
Directeur d'hôpital

Promotion : 2021 – 2022

Date du Jury : Octobre 2022

Renforcer les coopérations entre services publics

**L'exemple des relations hôpital, police, justice à travers
le cas de l'ouverture d'une unité d'accueil pédiatrique
enfants en danger (UAPED)**

Guillaume CHANAL

Renforcer les coopérations entre services publics

L'exemple des relations hôpital, police, justice à travers le cas de l'ouverture d'une unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED)

INTRODUCTION

LE ROLE DU DIRECTEUR D'HOPITAL POUR CONSOLIDER LES COOPERATIONS INTER-INSTITUTIONNELLES

CHAPITRE 1

LES UAPED, UN DISPOSITIF A LA CROISEE DES SERVICES PUBLICS

CHAPITRE 2

UNE MISE EN PLACE CONCERTEE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE

CHAPITRE 3

CONSTRUIRE UNE CULTURE COMMUNE DE L'ACTION PUBLIQUE

Remerciements

Je souhaite remercier mon maître de stage qui m'a confié la mission de travailler sur la mise en place de l'UAPED ainsi que l'ensemble des professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer à cette occasion.

Sommaire

INTRODUCTION : LE ROLE DU DIRECTEUR D'HOPITAL POUR CONSOLIDER LES COOPERATIONS INTER-INSTITUTIONNELLES	1
CHAPITRE 1 : LES UAPED, UN DISPOSITIF A LA CROISEE DES SERVICES PUBLICS	9
Section 1 – L’UAPED : une version consolidée de son prédécesseur, l’UAMJ	10
A – Les UAMJ, une première expérience de prise en charge globale	10
B – Les UAPED, vers une plus grande visibilité du dispositif à l’échelle nationale... ..	11
C – Une reconnaissance du rôle de l’hôpital dans la protection de l’enfance en danger	11
Section 2 – Un déploiement des UAPED encadré	12
A – Une définition explicite de ce qu’est une UAPED	12
B – Un cahier des charges très précis	13
C – Un financement pluri-institutionnel requis	13
Section 3 – Dépasser les concurrences par l’implication des différents services publics	13
A – Protocoliser et faire se rencontrer les acteurs signataires	13
B – Passer de la concurrence à la complémentarité	14
CHAPITRE 2 : UNE MISE EN PLACE CONCERTEE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE.....	15
Section 1 – Les différentes casquettes du directeur d’hôpital dans le déploiement opérationnel du dispositif UAPED	16
A – La casquette interne de gestion de projet	16
a) <i>Le financement</i>	16
b) <i>Les ressources humaines</i>	17
c) <i>Les travaux</i>	17
B – La casquette externe de représentant de l’institution sanitaire.....	19
C – Une difficulté du projet tenant plus à sa mise en œuvre entre acteurs qu’à l’ouverture de la nouvelle unité en tant que telle.....	19
Section 2 – L’écriture du protocole, de la confrontation des points de vue à la concertation locale.....	20
A – La confrontation de deux visions, l’une judiciaire, l’autre de santé publique	20

B – Convaincre face aux réticences	21
a) <i>Aller vers les interlocuteurs</i>	21
b) <i>Démontrer l'intérêt du dispositif pour les acteurs</i>	22
c) <i>Chaque détail peut avoir son importance</i>	22
d) <i>Proposer des indicateurs partagés</i>	23
C – Une concertation réussie.....	23
a) <i>Des points de difficultés mis sur la table pour être discutés en amont</i>	23
b) <i>Une justice habituée aux protocoles</i>	24
CHAPITRE 3 : CONSTRUIRE UNE CULTURE COMMUNE DE L'ACTION PUBLIQUE	
.....	27
Section 1 – Un statut de la fonction publique permettant de décroisonner et de partager nos univers respectifs.....	28
A) Apprendre à se connaître.....	28
B) Le détachement, un échange de compétences intra fonction publique	29
Section 2 : Renforcer les réseaux au service d'une action publique partagée	30
A) Le réseau des écoles du service public : RESP	30
B) Le manager public de demain, un acteur de réseau.....	31
Section 3 – L'actuelle réforme de la haute fonction publique s'inscrit dans cette volonté de construction d'une culture commune de l'action publique	33
A) Une convergence renforcée dans la formation des hauts fonctionnaires	33
B) Piste pour aller plus loin : généraliser les stages hors institution d'appartenance ..	34
CONCLUSION	35
Bibliographie	37
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé
CHU : Centre hospitalier universitaire
DDSP : Direction départementale de la sécurité publique
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
ENA : Ecole nationale d'administration
FIR : Fonds d'intervention régional
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GIE : Groupement d'intérêt économique
GIP : Groupement d'intérêt public
IDE : Infirmier/ère diplômé d'Etat
IML : Institut médico-légal
INSP : Institut national du service public
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
T2A : Tarification à l'activité
UAMJ : Unité d'accueil médico-judiciaire
UAPED : Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger
UMJ : Unité médico-judiciaire

INTRODUCTION

LE ROLE DU DIRECTEUR D'HOPITAL POUR CONSOLIDER LES COOPERATIONS INTER-INSTITUTIONNELLES

« L'hôpital, la police et la justice forment trois institutions par nature très différentes dont les activités se rencontrent régulièrement, voire même quotidiennement (...) Ces interactions permanentes rendent nécessaires la mise en œuvre de dispositifs de coopération entre les différentes administrations garantissant la bonne marche des services de la police, de la justice et de l'hôpital »¹.

La police et la justice font en effet partie des services publics qui entretiennent une relation privilégiée et de proximité avec l'hôpital. Si nos univers sont différents, nous sommes amenés à travailler ensemble au service des administrés. Si le métier de directeur d'hôpital est d'abord tourné vers la gestion et l'organisation interne d'un établissement de santé, il est également de son ressort de participer à la coordination de l'hôpital avec l'ensemble des acteurs du territoire dans le cadre de politiques publiques transversales. Le référentiel métier de directeur d'hôpital² inclut ainsi cette double dimension interne et externe. Dans les compétences attendues d'un directeur, celui-ci doit en effet être capable de *« savoir susciter l'adhésion des équipes en interne comme de celui des partenaires en externe »*³. Le directeur d'hôpital, en tant que représentant d'une institution sanitaire, tout comme ses homologues des autres services publics, porte alors la responsabilité de cette coopération du quotidien, qui de manière générique peut être définie comme le fait de participer à une œuvre commune⁴. La protection de l'enfance en est un exemple. Il s'agit en effet d'un domaine d'action partagé par de multiples acteurs publics dont l'hôpital, la police,

¹ Résumé de SAISON-DEMARS, LENOIR François, TILMAN Lacra, 2019, « Les relations hôpital, police, justice, *Revue générale de droit médical*, p.99-169

² CNG, DGOS, Référentiel métier de Directeur d'hôpital, file:///home/chronos/u-2549c5080d2de682b8103153636809a96758b168/MyFiles/Downloads/Referentiel_DH_Mission_DGOS-CNG.pdf

³ *Ibid.*, p.9

⁴ *Coopération*, Dictionnaire Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%c3%a9ration/19056>

la justice, l'Education nationale mais également le conseil départemental au titre de ses compétences principales⁵.

Face aux chiffres de la violence et de la maltraitance, la protection de l'enfance est devenue une des priorités de l'action publique gouvernementale au même titre que la lutte contre les violences conjugales. En France, au 31 décembre 2019, 312 500 enfants bénéficiaient d'un dispositif de protection de l'enfance. Ce chiffre représente 21,7% des mineurs, soit 1 enfant sur 5. Sur cette même année, les juges des enfants ont été saisis de 112 706 nouveaux mineurs et 94 enfants ont été victimes d'infanticide⁶. Toujours en 2019, le nombre de violences physiques recensées étaient de 68 633, et de 28 972 cas de violences sexuelles dont 11 156 viols et 17 816 situations d'harcèlement et agressions sexuelles. Dans cette dernière catégorie des violences sexuelles, 80% de ces actes ont été commis sur des filles⁷.

L'Organisation mondiale de la Santé définit la maltraitance sur mineur comme « *les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* »⁸. Ainsi, un acte de maltraitance peut être une action ou une omission et prendre la forme de violences physiques, sexuelles ou psychologiques. La maltraitance n'est pas une notion juridique en elle-même⁹. En effet, elle englobe plutôt un ensemble de comportements qui sont réprimés par le Code pénal. Son usage est d'ailleurs récent et remonte aux années 1980 avec une première occurrence dans un rapport du Conseil de l'Europe sur les violences contre les personnes âgées¹⁰.

Ainsi, le Gouvernement, par la voix du Secrétaire d'Etat en charge de l'Enfance et des Familles, a lancé le 21 novembre 2019 un plan de mobilisation et de lutte contre les

⁵ Article L3211-1 du Code général des collectivités territoriales

⁶ « Les chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019 », OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2021, *Quinzième rapport au Gouvernement et au Parlement*, p.39

⁷ « Crimes et délits commis sur les mineurs en 2019 », OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2021, *Quinzième rapport au Gouvernement et au Parlement*, p.41

⁸ *Maltraitance des enfants*, Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

⁹ DUJARDIN, Valériane, 2013, *Les relations hôpital, police, justice*, LEH Éditions, p.221

¹⁰ *Violences contre les personnes âgées au sein de la famille*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987

violences faites aux enfants sur la période 2020 – 2022 intitulé « *Je veux en finir avec la violence. Et vous ?* ». Celui-ci comprend 22 mesures dont celle de « *déployer des unités d'accueil et d'écoute spécialisées dans l'ensemble du territoire* ». Cette dernière mesure s'est traduite par le déploiement du dispositif UAPED (Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger). Celui-ci prévoit l'ouverture d'au moins une structure par département avant la fin de l'année 2022. Ces structures hospitalières portent comme ambition d'homogénéiser les structures existantes et de créer une unité de temps et de lieu pour la prise en charge des enfants en danger. En effet, en plus de la prise en charge médicale et psychologique, les UAPED intègrent au cœur de l'hôpital le parcours judiciaire de l'enfant avec une salle d'audition à la disposition des enquêteurs. La logique des déplacements est ainsi inversée, l'enfant ne va plus vers les services d'enquête pour être entendu mais ce sont ces derniers qui se déplacent à l'hôpital pour entendre l'enfant.

Le dispositif UAPED va donc plus loin qu'une simple relation entre services publics. En effet, il s'agit véritablement d'une imbrication de plusieurs services publics au sein d'un même espace. Cette interpénétration entre soins et parcours judiciaire nécessite de fait une coordination. Cette nécessité de coopération entre institutions s'illustre parfaitement par l'envoi simultané à l'automne 2021 de deux instructions provenant du ministère des Solidarités et de la Santé¹¹ et du ministère de la Justice¹² pour la mise en place des UAPED. Les deux ministères demandent notamment la signature d'un protocole de fonctionnement à leurs autorités territoriales compétentes respectives. Mais si tous les acteurs sont d'accord avec les objectifs poursuivis par le projet, la déclinaison opérationnelle sur le terrain a nécessité de convaincre et de trouver des compromis, d'autant plus que des salles d'audition spécifiques aux mineurs dites salles Mélanie existent déjà. C'est donc de la concertation et de la confiance qu'il a fallu développer sur mon territoire d'exercice professionnel pour aboutir à la mise en place du dispositif.

La construction de cette confiance entre acteurs est d'autant plus essentielle que le cadre juridique actuel pour le signalement de victimes mineures laisse bien souvent aux professionnels un choix éthique à faire. En effet, d'un côté le code pénal protège le secret médical à l'article 226-13 empêchant la divulgation d'informations mais permet cependant à un professionnel de révéler des faits de privations ou de sévices sur mineurs à l'article 226-

¹¹ 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

¹² MINISTÈRE DE LA JUSTICE, DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES, Généralisation à l'ensemble du territoire des unités d'accueil pédiatrique enfance en danger, 5 novembre 2021

14. Cela n'est pas le cas pour les personnes majeures où le consentement de la victime devra être recherché obligatoirement sauf vulnérabilités particulières. Ce choix de conscience se traduit également en termes de responsabilité puisque que le professionnel garde le silence ou décide de signaler les faits, sa responsabilité ne pourra que difficilement être engagée. L'article 434-3 du code pénal protège en effet des poursuites ceux qui sont soumis au secret professionnel et qui auraient donc gardé le silence, et à l'inverse l'article 226-14 protège ceux qui auraient dans le cadre des exceptions prévues par la loi signalé des faits dont ils avaient connaissance. Le Professeur Py dans un article intitulé « *Signalement des infractions sexuelles commises en institutions* »¹³ résume ainsi cette situation en estimant que « *le professionnel qui est confronté à la délicate situation d'avoir à choisir entre respecter le secret et dénoncer une infraction sexuelle (...) concernant une victime mineure (...) est placé devant ce qu'il convient d'appeler une option de conscience. Soit le professionnel garde le silence, respectant ainsi le secret et nul ne peut lui en faire le reproche car il obéit à la loi en général et à l'article 226-13 du code pénal en particulier. Soit le professionnel décide de révéler, protégeant ainsi les intérêts d'une victime et nul ne peut lui en faire le reproche car il obéit à l'article 226-14, 1°. Autrement dit, se taire est licite, parler est licite : il peut choisir en conscience* ». Il existe cependant une exception à cela à laquelle la loi impose une obligation de révélation. Il s'agit de la personne en situation de danger grave et imminent dont le non signalement serait sanctionné par la non-assistance à personne en danger de l'article 223-6 du code pénal. Ainsi, face à des injonctions qui peuvent parfois apparaître comme contradictoires, le renforcement des relations entre l'hôpital, la police et la justice par des dispositifs connus des professionnels, cas de l'UAPED ici, constitue un terreau favorable à la création d'une confiance mutuelle pour établir un circuit de signalement qui soit fluide, systématique et protecteur pour les victimes. Cela est d'autant plus important qu'il n'existe pas aujourd'hui de formalise prévu par la loi pour effectuer les signalements¹⁴. La mise en place de protocoles permet ainsi de pallier le manque d'information en décrivant une procédure à suivre.

L'histoire de la protection de l'enfance¹⁵ est marquée par une lente mais progressive prise en charge des enfants en situation de danger. Jusqu'à la Révolution française, l'Eglise est l'une des seules institutions à recueillir les enfants abandonnés. C'est à partir de 1789 qu'apparaît une véritable assistance publique et que le législateur commence à se saisir de la

¹³ PY, Bruno, 2015, « Signalement des infractions sexuelles en institution », *Juris associations*, n°530, p.29

¹⁴ DUJARDIN, Valériane, 2013, *Les relations hôpital, police, justice*, LEH Éditions, p.227

¹⁵ DE AYALA, Constance, 2010, « L'histoire de la protection de l'enfance », *Le Journal des psychologues*, n°277, p.24-27

question en élargissant la notion au-delà des seuls cas d'abandons. C'est ainsi que la loi du 24 juillet 1889 sur la protection judiciaire de l'enfance maltraitée utilise pour la première fois l'expression « *d'enfants moralement abandonnés* » permettant une protection de l'enfant vis-à-vis de ses parents. En 1898 une autre loi qui traite de la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre des enfants est adoptée. C'est ensuite au XXème siècle que se construit le service public de la protection de l'enfance. L'adoption en 1989 dans le cadre des Nations unies, de la Convention internationale des droits de l'enfant, qui reconnaît l'enfant comme un être de droit ayant des besoins spécifiques, a largement contribué à la reconnaissance et la consolidation de la protection de l'enfance.

Aujourd'hui la prise en charge de la protection de l'enfance fait intervenir un réseau d'acteurs riche et diversifié, dont l'hôpital est un des maillons dans le parcours d'un enfant victime. Cette inter-professionnalité est un élément clé de réussite des politiques publiques de plus en plus transversales. Cette coordination à développer à l'échelle nationale et territoriale reste cependant à renforcer. En effet dans leur ouvrage intitulé *L'inter-professionnalité dans le service public*, Christian Chauvigné, Françoise Guillot-Le Queux et Christiane Marzelier, estiment que « *force est de constater que souvent encore les politiques publiques s'articulent mal sur le terrain. Plus que jamais les approches interministérielles, inter-fonctions publiques, inter-institutionnelles ont leur raison d'être (...) Face à la complexité de l'action publique, le travail en réseau plus ou moins formel des agents et des cadres chargés de faire vivre les politiques s'avère être une nécessité. Cela suppose que les différents acteurs puissent se rencontrer et tisser des liens sur les territoires autour de problématiques communes, que les rôles et les compétences de chacun soient bien identifiées, que des projets communs puissent voir le jour* »¹⁶.

Ainsi, dans un contexte d'interactions multiples, comment créer de l'adhésion autour d'un projet commun entre des institutions aux univers différents ?

¹⁶CHAUVIGNE Christian, GUILLOT-LE QUEUX Françoise, MARZELIER Christiane, 2010, *L'interprofessionnalité dans le service public. Le RESP, un réseau pour faire école*, Presses de l'EHESP, p.162 et 163

Mon terrain d'exercice professionnel a été riche d'éléments pour répondre à cette question. Si la littérature scientifique est dense sur la thématique des coopérations entre acteurs de santé, elle apparaît moins développée en ce qui concerne les coopérations entre services publics relevant de champs professionnels distincts. En effet, les travaux disponibles envisagent souvent cette notion de coopération uniquement dans le champ du monde de la santé, à travers les coopérations avec les autres acteurs de santé du territoire qu'ils soient publics ou privés, notamment les GCS, GIE et GIP. Certains travaux abordent également les coopérations en interne entre services de l'hôpital. Il est ici proposé d'adopter un prisme davantage extérieur au seul monde de la santé et d'étudier les coopérations que l'hôpital en tant que service public entretient avec les autres institutions publiques dans la mise en œuvre de politiques publiques transversales.

La méthodologie retenue a été principalement celle de l'observation. En effet, en tant qu'acteur du projet, j'ai pu participer à de nombreux échanges et réunions ayant conduit à l'écriture du protocole de fonctionnement de l'UAPED. Ces réunions ont eu lieu tant à l'hôpital qu'au palais de justice. Il a également été possible de rendre visite aux autres parties prenantes et de réaliser à cette occasion des entretiens avec eux, notamment à la direction départementale de la sécurité publique (DDSP) pour la police, et à la brigade des mineurs de la gendarmerie. Ces entretiens en dehors de réunion officielles ont permis d'obtenir une parole plus libérée et de mieux comprendre les points de tension et le positionnement de chaque acteur par rapport aux autres.

Il était également important de pouvoir confronter les observations à des éléments objectifs comme des rapports et des documents officiels afin de prendre du recul. La lecture de ces documents a permis de conforter les intuitions observées sur le terrain. En effet, nous verrons que les observations faites sur le terrain correspondent à des constats parfois déjà faits par le passé.

Enfin, à ce retour d'expérience empirique, il sera intéressant d'ajouter des préconisations visant à construire une action publique partagée, axe d'action défendu dans ce mémoire. En effet, le contexte actuel de réforme de la haute fonction publique invite le directeur d'hôpital, comme tous les cadres supérieurs de la fonction publique, à mieux connaître leurs homologues des autres services.

Le choix de structuration en trois parties de ce travail est inductif, nous partirons donc d'éléments de terrain pour tirer des explications et préconisations plus globales. Ainsi, après avoir présenté les UAPED, dispositif à la croisée des services publics (*Chapitre 1*), nous étudierons sa mise en œuvre opérationnelle sur mon territoire d'exercice professionnel (*Chapitre 2*) et tirerons de cette expérience l'importance de construire une culture commune de l'action publique (*Chapitre 3*).

CHAPITRE 1

LES UAPED, UN DISPOSITIF A LA CROISEE DES SERVICES PUBLICS

Le dispositif UAPED n'est pas la première tentative de mise en place d'une prise en charge globale de l'enfant victime de maltraitance. En effet, des structures préexistantes, rassemblées sous le terme non officiel d'Unité d'accueil médico-judiciaire (UAMJ) ont permis une première expérience à partir des années 2000. La création des UAPED porte donc comme objectif d'homogénéiser et de renforcer les dispositifs existants en leur donnant une reconnaissance officielle et d'installer de nouvelles structures dans les territoires qui en étaient dépourvus (*Section 1*). C'est dans ce but d'homogénéisation qu'un cadre national applicable sur tout le territoire a donc été édicté en 2021 et qui précise le rôle et les missions dévolues aux UPAED (*Section 2*). Si les UAPED sont des structures hospitalières, la feuille de route nationale invite les différents services publics intervenants dans la protection de l'enfance à se concerter dans chaque territoire par la signature d'un protocole sur son mode de fonctionnement (*Section 3*).

SECTION 1 – L’UAPED : UNE VERSION CONSOLIDÉE DE SON PRÉDÉCESSEUR, L’UAMJ

Alors que le bilan des UAMJ montre une diversité structurelle et organisationnelle (A), le dispositif UAPED devrait permettre de gagner en lisibilité (B) et d’offrir une véritable reconnaissance du rôle de l’hôpital dans la protection de l’enfance en danger (C).

A – Les UAMJ, une première expérience de prise en charge globale

C’est en 1997¹⁷ que le ministère chargé de la Santé organise pour la première fois l’accueil des victimes d’agression sexuelle. En 2000¹⁸, cet accueil est élargi aux autres cas de maltraitance. Dans le même temps, le législateur se saisit de la question de la répression des auteurs d’infractions sexuelles. C’est ainsi que la loi n° 98-468 du 17 juin 1998¹⁹ instaure l’enregistrement obligatoire des auditions des victimes de violences sexuelles, et le rend possible pour les autres types d’infraction. Cette obligation est aujourd’hui reprise à l’article 706-52 du Code de procédure pénale. C’est donc à la fin des années 1990 que se structurent les premières formes de prise en charge globale à la fois médicale et judiciaire. C’est dans ce contexte que se sont développées les salles dites Mélanie adaptées au recueil de la parole des enfants. L’association la Voix de l’enfant a alors soutenu la création des UAMJ. Il ne s’agit pas d’une appellation officielle mais celle-ci s’inscrit dans la réforme de la médecine légale, qui depuis 2010²⁰ distingue les instituts médico-légaux (IML) pour les activités de thanatologie et les unités médico-judiciaires (UMJ) pour la médecine du vivant. Ainsi, les UMJ disposant d’une salle d’audition spécifique permettant l’accueil de victimes mineures sont rassemblées sous l’appellation d’UAMJ.

¹⁷ Circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d’accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles

¹⁸ Circulaire du 13 juillet 2000 DGS/DH n°2000-399 relative à l’extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n°97-380 du 27 mai 1997

¹⁹ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu’à la protection des mineurs

²⁰ Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

B – Les UAPED, vers une plus grande visibilité du dispositif à l'échelle nationale

Cependant, dans un rapport de 2014²¹, l'Observatoire national de l'enfance en danger fait le constat d'une grande hétérogénéité de ces structures. Cette diversité organisationnelle tient à plusieurs facteurs. Le rattachement varie tout d'abord d'une structure à l'autre. Il peut s'agir d'un service de pédiatrie, d'urgences ou de médecine légale. Les publics pris en charge ne sont ensuite pas toujours les mêmes. Enfin, les missions, le fonctionnement et les ressources humaines employés varient.

Ce même rapport met également en lumière le manque de pilotage à l'échelle nationale²². La mission qui a réalisé l'étude fait en effet le constat qu'aucune administration ne tient à jour une liste des structures spécialisées dans le recueil de la parole de l'enfant. Le rapport plaide ainsi pour un pilotage qui pourrait être porté tant par le ministère chargé de la Santé que celui chargé de la Justice, d'encadrer le dispositif et de le déployer selon un maillage territorial cohérent. La mise en place des UAPED devrait ainsi permettre une homogénéisation de l'offre sur tout le territoire.

C – Une reconnaissance du rôle de l'hôpital dans la protection de l'enfance en danger

L'activité d'expertise et de prise en charge de la maltraitance est aujourd'hui bien souvent assurée par les services de pédiatrie des hôpitaux sans cadre officiel. La création d'un lieu dédié, avec des locaux et des moyens en ressources humaines rattachés à la structure, sous un nom générique à l'échelle nationale représente ainsi une reconnaissance très attendue par les équipes pédiatriques dans leur travail quotidien. Mon terrain d'exercice professionnel était en effet très mature sur le sujet mais ne disposait pas de locaux adaptés. Les médecins étaient donc appelés pour aller voir les enfants dans les différents services. Le dispositif UAPED s'inscrit donc dans une volonté de faire de l'hôpital le lieu principal de prise en charge de l'enfant victime de sévices.

²¹ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2014, *Considérer la parole de l'enfant victime. Etude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire*, p.17

²² *Ibid.*, p.78

SECTION 2 – UN DÉPLOIEMENT DES UAPED ENCADRÉ

Le déploiement des UAPED est encadré par la diffusion auprès des ARS d'une instruction de la DGOS du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. Celle-ci précise le rôle des UAPED (A), et ses missions sous la forme d'un cahier des charges très précis (B) ainsi qu'un financement multi-parties (C).

A – Une définition explicite de ce qu'est une UAPED

Les unités d'accueil pédiatrique enfants en danger sont définies par l'instruction de la DGOS comme des lieux qui « *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* »²³. Les mineurs pourront ainsi être orientés vers l'UAPED dans deux cas. Le premier est une orientation faite par un professionnel de santé dans l'hypothèse d'une suspicion de violences ou d'une situation de violences avérées. Le second est le recours à l'UAPED par les autorités judiciaires ou les services d'enquête dans le cadre d'un parcours médico-judiciaire²⁴.

D'ici la fin de l'année 2022, les UAPED devront être déployées sur tout le territoire avec au moins une structure par département. Cette généralisation est pilotée par le ministère chargé de la Santé en étroite collaboration avec le ministère de la Justice²⁵. En plus des UAPED, des équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger (EPRRED) devront être mis en place. Elles auront une mission d'expertise régionale et d'animation des UAPED de la région.

²³ 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, p.7

²⁴ *Ibid.*, annexe 2, p.3

²⁵ *Ibid.*, p.7

B – Un cahier des charges très précis

L'instruction du 3 novembre 2021 a été rédigée sous la forme d'un cahier des charges décrivant les missions et la composition d'une UAPED. Ce format pose ainsi un cadre unique aux différents centres hospitaliers pour répondre aux appels à projets lancés par les ARS afin d'obtenir les financements nécessaires. Cela permet à la fois aux ARS d'être, pour le compte du ministère chargé de la Santé, le pilote du déploiement du dispositif et de rechercher une homogénéité des structures sur tout le territoire.

C – Un financement pluri-institutionnel requis

Le financement du dispositif UAPED est lui aussi à la croisée des services publics. Ainsi, *« 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 »*²⁶. Le financement du personnel de l'UAPED est ainsi à la charge de l'établissement de santé avec l'appui financier de l'ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR). Les actes de médecine légale sont quant à eux financés sur les crédits du ministère de la Justice.

SECTION 3 – DEPASSER LES CONCURRENCES PAR L'IMPLICATION DES DIFFERENTS SERVICES PUBLICS

La discussion entre les différentes institutions (A) est une condition pour passer de la concurrence à la complémentarité (B).

A – Protocoliser et faire se rencontrer les acteurs signataires

Les partenaires sont invités à signer un protocole à partir d'un modèle national. Mais au-delà de cette signature, ils sont incités à créer une véritable coopération et synergie territoriale autour du projet. L'instruction de la DGOS du 3 novembre 2021 insiste en effet à plusieurs reprises sur l'indispensable aspect partenarial du dispositif. Ainsi pour le ministère, *« ce protocole détaille les attendus en termes de missions et de fonctionnement, ainsi qu'en*

²⁶ 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, p.6

termes de partenariats institutionnels locaux (...) valorisant la coopération pluri-institutionnelle autour de la prise en charge des besoins de l'enfant en danger »²⁷. Les parties prenantes au protocole sont ainsi le centre hospitalier, le tribunal judiciaire, l'agence régionale de santé, la police, la gendarmerie, les associations d'aide aux victimes et le conseil départemental.

B – Passer de la concurrence à la complémentarité

L'observatoire national de l'enfance en danger, dans son rapport de 2014 souligne que les UAMJ ont pu être freinées dans leur fonctionnement par des situations de concurrence professionnelle²⁸. Plusieurs points de tensions peuvent être cités. Tout d'abord, en externe, les relations entre le parquet et les enquêteurs peuvent être difficiles. Les services d'enquête ne perçoivent pas toujours la plus-value du dispositif et expriment un surcroît de contraintes pour eux. Ils se sentent ainsi obligés par le parquet de se rendre dans les UAMJ. En interne, dans les hôpitaux, une concurrence peut également exister entre les pédiatres, spécialistes dans la prise en charge globale de l'enfant, et les médecins légistes habitués du fonctionnement de la justice.

Face à ce constat, allier les compétences de chacun des acteurs pour passer de la concurrence à la complémentarité apparaît comme le but à atteindre. L'ouverture d'une UAPED sur mon terrain d'exercice professionnel est ainsi l'occasion de voir si huit ans après ce rapport de 2014 nous sommes arrivés à créer une dynamique commune. La DGOS est pour sa part consciente du défi à relever et mentionne ainsi expressément dans son instruction que *« l'implication, dès l'amont du projet, des acteurs listés (...) est essentielle à sa bonne réussite et à l'instauration de relations de confiance entre les différents acteurs, dans la globalité des problématiques rencontrées »*.

*

Ainsi, après avoir étudié d'où l'on part, le prochain chapitre sera l'occasion de confronter ces éléments à leur mise en œuvre opérationnelle et à la réalité du terrain, et ainsi confirmer ou infirmer les constats réalisés dans le passé. Le dispositif UAPED offre en effet de nouvelles perspectives qui devraient combler, au moins en partie, les lacunes observées.

*

²⁷ 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, p.8

²⁸ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2014, *Considérer la parole de l'enfant victime. Etude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire*, p.73

CHAPITRE 2

UNE MISE EN PLACE CONCERTEE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE

Ce second chapitre est consacré à la mise en place opérationnelle du dispositif UAPED sur mon territoire d'exercice professionnel. Ce projet fait appel aux deux facettes du métier de directeur d'hôpital, à la fois en interne avec la gestion de projet mais également en externe dans la concertation avec les autres acteurs du territoire. Nous étudierons ainsi ces deux casquettes successivement (*Section 1*) pour ensuite aborder plus spécifiquement l'écriture du protocole qui malgré un risque de confrontation des points de vue a laissé place à la concertation (*Section 2*).

SECTION 1 – LES DIFFERENTES CASQUETTES DU DIRECTEUR D'HOPITAL DANS LE DEPLOIEMENT OPERATIONNEL DU DISPOSITIF UAPED

Le déploiement du dispositif UAPED a pour spécificité d'être à la fois un projet interne puisqu'il s'agit d'une nouvelle unité hospitalière mais également externe puisque plusieurs acteurs feront vivre l'unité au-delà de l'hôpital, au premier rang desquels la justice et les services d'enquête. Dans la gestion opérationnelle du projet, cela nécessite donc pour le directeur d'hôpital d'endosser une double casquette, celle de la gestion de projet en interne (A) et celle de représentant de l'institution sanitaire en externe pour la concertation entre acteurs (B). Entre ces deux casquettes, l'enjeu principal du projet s'est situé sur le deuxième volet de la concertation entre acteurs plus que sur la réalisation matérielle du projet en lui-même (C).

A – La casquette interne de gestion de projet

L'ouverture d'une nouvelle unité a tout d'abord demandé de prendre la casquette de directeur de projet. En effet, toutes les dimensions administratives de la vie d'un hôpital ont été sollicitées : financement (a), ressources humaines (b), travaux (c).

a) Le financement

Comme prévu dans l'instruction du 3 novembre 2021²⁹, le financement du dispositif s'appuie essentiellement sur les ARS. C'est ainsi que par un courrier du 8 février 2022³⁰, le directeur général de l'ARS a notifié au directeur général de l'établissement le soutien apporté. Cette aide se décompose en deux parties, une aide à l'investissement et une aide au fonctionnement. Pour l'investissement, une enveloppe de 110 000€ pour les travaux de l'UAPED et de 115 000€ pour ceux de l'EPRRED ont été accordées en 2021. L'équipe de l'UAPED de l'établissement sera en effet également référente régionale au titre de l'EPRRED. Pour le fonctionnement, l'ARS accompagnera le budget annuel d'exploitation d'une enveloppe de 200 000€ pour l'UAPED en crédits reconductibles FIR (Fonds

²⁹ 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

³⁰ « Stratégie de prévention et protection de l'enfance : création d'une équipe régionale experte (EPRED) et d'une unité d'accueil pour enfance en danger (UAPED) » du directeur général de l'ARS X au directeur général du CHU Y

d'intervention régional) et 115 000€ pour l'EPRRED en crédits reconductibles MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Ces enveloppes de fonctionnement permettront principalement de financer les ressources humaines dédiées à l'UAPED et à l'EPRRED.

Afin d'assurer l'équilibre financier de la structure, l'établissement peut espérer également recevoir des recettes d'activité T2A (tarification à l'activité). En effet, la valorisation pour un HDJ (hôpital de jour) « maltraitance » est de 679.23€ par HDJ, le GHM (groupe homogène de malade) étant le 21M131. Avec une prévision de 300 à 400 HDJ chaque année sur les 900 à 1000 enfants que la structure devrait suivre, cela représente une recette supplémentaire de 203 769€ à 271 692€ annuelle³¹. Deux unités fonctionnelles (UF), ont ainsi été créées, une pour les consultations et une pour les hôpitaux de jour.

b) Les ressources humaines

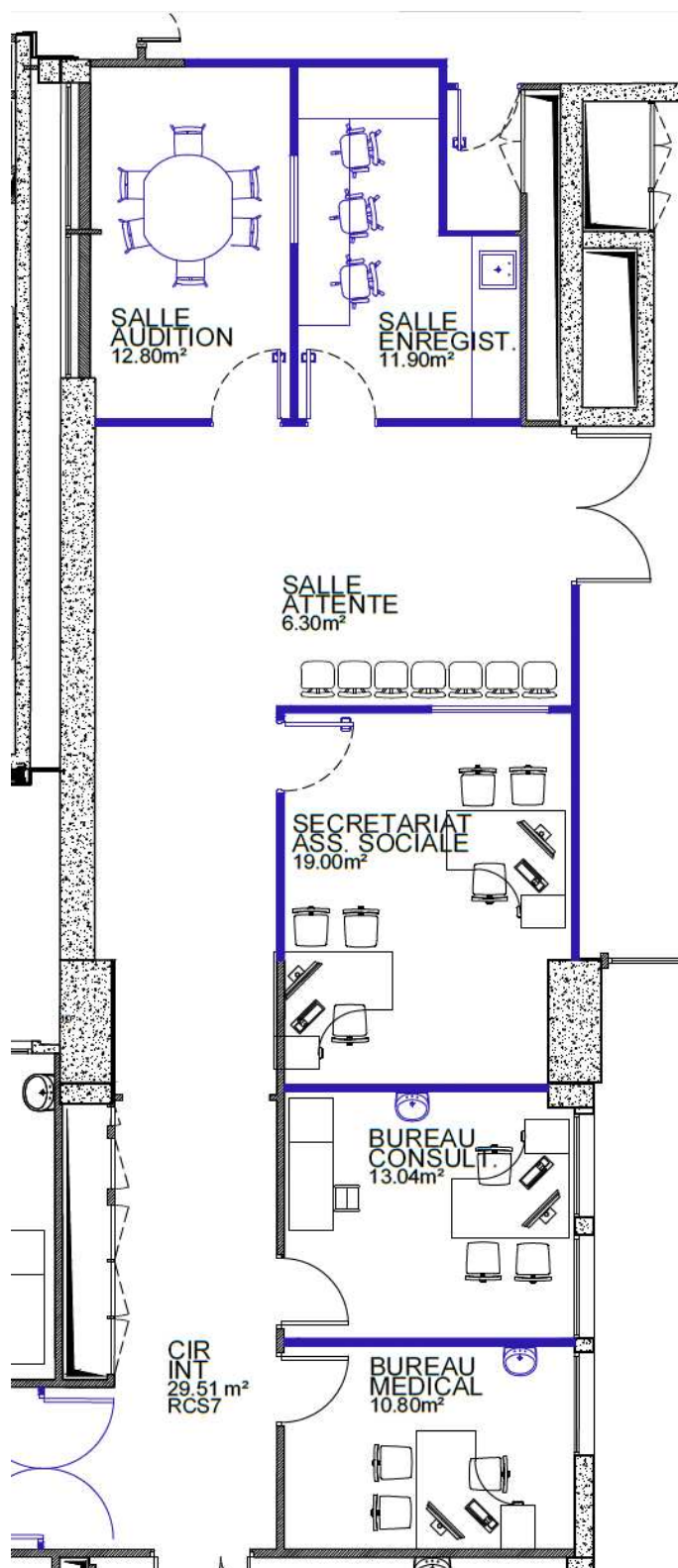
L'instruction du 3 novembre 2021 ainsi que le courrier du directeur général de l'ARS précité insistent sur le caractère pluridisciplinaire de l'UAPED. C'est ainsi qu'il a été décidé de recruter dans différents corps de métiers. Tout d'abord, concernant le personnel non médical, un/une adjoint administratif permettra d'assurer la coordination de l'UAPED avec l'extérieur (prise de rendez-vous, liaison avec la justice et les services d'enquête). Un/une psychologue, un/une assistant socio-éducatif et un/une IDE puéricultrice assureront la prise en charge de l'enfant. Le personnel médical sera quant à lui composé de vacations de pédiatres et de médecins légistes de l'UMJ.

c) Les travaux

La création de l'UAPED a nécessité le réaménagement d'espaces existants. Il a été décidé de l'installer au rez-de-chaussée de l'hôpital enfant ce qui offre une proximité immédiate des urgences pédiatriques situées au même niveau ainsi que du hall d'entrée de l'hôpital pour faciliter la venue des services d'enquête. La salle d'audition de 13 m² est visible depuis la salle d'enregistrement de 12 m² via une vitre sans tain. Lors de l'audition, seul l'enquêteur qui interroge l'enfant est ainsi présent dans la salle, les caméras et les micros permettent ainsi un enregistrement depuis la salle de derrière équipée avec le matériel

³¹ Données estimées par le service de l'information médicale de l'établissement

nécessaire. Une salle de consultation permet quant à elle les examens des médecins pédiatres et légistes. L'UAPED prévoit également un bureau médical, un secrétariat et un bureau pour l'assistant/e social ainsi qu'une salle d'attente aménagée pour l'accueil des enfants.



B – La casquette externe de représentant de l'institution sanitaire

L'UAPED étant un dispositif à la croisée des services publics, il est également nécessaire pour le directeur d'hôpital de participer au dialogue inter-institutionnel sur le fonctionnement de l'unité. C'est ainsi que le directeur général de l'ARS dans son courrier du 8 février 2022 précise : « *J'attends également que vous soumettiez à ma signature le protocole national prévu pour la création d'une UAPED en bonne concertation avec l'ensemble des autres partenaires institutionnels* »³². Le directeur d'hôpital, invité au tribunal judiciaire pour les réunions de mise en place de l'UAPED prend ainsi une casquette de représentant de l'institution sanitaire en dehors de son établissement de santé. Sur trois réunions plénières avec l'ensemble des acteurs du projet, deux se sont ainsi déroulées au tribunal et une au CHU. D'autres réunions, plus bilatérales entre deux institutions pour échanger sur des points particuliers ont également pu avoir lieu à l'hôpital, au tribunal, au siège de la police ou de la gendarmerie. Cette casquette externe de représentant de l'institution sanitaire dans des réunions à l'extérieur de l'hôpital a été d'autant plus prégnante que la justice a pris petit à petit le leadership sur le rythme d'avancée du protocole en organisant les réunions chez elle.

C – Une difficulté du projet tenant plus à sa mise en œuvre entre acteurs qu'à l'ouverture de la nouvelle unité en tant que telle

La difficulté majeure du projet ne tient pas à l'ouverture de l'unité en elle-même. En effet, le financement est assuré en investissement pour réaliser les travaux et en fonctionnement pour couvrir les dépenses de personnels en matière de ressources humaines. La difficulté consiste principalement à embarquer les différents acteurs autour du projet, que ce soit en interne ou en externe. En interne, il est en effet nécessaire de coordonner la pédiatrie et l'UMJ afin de définir la coopération des deux services au sein de l'UAPED. Au départ du projet, l'UMJ a exprimé son sentiment de ne pas être assez intégré dans la réflexion sur celui-ci. En externe, il convient de convaincre les partenaires, dont notamment les services d'enquête, d'utiliser l'UAPED afin de la faire fonctionner. Si dans la théorie chacun s'accorde sur le bien-fondé du projet, la réalité de la pratique de chacun fera vivre ou non l'unité.

³² « Stratégie de prévention et protection de l'enfance : création d'une équipe régionale experte (EPRED) et d'une unité d'accueil pour enfance en danger (UAPED) » du directeur général de l'ARS X au directeur général du CHU Y

SECTION 2 – L'ECRITURE DU PROTOCOLE, DE LA CONFRONTATION DES POINTS DE VUE A LA CONCERTATION LOCALE

Les réunions visant à rédiger le protocole de fonctionnement de l'UAPED ont fait émerger deux visions dans l'usage qui sera fait de l'UAPED, une vision mettant l'accent sur le volet judiciaire et l'autre plus globale d'outil de santé publique (A). C'est en cherchant à convaincre les interlocuteurs des bénéfices pour eux du projet (B) que nous avons pu aboutir à une concertation réussie (C).

A – La confrontation de deux visions, l'une judiciaire, l'autre de santé publique

L'ensemble des réunions organisées pour la mise en place de l'UAPED ainsi que l'écriture du protocole de fonctionnement ont laissé transparaître des visions propres à chaque institution. Le Parquet a en effet souvent défendu une vision très judiciaire de l'usage de l'UAPED. Ainsi, les problématiques d'engorgement de l'UAPED et de priorité donnée au parcours judiciaire de l'enfant ont régulièrement été mises en discussion. A l'inverse, l'hôpital et les acteurs hospitaliers ont défendu une vision plus globale de l'usage de l'UAPED avec un rôle de santé publique en participant à la sensibilisation et la formation des professionnels du territoire à la reconnaissance des signes de maltraitance.

La question posée était donc celle du temps que les équipes de l'UAPED consacreront à ces deux missions, celle de la justice et du parcours médico-judiciaire de l'enfant et celle de prévention et de formation. Le Parquet a ainsi souhaité qu'une mention spéciale soit inscrite dans le protocole donnant la priorité aux affaires judiciaires dans les rendez-vous donnés par le secrétariat pour les consultations pédiatriques et de médecine légale. Cette attente du Parquet apparaît tout à fait légitime pour le bon déroulé de la justice et des enquêtes. A l'opposé, malgré une réticence initiale du Parquet, les professionnels de santé ont pu indiquer dans le protocole l'ensemble de leurs missions en dehors des parcours médico-judiciaires, notamment leur expertise en appui des médecins libéraux et des acteurs de la protection de l'enfant en cas de suspicion. La justice craignant un engorgement du fait du nombre de demandes, un compromis a été trouvé en mentionnant une mission de recours dans les cas les plus graves de maltraitance. Afin d'éviter ce risque d'engorgement un accord a également été trouvé sur le public accueilli. Ainsi seuls les mineurs de moins de 12 ans ou les mineurs entre 12 et 18 ans présentant une vulnérabilité particulière seront accueillis au sein de l'UAPED. Dans les autres cas, l'UMJ continuera à recevoir les victimes.

B – Convaincre face aux réticences

Nouer une relation de confiance passe par rendre visite à ses interlocuteurs (a), s'assurer qu'ils puissent trouver un intérêt dans le dispositif dans leur propre équilibre avantages - inconvénients (b) en portant une attention particulière aux détails qui peuvent constituer des irritants (c) et en proposant enfin des indicateurs partagés sur le suivi de la structure (d).

a) Aller vers les interlocuteurs

Les acteurs partenaires du projet ont apprécié que l'hôpital vienne à leur rencontre. C'est ainsi que nous avons rendu visite à la gendarmerie et à la police. A cette occasion chacun a pu présenter son métier, ses spécificités et ses contraintes, ainsi que sa vision de l'UAPED. Les deux acteurs possèdent déjà une salle d'audition dont ils nous ont fait la visite. Nous nous sommes donc appuyés sur leur expérience et leurs remarques pour aménager la future salle d'audition de l'UAPED à l'hôpital. Ainsi, de cette expérience, il apparaît important pour convaincre d'aller directement voir sur le terrain les différents interlocuteurs afin de tirer de leur expertise des éléments qui pourront nourrir le projet commun. Cela permet de construire un sentiment d'inclusion dans la réflexion et dans l'avancée du projet et d'établir une relation partenariale de confiance. Ces temps de visite permettent également d'organiser des rencontres moins formelles que les réunions de travail et ainsi d'échanger de manière plus fluide.

Ces échanges ont également été l'occasion de se rendre compte du nombre de dossiers traités par les différents acteurs et ainsi d'avoir une idée du recours futur à l'UAPED et notamment de l'utilisation de la salle d'audition. Du côté de la gendarmerie, sur le département, en 2021, ont été réalisées 170 auditions d'enfants de moins de 12 ans et 126 de plus de 12 ans avec 62% des cas qui représentaient une infraction à caractère sexuel. La police a indiqué pour sa part traiter 1400 à 1600 dossiers par an. Au regard de ces chiffres, l'inquiétude sur l'engorgement de l'UAPED exprimé par la justice apparaissait fondé. Du côté de la justice en 2021, 488 procédures ont été ouvertes par le Parquet pour violences sur mineurs de moins de 12 ans. L'UMJ déclare quant à elle recevoir près de 1000 enfants par an de moins de 12 ans. Ainsi, si le recours à l'UAPED sera priorisé, les salles d'auditions Mélanie des enquêteurs déjà existantes sur le territoire pourront servir d'alternative en cas

d'afflux sur une même journée à l'UAPED. Il est ainsi nécessaire de trouver le bon équilibre pour ni sous-employer l'UAPED, ni sur-employer l'UAPED.

b) Démontrer l'intérêt du dispositif pour les acteurs

Etant donné que les autres acteurs possèdent déjà une organisation qui leur est propre et qui à leur sens fonctionne bien, il convient de démontrer l'intérêt du nouveau dispositif pour eux en insistant sur les avantages supplémentaires qu'ils pourront tirer. Comme mentionné précédemment, les services d'enquête possèdent déjà dans leurs locaux une salle d'audition. L'intérêt du dispositif UAPED pour eux n'est donc pas la salle d'audition en tant que telle. En effet, cela les oblige même à devoir faire un déplacement pour venir interroger l'enfant à l'hôpital là où aujourd'hui ils peuvent réaliser cette entrevue dans leurs murs. L'intérêt du dispositif UAPED pour les services d'enquête est en réalité bien plus de leur offrir une prestation dite « all inclusive (traduction anglaise de “tout compris”) ». Ils pourront ainsi réaliser l'audition de l'enfant et obtenir le certificat du pédiatre et du médecin-légiste de manière concomitante. Autre intérêt pour les enquêteurs, ils n'auront plus besoin de garder l'enfant au commissariat en attendant que les services de la protection de l'enfance viennent le chercher. Le mineur pourra en effet attendre à l'hôpital l'arrivée des travailleurs sociaux.

c) Chaque détail peut avoir son importance

Afin de lever les freins, il est également nécessaire de prêter attention aux détails concrets de fonctionnement pour pouvoir convaincre. En effet, à l'image de la pyramide des besoins de Maslow il convient de répondre en premier aux « besoins physiologiques », ou primaires, des acteurs. Il s'agit d'éviter les « irritants ». La place de parking en est un exemple. Le stationnement à l'hôpital est un sujet souvent sensible. Pour que les enquêteurs viennent jusqu'à l'hôpital pour utiliser l'UAPED et sa salle d'audition il était donc nécessaire de leur assurer un moyen de se garer facilement. C'est aussi une condition de la bonne relation entre nos institutions. C'est ainsi qu'il a été décidé de mettre à leur disposition une place de parking réservée. Une autre question qui a émergé a été celle de fournir des sièges auto enfants aux services d'enquête. C'est l'association la Voix de l'Enfant qui s'est engagée à les fournir.

d) Proposer des indicateurs partagés

Enfin, pour que chacun puisse être impliqué dans le suivi du dispositif, il convient de proposer des indicateurs qui soient acceptés par tous. Au-delà du nombre d'enfants reçus à l'UAPED, deux axes ont pu être discutés : connaître l'origine des signalements et la typologie des violences.

Pour le premier indicateur, il apparaît en effet important de connaître l'origine des signalements afin de cartographier les différents points d'entrée dans un dispositif de protection de l'enfance et un éventuel passage par l'UAPED pour le volet médico-judiciaire : le mineur lui-même, les parents, un autre membre de la famille, le numéro de téléphone national 119 « Allo enfance en danger », le conseil départemental, l'Education nationale, l'UAPED ou les autres services de l'hôpital, les médecins libéraux, la police, la gendarmerie, la justice.

Au niveau de la typologie des violences, pour mieux connaître le type de prises en charge, ces dernières peuvent être décomposées en violences sexuelles, physiques, psychologiques, en violences conjugales dont l'enfant pourrait être témoin, en cas de maltraitance institutionnelle, de maltraitance entre pairs (harcèlement scolaire ou sur internet) et en des situations de prostitution

C – Une concertation réussie

D'un point de vue méthodologique, le fait de discuter en amont des difficultés potentielles pour y apporter des réponses (a), la justice étant une institution habituée des protocoles (b), a été une clé de réussite de la concertation.

a) Des points de difficultés mis sur la table pour être discutés en amont

Durant les réunions plénières plusieurs points ont été soumis à la discussion en amont de l'ouverture de l'UAPED afin d'éviter toutes difficultés. L'identification des freins éventuels était ainsi un point à l'ordre du jour des réunions. D'un point de vue

méthodologique cela apparaît comme un point clé pour mener des projets communs avec des acteurs différents. Si les réponses n'ont pas toujours été trouvées immédiatement au cours des réunions, cela a permis à chaque acteur d'avoir ces problématiques en tête et d'en rediscuter par la suite afin de trouver des solutions. A titre d'exemple, les questions de financement d'éventuelles expertises demandées par la justice ont été abordées afin de savoir si elles étaient financées au titre du budget global de l'UAPED par réquisition de celle-ci ou en sus par la justice. A cette question il a été répondu en s'appuyant sur l'instruction du 3 novembre 2021³³ que les actes de médecine légale sont financés par le ministère de la Justice. La gestion des scellés a aussi été l'objet de discussions pour que les enquêteurs repartent systématiquement avec pour éviter qu'elles s'accumulent à l'hôpital. Enfin, la question du lien et du rôle de l'assistante sociale de l'UAPED par rapport aux services de la protection de l'enfance du département est une autre illustration.

b) Une justice habituée aux protocoles

La justice est un acteur ressource dans ce type de projet puisqu'elle a l'habitude de signer des protocoles avec de nombreuses institutions. En effet, de nombreux autres documents formalisent les relations entre la justice, la police et l'hôpital. La convention Santé Sécurité Justice apparaît par exemple comme le document de base dans les relations entre les institutions intervenant dans ce domaine. Celle de mon territoire d'exercice professionnel signée le 28 février 2022 se présente sous forme d'engagements des parties. Elle fixe des éléments généraux en matière de surveillance, de procédures d'alerte, d'accueil des policiers blessés, de sécurisation des interventions du SAMU, de dépôt de plainte et de suivi procédural, de signalements et d'auditions des victimes hospitalisées, ou encore de vigilance attentats.

A cette base que constitue la convention Santé Sécurité Justice viennent s'ajouter des protocoles qui ont vocation à régir des situations plus précises que dans la convention. C'est le cas du protocole UAPED. Les protocoles sont également amenés à interagir entre eux. En effet, au cours du travail qui nous a réunis pour la rédaction du protocole UAPED, une nouvelle instruction de la DGOS est parue le 12 avril 2022³⁴. Celle-ci demande la signature

³³ 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

³⁴ INSTRUCTION N°DGOS/R4/DGCS/PEA/2022/103 du 12 avril 2022 relative au protocole-type de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple

d'un protocole sur la prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple en articulation avec le dispositif UAPED³⁵ sur les territoires qui en disposent. Cette compétence de la justice dans la rédaction de protocoles parfois complexes a ainsi été précieuse dans la réussite de la concertation sur le protocole UAPED.

*

Cette expérience empirique et les observations menées au départ correspondent bien aux constats émis dans le rapport de l'Observatoire national de la protection de l'enfance de 2014, notamment celle de la concurrence professionnelle entre institutions. La question qui se pose est donc celle de savoir si nous avons réussi à dépasser ces freins. Nous pouvons répondre en disant qu'un certain nombre de problématiques inscrites dans le rapport et mises en avant dans le chapitre 1er de ce mémoire ont été mises sur la table lors des discussions autour du projet UAPED et ont donc pu trouver une solution. La pratique permettra de confirmer ces premiers signes positifs de coopération réussie.

*

³⁵ INSTRUCTION N°DGOS/R4/DGCS/PEA/2022/103 du 12 avril 2022 relative au protocole-type de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple, p.5

CHAPITRE 3

CONSTRUIRE UNE CULTURE COMMUNE DE L'ACTION PUBLIQUE

De cette expérience de terrain, plusieurs préconisations peuvent être mises en avant pour répondre à la problématique de départ, celle de comment créer de l'adhésion autour de projets communs entre des institutions qui appartiennent à des univers différents. Une des clés de réussite est de construire une culture commune de l'action publique. Pour cela, il est tout d'abord possible de s'appuyer sur l'existant, notamment le statut de la fonction publique qui offre des possibilités de décroïsonner et partager nos univers respectifs (*Section 1*) et les réseaux déjà existants au sein du service public (*Section 2*). La réforme de la haute fonction publique offre ensuite de nouvelles perspectives pour l'avenir afin de construire cette culture partagée (*Section 3*).

SECTION 1 – UN STATUT DE LA FONCTION PUBLIQUE PERMETTANT DE DECLOISONNER ET DE PARTAGER NOS UNIVERS RESPECTIFS

Afin de partager nos univers respectifs il convient de mieux connaître les contraintes de chacun et le champ professionnel dans lequel ils évoluent (A). Ainsi, la position de détachement est un des moyens qu'offre le statut de la fonction publique afin d'aller à la rencontre d'autres modes d'organisation (B).

A) Apprendre à se connaître

Fin 2012, l'encadrement supérieur et dirigeant de la fonction publique représentait 21 600 agents soit 0,4% de l'emploi public³⁶. Il s'agit ainsi d'un nombre de personnes relativement réduit répartis entre les trois versants de la fonction publique d'Etat, territoriale et hospitalière, mais amenées à se côtoyer régulièrement. Afin de passer de la concurrence à la complémentarité pour reprendre une expression évoquée précédemment, il apparaît primordial de mieux connaître l'univers de chacun et en particulier les contraintes qui traversent les différents champs professionnels. Connaître les contraintes de chacun des acteurs est en effet un point de départ essentiel pour travailler ensemble et faire émerger des solutions face à des problèmes de société de plus en plus transversaux. L'hôpital et la fonction publique hospitalière sont ainsi à la croisée des gouvernances et font face à des problématiques de plus en plus complexes. En effet, l'Etat, les directeurs d'hôpitaux, les élus, et les autres services publics, se retrouvent confronter à des problématiques communes et cherchent souvent chacun à apporter des solutions collectives. La désertification médicale fait notamment partie de ces enjeux transversaux. Si la politique de santé est nationale, elle s'inscrit dans des contextes territoriaux très marqués. Il apparaît dès lors primordial de connaître tant le fonctionnement des différents services publics étatiques que le fonctionnement des collectivités territoriales afin de construire ou consolider des dispositifs partagés capables de répondre aux enjeux actuels.

³⁶ MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2015, *L'encadrement supérieur et dirigeant dans les trois versants de la fonction publique*, p.1

B) Le détachement, un échange de compétences intra fonction publique

Parmi les possibilités offertes par le statut de la fonction publique pour découvrir nos univers respectifs, le détachement constitue une possibilité de s'enrichir du fonctionnement d'autres administrations durant une période déterminée et de revenir dans son administration d'origine. Pour rappel, le détachement correspond à « *la position du fonctionnaire qui exerce ses fonctions hors de son corps ou cadre d'emploi d'origine* »³⁷. Les éléments statistiques fournis par le Centre national de gestion³⁸ font état au 1er janvier 2021 de 338 directeurs d'hôpital en détachement sur 2928. Cela représente 11,5% du corps. Au sein des structures d'accueil, 49,7 % de ces personnes sont en détachement dans la fonction publique d'Etat dont 14,5% en ARS, 13,8% sont dans des ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif), 8,9% dans des GIP/GCS/GIE, 7,1% dans la fonction publique territoriale ou encore 5,3% dans des structures internationales.

A l'inverse, afin de faire connaître l'hôpital, les établissements publics de santé et la fonction publique hospitalière de manière générale doivent également être un lieu d'accueil pour des fonctionnaires en détachement venant d'autres administrations. C'est notamment le cas sur mon territoire d'exercice professionnel où une commissaire de police et une magistrate judiciaire ont rejoint la direction de l'hôpital. Leur présence a été une aide précieuse dans le déploiement du projet UAPED et dans le renforcement des liens hôpital, police, justice au travers de dispositifs communs, objet de ce mémoire. A titre d'illustration, côtoyer d'autres professionnels permet de s'acculturer à leur propre vocabulaire. En effet, une fugue n'est pas la même chose pour un directeur d'hôpital et pour un commissaire de police. Pour le directeur d'hôpital, la fugue d'un patient est son départ de l'hôpital sans que sa sortie ait été prononcée. Pour le commissaire de police, il s'agit d'un mineur qui quitte son domicile familial.

³⁷ Quelles sont les positions administratives dans la fonction publique ? <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12413#:~:text=Le%20d%C3%A9tachement%20est%20la%20position,d'emploi%20d'appartenance>

³⁸ CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2021, Eléments statistiques sur les directeurs d'hôpital statutaires, situation au 1er janvier 2021, p.20

SECTION 2 : RENFORCER LES RESEAUX AU SERVICE D'UNE ACTION PUBLIQUE PARTAGEE

Les réseaux, lorsqu'ils ne se transforment pas en club fermé, permettent de traverser les frontières entre univers professionnels. Nous l'évoquerons à travers deux exemples : le réseau des écoles du service public qui promeut l'inter-professionnalité depuis sa création (A) et la notion de travail en réseau comme nouveau mode de management (B).

A) Le réseau des écoles du service public : RESP

Le Réseau des écoles du service public (RESP) a été créé en 1996 afin de renforcer la coopération entre différentes écoles du service public pour répondre à un constat, celui que l'inter-professionnalité n'était pas répondue chez les cadres du secteur public avant les années 1995³⁹. C'est en effet cet objectif de connaissance mutuelle entre professionnels des différentes fonctions publiques qui a animé la création de ce réseau. Ainsi « *contribuer à l'évolution des postures et pratiques professionnelles des cadres du service public des trois fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière pour un meilleur service public, par l'inter-professionnalité et le décloisonnement, est la fonction essentielle et originelle que les initiateurs du Réseau* »⁴⁰. Aujourd'hui 38 écoles adhèrent au RESP.

Afin de décliner cet objectif d'inter-professionnalité deux modules principaux ont été mis en place. Le premier consiste à organiser des Sessions inter-école (SIE) en formation initiale pour les élèves, le second concerne la formation continue à travers des Rencontres interprofessionnelles du service public (RISP) pour les agents publics en poste. Dans les deux cas, ces modules prennent la forme de rencontres autour d'une thématique transversale à la croisée des champs professionnels, « *il s'agit de mettre en évidence et en perspective les moments de rencontre, de confrontation, de négociation entre les différentes professions afin de déterminer les espaces possibles de coopération, de coordination ou d'ajustement mutuel nécessaires à une meilleure atteinte des objectifs des politiques publiques* »⁴¹. Ces échanges visent également à renforcer la confiance entre acteurs, élément évoqué précédemment comme un facteur clé de réussite du projet UAPED mené sur mon territoire d'exercice

³⁹ CHAUVIGNE Christian, GUILLOT-LE QUEUX Françoise, MARZELIER Christiane, 2010, *L'inter-professionnalité dans le service public. Le RESP, un réseau pour faire école*, Presses de l'EHESP, p.54

⁴⁰ *Ibid.*, p.41

⁴¹ *Ibid.*, p.42

professionnel. Ainsi, « *outre la découverte et l'acceptation des manières de travailler des autres, il convient de renoncer parfois à certaines certitudes et habitudes, il faut aussi faire confiance* »⁴².

Le bilan de ces rencontres est positif en termes de satisfaction des participants. Les SIE ont cependant rencontré un plus grand succès que les RISP. Une des explications est que le public des SIE en formation est plus captif que les agents en exercice, où l'offre de formation continue proposée par le RESP évolue dans un environnement concurrentiel avec d'autres formateurs publics ou privés. Le développement de la formation continue est donc un des enjeux du RESP⁴³. En revanche, il n'existe pas d'enquête permettant d'évaluer l'impact de ces rencontres sur les pratiques professionnelles⁴⁴.

Parmi les thèmes traités, la protection de l'enfance, objet empirique de notre étude, a été proposée chaque année en SIE de 1994 à 2007 et en RISP de 1996 à 2001⁴⁵. Cela permet de conforter deux idées, celle que cette thématique nécessite un travail inter-service public, défendu dans ce mémoire, et celle que ce sujet n'est pas nouveaux et que le travail en concertation avec les acteurs de terrain doit se poursuivre encore aujourd'hui pour apprendre à travailler ensemble, le passage de la concurrence à la complémentarité professionnelle n'étant pas toujours acquis.

B) Le manager public de demain, un acteur de réseau

Pour Stéphanie Gagnon⁴⁶, le travail en réseau correspond à une « *gestion horizontale* » ou à une « *gouvernance communautaire* » de l'action publique. A l'inverse d'une gestion verticale traditionnelle, il s'agit d'améliorer « *la coordination des tâches par une organisation transversale* »⁴⁷. Le projet UAPED correspond à un travail en réseau. En effet, pour porter le projet il n'existe pas de relation hiérarchique entre les acteurs. Si certes le Procureur de la République peut donner des ordres aux services d'enquête, il n'existe pas de

⁴² CHAUVIGNE Christian, GUILLOT-LE QUEUX Françoise, MARZELIER Christiane, 2010, *L'inter-professionnalité dans le service public. Le RESP, un réseau pour faire école*, Presses de l'EHESP, p.46

⁴³ *Ibid.*, p.50

⁴⁴ *Ibid.*, p.45

⁴⁵ *Ibid.*, p.57

⁴⁶ GAGNON Stéphanie, *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*

⁴⁷ ASSENS Christophe, 2015, *Les réseaux de service public. Menace ou opportunité pour l'action publique*, Presses de l'EHESP, p.11

tels liens entre ce dernier et le directeur d'hôpital par exemple. Il est alors nécessaire de coordonner le travail de chacun dans un modèle participatif.

Dans l'ouvrage *Les réseaux de service public. Menace ou opportunité pour l'action publique*, sous la coordination de Christophe Assens, le nouveau manager public doit savoir devenir un manager de réseau. Pour cela, celui qui chargé d'animer un réseau doit passer par trois phases⁴⁸. La première phase est celle de la construction du réseau. Il s'agit d'établir un cadre plus souple entre les acteurs et de renoncer au confort des procédures administratives classiques. La deuxième phase correspond ensuite à la consolidation du réseau où chacun doit prendre des initiatives et où le pouvoir doit être partagé entre les personnes. Enfin, la troisième phase de régulation renvoie à une auto-évaluation entre pairs du fonctionnement. Cet ouvrage pose néanmoins une réflexion sur les avantages et inconvénients du travail en réseau. En effet, si celui-ci offre de la souplesse, il peut également se transformer en club. Ainsi, « *le travail en réseau peut avoir des effets bénéfiques pour partager rapidement la connaissance entre fonctionnaires, sans subir la lenteur des circuits de décision* »⁴⁹, Cependant, « *l'essor des réseaux n'est pas sans risque : l'effet de club dans un réseau peut masquer la défense d'intérêts corporatistes (...), le foisonnement des réseaux dans le secteur public peut aussi dans certains cas entraîner une confusion, menaçant la cohérence de l'action publique* »⁵⁰. Face à ce risque, le manager de réseau doit ainsi ne pas perdre de vue l'objectif premier du réseau qui est avant toute autre chose celui de servir l'intérêt général et d'améliorer le fonctionnement du service public.

⁴⁸ ASSENS Christophe, 2015, *Les réseaux de service public. Menace ou opportunité pour l'action publique*, Presses de l'EHESP, p.152

⁴⁹ *Ibid.*, p.149

⁵⁰ *Ibid.*, p.10

SECTION 3 – L’ACTUELLE REFORME DE LA HAUTE FONCTION PUBLIQUE S’INSCRIT DANS CETTE VOLONTE DE CONSTRUCTION D’UNE CULTURE COMMUNE DE L’ACTION PUBLIQUE

Alors qu’un rapprochement des formations des différentes grandes écoles du service public est relancé (A), la formation des directeurs d’hôpital présente des temps forts pouvant être généralisés à d’autres écoles (B).

A) Une convergence renforcée dans la formation des hauts fonctionnaires

L’annonce d’une réforme de la haute fonction publique a été faite par le président de la République lors de la conférence de presse du 25 avril 2019⁵¹ à l’occasion de la clôture du Grand Débat national initié à la suite de la crise des gilets jaunes. Cette réforme fait notamment la promotion d’un décloisonnement et de la construction d’une culture commune de l’action publique au sein de la fonction publique. Les directeurs d’hôpitaux, tout comme les directeurs d’établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux formés à l’Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) sont concernés par cette réforme. L’un des volets de cette réforme est la formation initiale des hauts fonctionnaires. Ainsi, l’Institut national du service public (INSP) qui a remplacé au 1er janvier 2022 l’Ecole nationale de l’administration (ENA) est chargé de la coordination d’un tronc commun de formation à 15 écoles du service public dont l’EHESP. L’INSP a ainsi pour objectif affiché de « *déclouonner l’administration en développant une culture commune de l’action publique : en coordonnant la mise en place des enseignements communs aux écoles de service public qui destinent aux corps de l’encadrement supérieur* »⁵².

En ce sens, l’INSP a lancé à partir de la rentrée 2022 un dispositif de journées d’échanges sur le terrain entre les élèves de ces 15 écoles du service public. Le but est de rassembler sur une même journée les élèves en stage sur chaque région et de les faire travailler sur une thématique commune. En ce sens l’INSP s’inspire du travail du RESP évoqué précédemment et conforte la place de ces journées d’échanges thématiques. Au cours de ce travail chacun pourra ainsi apporter son expérience, son expertise et sa vision du sujet. Parmi les compétences, connaissances et savoir-faire développés au cours de ces sessions,

⁵¹ Conférence de presse à l’issue du Grand Débat national - Propos liminaire, <https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-3079-fr.pdf>, p.6

⁵² Missions de l’INSP, <https://insp.gouv.fr/missions>

sont mis en avant le fait de « *se mettre en relation et s'organiser entre pairs, élargir ses représentations, développer sa capacité à collaborer avec un collectif, identifier de nouvelles manières de faire, (et) s'adapter* »⁵³. Cette expérience collective apparaît dès lors comme un exercice formateur pour se préparer au dialogue et à la concertation entre institutions, compétence qui a été nécessaire pour mener le projet UAPED.

B) Piste pour aller plus loin : généraliser les stages hors institution d'appartenance

La formation des élèves directeurs d'hôpital, tout comme d'autres écoles du service public, prévoit un stage extérieur dans d'autres institutions. Ce stage s'inscrit dans cette volonté de sortir de son cadre habituel afin de découvrir d'autres modes d'organisation et de pouvoir faire des liens de comparaison avec l'hôpital. C'est ainsi l'occasion d'aller à la rencontre d'autres administrations, du secteur privé ou d'institutions dans d'autres pays. Il pourrait dès lors être intéressant de généraliser ce type de stage à toutes les formations de la fonction publique. L'hôpital pourrait ainsi être un lieu d'accueil d'élèves d'autres écoles afin de faire découvrir en retour notre univers professionnel aux futurs fonctionnaires de l'Etat ou de la fonction publique territoriale. L'accueil d'autres élèves de la fonction publique à l'hôpital apparaît en effet aujourd'hui limité aux seules formations du secteur sanitaire, social et médico-social.

*

Ainsi, le mouvement de promotion de l'inter-professionnalité dans la fonction publique lancé à la fin des années 1990 et au début des années 2000, doit être poursuivi afin de promouvoir une culture commune de l'action publique qui n'est pas forcément acquise ou innée. Cela permettra de renforcer la performance de nos institutions respectives ainsi que le service rendu aux administrés.

*

⁵³ Présentation des journées d'échanges sur le terrain – Projet collectif du tronc commun, INSP

CONCLUSION

Les UAPED sont avant tout des projets de territoire. Ils visent à offrir une structure unique de prise en charge des enfants victimes dans un milieu hospitalier en coordination avec l'ensemble des acteurs de terrain. Il s'agit ainsi d'une politique publique transversale qui relie la fonction publique hospitalière, la fonction publique territoriale et la fonction publique d'Etat. Le directeur d'hôpital, comme ses homologues des autres services publics, porte la responsabilité du bon fonctionnement de cette coopération. Afin de garantir la réussite d'un projet commun entre des institutions aux univers différents, il convient dès lors de passer d'une concurrence à une complémentarité professionnelle. Pour cela, acculturer les cadres supérieurs de la fonction publique à la construction d'une action publique partagée est un mouvement déjà à l'œuvre et qui a vocation à être renforcé dans le cadre de la réforme de la haute fonction publique.

Bibliographie

Ouvrages

ASSENS Christophe, 2015, *Les réseaux de service public. Menace ou opportunité pour l'action publique*, Presses de l'EHESP, 169p.

CHAUVIGNE Christian, GUILLOT-LE QUEUX Françoise, MARZELIER Christiane, 2010, *L'interprofessionnalité dans le service public. Le RESP, un réseau pour faire école*, Presses de l'EHESP, 179p.

DUJARDIN, Valériane, 2013, *Les relations hôpital, police, justice*, LEH Éditions, 296p.

Articles de revues

BARBIER SAINTE MARIE, Sylvain, 2018, « La lutte contre la maltraitance des mineurs ou l'impérieuse nécessité du partenariat », *Les cahiers de la justice*, p.89

DE AYALA, Constance, 2010, « L'histoire de la protection de l'enfance », *Le Journal des psychologues*, n°277, p.24-27

PY, Bruno, 2015, « Signalement des infractions sexuelles en institution », *Juris associations*, n°530, p.29

SAISON-DEMARS, LENOIR François, TILMAN Lacra, 2019, « Les relations hôpital, police, justice, *Revue générale de droit médical*, p.99-169

Rapports

CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2021, *Eléments statistiques sur les directeurs d'hôpital statutaires, situation au 1er janvier 2021*, 42p.

MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2015, *L'encadrement supérieur et dirigeant dans les trois versants de la fonction publique*, 22p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2014, *Considérer la parole de l'enfant victime. Etude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire*, 107p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2021, *Quinzième rapport au Gouvernement et au Parlement*, 58p.

Documents officiels

Plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022, lancé le 21 novembre 2019, par le secrétaire d'Etat en charge de l'Enfance et des Familles, auprès de la ministre des solidarités et de la Santé

Sites internes

Institut national du service public : <https://insp.gouv.fr/>

Articles sur internet

Maltraitance des enfants, Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Articles de presse

« L'hôpital ouvre une unité pour enfants en danger » Draguignan, *Var Matin*, 28 février 2022

Lois

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants

Codes

Code pénal : article 226-13, article 226-14, article 122-7, article 223-6, article 706-52, article 434-3

Code de la santé publique : article L1110-4

Code de procédure pénale : article 109

Code général des collectivités territoriales : article L3211-1

Circulaires

Circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles

Circulaire du 13 juillet 2000 DGS/DH n°2000-399 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n°97-380 du 27 mai 1997

Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale

Instructions

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

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

Contrats/Conventions

Convention Santé Sécurité Justice – CHU X, 11p.

Dépêches

MINISTERE DE LA JUSTICE, DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES, Généralisation à l'ensemble du territoire des unités d'accueil pédiatrique enfance en danger, 5 novembre 2021, 3p.

Conférences de presse

Conférence de presse à l'issue du Grand Débat national - Propos liminaire, 12p.

<https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-3079-fr.pdf>

Courriers officiels

« Stratégie de prévention et protection de l'enfance : création d'une équipe régionale experte (EPRED) et d'une unité d'accueil pour enfance en danger (UAPED) » du directeur général de l'ARS X au directeur général du CHU Y

Autres

CNG, DGOS, *Référentiel métier de Directeur d'hôpital*, file:///home/chronos/u-2549c5080d2de682b8103153636809a96758b168/MyFiles/Downloads/Referentiel_DH_Mission_DGOS-CNG.pdf

Liste des annexes

Pas d'annexes à ce mémoire

CHANAL	Guillaume	Octobre 2022
Directeur d'hôpital Promotion 2021-2022		
Renforcer les coopérations entre services publics L'exemple des relations hôpital, police, justice à travers le cas de l'ouverture d'une unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED)		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
Résumé : Les UAPED sont avant tout des projets de territoire. Ils visent à offrir une structure unique de prise en charge des enfants victimes dans un milieu hospitalier en coordination avec l'ensemble des acteurs de terrain. Il s'agit ainsi d'une politique publique transversale qui relie la fonction publique hospitalière, la fonction publique territoriale et la fonction publique d'Etat. Le directeur d'hôpital, comme ses homologues des autres services publics, porte la responsabilité du bon fonctionnement de cette coopération. Afin de garantir la réussite d'un projet commun entre des institutions aux univers différents, il convient dès lors de passer d'une concurrence à une complémentarité professionnelle. Pour cela, acculturer les cadres supérieurs de la fonction publique à la construction d'une action publique partagée est un mouvement déjà à l'œuvre et qui a vocation à être renforcé dans le cadre de la réforme de la haute fonction publique.		
Mots clés : Coopération, Inter-services publics, Inter-professionnalité, Inter-institutionnel, Inter-fonction publique, Protection de l'enfance, UAPED		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		