CH, service)	Appui financier en 2021 (oui ou non) et montant le cas échéant	Composition des équipes (nb d'ETP par professionnel)	Commentaires