

LE RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTÉ POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES

RAPPORT

Marjorie OBADIA

Christian DELAVAQUERIE

Isabelle GUION DE MERITENS

Benoît LEGRAND

Philippe GAZAGNES

Nacéra HADDOUCHE



Membres de l'inspection
générale de la justice

Membres de l'inspection générale
des affaires sociales

Membres de l'inspection
générale de l'administration

N°2019-00198

N°2019-068R

N°19064-R

Novembre 2019

SYNTHÈSE

En 2017, 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences, dont une majorité dans un contexte intrafamilial ou conjugal mais une femme sur cinq seulement a déposé plainte, une femme sur dix, s'il s'agit d'un viol. Les causes de cette réticence à déposer plainte sont multiples et les dispositifs de facilitation de la plainte mis en place au sein de la police et de la gendarmerie n'ont pas encore réussi à modifier en profondeur la tendance.

Le recueil de preuves sans plainte, dispositif innovant, contribue donc à libérer la parole des femmes et ainsi à lutter contre les violences, en offrant à celles qui, d'initiative, se présentent à l'hôpital, de réaliser à leur profit l'ensemble des constatations médico-légales, de même nature que celles qui sont effectuées dans le cadre de réquisitions judiciaires après un dépôt de plainte.

A la jonction de deux univers santé et justice et à la croisée de plusieurs politiques publiques ciblées « femmes et/ou victimes », ce dispositif prolonge la démarche de soins dans une visée conservatoire au bénéfice de la victime. Pour celle-ci, victime de violences de toute nature, la prise en charge en milieu médical est souvent la première étape d'un parcours difficile. L'hôpital est même un point de passage obligé pour les femmes victimes de violences sexuelles.

Sur place, les victimes doivent pouvoir bénéficier à la fois d'une prise en charge complète (médicale, psychologique), d'un accompagnement social et juridique mais aussi d'une offre à visée conservatoire (certificat médical détaillé, détermination d'une incapacité totale de travail et/ou prélèvements biologiques) visant à préserver leurs droits, en vue d'une exploitation judiciaire ultérieure.

La voie judiciaire est en effet celle qui offre la protection la plus complète à la victime, en garantissant son statut, son accompagnement au fil de la procédure et par l'engagement de l'action publique. La réponse pénale est de nature à limiter l'escalade de la violence et à organiser une prise en charge de la victime.

Le recueil de preuves sans plainte s'inscrit également dans cette finalité, puisqu'il suppose un temps d'écoute bienveillante de la victime et une démarche de « conviction » itérative auprès d'elle mais qu'il laisse à cette victime, souvent désorientée, le temps de la réflexion nécessaire.

Si le recueil de preuves sans plainte s'affiche comme une notion émergente, qui bouscule les principes juridiques et les organisations hospitalières en raison de l'absence de statut juridique, il est pourtant une réalité dans 29 départements, d'après les éléments recueillis par la mission. Il se caractérise par une large prise en compte des victimes et une grande diversité d'organisation, selon les structures hospitalières locales et la dynamique des partenariats construits par les acteurs de terrain.

La mission prend acte de la richesse de cette diversité et estime que la montée en puissance du dispositif doit s'appuyer sur les structures existantes, sans imposer de modèle unique d'organisation, même si les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) peuvent jouer un rôle important en tant que structures porteuses et/ou de référence et d'animation, et si la création d'unités de victimologie dédiées peut offrir une meilleure visibilité à cette nouvelle pratique.

Cependant, ce dispositif s'avère difficile à développer en l'état : les difficultés auxquelles les structures porteuses sont confrontées créent, ou sont susceptibles de créer, de l'insécurité juridique et surtout des inégalités territoriales. Le schéma national de la médecine légale reste imparfait dans sa couverture territoriale et son financement - les rapports des inspections générales de 2013 et

2016 l'ont souligné- notamment pour le réseau de proximité de la médecine légale qui couvre la moitié du territoire national.

La pratique encore insuffisante du recueil de preuves sans plainte et ses différences de mise en œuvre créent des disparités dans l'accompagnement des victimes. Les incertitudes liées à la réalisation d'actes médico-légaux en dehors de toute réquisition judiciaire entraînent des questionnements juridiques (responsabilité des médecins, statut des prélèvements, durée de conservation) et des problèmes de financement pérenne.

La mission, consciente de la nécessité de lever ces blocages, propose des solutions dans une approche pragmatique mais qui nécessitent un engagement volontariste de la puissance publique.

Le recueil de preuves doit forcément être pris en compte dans des politiques partenariales plus globales et non pas vu comme une fin en soi. Pour le mettre en œuvre, la mission propose l'identification d'une « structure hospitalière de référence », a minima départementale, garantissant un accueil sécurisé, bienveillant et pluridisciplinaire (médico-soignant, social et juridique).

Compte tenu de l'importance de la compétence médico-légale dans le dispositif et pour sa sécurité juridique, la mission recommande que la structure hospitalière de référence soit dotée de compétences pluridisciplinaires, dont une compétence en médecine légale, et comprenne soit une UMJ, soit un service d'accueil des urgences en médecine/chirurgie/obstétrique. Elle recommande parallèlement d'adapter le cadre réglementaire de la médecine légale pour permettre à la structure hospitalière de référence d'intégrer le recueil de preuves sans plainte (hors réquisition judiciaire) dans les pratiques d'accueil des victimes de violences.

En outre, les principes suivants doivent diriger l'action en faveur de la victime : ses droits à l'information complète, d'une part sur la proposition qui lui est faite et sa finalité et, d'autre part, sur le respect de son consentement éclairé à chaque étape du parcours.

La mission recommande à cet égard l'élaboration d'un protocole-type au sein de la structure hospitalière de référence, qui assure la traçabilité de l'information et du consentement.

Ce protocole-type doit comprendre aussi systématiquement l'offre explicite et graduée de trois options proposées à la victime, à savoir : plainte facilitée, à défaut signalement à l'autorité judiciaire avec son accord, in fine l'offre d'un délai supplémentaire de réflexion pour faire valoir ses droits, avec un accompagnement dans la durée.

S'agissant des obstacles juridiques liés aux prélèvements biologiques conservés, la mission a pu constater un vrai décalage entre la vision procédurale et la réalité du terrain. Les questions du prélèvement et du scellé doivent être relativisées. Le prélèvement biologique, accompli en milieu hospitalier, sous réserve du caractère récent des faits relatés, n'est pas au cœur des éléments probants pour caractériser les faits de violences sexuelles. Le récit de la victime, le certificat médical descriptif et les photographies et schémas corporels qui l'accompagnent sont fondamentaux.

De fait, si la sécurité juridique est d'habitude assurée par la mise sous scellés par un officier de police judiciaire, celle-ci s'avère souvent tardive et, en tous cas, décalée de plusieurs jours ou mois par rapport à la réalisation du prélèvement biologique. Cette dernière, en raison des bonnes pratiques existantes en milieu hospitalier, notamment d'identito-vigilance, répond aux critères d'identification par rapport à la victime examinée et au dossier médical renseigné. Les règles de bonne conservation avec des moyens de congélation dans des laboratoires soumis à des règles européennes ou des congélateurs au sein d'UMJ sont des préalables. Aussi, il ne paraît pas indispensable à la mission de conférer un statut particulier au prélèvement effectué sans réquisition mais plutôt de recommander l'élaboration d'un protocole-type qui décrive notamment des modes opératoires précis, communs à

tous les prélèvements accomplis en milieu hospitalier et comprenant les principes de traçabilité et de conservation des prélèvements.

De même, pour la durée de conservation des éléments de preuve, la mission ne suit pas la logique de s'aligner sur un délai légal, notamment celui de la prescription de l'action publique. Elle propose une durée de conservation des éléments de preuve moyenne de trois années, pratiquée le plus souvent au sein des 29 départements recensés et correspondant à une durée raisonnable, si l'accompagnement est effectif et si la structure hospitalière de référence se dote des outils pour un suivi régulier des situations de recueil de preuves sans plainte.

Quant au financement du dispositif, il doit assurer tout à la fois le principe de gratuité pour les victimes, l'équilibre budgétaire hospitalier et sa pérennité. A cet effet la mission propose, d'une part d'inscrire le recueil de preuves sans plainte dans le cadre plus large du dispositif d'accueil, de prise en charge globale et d'accompagnement des femmes victimes de violences et, d'autre part, de remplacer les « bricolages » constatés sur les territoires par un financement partagé entre les ministères de la santé et de la justice.

Sur le premier aspect, la mission recommande donc d'inscrire le dispositif de recueil de preuves sans plainte dans une Mission d'Intérêt Général (MIG)¹ intitulée « prise en charge des femmes victimes de violences ». Cette MIG avait été proposée dans le rapport de l'IGAS de 2017 relatif à « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : éléments en vue d'une modélisation ». Le volume de cette MIG doit tenir compte de l'activité, mais aussi des gains possibles de mutualisation en termes de ressources humaines. Elle bénéficiera à toutes les structures hospitalières de référence, quelle que soit leur nature, notamment celles qui relèvent du réseau de proximité de la médecine légale et qui sont financés sur frais de justice.

L'extension des missions des UMJ inscrites au schéma national doit permettre de mutualiser des temps de médecin spécialisé, d'infirmiers et/ou de psychologues déjà présents et de réduire les coûts fixes de personnel. Au-delà de ces ressources, devra être attribuée une dotation annuelle forfaitaire complémentaire financée par le ministère de la justice, sur la même base que la répartition actuelle. Cette dotation complémentaire ne pourra être évaluée qu'après une année d'activité médico-légale accomplie hors réquisition. A cet effet et de façon générale, la mission recommande de créer dans toute structure hospitalière de référence un suivi analytique spécifique, pour mesurer l'activité médico-légale accomplie hors réquisition judiciaire et donner une exacte information des acteurs impliqués dans le montage financier.

Le ministère de la justice devra également assumer le financement pérenne de l'accompagnement juridique et psychologique des victimes accueillies dans la structure de référence car la mission recommande de systématiser la présence d'associations d'aide aux victimes dans les structures hospitalières de référence, et en premier lieu dans les UMJ.

Enfin, le dispositif doit faire l'objet d'un pilotage effectif au niveau central, départemental et local pour en mesurer l'efficacité et adapter, au besoin, les modalités et les moyens requis.

¹ Les missions d'intérêt général assurent un financement spécifique pour certaines missions assurées par les établissements de santé, indispensables à l'amélioration directe de l'état de santé de la population mais ne pouvant être financées à l'activité (articles L. 162-23-8, D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale).

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	S'appuyer sur la diversité des organisations adoptées au plan local tant pour les structures que pour la typologie des victimes.	1	DGOS	
2	Permettre aux structures hospitalières de référence d'intégrer le recueil de preuves sans plainte dans leur pratique d'accueil des victimes de violences, en adaptant autant que nécessaire le cadre réglementaire, notamment pour les UMJ.	1	DGOS/DACG/ DSJ	
3	Uniformiser et formaliser dans un protocole type applicable à chaque structure hospitalière de référence les procédures du recueil de preuves sans plainte : - Etablissement d'un certificat médical descriptif déterminant une incapacité totale de travail, - Recueil de preuves diverses dont les prélèvements biologiques, avec leurs modalités d'identification, de traçabilité et de conservation.	2	DGOS/DACG DGGN/DGPN	
4	Prévoir, dans le protocole type, la complète information de la victime, et l'expression de son consentement à toutes les étapes : actes médico-légaux effectués, finalité de la procédure, durée de conservation des éléments de preuve recueillis, accompagnement proposé.	2	DGOS/DACG DGGN/DGPN	
5	Impliquer, en amont de la structure hospitalière de référence, les professionnels de la santé, du social et du réseau associatif dans le repérage et la bonne orientation des victimes vers la structure : information du public, sensibilisation et formation des professionnels, facilitation du transport de la victime.	2	DGOS/DGCS SG Intérieur- DMAT SG Justice DGGN/DGPN SG-CIPDR	
6	Identifier dans chaque département/territoire une ou plusieurs structures hospitalières de référence, reconnues par l'ARS, dotées d'une compétence de prise en charge globale des victimes, y compris en médecine légale et comprenant : - Soit une Unité Médico-Judiciaire (de dotation globale ou de proximité) - Soit un service d'accueil des urgences en Médecine Chirurgie Obstétrique La création d'unité de victimologie dédiée adossée à l'une de ces structures paraît représenter une solution optimale.	1	DGOS En lien avec la DACG et la DSJ	

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
7	Formaliser dans les structures hospitalières de référence les principes et modalités d'accueil, de prise en charge globale et d'accompagnement des victimes de violences reposant sur des partenariats : - Intra-hospitalier garantissant une compétence médico-légale et une pluridisciplinarité, - Extra-hospitalier offrant dans la durée un accompagnement psychologique, social et juridique.	2	DGOS En lien avec DACG/DGCS DMAT DGGN/DGPN SG-CIPDR	
8	Garantir la présence d'une association d'aide aux victimes conventionnée dans chaque structure hospitalière de référence, à commencer par les UMJ.	1	SG Justice	
9	Proposer à la victime qui se présente dans la structure hospitalière de référence, sans réquisition judiciaire, trois options : - Une orientation vers le dépôt de plainte, - Un signalement, avec son accord, à l'autorité judiciaire, - A défaut de cet accord, le recueil de preuves sans plainte afin de lui laisser le temps de la réflexion pour engager éventuellement une procédure judiciaire.	1	DGOS/DACG DGGN/DGPN	
10	Structurer le pilotage du dispositif de recueil de preuves sans plainte, aux niveaux national et départemental, au sein d'instances partenariales existantes chargées de la lutte contre les violences faites aux femmes.	2	DGOS/DACG DGCS/MIPROF DMAT DGGN/DGPN SG-CIPDR DIAV	
11	Assurer l'équilibre budgétaire et la pérennité du dispositif d'accueil et de prise en charge globale et d'accompagnement des femmes victimes de violence en créant une Mission d'Intérêt Général (MIG) « prise en charge des femmes victimes de violences » intégrant le dispositif de recueil de preuve sans plainte et prenant en compte : - Pour les établissements hospitaliers de référence, hormis les 46 UMJ du schéma national, l'ensemble des coûts de fonctionnement et de structure. - Pour les 46 UMJ du schéma national, les éventuels ETP complémentaires non prévus dans la dotation budgétaire globale.	1	DGOS En lien avec DSJ	

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
12	Abonder la dotation budgétaire forfaitaire des 46 UMJ du schéma national de la médecine légale, après une année de mise en œuvre du RPSP, sur la base d'un nouvel outil de mesure de leur activité hors réquisition.	1	DGOS/DSJ	
13	Dimensionner la programmation budgétaire de la MIG « prise en charge des femmes victimes de violences », en lien avec les ARS, sur la base des premiers retours d'expérience et des mutualisations interservices retenues localement.	2	DGOS	
14	Créer et suivre une section d'analyse « recueil de preuves sans plainte » au sein de la comptabilité analytique des centres hospitaliers concernés.	2	DGOS En lien avec DSJ	

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	13
1 LE RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTÉ : UNE MISSION DE SANTE PUBLIQUE, UNE MISSION PRE-JUDICIAIRE	14
1.1 UN MOYEN SUPPLEMENTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	14
1.1.1 <i>Le constat de la réticence des victimes à porter plainte, malgré l'ampleur du phénomène...</i>	14
1.1.2 <i>...Malgré des politiques publiques spécifiques.....</i>	16
1.1.3 <i>...Et malgré le rôle important des associations auprès des différents acteurs.....</i>	17
1.2 LE RECUEIL DE PREUVE SANS PLAINTÉ, UN PROLONGEMENT DE LA DEMARCHE DE SOINS, A VISEE CONSERVATOIRE AU BENEFICE DE LA VICTIME	18
1.2.1 <i>Une notion émergente.....</i>	18
1.2.2 <i>La porte d'entrée et la prise en charge des victimes relèvent d'abord du soin</i>	18
1.2.3 <i>Mais la voie judiciaire offre la protection la plus complète aux victimes.....</i>	20
2 LA RICHE DIVERSITE DES PRATIQUES OBSERVEES, BIEN QUE CONFRONTEES A DES DIFFICULTES	21
2.1 DES PRINCIPES COMMUNS SE DEGAGENT	22
2.1.1 <i>L'hôpital, un point de passage obligé</i>	22
2.1.2 <i>Un temps suffisant de prise en charge, un travail partenarial et des personnels formés sont nécessaires</i>	22
2.1.3 <i>L'orientation vers la plainte avec le consentement de la victime</i>	23
2.2 LA DIVERSITE DES PRATIQUES ET PROCEDURES.....	23
2.2.1 <i>Des structures et organisations à respecter dans leur diversité</i>	23
2.2.2 <i>Des modalités de fonctionnement très différentes.....</i>	25
2.2.3 <i>Une prise en charge à double finalité</i>	26
2.3 DES DIFFICULTES, SOURCE POTENTIELLE D'INEGALITES ET D'INSECURITE.....	28
2.3.1 <i>Un dispositif national de médecine légale imparfait</i>	28
2.3.2 <i>Les points de difficulté identifiés par le groupe de travail interministériel</i>	29
2.3.3 <i>L'absence d'uniformité de la prise en charge médico-légale peut être source d'inégalité et d'insécurité.....</i>	30
2.3.4 <i>La question du financement constitue un point de blocage</i>	30
2.3.5 <i>Des difficultés plus marquées pour certains territoires et populations.....</i>	31
3 LA MODELISATION DES PRATIQUES POUR SECURISER, HARMONISER ET PERENNISER.....	32
3.1 DES REPONSES AUX QUESTIONS JURIDIQUES	32
3.1.1 <i>La responsabilité des médecins</i>	33
3.1.2 <i>Les prélèvements et la question des scellés.....</i>	35
3.1.3 <i>La durée de conservation.....</i>	36
3.2 UN CAHIER DES CHARGES POUR HARMONISER LES PRATIQUES	37
3.2.1 <i>Garantir l'égalité de traitement :</i>	37
3.2.2 <i>Former l'ensemble des professionnels sollicités le long du parcours :</i>	38
3.2.3 <i>Faciliter « l'accessibilité » :</i>	38
3.2.4 <i>Développer des structures hospitalières de référence dotées de compétences pluridisciplinaires, notamment en médecine légale.....</i>	39
3.2.5 <i>Développer le dispositif d'accompagnement et d'aide aux victimes :</i>	39
3.2.6 <i>Garantir le libre choix de la victime, un fil conducteur</i>	40
3.3 STRUCTURER UN PILOTAGE AUX NIVEAUX NATIONAL ET LOCAL.....	43
3.4 UN FINANCEMENT A PERENNISER ET A PARTAGER	44
3.4.1 <i>Une estimation difficile des besoins</i>	44
3.4.2 <i>Un financement actuellement encadré des actes médico-légaux</i>	46
3.4.3 <i>La fragilité du financement du recueil de preuves sans plainte</i>	46
3.4.4 <i>La nécessité d'un financement renforcé de l'accompagnement des victimes</i>	47
3.4.5 <i>Une proposition concrète de répartition du financement du RPSP.....</i>	47

4	LES CENTRES HOSPITALIERS, DE PETITE ET GRANDE CAPACITE, REPERES PAR LA MISSION.....	51
4.1	LE CHRU ET L'UMJ DE TOURS.....	51
4.2	CH DE TULLE	52
4.3	CH D'AGEN-NERAC	53
4.4	CHU ET UMJ DE POINTE-A-PITRE	54
	LETTRÉ DE MISSION	57
	LISTE DES ANNEXES	63
ANNEXE 1 :	TABÉAU DES SITES IDENTIFIES POUR LA PRATIQUE DU RPSP (SOURCE : MISSION).....	63
ANNEXE 2 :	CARTE DES SITES IDENTIFIÉS	69
ANNEXE 3 :	CARTE DES UMJ	71
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	77

RAPPORT

Introduction

Par lettre en date du 13 juin 2019, la Garde des Sceaux, ministre de la justice, la ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'intérieur et la secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations ont confié aux Inspections Générales de la Justice (IGJ), des affaires sociales (IGAS) et de l'Administration (IGA), une mission relative au recueil de preuves en l'absence de dépôt de plainte pour mieux accompagner les femmes victimes de violences ne souhaitant pas, dans un premier temps faire appel à la justice, et ainsi préserver leurs droits.

La mission a été confiée pour l'IGJ à Marjorie Obadia et Benoît Legrand, pour l'IGAS à Christian Delavaquerie et Philippe Gazagnes, et pour l'IGA à Nacera Haddouche et Isabelle Guion de Méritens.

La mission a été chargée de dresser un bilan des pratiques existantes en matière de recueil de preuves sans plainte (RPSP), sur la base duquel proposer un schéma ou un protocole-type. Il était ensuite demandé d'identifier deux centres hospitaliers, l'un de petite capacité, l'autre de grande qui pourraient servir de structures de référence, d'ici au premier trimestre 2020. Il était enfin demandé de faire toutes propositions utiles sur le statut des prélèvements réalisés sans réquisition judiciaire et sur l'opportunité d'en définir un, ainsi que sur leurs conditions et durée de conservation, et quant au financement du dispositif.

La mission a rencontré les cabinets ministériels commanditaires (justice, solidarités et santé, intérieur, égalité entre les femmes et les hommes et lutte contre les discriminations), ainsi que celui en charge des outre-mer. Elle a procédé à de nombreux entretiens, auprès des administrations centrales, notamment celles qui ont participé au groupe de travail interministériel réuni entre 2016 et 2018, pour réfléchir à la mise en place de cette orientation du 5ème plan national de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes 2017-2019². Elle a rencontré le conseil national de l'ordre des médecins et les principales associations d'aide aux victimes ou spécialisées dans la lutte contre les violences faites aux femmes³. En revanche, elle n'a pas été en mesure de consulter les associations nationales d'élus locaux.

Pour répondre à la commande, la mission a procédé au recensement aussi complet que possible des pratiques existantes, sans pour autant prétendre à l'exhaustivité. Au moyen de questionnaires, l'information a été sollicitée auprès des 166 parquets, des 105 préfectures et hauts-commissariats et des 141 groupements hospitaliers de territoires (GHT) dépendant des 17 agences régionales de santé (ARS). Ces questionnaires ont donné lieu à des taux de réponse significatifs (respectivement 84 %, 95 % et 59 %), ce qui démontre l'intérêt suscité dans le contexte du Grenelle des violences conjugales. Les associations d'aide aux victimes ont également contribué à cette remontée d'information auprès de leurs antennes locales.

² Objectif 13 du plan : « améliorer le parcours judiciaire des victimes de violences sexuelles », action 41.

³ Cf. Liste des personnes rencontrées par la mission.

Cela a conduit la mission, non pas à définir a priori un échantillon de structures hospitalières, mais à se donner, dans un premier temps, pour périmètre d'observation l'ensemble du territoire national en croisant les différentes sources d'information disponibles.

Cette approche, voulue pragmatique, s'est néanmoins heurtée à quelques écueils qui tiennent tout d'abord au défaut de compréhension par certains déclarants des termes « recueil de preuves sans plainte ». D'autres ont pu confondre ce dispositif spécifique avec d'autres déployés également en lien avec le milieu hospitalier, tels que la plainte simplifiée ou le déplacement de l'officier de police judiciaire (OPJ) à l'hôpital, voire pour certains, avec le protocole de 2013 relatif aux mains courantes et aux procès-verbaux de renseignement judiciaire en matière de violences conjugales. Au final, la mission a observé les dispositifs qui lui paraissaient suffisamment documentés à l'appui des réponses aux questionnaires (liste et carte en annexes 1 et 2).

L'exploitation des documents produits à l'appui des réponses aux questionnaires a ainsi conduit à sélectionner certains départements et établissements hospitaliers et à effectuer quatre déplacements de terrain qui ont permis de combiner sur place table ronde avec les acteurs institutionnels impliqués et rencontre *in situ* avec les équipes professionnelles (Saint-Denis, Bondy, Tours, Saint-Lô). Compte-tenu des délais contraints, d'autres échanges concernant des territoires plus éloignés (Agen, Tulle) ont eu lieu sous forme de visio-conférences. En revanche, la mission n'a pas été en mesure de se rendre au centre d'accueil en urgence des victimes d'agression de Bordeaux (CAUVA), les difficultés internes qui avaient empêché le groupe de travail interministériel précité de le rencontrer perdurant à la date de la mission. Les développements consacrés dans le rapport à cette structure, souvent citée comme pilote en la matière, se basent sur les études disponibles de 2013, réalisées en lien avec la MIPROF.

Aussi, les constats et recommandations du rapport visent tout d'abord à replacer le dispositif de recueil de preuves sans plainte dans le contexte des politiques publiques relatives aux violences faites aux femmes et à proposer une définition de cette notion émergente (partie 1). Le rapport rend compte ensuite de la diversité des pratiques locales initiées sur le territoire et des difficultés rencontrées dans leur mise œuvre par les acteurs. Les dispositifs qui ont paru à la mission comme étant des « bonnes pratiques » font l'objet d'encadrés dans le rapport (partie 2). Le rapport apporte des éléments de modélisation qui lui paraissent devoir figurer dans un cahier des charges-type rassemblant des aspects juridiques, organisationnels et financiers (partie 3). Enfin, conformément à la lettre de mission, il propose quatre centres hospitaliers de taille variable, dont un en outre-mer, pouvant servir de structures de référence pour la mise en place du dispositif (partie 4).

1 Le recueil de preuves sans plainte : une mission de santé publique, une mission pré-judiciaire

1.1 Un moyen supplémentaire dans la lutte contre les violences faites aux femmes

1.1.1 Le constat de la réticence des victimes à porter plainte, malgré l'ampleur du phénomène...

Malgré de nombreuses politiques publiques traduites dans le domaine législatif et/ou réglementaire en matière de prévention et de répression des violences, les chiffres déclarés par les femmes dans les

enquêtes de victimation ou enregistrés par les forces de sécurité lors de dépôts de plainte révèlent l'omniprésence de ces actes⁴.

En 2017, dans l'Hexagone, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes au cours de la même année de violences physiques et/ou sexuelles. Pourtant, moins d'une femme sur cinq déclare avoir porté plainte. De leur côté, les services de police et de gendarmerie ont enregistré pour la période 112 000 victimes de violences conjugales dont 88 % sont des femmes (98 500). Les violences conjugales représentent 65 % des violences volontaires faites aux femmes et 31 % des viols.

S'agissant des faits constatés les plus graves, 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols ou tentatives au cours de l'année 2017, dont 65 000 au moins d'un viol. Neuf victimes sur dix connaissent leur agresseur. Une victime sur dix seulement déclare avoir porté plainte. Mais cinq sur dix ont consulté un personnel médical ou paramédical, point fondamental pour la mission. Les forces de police et de gendarmerie ont enregistré 42 000 victimes de violences sexuelles en 2017. 86 % de ces victimes sont des femmes et plus de la moitié sont mineures. En 2018, probablement en lien avec le phénomène #MeToo, les chiffres augmentent de 13 % avec 47 500 personnes victimes de violences sexuelles ayant porté plainte.

Selon une étude statistique du ministère de la justice⁵, 78 400 personnes mises en cause pour des faits de violences conjugales ont vu leur affaire traitée par la justice en 2015 : pour 32 % l'infraction était insuffisamment caractérisée ; pour les autres auteurs, neuf affaires sur dix avaient reçu une réponse pénale. En 2017, sur 70 000 auteurs présumés impliqués dans des affaires de violences conjugales, 34,1 % avaient fait l'objet de poursuites devant le tribunal correctionnel et 26,6 % de diverses mesures alternatives aux poursuites.

Pour l'outre-mer, même s'il peut exister de vraies difficultés à mesurer le phénomène complexe des violences faites aux femmes, tous les chiffres existants⁶ montrent que ces violences sont plus élevées que dans l'Hexagone, notamment pour la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie.

Ces chiffres permettent de mesurer d'une part l'ampleur de ce fléau, et d'autre part les enjeux qui l'accompagnent en raison de ses lourdes conséquences sanitaires, psychologiques, économiques, sociales et judiciaires, non seulement pour les victimes, mais aussi pour la société toute entière.

En effet, ces violences entraînent à court, moyen et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les femmes, et affectent aussi de façon très sévère leurs enfants. L'OMS a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé, qu'elles connaissent 5 fois plus de tentatives de suicide et de consommation de psychotropes, que la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demi plus cher que la prise en charge d'autres femmes. Ces violences constituent également un enjeu social majeur par les implications qu'elles entraînent : nécessité de mise à l'abri, logement, impact sur la cellule familiale et le parcours professionnel, autonomie financière, etc.

⁴ Les données sont issues de la lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (n°13, Novembre 2018) réalisée par la MIPROF qui rassemble les statistiques de l'enquête « Cadre de vie et Sécurité » (INSEE-ONDRP-SSM-SI) ; la base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie nationales (SSM-SI) ; les statistiques pénales et le casier judiciaire national du ministère de la justice (SDSE).

⁵ Infostat justice - février 2018 n° 159 « Le traitement des violences conjugales en 2015.

⁶ Rapport du Conseil Economique Social et Environnemental « Combattre les violences faites aux femmes dans les outre-mer », avril 2017.

1.1.2 ...Malgré des politiques publiques spécifiques

Après avoir ratifié la convention d'Istanbul premier instrument juridique contraignant au niveau européen, le 4 juillet 2014⁷, le gouvernement a donné un nouvel élan au volet « lutte contre les violences faites aux femmes » dans les différentes politiques ministérielles. Quelques-unes, à la croisée du recueil de preuves sans plainte, sont rappelées ci-dessous.

1.1.2.1 La prévention de la délinquance

Au plan territorial, les préfetures sont amenées à consacrer un volet prévention et lutte contre les violences faites aux femmes dans les plans départementaux de prévention de la délinquance. Plus précisément, les préfetures, dotées récemment de référents « violences faites aux femmes », s'appuient sur les directions régionales et les délégations départementales aux droits des femmes et à l'égalité. D'après un recensement du ministère de l'intérieur du 13 novembre 2018, 51 préfetures s'étaient dotées d'un protocole ou d'un programme d'actions départemental sur la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes. On peut ajouter l'implication sur ce sujet de certaines collectivités territoriales dans le cadre des contrats locaux de sécurité et de prévention de la délinquance.

Dans ce cadre, plusieurs dispositifs existent pour pallier le défaut de plainte en commissariat et en gendarmerie, que ce soit par l'amélioration de l'accueil et de l'orientation (intervenant sociaux en commissariat et gendarmerie – ISCG – et psychologues), le suivi des victimes qui se sont manifestées (protocoles relatifs aux mains courantes et aux procès-verbaux de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales) ou encore la prise de plainte à l'hôpital par les OPJ⁸.

Ces dispositifs, qui sont mis en œuvre sur le terrain par les forces de sécurité en coordination avec les parquets, sont soutenus par la stratégie nationale de prévention de la délinquance dont le nouveau projet approfondit la dimension proactive⁹ et encourage, toujours à défaut de dépôt de plainte, l'entrée dans le parcours judiciaire par le recueil de preuves sans plainte à l'hôpital¹⁰.

1.1.2.2 L'aide aux victimes et la montée en puissance des comités locaux d'aide aux victimes

Parallèlement, les procureurs de la République, pilotes de l'aide aux victimes dans leur ressort avec le soutien des parquets généraux financeurs, ont organisé, avec les associations d'aide aux victimes subventionnées, un schéma départemental d'aide aux victimes, ou encore des actions ciblées reposant sur des protocoles partenariaux pour améliorer la prise en charge et la protection de certaines victimes vulnérables ou subissant un fort traumatisme. A cet égard, les comités locaux d'aide aux victimes (CLAV) créés en 2017 (90 installés au 14 juin 2019) et co-présidés par les préfets et les procureurs de la République permettent de dresser l'état des lieux local et des ressources disponibles ainsi que de faire connaître certaines actions innovantes et ciblées, qui associent en

⁷ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et de la violence domestique, signée le 11 mai 2011 et entrée en vigueur le 1^{er} août 2014.

⁸ Cette prise de plainte à l'hôpital s'effectue par déplacement ponctuel de l'OPJ, mais aussi par des permanences d'OPJ comme à la Maison des femmes du CH Delafontaine de Saint-Denis, en parfaite coordination avec le commissariat local.

⁹ Considérant que beaucoup de femmes ne se manifestent pas d'elles-mêmes, il s'agit donc de développer une logique de l'« aller-vers », y compris avec des « minibus d'appui psychosocial » sillonnant les territoires ruraux échappant au maillage associatif (projet de stratégie nationale de prévention de la délinquance 2018-2021, actions n°20 à 29).

¹⁰ Et le développement des prises en charge multidisciplinaires dans un lieu unique en s'inspirant de dispositifs existants en citant l'exemple du centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA au CHU de Rouen).

général les associations d'aide aux victimes et les services de police judiciaire et, au cas par cas, le secteur hospitalier.

1.1.2.3 L'engagement du secteur hospitalier

Dans le secteur de la santé publique, dès la fin des années 1990, des dispositifs régionaux organisaient l'accueil et la prise en charge des victimes de violences sexuelles, ou l'accueil en urgence des victimes de détresse psychologique. Depuis 2015, la généralisation des référents « violences faites aux femmes » dans les services d'urgences des établissements de santé a permis d'améliorer la prise en charge des victimes, même si le dispositif n'est pas encore déployé partout¹¹. Les hôpitaux ont également amélioré leurs procédures internes et partenariales en utilisant des textes existants. Ainsi les protocoles d'accord « hôpital/police/justice »¹² (cf. accord-cadre de 2010) ont facilité les relations entre acteurs, et dépassent souvent leur premier objet de la sécurité à l'hôpital et comportent des modes opératoires au bénéfice des victimes de violences hospitalisées ou se présentant dans des structures de soins. Enfin la création récente d'un centre national de ressources et de résilience des psycho traumatismes (CNRR)¹³ ainsi que la mise en place de dix unités de consultations spécialisées pour la prise en charge des psycho-traumatismes sont de nature à contribuer à l'accompagnement des victimes de violences.

1.1.3 ...Et malgré le rôle important des associations auprès des différents acteurs

Les associations en général, et plus particulièrement celles spécialisées dans l'aide aux victimes jouent un rôle très important dans l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences. Faisant partie des « points d'entrée » possibles identifiées par les victimes, travaillant souvent en réseau, elles assurent un maillage du territoire ainsi qu'une permanence physique ou téléphonique fondamentale pour la première écoute (numéro d'appel du 39 19 – Violences Femmes Info – porté par la Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF). Elles assurent également la tenue de permanence auprès de certains acteurs locaux (tribunaux judiciaires dans le cadre des bureaux d'aide aux victimes, commissariats et unités de gendarmerie).

Plus récemment, les réseaux d'associations d'aide aux victimes se sont orientés vers l'hôpital. Ainsi, selon un recensement effectué par France Victimes à la demande de la mission, 33 de ses 132 associations tiennent une permanence spécifiquement en UMJ, six s'y déplacent sur rendez-vous, 28 ont des permanences à l'hôpital et dix s'y déplacent sur rendez-vous – soit un peu plus de 50 % au total, étant précisé que ces associations, surtout subventionnées par le ministère de la justice, ont avant tout été déployées dans les lieux de justice.

La fédération nationale des CIDFF a, quant à elle, recensé six CIDFF assurant une permanence à l'hôpital sur les 61 qui ont répondu à l'enquête en ligne que celle-ci a adressée à ses membres pour la mission, soit 10 % de ces associations qui ont d'abord été déployées dans les commissariats et gendarmeries, avec le soutien des ministères de l'intérieur et des affaires sociales¹⁴.

¹¹ Circulaire DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgences des référents sur les violences faites aux femmes.

¹² Protocole d'accord conclu le 10 juin 2010 entre les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice sur l'amélioration de la sécurité des établissements de santé publics et privés.

¹³ Convention constitutive signée le 25 janvier 2019.

¹⁴ La mission ne dispose pas de données chiffrées comparables pour la Fédération nationale solidarité femmes, qui regroupe des associations d'aide aux victimes spécialisées. Mais il résulte de cette spécialisation dans les violences faites aux femmes que ces associations, très présentes en milieu hospitalier ou médico-social, le sont dans les services destinés aux femmes (maternités, PMI, centres d'IVG...) et donc davantage au stade du repérage de ces violences.

La mission a ainsi pu relever la participation de ces associations (soutien psychologique, information juridique, orientation sociale) à la prise en charge globale des femmes auxquelles le recueil de preuves sans plainte est localement proposé¹⁵. Mais elle fait aussi le constat que leur action est très rarement coordonnée, quand elle n'est pas concurrente, tant sur le fond que dans la recherche de subventions¹⁶.

1.2 Le recueil de preuve sans plainte, un prolongement de la démarche de soins, à visée conservatoire au bénéfice de la victime

1.2.1 Une notion émergente

Le recueil de preuves sans plainte participe à la fois d'une démarche d'accueil bienveillant et de soins appropriés à l'égard d'une patiente et d'une démarche conservatoire à l'égard d'une victime. Il s'agit en effet non seulement de prendre en charge une patiente venue chercher écoute, soins ou conseil, mais, de façon proactive, de préserver ses droits comme victime, malgré son incapacité à s'envisager comme telle ou son refus d'entrer dans un processus judiciaire. Au-delà de la demande exprimée par la patiente, il lui est proposé un certificat médical avec des constatations médico-légale et une détermination d'incapacité totale de travail - ITT¹⁷ (fondamentale pour la future procédure judiciaire) et/ou des prélèvements susceptibles d'être exploités ultérieurement.

Les éléments de preuve ainsi recueillis présenteront plusieurs intérêts, si une procédure judiciaire est ultérieurement diligentée, à l'initiative de la victime revenant sur sa réticence au dépôt de plainte ou des services de police judiciaire agissant sur la base de leurs constatations ou sur instructions du parquet. Ils confèrent d'abord une traçabilité certaine à des lésions et troubles fonctionnels constatés pouvant être mis en relation avec des violences physiques, sexuelles ou psychologiques alléguées¹⁸. Ils permettent ensuite à l'autorité judiciaire de qualifier juridiquement les faits, puisque la détermination de l'ITT est utile à la définition de certaines infractions. Ils peuvent aussi contribuer à caractériser a posteriori le caractère répété des infractions de violences conjugales, d'agressions sexuelles ou de harcèlements sexuel ou moral. En outre, l'analyse génétique des prélèvements conservés pourra être ordonnée sur expertise judiciaire, après leur saisie et leur placement sous scellés, notamment en cas de viol dans un contexte où l'auteur est inconnu.

Le recueil de preuves sans plainte consiste donc à accomplir, en dehors de toute réquisition judiciaire, des actes qui relèvent classiquement de la médecine légale, dans une démarche conservatoire qui préserve les droits de la personne victime.

1.2.2 La porte d'entrée et la prise en charge des victimes relèvent d'abord du soin

Alors que les femmes majoritairement ne déposent pas plainte, notamment pour des agressions sexuelles, elles sont 45 % à faire la démarche de consulter un personnel soignant (source MIPROF).

¹⁵ Que ce soit dans des CHU, comme auprès de l'UMJ de Tours, ou dans de petits établissements, comme au sein de l'unité d'aide aux victimes (UAV) de Pamiers (CH intercommunal du val d'Ariège), avec France Victime et un CIDFF.

¹⁶ Cf. rapport IGAS-IGF-IGA-IGJ relatif à la structuration de la politique d'aide aux victimes, février 2017.

¹⁷ L'ITT est une notion pénale différente de l'arrêt de travail, qui consiste à caractériser la gêne fonctionnelle d'origine physique ou psychologique pour la victime, l'empêchant d'accomplir les actes de la vie courante.

¹⁸ Le certificat rapporte un récit avec des circonstances de temps et de lieu, ce qui est utile en cas de contestation ultérieure par la personne mise en cause.

1.2.2.1 Un objectif médico-social dans une prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge médicale, les soins somatiques et psychologiques, la protection des victimes sont les priorités des équipes soignantes. Le premier objectif partagé relève du soin dans sa plus large acception, psycho-médico-sociale. Cet accueil médical est de fait la porte d'entrée dans le dispositif de RPSP

Pour les victimes, femmes et plus exceptionnellement hommes, le point de départ, le premier espace de parole et de reconnaissance se fait auprès d'un médecin, d'une sage-femme, d'un établissement de santé. La médecine de ville est donc mise à contribution. En effet, les données de la MIPROF¹⁹ font apparaître que 32 % des victimes de viol ou de tentative de viol ont fait appel en premier recours à un médecin et 28 % à un psychiatre ou un psychologue. Le professionnel de santé représente ainsi un point d'entrée déterminant pour une prise en charge soignante et une orientation. La sensibilisation et la formation des praticiens libéraux est essentielle, notamment par l'intermédiaire de leur ordre respectif, comme le pratique par exemple l'ordre des médecins (diffusion de modèles de certificat médical, de fiches pratiques²⁰), ou comme le recommande la Haute Autorité de Santé (modèles de certificat médical). Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires pour faire face aux insuffisances de la démographie médicale renforce encore le rôle de ces professionnels de terrain en réseau de premier recours.

La prise en charge médicale à l'hôpital est souvent pratiquée aux urgences : soins, constatations (avec certificat médical), prélèvements à but thérapeutique (sérologie, toxicologie), prévention de la grossesse, etc.

La consultation psychologique doit, si nécessaire, faciliter la prise de conscience par la victime de sa situation dans un contexte complexe de stress post traumatique qui rend difficile la libération de la parole. Les obstacles sont nombreux à lever : emprise de l'auteur (cf. la spirale de la violence : violence, rémission, lune de miel), sentiment de culpabilité, contraintes diverses (présence d'enfants, absence d'autonomie financière, etc.).

Le volet social initialement engagé lors du premier accueil se poursuit selon les étapes du parcours avec les travailleurs sociaux (centre hospitalier, conseil départemental, centre communal d'action sociale - CCAS, associations) pour traiter les questions de logement, de revenus, de prise en charge des enfants, etc.

Dès le premier accueil, cet accompagnement global est l'occasion d'une écoute bienveillante pour développer la confiance et, hors situation de danger immédiat, obtenir l'accord de la victime pour aller plus avant. C'est ainsi qu'il faut être capable d'entendre, par exemple, le refus de quitter le conjoint.

1.2.2.2 Une politique ciblée d'accès aux soins :

L'accueil en milieu hospitalier est un enjeu prioritaire, quel que soit le service²¹ : à ce titre, les urgences MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et plus spécifiquement gynécologiques peuvent être mises à contribution.

¹⁹ Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, MIPROF n°13 – Novembre 2018.

²⁰ Fiche pratique éthique et déontologie « Que faire face à une femme victime de violences ? » - CNOM – Octobre 2018

²¹ Rapport IGAS « La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : éléments en vue d'une modélisation » – Mai 2017.

Toutefois, l'activité des urgences, chroniquement saturées, ne favorise pas la prise en charge personnalisée et spécifique d'une victime de violences. La mise en place d'un accueil spécifique nécessite l'implication de l'établissement, avec un appui de l'ARS, aujourd'hui inégal à défaut d'objectif national sur cette politique. Des expériences de terrain ont démontré la possibilité de construire de tels accueils de victimes hors réquisition, que ce soit au sein d'une UMJ comme à l'hôpital Jean Verdier de Bondy²² ou hors UMJ comme au centre hospitalier d'Agen ou de Tulle, en lien avec le service d'accueil des urgences.

1.2.3 Mais la voie judiciaire offre la protection la plus complète aux victimes

1.2.3.1 Les bénéfices associés à la procédure judiciaire, le statut de victime²³ :

En effet, l'engagement d'une procédure permet une reconnaissance en qualité de victime, et ainsi éviter la répétition des violences, dans l'urgence si nécessaire par la comparution immédiate de l'auteur et le prononcé de condamnations qui entraînent éventuellement son éviction du domicile. La procédure garantit l'accompagnement de la victime grâce à l'assistance d'un avocat, mais également d'une association d'aide aux victimes requise par le parquet.

S'inscrit dans cette démarche de protection la possibilité de recourir à plusieurs dispositifs en fonction des circonstances : le téléphone grave danger, le dispositif anti-rapprochement (imposant à l'auteur un périmètre d'exclusion), les visites médiatisées, etc. Par ailleurs, l'ordonnance de protection permet au juge aux affaires familiales, en plus de mesures civiles, de mettre en œuvre des mesures de protection (restriction de contacts pour l'auteur, établissement d'une résidence séparée, aménagement de l'autorité parentale, dissimulation du domicile de la victime, etc.).

Cette protection passe aussi, dans le cadre des poursuites et sanctions pénales, par la prise en charge de l'auteur pour éviter l'escalade de la violence et la récidive : stages de responsabilisation, hébergement accompagné en cas d'éviction du domicile, injonctions de soin.

Malgré les avantages manifestes de l'engagement immédiat de la procédure judiciaire, nombre de victimes ne souhaitent pas s'engager jusque-là dès le premier accueil.

1.2.3.2 Le rôle fondamental de la médecine légale

L'organisation, depuis la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 de la médecine légale (complétée en 2012), repose sur un schéma national qui centre la médecine légale du vivant sur la recherche de la vérité au service de l'autorité judiciaire. Parallèlement, l'ambition initiale était de garantir la qualité de la médecine légale par le calibrage et le financement global par le ministère de la justice de 47 (à ce jour 46) UMJ adossées au secteur public hospitalier - et en particulier aux centres hospitaliers universitaires (CHU) avec des compétences professionnelles, des moyens et une approche universitaire (cf. carte des UMJ en annexe).

Cette mission de médecine légale est aussi assurée pour une partie importante du territoire par un réseau de proximité constitué de structures départementales de médecine légale ou plus pratiquement par le centre hospitalier « local » ou la médecine libérale. Ce dispositif, outil

²² Les victimes sont accueillies à l'UMJ avec ou sans rendez-vous par une infirmière spécialisée avant une consultation médicale puis de médecine légale si elle le souhaite, en dehors du choix d'une procédure judiciaire.

²³ Circulaire du Garde des Sceaux du 9 mai 2019 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales et à la protection des victimes.

indispensable d'aide à l'enquête policière et judiciaire, contribue à la manifestation de la vérité au bénéfice de la victime.

1.2.3.3 Les dispositifs de facilitation du dépôt de plainte

S'agissant de l'accompagnement des victimes de violences, les ministères de l'intérieur et de la justice ont développé des instructions sur la mise en œuvre de dispositifs communs, telles celles relatives au protocole cadre sur le traitement des mains courantes et des procès-verbaux de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales (novembre 2013). Le protocole invite à systématiser le dépôt de plainte et, en cas de refus du dépôt de plainte, à effectuer une audition détaillée de la victime, à organiser le suivi immédiat et la prise en charge de cette dernière via les intervenants sociaux et/ou psychologues et/ou associations d'aide aux victimes en commissariat et gendarmerie.

L'étude des réponses des préfets aux questionnaires de la mission fait apparaître qu'environ dans les deux tiers des départements, des protocoles ont été signés. Certains n'ont pas formalisé de protocoles, les procureurs de la République préférant établir des notes d'action publique sur la délinquance des violences conjugales, à visée plus opérationnelle et prescrivant une enquête systématique dès lors qu'il y a un quelconque constat de violence.

Le dispositif des intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie (ISCG)²⁴, plébiscité dans les réponses des préfets au questionnaire de la mission, présente toutefois des incertitudes quant au développement et à la pérennisation de ces postes co-financés par l'État (au titre du fonds interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation – FIPDR), les collectivités territoriales, en particulier les conseils départementaux et le cas échéant par le secteur associatif. En effet, le FIPDR n'a vocation qu'à impulser le dispositif et les collectivités territoriales, face au risque de réorientation de ces crédits sur d'autres priorités et à la réduction des dotations de l'État, ont tendance à se désengager elles-mêmes du financement.

Par ailleurs, divers dispositifs nouveaux facilitant les plaintes ont été favorisés par les ministères de l'intérieur et de la justice, notamment la création d'un portail de signalement des violences sexuelles et sexistes en ligne²⁵, d'une plainte écrite simplifiée recueillie en milieu hospitalier et transmise aux services de police et gendarmerie²⁶, ou la possibilité de déplacement des officiers de police judiciaire à l'hôpital pour y recueillir une plainte.

A l'occasion de ses entretiens, la mission a pu mesurer l'attachement des autorités à ce que la réponse judiciaire reste au cœur du processus de prise en charge dans la mesure où elle apporte des droits renforcés à la victime et l'engagement de l'action publique dirigée vers les auteurs.

2 La riche diversité des pratiques observées, bien que confrontées à des difficultés

Le travail de recensement a permis de comptabiliser sur le territoire national, à la date de la mission, près de trente départements comprenant un ou plusieurs établissements hospitaliers où le RPSP est

²⁴ Le SG-CIPDR en dénombre 261 en 2017, co-financés à hauteur de près de 4 millions d'euros au titre du FIPDR.

²⁵ Il permet à la victime d'être orientée et accompagnée de chez elle dans ses démarches vers la brigade de gendarmerie ou le commissariat compétent ainsi que vers les associations qui peuvent lui venir en aide.

²⁶ Circulaire Garde des Sceaux Crim/2019 – 11/E1 du 9 mai 2019 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales et à la protection des victimes.

mis en œuvre. Ce chiffre est susceptible d'augmenter rapidement (projets en réflexion à Nantes, Marseille, Dijon, notamment), peut-être sous l'impulsion du Grenelle des violences conjugales.

Ces dispositifs se développent dans des départements de toute taille, y compris en zones péri-urbaines et rurales, (la moitié ont une population de moins de 400 000 habitants). Deux tiers de ces départements connaissent des chiffres de violence faites aux femmes inférieurs à la moyenne nationale. La plupart des dispositifs sont récents et n'ont pas fait l'objet d'une véritable évaluation.

La plupart des pratiques sont formalisées dans des protocoles ou procédures internes (logigrammes ou fiches pratiques), plus ou moins détaillés, qui rappellent le parcours de la victime, les choix qui lui sont offerts, le rôle des acteurs.

2.1 Des principes communs se dégagent

2.1.1 L'hôpital, un point de passage obligé

Les pratiques observées répondent à la nécessité d'offrir à la victime une réponse complète et une prise en charge globale et pluridisciplinaire : médicale, psychologique, médico-légale, juridique, sociale. Celle-ci rassemble dans une unité de lieu et de temps des professionnels formés, associant des médecins et personnels soignants, des psychologues et assistants sociaux à des membres d'associations d'aides aux victimes. Pour tous, il est important de ne pas séparer l'aspect psychosocial de l'aspect médical. De plus, s'agissant de victimes de violences, notamment conjugales et/ou sexuelles, l'information de la victime sur les dispositifs d'accompagnement existants est fondamentale, ainsi que les mesures de protection d'urgence.

Pour assurer cette prise en charge pluridisciplinaire, les structures mises en place, très diverses, s'appuient sur la réalité des moyens hospitaliers dans les territoires : urgences générales ou gynécologiques, unité de médecine légale, maternité, unité de victimologie dédiée, etc. La médecine de ville, parfois associée, comme à Tours avec un centre d'accueil de SOS Médecins, n'est pas porteuse par essence de la pratique de recueil de preuve sans plainte. A cet égard, l'hôpital constitue un point de passage obligé, notamment pour les agressions sexuelles, car il est le seul à pouvoir prescrire des traitements anti rétroviraux en prévention du VIH. Le dispositif de médecine légale est lui fortement mobilisé et des UMJ sont souvent au cœur des dispositifs, qu'elles soient inscrites dans le schéma national, qu'elles soient UMJ départementales ou unités de proximité se consacrant spécifiquement aux victimes. Leur rôle est également fondamental en tant que structure de référence dans la coordination des pratiques locales dans leur rayon d'action.

2.1.2 Un temps suffisant de prise en charge, un travail partenarial et des personnels formés sont nécessaires

La prise en charge globale et l'accompagnement de la victime exigent du temps. Il faut s'intéresser au parcours de vie du patient ce qui nécessite une posture d'écoute, du temps de parole, une attention de tous les acteurs. Les seules constatations médicales comprenant des prélèvements à visées médicale et conservatoire sont estimées par les praticiens interrogés à une durée moyenne de 1h30 à 2h. Ce constat a forcément des conséquences sur l'estimation des moyens humains et financiers à mettre en œuvre. C'est pour cela que bien souvent, l'appui du dispositif sur des structures existantes permet de mutualiser des effectifs, des équipements, d'agréger des ressources spécialisées (psychologue, assistante sociale, etc.) au cas par cas.

Dans ce cadre, le travail partenarial et la mobilisation de tous les acteurs du territoire sont indispensables et vus comme un facteur clef de réussite. Les pratiques de recueil de preuves sans plainte s'inscrivent dans un ensemble de mesures visant à mieux détecter, accompagner, orienter, accueillir les victimes, faciliter le dépôt de plainte, former les professionnels – actions dans lesquelles les associations et les collectivités territoriales tiennent une place importante. La coordination de ces acteurs et le partage d'informations représentent alors des enjeux forts.

La nécessaire formation de tous les professionnels appelés à intervenir est toujours rappelée dans les documents examinés par la mission et elle est particulièrement soulignée par les associations d'aide aux victimes. Ces formations concernent tant les professionnels de santé que les membres des associations ou les forces de sécurité. Cependant, il a été souligné à la mission la faiblesse de la formation des médecins libéraux à la détection des violences faites aux femmes et la difficulté pour les établissements hospitaliers à maintenir la priorité des violences faites aux femmes au sein de leur processus de formation.

2.1.3 L'orientation vers la plainte avec le consentement de la victime

Le dépôt de plainte apparaît, dans la très grande majorité des pratiques, comme le moyen le plus efficace d'assurer à la fois une protection maximale de la victime, en faisant cesser les violences, et la préservation de ses droits. Le parcours d'accueil et d'accompagnement de la victime en milieu médical oriente donc vers la plainte et comprend une large part d'information de la part de tous les intervenants sur l'ouverture d'une procédure judiciaire et ses conséquences, le signalement éventuel aux autorités judiciaires sans dépôt de plainte, ou a minima l'importance d'autoriser les prélèvements conservatoires.

Le consentement de la victime et le respect de ses choix dans un moment de sa vie où elle est fragilisée, est une constante des pratiques observées. Ainsi, les parcours proposés s'assurent, après avoir donné toutes les informations nécessaires, de l'accord de la victime pour le dépôt de plainte ou le signalement aux autorités judiciaires, pour l'examen médical, la prise de photos, les prélèvements, la conservation de ses derniers. Ces consentements successifs peuvent même être recueillis par écrit dans certaines structures (des modèles de consentement sont à disposition du personnel soignant).

2.2 La diversité des pratiques et procédures

Au-delà de leurs points communs, les dispositifs de recueil de preuves sans plainte ont été mis en place sur des initiatives locales individuelles. Adaptés à la réalité de leur territoire, ils tiennent compte des structures hospitalières existantes, du dynamisme des partenariats locaux, des ressources humaines et financières mobilisables, des contraintes immobilières et logistiques.

2.2.1 Des structures et organisations à respecter dans leur diversité

Il faut distinguer les points d'entrée stricto-sensu (médecine de ville, associations, etc.) qui font du repérage, la première écoute et l'information puis l'orientation, et les structures mentionnées ci-dessous qui assurent la prise en charge globale.

- Les structures hospitalières, et particulièrement les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) compte tenu de leurs ressources et notamment de l'intégration en leur sein d'une UMJ, ont souvent mis en place une unité spécialement dédiée à la victimologie sous des appellations différentes (CAUVA, CASA, CAVAS,

ENVOL, etc.²⁷). En outre, sous l'égide de rares ARS, un réseau de plusieurs établissements de santé a été constitué sur le sujet (ex-région Midi Pyrénées, Lorraine, etc.). Ceci n'empêche pas des centres hospitaliers de plus petite taille de porter des projets innovants, sans moyens dédiés, y compris dans des structures spécifiques.

Manifestement, l'hétérogénéité de ces organisations ne fait pas obstacle à l'effectivité des dispositifs dès lors que les acteurs locaux trouvent des solutions pragmatiques.

Exemple du département de la Manche (CH de **Saint-Lô**) : un territoire enclavé, rural, avec un impact très fort de l'alcoolisme (plus de 80 % des violences se produisent sur fond d'alcool), précarité et isolement. Donc deux objectifs poursuivis par les acteurs locaux dans le cadre de la création d'une UMJ départementale financée uniquement sur frais de justice : améliorer le maillage pour aller vers les publics les plus isolés ; décloisonner les pratiques professionnelles et les organisations locales. Un protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intra familiales et les violences faites aux femmes (2017-2022) signé le 9 mars 2017 avec 49 entités signataires (public, privé, associations, collectivités territoriales).

Exemple du pôle régional d'Accueil des Victimes d'Aggressions sexuelles, la référence en **Lorraine**. Il distingue deux circuits :

- Le premier circuit accueille les victimes de violences conjugales et les hommes victimes de violences sexuelles aux urgences adultes et à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU, situées à l'hôpital Central de Nancy. Ces victimes y sont prises en charge sur le plan médical, psychologique et médico-légal.
- La Maternité Régionale de Nancy accueille de son côté les femmes victimes de violences sexuelles. Là aussi elles bénéficient d'une prise en charge thérapeutique (recherche des infections sexuellement transmissibles - IST, prévention de la grossesse, traitement antalgique et/ou anxiolytique) et se voient proposer un soutien psychologique.

Dans ces deux circuits, autant sur réquisition du parquet que suite à une démarche individuelle, une même procédure est appliquée qui relève d'un protocole mis en place avec les autorités judiciaires : recueil d'informations sur les faits, rassemblement de preuves et certificat médico-légal.

Les textes auxquels les dispositifs se réfèrent sont aussi très variables : aucun texte référencé pour certains ; des textes internationaux (convention d'Istanbul) ou nationaux relatifs à l'égalité femmes/hommes ou la lutte contre les violences faites aux femmes ; les circulaires interministérielles sur la médecine légale ; les circulaires ministérielles santé ou justice ; le protocole d'accord interministériel (santé, justice, l'intérieur) de 2010 relatifs à la sécurité des établissements de santé, etc. Quels que soient les textes invoqués et leurs domaines d'action, quelle que soit leur appellation, les protocoles examinés ont le même contenu, sans incidence sur la qualité de la prise en charge.

²⁷ Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression, Centre d'Accueil Spécialisé pour les Aggressions, Centre d'Accueil des Victimes d'Aggressions Sexuelles, Espace Normand de Victimologie et d'Orientation Libre.

Exemple de la Haute-Corse : une convention de mise en place d'une unité départementale de lutte contre les violences faites aux femmes au sein du GHT de Haute-Corse – centre hospitalier de **Bastia** –26 mars 2019. Références : la loi de 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes ; la circulaire DGOS de novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgence de référents sur les violences faites aux femmes. Les locaux de l'unité sont situés au sein du service des consultations externes de l'hôpital, dans un couloir spécifique permettant un accès discret aux usagers.

En Charente, les textes cités en référence sont centrés sur le CH d'**Angoulême** : protocole national d'accord-cadre relatif à la sécurisation des établissements de santé de 2010, une instruction de 2016 relatifs aux mesures de sécurité des établissements de santé, des protocoles départementaux signés en 2002 et 2004, le plan de sécurisation du centre hospitalier, un accord sur les gardes à vue de 2016 entre le directeur de l'hôpital, le procureur, la gendarmerie et la sécurité publique.

Les missions confiées à ces structures sont elles aussi diverses, dépendant souvent de la typologie des victimes accueillies (exclusivement les femmes victimes de violences, ou au contraire toutes les victimes, ou uniquement les victimes d'agressions sexuelles, etc.). Certains centres distinguent aussi les parcours victimes en fonction de la nature des violences, de leur gravité ou de leur caractère récent. La mission d'accueil, de prise en charge des victimes, de soins et d'accompagnement global est prépondérante. Le recueil de preuves trouve sa place au cœur de ce dispositif de soins. Mais certaines UMJ ont également une vocation de coordination et d'animation du réseau de proximité. Plusieurs affirment leur mission de formation continue des médecins libéraux ou de formation qualifiante des urgentistes. A la connaissance de la mission, le CAUVA de Bordeaux est le seul centre à affirmer son rôle dans le domaine de la recherche sur la thématique considérée.

Exemple d'**Agen** : le protocole a pour but d'optimiser l'accueil et la prise en charge des victimes, favoriser le recueil d'éléments en limitant le nombre d'examens et la multiplicité des intervenants, accompagner et guider les professionnels qui seront concernés, permettre aux victimes indécises de bénéficier d'un délai supplémentaire pour porter plainte et dans le cas d'une plainte ultérieure, faire réaliser les analyses des prélèvements assurés.

A cet égard, la mission prend acte de la diversité des structures hospitalières qui portent le RPSP et, plutôt que de vouloir imposer un format type, propose de les reconnaître comme ossature du nouveau dispositif, même si la création d'unités de victimologie paraît constituer la solution optimale.

Recommandation n°1 S'appuyer sur la diversité des organisations adoptées au plan local tant pour les structures que pour la typologie des victimes.

2.2.2 Des modalités de fonctionnement très différentes

Les modalités de fonctionnement de ces centres dépendent beaucoup des ressources humaines et financières disponibles. Rares sont celles qui fonctionnent H24 et 7J/7 (le CAVAS à Angers par exemple). La grande majorité d'entre elles, réservent une à trois demi-journées par semaine à l'accueil des victimes, sur rendez-vous pour celles adressées sur réquisition ou accompagnées par les forces de l'ordre ou d'initiative. Des modalités d'accueil en urgence sont également prévues dans les créneaux non couverts, en utilisant les services d'urgence, mais dont les personnels soignants ont été formés à l'accueil des victimes et appliquent les protocoles prévus.

La diversité de structures et de points d'entrée se traduit aussi dans les modalités de financement. Les solutions adoptées selon les sites s'appuient d'abord sur les centres hospitaliers, sous plafond de ressources pour les infrastructures, le matériel et une partie des équivalents temps plein. Les UMJ travaillent essentiellement sous plafond de ressources dans le cadre de la dotation forfaitaire justice, avec des ajustements budgétaires annuels. Mais pour pratiquer du recueil de preuves sans plainte, un abondement du centre hospitalier est souvent nécessaire. Il est complété dans une moindre mesure par la facturation sur la base des remboursements sécurité sociale pour des consultations et des analyses, avec dans ce cadre un reste à charge pour la victime (alors que les mêmes examens pratiqués sous réquisition seront totalement gratuits). D'autres fonds proviennent de financements divers qui couvrent spécifiquement le projet.

Exemple en Indre-et-Loire de **Tours** : un partenariat entre SOS médecins 37, la préfecture, le procureur de la République, la DDSP, le groupement départemental de gendarmerie, le CHRU de Tours, l'ARS Centre-Val-de-Loire, l'association entraide et solidarité (gestionnaire du 115), le groupement d'intérêt économique des taxis radio de la ville de Tours. SOS médecins fait fonctionner un centre d'accueil, en lien avec l'UMJ, et bénéficie pour le projet de crédits au titre du FIPD-R. Les femmes qui s'y présentent s'acquittent d'une consultation dans les conditions tarifaires de droit commun. Pour faciliter leur transport, des bons de taxis, s'agissant d'une mission d'entraide et de solidarité, sont financés sur des crédits régionaux du programme 137 géré par la déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité ; le CHU bénéficie également d'un financement sur le FIPD-R. Le recueil de preuves sans plainte est exclusivement assuré à l'UMJ (IML/UMJ niveau 3) dont le financement au titre de la dotation budgétaire pour les seuls actes sur réquisition judiciaire ne couvre donc pas cette pratique. Dès lors, la victime s'acquitte des actes médicaux dans les conditions de droit commun avec, le cas échéant, un reste à charge. Pour les personnes en situation de précarité avec une couverture maladie de base ou insuffisante, la CPAM, joignable par ligne d'urgence « précarité » a la possibilité d'accélérer l'ouverture des droits.

2.2.3 Une prise en charge à double finalité

2.2.3.1 Une prise en charge médico-soignante complète

Quel que soit le service hospitalier (urgences généralistes ou gynécologiques, unité d'accueil de victimes, UMJ), les examens médicaux à visée thérapeutique sont pratiqués et souvent assortis d'un traitement immédiat. La mission a pris connaissance de protocoles internes strictement soignants, qui insistent sur l'information donnée à la patiente (ou au patient) sur les explorations à faire et leur objet. Les prélèvements sont nombreux en matière d'agressions sexuelles : à des fins sérologiques concernant les possibles infections HIV/Hépatite B et C, entraînant des traitements antirétroviraux complexes (délivrés exclusivement en milieu hospitalier), nécessitant un suivi régulier. La recherche systématique d'un état de grossesse peut entraîner un traitement immédiat. Les prélèvements sanguins aux fins d'analyse toxicologique sont courants. Plusieurs protocoles insistent sur les risques de soumission chimique et recommandent de pratiquer des prélèvements à visée médicale (sanguins, urinaires ou de cheveux) utilisables à des fins médico-légales. Tous ces actes, relèvent bien de la mission de soins.

Les médecins rencontrés par la mission ont été unanimes pour considérer que la phase de l'anamnèse (récit) sur les faits allégués et de leurs circonstances participe autant du « médico-légal » que du soin, par la libération d'une parole et la description d'un traumatisme. Les questions du médecin, factuelles (la date des faits conditionne l'opportunité du prélèvement à visée conservatoire) correspondent aussi à la caractérisation éventuelle de facteurs de risques ou de signaux d'alerte, avec possible mise

en danger et permettent de mesurer l'importance de la prise en charge psychologique, psychiatrique ou d'addictologie.

2.2.3.2 Une prise en charge médico-légale plus inégale

Le certificat médical descriptif s'accompagne de photographies et/ou de dessins corporels qui sont conservés dans le dossier médical. Plusieurs services hospitaliers – dont principalement les UMJ – insistent à cet égard sur la différenciation du dossier médico-légal par rapport au dossier patient partagé. Le certificat médical descriptif, sur le plan physique et psychique, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), est pratique courante. Cependant la détermination d'une ITT peut ne pas être faite faute de compétence médico-légale mobilisable ou par principe en l'absence de réquisition, ce qui crée une inégalité de traitement entre les victimes. Pour les UMJ, la pratique est strictement identique à celle sur réquisitions, à la différence que l'entretien est souvent plus long, puisqu'il comprend les explications nécessaires pour que la patiente puisse faire son choix éclairé sur ses démarches futures.

Pour les prélèvements à visée conservatoire, ils ne sont pas réalisés systématiquement, soit par manque de moyens soit par principe en l'absence de réquisition. La conservation des vêtements est très rarement réalisée, relevant plutôt des techniques de police scientifique. Enfin, la mission a vu parfois un « accord à prélèvement » écrit et signé, qu'elle n'estime pas vraiment nécessaire si l'information donnée apparaît bien à la lecture du certificat médical.

Les options proposées à la victime pour se positionner peuvent être l'orientation vers la plainte, la recherche de l'accord pour un rapport adressé par le médecin aux services de police judiciaire, la proposition de conserver les pièces médicales et/ou les prélèvements (avec remise du certificat médical).

Sans décrire ici précisément ces trois modalités, les médecins rencontrés insistent sur le temps de « conviction » utilisé dans l'entretien en matière de violences conjugales et surtout sexuelles, pour essayer de conduire la victime vers la procédure judiciaire, sur plainte ou sur signalement.

Dans ces cas, l'enquête immédiate avec recherche de témoignages, de constatations extérieures, de traces téléphoniques ou électroniques est particulièrement importante. Le prélèvement n'est un élément probant que si l'auteur est inconnu ou autre que le partenaire intime (une relation professionnelle, une rencontre dans un contexte festif) et que les faits risquent d'être totalement niés par les personnes mises en cause.

L'accord de la victime pour que le médecin légiste établisse un rapport pour les forces de sécurité suppose le même travail de persuasion : outre l'envoi subséquent de réquisitions judiciaires pour les prélèvements et le certificat médical, la victime échappe ici au poids de la plainte initiale et sera entendue sur des faits déjà décrits ; de plus, la mission a pu voir des « rapports de signalement » beaucoup plus détaillés qu'un certificat médical, qui décrivent l'état psychique de la victime par rapport à sa peur et au refus d'une plainte.

Enfin, la proposition de « recueil de preuve sans plainte » est une réponse réelle quand elle est ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital et que la victime, non délaissée face à son choix de refus de la procédure judiciaire, a compris son intérêt de se donner un temps de maturation et que la démarche « conservatoire » proposée va de pair avec la proposition parallèle d'un accompagnement psychologique, social, juridique.

A ce titre, la présence d'une association d'aide aux victimes est nécessaire afin d'apporter les informations utiles sur le déroulement d'une enquête pénale, les moyens de protection afférents et l'accompagnement de la victime.

2.3 Des difficultés, source potentielle d'inégalités et d'insécurité

2.3.1 Un dispositif national de médecine légale imparfait

Le schéma national prévoit le financement global des 46 UMJ par dotation budgétaire forfaitaire versée par le ministère de la justice sur la base d'un calcul intégrant le personnel médical, paramédical et administratif nécessaire à l'activité, ainsi qu'une partie des financements de structure.

Si la mission n'a pas pour objet un bilan de la médecine légale du vivant consacrée aux victimes en 2019, elle entend cependant se référer aux deux rapports inter-inspections générales de 2013 puis 2016²⁸, toujours d'actualité. Selon ces rapports, les choix ambitieux de 2010 n'ont pas été accompagnés d'un véritable pilotage du dispositif, national ou régional, ni d'une bonne maîtrise des enjeux financiers (dotations budgétaires évaluées de façon approximative et coûts globaux mal appréhendés, avec des UMJ sous-calibrées).

Surtout, la moitié du territoire national n'est pas couvert par ces UMJ mais par un « réseau de proximité » très inégal – fonctionnant sur frais de justice²⁹ – et variable selon l'engagement et les ressources des acteurs locaux (procureurs de la République, secteur hospitalier, médecine libérale).

La mission, attentive aux départements ruraux et aux zones péri-urbaines, constate encore que les UMJ sont clairement trop éloignées des ressorts juridictionnels autres que celui de leur implantation pour des victimes sans moyens de transport. De plus, le « montage » de dispositifs innovants pour l'accueil et l'examen des victimes de violences sans réquisition judiciaire repose fréquemment sur le dynamisme de partenaires locaux qui ont tous souligné la fragilité de ces dispositifs, faute de financement et de co-construction pérennes.

Au niveau des administrations centrales³⁰, les relations semblent consister à définir deux fois par an le versement par le ministère de la justice de la dotation budgétaire aux UMJ. Pour les frais de justice³¹, il y a peu de visibilité sur la dépense nationale versée aux cours d'appel au titre des frais médicaux relatifs aux victimes³², qui ont augmenté de presque quatre millions d'euros de 2017 à 2018. De même, le dialogue paraît à ce jour peu fructueux sur les moyens alloués pour la mise en œuvre de la nouvelle disposition issue de la loi de programmation pour la justice de mars 2019 qui permet aux professionnels requis (dont les médecins légistes) de placer eux-mêmes des objets sous scellés.

²⁸Rapports de décembre 2013 IGSJ/IGF/IGAS/IGA/IGPN/IGGN sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale et de juillet 2016 (mêmes inspections générales) avec le même objet, pour l'Île de France.

²⁹ La dotation forfaitaire aux UMJ et ces frais de justice relèvent du programme 166 « Justice judiciaire ».

³⁰Direction des affaires criminelles et des grâces, direction générale de l'organisation de la santé, direction des services judiciaires.

³¹Cf. Articles 800 et R 117 du code de procédure pénale qui renvoient au code de la Sécurité Sociale. Par exemple, un certificat de coups et blessures volontaires avec ITT définie est facturé sur réquisition judiciaire à 80,5 euros.

³²La rubrique « frais médicaux » pour les victimes (hors expertises psychologiques et psychiatriques qui constituent le poste de dépenses le plus élevé) ne différencie pas les mineurs et les majeurs, encore moins le sexe des victimes. De même, les frais de « conservation des prélèvements » facturés par les hôpitaux concernent, sans distinction, les frais de conservation des corps post autopsie et les autres prélèvements, dont les prélèvements biologiques.

2.3.2 Les points de difficulté identifiés par le groupe de travail interministériel

Le groupe de travail interministériel chargé de trouver les moyens adaptés pour permettre le recueil de preuves sans plainte, qui s'est réuni entre novembre 2016 et décembre 2018, n'a pas trouvé de consensus sur la responsabilité du médecin, les droits du patient, le financement et la sécurité juridique de ces actes³³.

La responsabilité du médecin³⁴ paraissait en effet engagée dès lors qu'il accomplit des actes de nature médico-légale sans y être requis par l'autorité judiciaire en application du code de procédure pénale, ni y être habilité par le code de la santé publique qui précise ses missions.

Quant à la personne examinée, son droit au consentement libre et éclairé a pu être regardé comme un obstacle possible aux prélèvements, faute pour elle d'être dans une démarche d'action en justice. De plus, le médecin, seul face à la demande et à l'état de son patient, peut se trouver tiraillé entre secret professionnel et obligation de signalement.

Parmi les actes accomplis, les prélèvements sont ceux qui ont soulevé le plus de débats : leur statut, leur force probante en l'absence de scellés, leur durée de conservation, etc.

Outre ces questions juridiques, les actes de nature médico-légale pratiqués en dehors du cadre prévu à cet effet ont posé la question de leur financement et de leur imputation budgétaire, en l'absence de base légale ni dans le code de la santé publique, ni dans le code de procédure pénale. Le groupe de travail s'est également interrogé sur un concours possible de la politique d'aide aux victimes conduite par le ministère de la justice³⁵.

Si cette politique ne conditionne pas l'accueil des victimes à l'existence d'une procédure pénale, elle passe par des associations conventionnées qui apportent soutien psychologique, information juridique et orientation. Leur financement ne peut donc concerner directement le recueil de preuves sans plainte, mais seulement leur intervention en coordination avec les acteurs du soin comme de la justice.

Le groupe de travail a par ailleurs soulevé des difficultés pratiques (compétences médico-légales mobilisables, conditions de conservation des prélèvements) qui concernent plus généralement la médecine légale de proximité, dont les initiatives en matière de recueil de preuves sans plainte ont fait ressortir les faiblesses structurelles. Certaines UMJ « centre-pivots », à l'activité déjà forte, ont quant à elles fait valoir le risque d'un afflux de victimes, de désorganiser leur service et in fine de décevoir celles qui se présentent spontanément.

³³ Réuni dans le cadre des orientations du 5ème plan de lutte contre les violences faites aux femmes, ce groupe de travail interministériel s'est réuni à sept reprises entre 2016 et 2018 avec le co-pilotage des ministères de la santé et de la justice. Y ont contribué : direction générale de l'offre de soins-DGOS, direction des affaires criminelles et des grâces-DACG, direction générale de la police nationale-DGPN, direction générale de la gendarmerie nationale-DGGN, secrétariat général du comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation-SG-CIPDR, mission interministérielle pour la protection des victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) et, à partir de 2018 : direction des services judiciaires (DSJ), service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes (SADJAV), service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes (SDFE), au sein de la direction générale à la cohésion sociale (DGCS). Il a entendu différents experts ainsi que des structures hospitalières dont certaines ont développé leur propre protocole d'accueil et de prise en charge des victimes de violences hors du cadre de la réquisition judiciaire (les UMJ de Tours, Bondy, Créteil et de l'Hôtel-Dieu, l'AP-HP, l'IRCGN, l'agence française de lutte contre le dopage, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et Luc FREMIOT, ancien magistrat.

³⁴ Que ce soit en cas d'infection et autres incidents pouvant survenir dans l'exercice de la médecine, ou au regard de la qualité et de la force probante des preuves ainsi recueillies.

³⁵ Programme 101 « Accès au droit et à la justice ».

2.3.3 L'absence d'uniformité de la prise en charge médico-légale peut être source d'inégalité et d'insécurité

Si les modalités des prélèvements par des médecins hospitaliers ne posent a priori pas de difficulté technique, et si les services d'urgences gynécologiques sont habitués aux prélèvements vaginaux, anaux, urinaires ou sanguins, tous les médecins hospitaliers ne sont pas formés aux actes médico-légaux, ni aux règles de bonne conservation. Les conditions d'une conservation de longue durée des prélèvements biologiques, au froid (réfrigérateur puis congélateur) et en lieu sécurisé (laboratoires de biologie médicale ou d'anatomopathologie quand il n'y a pas d'UMJ hospitalière), peuvent poser la difficulté de disposer de la structure appropriée. Cela amène les établissements hospitaliers à s'interroger sur leur éventuelle responsabilité, puisqu'ils sont les « gardiens » de ces prélèvements. Les services nationaux de police technique et scientifique entendus par la mission ont confirmé que les prélèvements biologiques doivent être protégés de la lumière, de l'humidité, des changements de température et des transports fréquents et sans précaution.

La question du statut juridique du prélèvement pose d'autant plus de difficultés quand elle est envisagée uniquement sous l'angle d'un futur scellé judiciaire, devant répondre à ses exigences : unicité (chaque prélèvement), intégrité (pas de contamination), inviolabilité (bonnes conditions de gardiennage et de sécurité) et identification/traçabilité (étiquetage et correspondance avec la patiente reçue à une date donnée).

De plus, toujours dans une approche « judiciaire » du dispositif, la question de la durée de conservation a été posée par rapport à la durée de la prescription de l'action publique, notamment criminelle.

2.3.4 La question du financement constitue un point de blocage

La question du financement se pose du point de vue des établissements de santé qui ont à supporter les coûts de structure et de fonctionnement (principalement les ETP), du point de vue du patient-victime qui est usager du service public hospitalier, tout comme des associations d'aide aux victimes ou spécialisées en charge de leur accompagnement.

Dans un contexte global marqué par des établissements de santé en tension financière (notamment pour les services des urgences qui représentent très souvent le réseau de proximité de la médecine légale pour nombre de juridictions), l'analyse de terrain rend compte d'un dispositif médico-légal fragile en termes de compétences mobilisables et de pérennité des postes de médecin légiste. Du point de vue du patient-victime, le défaut de règles stables et homogènes introduit une incertitude sur la répartition de la charge financière (entre ce qui relève des frais hospitaliers, des frais de justice ou la prise en charge par l'assurance maladie) et pose la question du reste à charge pour l'usager, facteur d'inégalité. Les tentatives de gratuité initiées dans certains territoires, avec le concours des caisses d'assurance maladie ou des mutuelles (Ex : Tulle et Agen), ont été mises en échec par la complexité des procédures pour les acteurs de terrain.

Il s'ensuit une diversité de montages financiers que certains acteurs ont qualifié de « *bricolage* » et qui ne sont pas de nature à garantir la pérennité des financements.

A cet égard, le fonds interministériel de prévention de la délinquance et de lutte contre la radicalisation (FIPD-R), s'il est un levier précieux pour des actions innovantes et prévoit tout

particulièrement un axe « violences faite aux femmes »³⁶, d'une part n'a pas vocation à procurer des financements pérennes, et d'autre part a vu ses marges de manœuvre réduites du fait du renouvellement des postes d'ISCG et de sa réorientation vers la lutte contre la radicalisation.

Cette difficulté s'accroît assez classiquement avec la multiplicité des acteurs et des sources de financement. Ainsi, les politiques sociales, dont le département est chef de file mais pas le seul responsable, concourent, elles aussi, à créer un environnement favorable au recueil de preuve sans plainte. A titre d'exemple, l'octroi de bons de taxis pour aller chercher les victimes les plus isolées est financé tantôt par le programme 101 de l'Etat (aide aux victimes), tantôt par son programme 137 (égalité entre les femmes et les hommes), tantôt par le conseil départemental, tantôt par un CCAS, tantôt par la caisse d'allocations familiales.

Enfin, les organismes de protection sociale (caisse primaire d'assurance-maladie, mutuelles) ont pu être localement associés au financement même des consultations médico-légales hors réquisition, donc non couvertes par les frais de justice³⁷. La prise en charge financière des actes a pu être pensée et prévue (paiement de l'hôpital, dispense du reste à charge et garantie d'anonymat pour l'assuré), mais non encore mise en œuvre par manque de cohérence entre les acteurs.

En conséquence, l'environnement des dispositifs locaux de recueil de preuve sans plainte est à la fois propice et fragile car il repose sur des montages complexes dont on connaît le manque de pérennité.

La question des coûts rejoint celle du manque de coordination entre les différents acteurs et de portage institutionnel. L'implication insuffisante des ARS sur ces questions a été soulignée.

2.3.5 Des difficultés plus marquées pour certains territoires et populations

La situation de certains territoires et populations mérite une attention particulière du fait du cumul de difficultés auxquels ils sont exposés par leur éloignement de l'accès au soin et aux droits.

2.3.5.1 L'éloignement de la victime des lieux de médecine légale

Certains territoires sont éloignés d'une UMJ et des lieux du réseau de proximité de médecine légale.

D'après les entretiens menés et la documentation recueillie par la mission, les pratiques existantes, au-delà de quelques exemples (Tours notamment qui repose sur une UMJ à forte activité au sein d'un CHRU), les dispositifs mis en place concernent souvent des départements dépourvus de telles structures.

Comme indiqué précédemment (cf. point 2.3.1), l'actuel schéma de la médecine légale ne prévoit que 46 UMJ dont la compétence géographique ne couvre que la moitié du territoire. Le réseau de proximité en médecine légale pâtit du manque de médecins qualifiés ou diplômés en médecine légale, et de l'existence de déserts médicaux.

Même pour les ressorts judiciaires dotés d'une UMJ, des difficultés locales nuisent à une prise en charge rapide et complète des victimes : éloignement géographique des victimes situées en zone périurbaine ou rurale, réseau de transport insuffisant.

³⁶A ce titre, 25% des crédits du FIPD-R (programme 216 « Conduite et pilotage des politiques de l'Intérieur ») sont consacrés à la lutte contre les violences faites aux femmes – Source DPT 2019 « Politique de l'égalité entre les femmes et les hommes ».

³⁷ Notamment pour les CH de Tulle (CPAM, MSA, RSI) et d'Agen (MSA, MGEN).

La mission conclut à cet égard qu'aucun dispositif de recueil de preuves ne peut reposer sur la médecine de ville seule qui n'a ni les moyens ni la compétence d'assumer sa complexité. La mission s'est vue présenter le projet de l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN), de mallette « MAEVAS »³⁸ destinée à pallier les difficultés évoquées ci-dessus, notamment en zone gendarmerie. Cette mallette est conçue comme un kit pédagogique à l'intention des professionnels de terrain. Mais ce projet, insuffisamment développé, et suscitant en l'état des réserves de la part des médecins légistes rencontrés, ne peut être pris en compte par la mission à ce stade.

2.3.5.2 La situation préoccupante de l'outre-mer

L'attention de la mission a aussi été appelée sur l'acuité des violences faites aux femmes dans les territoires ultra-marins, dans un contexte géographique et socio-culturel où les victimes envisagent encore moins qu'ailleurs de saisir les forces de sécurité ou la justice. Un de ces territoires exprime clairement cette situation où *« la faible population et l'étroitesse du territoire permettent difficilement un traitement confidentiel des situations rencontrées. Les femmes victimes de violences sont réticentes à dénoncer leurs agresseurs auprès des services de gendarmerie et le silence des victimes, induit par l'insularité du territoire, constitue un obstacle majeur dans la lutte contre les violences faites aux femmes »*.

Un autre territoire souligne les faiblesses du maillage hospitalier sous-dimensionné et l'absence de *« lieu dédié à l'accueil des victimes »*. Un autre souligne sa particularité institutionnelle où la création d'une UMJ relève de la compétence des autorités locales du Pays.

Aujourd'hui, la Martinique et la Guadeloupe disposent d'une UMJ pratiquant le recueil de preuves sans plainte, et un projet d'UMJ est en cours en Polynésie Française.

La grande diversité des territoires et la spécificité de la prise en charge sanitaire et sociale des femmes victimes de violences, aurait mérité une étude *ad hoc* et des déplacements sur place que la mission n'a pu réaliser dans les délais contraints. Néanmoins, elle a analysé les documents produits sur le dispositif de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) et propose de le faire figurer, en l'état de ses connaissances, parmi les structures hospitalières de référence (cf. 4.4).

3 La modélisation des pratiques pour sécuriser, harmoniser et pérenniser

Il appartient à la mission de « proposer un schéma ou un protocole-type de bonnes pratiques ». Cette partie, dans une démarche empirique et pragmatique consiste à concevoir ce qui devrait se faire pour une meilleure couverture du territoire et une égalité de traitement des victimes.

3.1 Des réponses aux questions juridiques

La mission a été attentive à rechercher, dans les protocoles ou conventions produits ou dans ses entretiens, les principes qui sous-tendaient l'action des équipes hospitalières, en essayant de sortir de l'opposition démarche de soins/démarche médico-légale.

Elle a constaté deux principes directeurs forts : le premier est celui de l'égal accès à une prise en charge complète et, en plus, à l'accompagnement dans une structure hospitalière, pour une patiente

³⁸ Mallette d'aide à l'Accompagnement et à l'Examen des Victimes d'Agressions Sexuelles.

souvent en état de vulnérabilité physique, psychique, sociale ou économique. Le second relève des droits du patient, celui d'être complètement informé des actes médico-légaux possibles, de leur finalité conservatoire et des options qui lui sont proposées, et de son corollaire en fonction de son choix, à exprimer son consentement autant pour les actes effectués sur sa personne que pour la conservation des preuves la concernant. A ce titre, il est essentiel de conserver la trace de cette bonne information et de l'expression de son consentement éclairé.

3.1.1 La responsabilité des médecins

3.1.1.1 Les actes médico-légaux sans réquisition judiciaire

Comme évoqué *supra*, l'actuel schéma directeur de la médecine légale repose sur une circulaire interministérielle de 2010 qui pose le principe de la réquisition judiciaire préalable à tout acte médico-légal.

Pour permettre le RPSP, il sera nécessaire, *a minima*, que des instructions interministérielles autorisent l'acte-médico-légal hors réquisition dans tous les établissements hospitaliers qui le pratiquent, y compris toutes les structures de médecine légale.

La mission estime que le RPSP n'est pas une fin en soi mais un moyen supplémentaire d'offrir à une victime de s'orienter vers un processus judiciaire différé dans le temps ; celui-ci s'inscrit nécessairement dans un processus d'accompagnement global.

Recommandation n°2 Permettre aux structures hospitalières de référence d'intégrer le recueil de preuves sans plainte dans leur pratique d'accueil des victimes de violences, en adaptant autant que nécessaire le cadre réglementaire, notamment pour les UMJ.

3.1.1.2 Le signalement au titre de l'article 40 du code de procédure pénale et pour les situations de danger imminent

Il revient à la mission de faire un point sur l'étendue de l'obligation légale et déontologique³⁹ du secret médical et ses dérogations, dont la question du signalement par un médecin hospitalier pour une victime qui n'entend pas accomplir une démarche de plainte.

De nombreux protocoles (et en premier lieu les protocoles « hôpital/police/justice ») rappellent l'obligation légale prévue par l'article 40 du code de procédure pénale, applicable à tout agent ou fonctionnaire public et à tout établissement public, d'informer sans délai le procureur de la République dès lors qu'ils acquièrent la connaissance d'un crime ou d'un délit. Cette obligation, qui s'applique au-delà de la survenance d'une infraction au sein de l'établissement public de santé ou au préjudice de patients hospitalisés, est souvent rappelée comme à la charge de l'établissement public lui-même, représenté par son directeur ou son administrateur de garde. Mais certains protocoles l'énoncent pour les praticiens hospitaliers, rappelant d'ailleurs qu'ils n'encourent aucune sanction disciplinaire à signaler à la direction de l'hôpital l'existence d'une infraction. A cet égard, certains protocoles articulent plus subtilement cette obligation avec celle, légale et déontologique, du respect du secret médical, en précisant que révéler l'infraction pénale ne doit pas être accompagné de la

³⁹ Art. R4127-4 du code de la santé publique.

communication d'éléments médicaux et que de fait, le médecin doit attendre que des réquisitions judiciaires lui soient adressées au nom du procureur de la République pour pouvoir y répondre⁴⁰.

La mission estime que cette obligation légale qui protège les agents publics de toute poursuite pour dénonciation calomnieuse, et qui ne fait pas l'objet d'une sanction si elle n'est pas mise en œuvre, devrait être davantage rappelée, notamment pour les situations qui s'avèrent particulièrement graves où la victime, même arrivée spontanément à l'hôpital, est ensuite hospitalisée pour des soins urgents ou pour une mise à l'abri temporaire.

En outre, la mission s'est interrogée sur la nécessité d'un signalement en cas de danger imminent de la victime à la lecture, a contrario, du délit prévu à l'article 223-6 du code pénal relatif à la non-assistance à personne en danger⁴¹ : « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans lui ou les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours ». Les médecins légistes interrogés ont souvent répondu que l'hospitalisation de courte durée est la première réponse appropriée. Cependant, certains protocoles prennent appui sur ce délit (cf. Angoulême, Bayonne par exemple) pour, en cas de viol ou d'agression sexuelle sur une personne majeure (constatés et pas allégués), poser l'obligation du signalement, même si la victime ne veut pas déposer plainte ou refuse le signalement.

La mission souhaite souligner l'intérêt qu'une réflexion plus générale et plus approfondie soit menée sur le signalement, malgré le refus de la victime, d'une situation de « péril imminent » observée voire confortée par une approche pluridisciplinaire. Au regard des pratiques de certaines unités (de victimologie, de centre d'accueil de victimes, voire d'UMJ, comme à Bayonne ou à Pointe-à-Pitre), il est fait usage (comme l'avait suggéré d'ailleurs la MIPROF dans ces documents pédagogiques à l'égard des professionnels de santé) d'une « grille » partagée sur des signaux d'alerte caractéristiques d'une situation de danger.

On peut citer, pour les violences conjugales, certains critères à apprécier dans leur caractère cumulatif : les menaces de mort associées à la peur de mourir de la victime, la présence d'arme à domicile, les strangulations, suffocations, séquestrations, l'escalade de la violence sur une période donnée, la pratique de violences sexuelles associées aux violences physiques, les antécédents psychiatriques de l'agresseur ou ses pratiques addictives, etc. Certaines associations d'aide aux victimes et de lutte contre les violences faites aux femmes souhaitent par ailleurs pouvoir elles-mêmes contribuer à la possibilité de signalement en cas de caractérisation d'une situation de danger.

La mission recommande que cette question soit étudiée de façon plus approfondie, dans l'objectif d'une mutualisation des pratiques et des positionnements des équipes médicales.

3.1.1.3 Le signalement au titre de la levée du secret professionnel

De nombreux protocoles mentionnent la dérogation légale prévue par le code pénal par rapport à l'infraction de violation du secret professionnel. L'article 226-14 de ce code prévoit en effet que le médecin ne peut être sanctionné « *s'il porte à la connaissance du procureur de la République les sévices et privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* » en précisant que l'accord de la victime n'est pas nécessaire si elle est mineure ou une personne « *qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique* »

⁴⁰ Cf. la convention justice/police/hôpital de Soissons.

⁴¹ « Quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans lui ou les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours »

ou psychique ». Pour la victime majeure et qui n'entre pas dans la définition de la particulière vulnérabilité (sujet complexe), c'est cette base légale qui est retenue par de nombreux dispositifs (cf. Saint-Lô, Angoulême, Tours) pour solliciter l'accord de la victime (qui refuse la plainte) pour effectuer un signalement au parquet ou aux services de police judiciaire. C'est d'ailleurs cette position qui est prônée par le conseil national de l'ordre des médecins.

Exemple en Guadeloupe de **Pointe-à-Pitre** : au vu d'une convention de mai 2017, spécifique au traitement des violences sexuelles et conjugales, qui associe le CHU, l'UMJ, la DDSP et le groupement de gendarmerie, outre le parquet et l'association d'aide aux victimes, une prise en charge complète est organisée pour toute victime (majeure et mineure) soit déjà hospitalisée soit venue à l'UMJ sur réquisition judiciaire ou hors réquisition.

Si la convention rappelle les cas légaux de signalement vers l'autorité judiciaire (mineurs et personnes hors d'état de se protéger en raison de sa vulnérabilité physique ou psychique), elle rajoute un autre cas de signalement, dit « de danger imminent », valable dans toutes les situations. Il repose sur une évaluation spécifique de l'UMJ sur le risque de renouvellement des faits, basé sur neuf critères (séparation non consentie, présence d'arme ou de menaces de mort, strangulation ou séquestration, profil de l'auteur avec alcool, stupéfiants, jalousie morbide ou antécédents psychiatriques, intensification des violences dans l'année, violences sexuelles associées) : si quatre critères sont réunis, l'UMJ adresse ce signalement à la permanence du parquet et aux services de police judiciaire, et l'association d'aide aux victimes présente au bureau d'aide aux victimes, chargée du suivi de la victime, l'accompagne tout au long de la procédure et tient le suivi statistique du dispositif.

3.1.2 Les prélèvements et la question des scellés

Il convient en premier lieu de souligner qu'il n'existe pas de définition pénale du prélèvement pratiqué sur une victime, le code de procédure pénale n'évoquant que les prélèvements à effectuer sur les personnes mises en cause, pour alimenter le fichier national des empreintes génétiques (FNAEG).

En deuxième lieu, la question des prélèvements doit être relativisée : courants en milieu hospitalier, ils répondent à des règles de bonnes pratiques internes, notamment en matière d'identité-vigilance et de rattachement d'un acte médical ou infirmier au dossier patient ; en outre, en matière d'agressions sexuelles, ils ne sont envisageables que si les faits allégués sont récents, de moins de cinq jours. Enfin, ils n'ont d'intérêt en matière de recherche de la vérité que si l'auteur est inconnu ou du moins éloigné de l'entourage intime de la victime (comparaison ADN avec un mis en cause niant toute relation sexuelle). Enfin, les médecins légistes rencontrés par la mission ont souligné qu'un examen attentif et précis de la région des organes génitaux est beaucoup plus dirimant que le prélèvement lui-même, puisqu'il peut seul attester de lésions donc de contrainte ou violence.

En troisième lieu, la question de la mise sous scellés doit être relativisée. En effet, de nombreux scellés sont déjà communément différés dans le temps en thanatologie et en médecine légale du vivant en contradiction avec le code de procédure pénale. Certaines UMJ visitées par la mission (par exemple à Bondy) ont évoqué l'existence de prélèvements conservés des années mais jamais placés sous scellés et les laboratoires de police scientifique ont conforté le constat que certains prélèvements, effectués à toutes fins, ne sont pas appréhendés effectivement sous forme de scellés, parce qu'ils ne sont pas estimés nécessaires à l'enquête.

De plus, la mise sous scellés, toujours espacée de quelques jours même en cas d'enquête pénale, repose sur le principe de la confiance envers les médecins légistes : ils garantissent, par leurs pratiques professionnelles, la sécurité juridique du prélèvement.

D'ailleurs, c'est cette confiance mutuelle qui sous-tend la nouvelle disposition du code de procédure pénale sur les scellés effectués directement par les médecins requis⁴². L'existence d'une réquisition judiciaire préalable paraît indépendante des règles de bonne pratique en matière de médecine légale. De même, la durée d'une conservation et son efficacité repose sur l'existence de matériels adéquats (des congélateurs hospitaliers), sur les bonnes pratiques de la réfrigération suivie de la congélation, et pas sur l'existence d'une réquisition judiciaire.

Enfin, dans la pratique du « recueil de preuve sans plainte », les principes de traçabilité et de bonne identification des prélèvements sont assurés dans les établissements publics de santé dotés d'UMJ ou de laboratoires soumis à des règles de conservation fixées par des normes ISO européennes. Les obligations de bonne conservation qui seraient opposables à l'établissement de santé ne sont pas spécifiques à ce dispositif, par rapport aux très nombreux prélèvements conservés dans un hôpital. Ce qui importe, dans le dispositif de recueil de preuves sans plainte, c'est la bonne identification de chaque prélèvement, sa datation, son attribution à la personne examinée et sa mention dans le dossier médical (dossier physique et informatisé) : à cet égard, la mission a remarqué la pratique mise en œuvre à Agen, où une fiche de prélèvement a été élaborée, s'appuyant sur les protocoles médicaux internes à l'hôpital.

Enfin, pour la bonne information de la victime et l'éventuelle utilisation des prélèvements, en cas de procédure judiciaire différée, c'est le certificat médical détaillé remis à la victime qui doit mentionner la nature et le nombre de prélèvements effectués au cours de l'examen. De même, il serait de bonne pratique que la victime se voie remettre (à part ou par mention à la fin du certificat médical) un document mentionnant l'existence, à la date donnée, de tels prélèvements et la durée de leur conservation, effectués dans son intérêt. La signature de la victime sur ce document pourrait attester de sa bonne compréhension.

3.1.3 La durée de conservation

La mission propose de ne pas l'envisager sous le prisme de la prescription de l'action publique. Le dispositif de recueil de preuves sans plainte n'est pas une fin en soi car il s'inscrit dans un accompagnement global. La victime n'est pas « propriétaire » non plus de « ses » prélèvements : elle est plus exactement informée qu'à la fin de l'examen médico-légal et de son entretien avec le médecin, elle a souhaité ne pas entamer de démarche de plainte ni autoriser le médecin à informer avec son accord les services de police judiciaire. C'est donc l'unité d'accueil ou l'UMJ qui prend acte du temps de réflexion qu'elle souhaite prendre, lui propose de la revoir à distance, de la faire bénéficier d'un accompagnement psychologique et juridique. L'hôpital est donc en droit de l'informer par écrit que la conservation des prélèvements sera limitée dans le temps, dans un délai qui lui permet la maturation de sa réflexion. Les prélèvements conservés ne seront remis qu'à un OPJ sur réquisition judiciaire dès lors qu'une procédure sera en cours.

Au vu des questionnaires adressés par la mission, il apparaît que la durée de conservation est variable, de un à vingt ans, la plus fréquente étant de un à trois ans. La mission considère qu'une durée de trois ans est à cet égard raisonnable. En effet, elle estime que le risque serait de perdre de vue la victime qui a quitté la consultation médico-légale et n'a pas pu être recontactée, soit pour un suivi médical ou psychologique, soit par une association d'aide aux victimes. A cet égard, la mission veut souligner ici le caractère essentiel du relai de ces associations conventionnées, qui doivent être

⁴² La mission constate que les ministères de la santé et de la justice ne se sont pas encore complètement emparés de cette mesure. Au vu des réponses des procureurs de la République au questionnaire de la mission, seuls 20,9 % des ressorts judiciaires la mettent en œuvre et 76,3 % des parquets signalent des difficultés de matériels et équipements pour 72 % des difficultés en matière de formation.

parties prenantes au dispositif d'accompagnement, car elles sont en mesure d'apporter toute information juridique à la victime sur le processus judiciaire et même d'être alertées sur une détérioration de la situation pour cette victime.

L'évaluation régulière du dispositif est à cet égard essentielle : en comptant le risque d'un « nomadisme » de la victime, il appartient aux équipes hospitalières d'effectuer régulièrement le bilan de la mise en œuvre du dispositif et le cas échéant de rechercher si cette victime n'a pas fait l'objet d'autres consultations ou séjours hospitaliers, voire, au cas par cas, si des éléments d'inquiétude sont par ailleurs rapportés par d'autres partenaires dans le cadre de ces bilans.

Recommandation n°3 Uniformiser et formaliser dans un protocole type applicable à chaque structure hospitalière de référence les procédures du recueil de preuves sans plainte :

- Etablissement d'un certificat médical descriptif déterminant une incapacité totale de travail,
- Recueil de preuves diverses dont les prélèvements biologiques, avec leurs modalités d'identification, de traçabilité et de conservation.

Recommandation n°4 Prévoir, dans le protocole type, la complète information de la victime, et l'expression de son consentement à toutes les étapes : actes médico-légaux effectués, finalité de la procédure, durée de conservation des éléments de preuve recueillis, accompagnement proposé.

3.2 Un cahier des charges pour harmoniser les pratiques

Il vise à harmoniser les pratiques sur les territoires dans le respect de la diversité des organisations adoptées par les structures hospitalières. Il se décline dans les protocoles locaux partenariaux ainsi que dans les protocoles internes aux établissements hospitaliers. Il repose sur deux principes transversaux et se construit autour des étapes du parcours de la victime.

3.2.1 Garantir l'égalité de traitement :

La possibilité pour les femmes d'avoir accès à une prise en charge de qualité est largement conditionnée par leur domicile tant en considération de la densité de population, qui détermine la présence des services publics (différence urbain/périurbain/rural), que des territoires eux-mêmes et des expériences plus ou moins complètes qui y sont conduites, souvent à partir d'initiatives individuelles.

L'objectif d'égalité de traitement, applicable à toutes les politiques publiques, prend un relief particulier en matière de violences faites aux femmes, compte tenu de l'ampleur du phénomène et de la gravité des atteintes.

En conséquence, toutes les victimes doivent pouvoir accéder à une prise en charge globale, avec recueil de preuves si elles le souhaitent, quel que soit le territoire et qu'elles décident ou non d'engager une procédure judiciaire dans l'immédiat.

3.2.2 Former l'ensemble des professionnels sollicités le long du parcours :

La nécessité de calibrer une solide formation théorique et pratique, déclinée par type d'intervenants doit irriguer l'ensemble du processus de formation (initiale et continue) :

- Des formations aux violences faites aux femmes et à leur prise en charge spécifique pour tous les intervenants (forces de sécurité, travailleurs sociaux, etc.), de préférence formellement reconnues.
- Des formations en médecine légale
 - En formation initiale pour les futurs médecins et futures sages-femmes ;
 - En formation continue pour l'ensemble des acteurs concernés : diplômante pour les médecins généralistes, gynécologues, praticiens hospitaliers et sages-femmes volontaires (DU).

Se pose ici la question de l'éventualité d'une reconnaissance professionnelle pour les IDE chargée de l'accueil et de l'accompagnement des victimes au travers d'une spécialisation en victimologie.

S'ajoute l'importance de nourrir une réflexion commune et croisée par territoire, notamment lors des séances de formation médicale continue régulièrement organisées au sein des centres hospitaliers. Le protocole visé ci-dessus doit intégrer cette dimension et formaliser son suivi, notamment en lien avec l'ARS.

3.2.3 Faciliter « l'accessibilité » :

Toute victime doit pouvoir accéder à un point d'entrée du dispositif proche de son lieu de vie. Ce point d'entrée (centre de soins, médecin généraliste, psychologue, sage-femme, association, forces de sécurité, etc.), choisi avec l'assistance éventuelle d'une plate-forme (3919, plate-forme de signalement), n'est généralement pas celui qui pourra prendre en charge au sens large la victime mais celui qui va l'orienter vers un centre de compétence offrant de la pluridisciplinarité, notamment pour recueillir des preuves, mais pas seulement, dans le cadre d'un accompagnement global.

L'orientation effectuée, le déplacement de la victime doit être facilité dans l'hypothèse d'un éloignement du centre de compétence, comme en zone rurale, voire dans le péri-urbain. L'expérience assez répandue des « bons de taxi » est à valoriser dans cette perspective.

Il convient parallèlement d'assurer la visibilité du recueil de preuves sans plainte au niveau des territoires par des méthodes d'information des professionnels et du public adaptées (presse, professionnels de santé via les ordres professionnels, etc.).

Recommandation n°5 Impliquer, en amont de la structure hospitalière de référence, les professionnels de la santé, du social et du réseau associatif dans le repérage et la bonne orientation des victimes vers la structure : information du public, sensibilisation et formation des professionnels, facilitation du transport de la victime.

3.2.4 Développer des structures hospitalières de référence dotées de compétences pluridisciplinaires, notamment en médecine légale

La centralisation permet de regrouper sur un même site les compétences pluridisciplinaires requises pour une prise en charge complète de la victime avec médecins, IDE, psychologues, travailleurs sociaux. Le dispositif suppose également l'intervention d'un médecin légiste pour la délivrance d'un certificat médical avec ITT et une orientation adaptée de suivi psychologique.

A cet effet, chaque département doit, *a minima*, disposer d'un établissement désigné comme structure hospitalière de référence offrant les capacités de prise en charge tant médico-sociales que médico-légales intégrant le pré judiciaire et l'accompagnement ciblé des victimes.

Recommandation n°6 Identifier dans chaque département/territoire une ou plusieurs structures hospitalières de référence, reconnues par l'ARS, dotées d'une compétence de prise en charge globale des victimes, y compris en médecine légale et comprenant :

- Soit une Unité Médico-Judiciaire (de dotation globale ou de proximité)
- Soit un service d'accueil des urgences en Médecine Chirurgie Obstétrique
- La création d'unité de victimologie dédiée adossée à l'une de ces structures paraît représenter une solution optimale.

Recommandation n°7 Formaliser dans les structures hospitalières de référence les principes et modalités d'accueil, de prise en charge globale et d'accompagnement des victimes de violences reposant sur des partenariats :

- Intra-hospitalier garantissant une compétence médico-légale et une pluridisciplinarité,
- Extra-hospitalier offrant dans la durée un accompagnement psychologique, social et juridique.

3.2.5 Développer le dispositif d'accompagnement et d'aide aux victimes :

L'efficacité du dispositif de recueil de preuves sans plainte suppose que la femme victime qui s'est déplacée à l'hôpital mais qui, à l'issue des entretiens, n'a pas été convaincue de l'intérêt d'une démarche de plainte ou d'accord à signalement, ne soit pas délaissée à l'issue de sa prise en charge hospitalière. En effet, son refus éventuel ne doit pas constituer un obstacle à sa protection et à la préservation de ses droits dans la perspective d'une future procédure quand elle aura pris sa décision de manière éclairée.

A cet égard, l'accompagnement que peuvent apporter les associations conventionnées par le ministère de la justice ou spécialisées (France Victimes, CIDFF, SOS femmes, Solidarités Femmes, Planning, etc.) est fondamental.

Il appartient au ministère de la justice, sur la base du programme 101, de développer la présence d'une association d'aide aux victimes conventionnée dans chaque structure hospitalière de référence.

Recommandation n°8 Garantir la présence d'une association d'aide aux victimes conventionnée dans chaque structure hospitalière de référence, à commencer par les UMJ.

3.2.6 Garantir le libre choix de la victime, un fil conducteur

En matière médicale comme judiciaire, la loi reconnaît à toute victime qui est en mesure de l'exercer le libre choix des modalités de sa prise en charge⁴³. De plus, en application du principe d'égalité de traitement, les options offertes doivent être les mêmes pour toutes les victimes se trouvant dans une même situation. Ces principes de liberté de choix et d'égalité de traitement des patients-victimes doivent s'appliquer au recueil de preuves sans plainte.

Or, il ressort des bonnes pratiques précédemment identifiées par la mission en matière de recueil de preuves sans plainte que trois options doivent être présentées à la victime après que le personnel médical a, sans avoir été requis à cette fin, recueilli les preuves de son agression :

- Le dépôt de plainte sur rendez-vous, en commissariat/gendarmerie, ou sur place, à l'hôpital ;
- L'accord pour la levée du secret médical et le signalement aux autorités judiciaires ;
- La conservation des éléments de preuves dans l'hypothèse d'une procédure judiciaire.

Dès lors que la plainte doit rester, dans l'intérêt même de la victime⁴⁴, le principe du déclenchement d'une action publique rapide et dûment informée, ces trois options doivent être présentées successivement dans cet ordre de priorité⁴⁵.

En revanche, en application du principe d'égalité, le droit de la victime à un examen (certificat médical avec ITT, photographies, prélèvements le cas échéant) doit être le même que si elle avait porté plainte et ce, quelle que soit l'option qu'elle choisit dans cette attente ou à défaut de plainte⁴⁶.

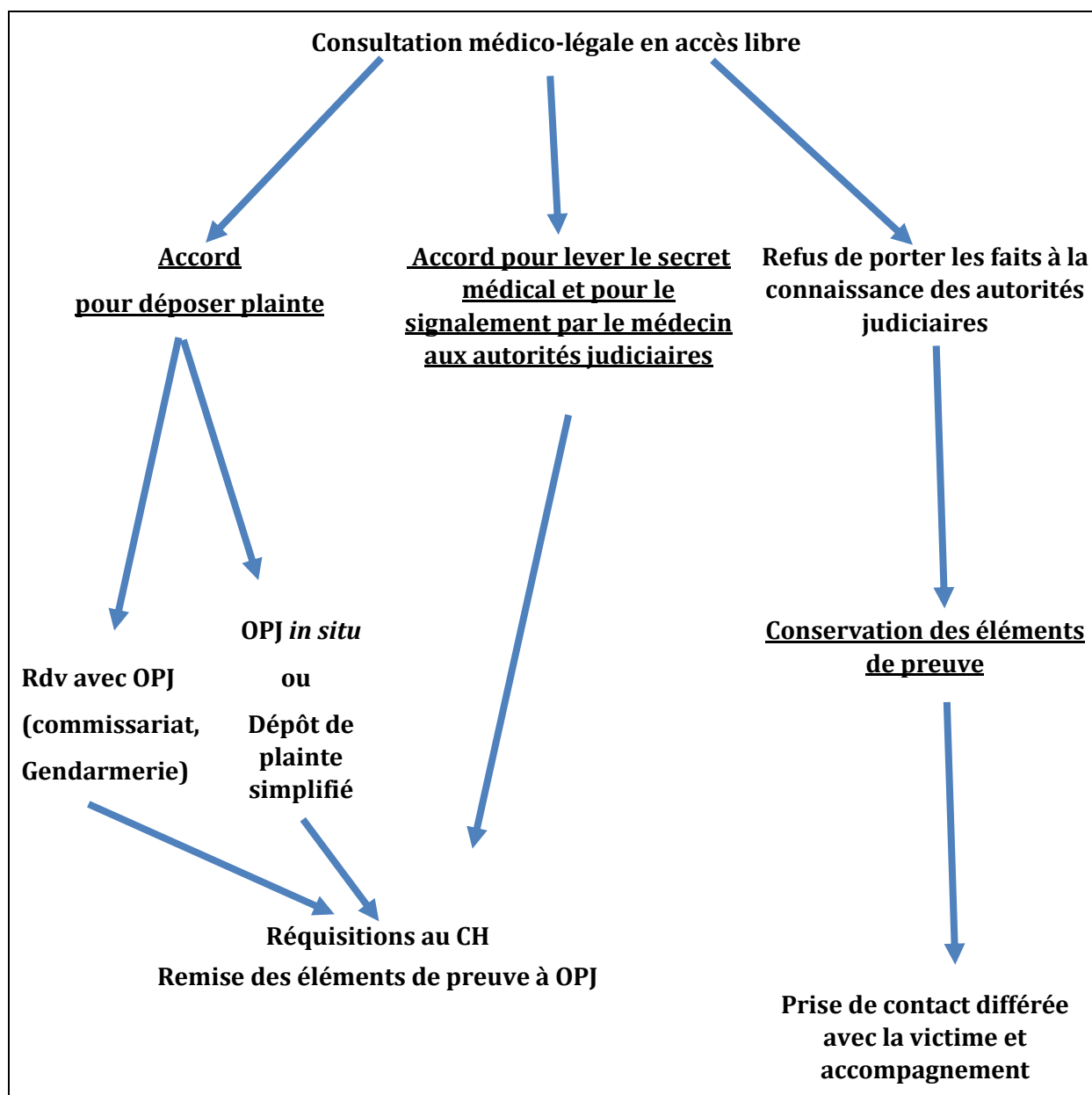
⁴³ Art. L1110-8 du code de la santé publique. De même, le dépôt de plainte est un droit, que la victime peut choisir d'exercer, et non une obligation (art. 15-3 du code de procédure pénale). Ainsi, « C'est du libre arbitre de la victime elle-même que va dépendre la suite qu'elle souhaite donner à ces violences » (convention CHU-police-justice signée à Toulouse le 26 avril 2016, annexe relative à la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences intrafamiliales). C'est également le principe rappelé pour la consultation de victimologie en accès libre de St-Lô, désormais régie par la convention ENVOL – « espace normand de victimologie et d'orientation libre ».

⁴⁴ L'article 15-2 du code de procédure pénale prévoit que l'OPJ ou l'APJ informe par tout moyen la victime de ses droits.

⁴⁵ La succession de ces trois options se retrouve en partie dans les procédures CAUVA 1, 2 et 3 du CAUVA de Bordeaux, mais aussi, par exemple, dans la convention cadre centre hospitalier d'Angoulême-police-gendarmerie-justice du 4 octobre 2018 (logigramme des fiches 1, 2 et 4 figurant en annexes).

⁴⁶ Parmi les expériences recueillies par la mission, seul le protocole de prise en charge des victimes de violences sexuelles du groupement hospitalier de territoire « Les hôpitaux du Léman » (Haute-Savoie) prévoit expressément cette prise en charge inconditionnelle : « Par principe toute victime qui se présente après une agression sexuelle est reçue et prise en charge : qu'elle ait porté plainte ou non / qu'elle désire ou non porter plainte secondairement / (...) / qu'il y ait ou non réquisition / qu'elle consulte immédiatement après les faits ou en différé » (encadré p6). La Maison des femmes de Saint Denis, dont l'activité dépasse le seul recueil de preuves sans plainte, suit ce principe d'« inconditionnalité », à tout le moins au stade du premier accueil (IGAS, *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence*, p19). Trop souvent, les dispositifs existants de recueil de preuves sans plainte réservent la fixation de l'ITT et/ou les prélèvements aux victimes qui finalement saisissent la justice ou acceptent que ce soit fait (ce qui permet que celle-ci finance ceux-là).

Logigramme global :



3.2.6.1 Le dépôt de plainte sur rendez-vous ou sur place

Cette option s'adresse aux victimes dont la réticence à porter plainte aura été levée grâce aux explications du personnel médical ou, de préférence, grâce à celle du juriste d'une association d'aide aux victimes de permanence (associations généralistes ou spécialisées, plus incitatives).

L'OPJ peut alors recueillir la plainte *in situ*, à l'hôpital si la victime est dans l'impossibilité physique ou psychique de se rendre au commissariat ou en unité de gendarmerie, ou l'y attendre, sur rendez-vous et dans les meilleurs délais.

Une solution médiane consiste dans le dépôt de plainte simplifié (DPS), formulaire rempli par la victime à l'hôpital, accompagnée du juriste de l'association d'aide aux victimes, puis immédiatement

transmis par voie électronique par le centre hospitalier. Cette solution est préconisée par le ministère de la justice⁴⁷.

3.2.6.2 L'accord pour la levée du secret médical et le signalement aux autorités judiciaires

Cette deuxième option, déjà explicitée, découle de la voie ouverte par l'article 226-14 du code de procédure pénale qui permet le signalement avec l'accord de la victime, dès lors qu'une infraction pénale sous-jacente est avérée⁴⁸.

Outre la coordination dans le cadre de l'enquête, l'option ici présentée implique donc nécessairement, dans l'attente d'une éventuelle décision d'éviction du conjoint violent, des possibilités de mise à l'abri de la victime, que ce soit à l'hôpital⁴⁹ ou dans des hébergements gérés, en général, par le réseau associatif⁵⁰.

3.2.6.3 La conservation des éléments de preuves dans l'hypothèse d'une procédure judiciaire

Cette troisième et dernière option s'adresse à la victime qui refuse l'engagement de toute démarche judiciaire. Pour autant, au cas où elle changerait un jour d'avis, il lui est proposé de conserver à l'hôpital les éléments de preuves recueillis dans le cadre de la consultation (certificat médical, photographies, prélèvements, etc.⁵¹) et ce, pour une durée dont elle est dûment informée.

Si les prélèvements doivent pour des raisons techniques être conservés à l'hôpital⁵², un exemplaire du certificat médical doit être remis à la victime qui le demande⁵³. Mais la conservation du certificat dans le dossier médical vise à protéger celui-ci d'éventuelles mesures de représailles.

Toutefois, afin d'augmenter les chances pour la victime de se faire connaître et reconnaître en tant que telle, il convient de prévoir de la recontacter régulièrement pour s'informer de sa situation et vérifier son refus initial.

Plutôt que de peser sur le personnel médical⁵⁴, cette prise de contact différée devrait être confiée aux associations d'aide aux victimes qui le font déjà dans le cadre des protocoles relatifs aux mains courantes et aux PV de renseignements judiciaires en matière de violences conjugales.

⁴⁷ Solution mise en œuvre au Centre d'accueil spécialisé pour les agressions du CHU de Rouen (CASA) et citée en exemple par la circulaire du 9 mai 2019 de la garde des sceaux, ministre de la justice.

⁴⁸ Selon les termes de la convention relative à la mise en place du dispositif « ENVOL » et de son logigramme.

⁴⁹ Généralement en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), attenante au service des urgences. Au CH de Tulle, la « consultation médico-judiciaire » peut ainsi s'appuyer sur une « unité d'accueil des personnes en situation de détresse » qui dispose de quatre lits, dont un devrait prochainement être réservé aux victimes de violences conjugales.

⁵⁰ La Fédération nationale solidarité femmes (FNSF), réseau d'associations spécialisées dans l'accueil, l'accompagnement et l'hébergement des *femmes* victimes de violences, et présente dans le milieu hospitalier et médico-social (mais rarement en UMJ), dispose ainsi de 2 800 places d'hébergement et d'une plateforme de relogement. Au total, elle assure l'hébergement de quelque 5 000 femmes et enfants.

⁵¹ En cas de prélèvement de vêtements ou sous-vêtements, il est essentiel de fournir à la victime une tenue de rechange, comme le soulignent certaines associations spécialisées (en citant l'exemple belge des centres de prise en charge des violences sexuelles, CPVS, mais aussi l'exemple précité du protocole interne aux GHT « Les hôpitaux du Léman »).

⁵² Continuité de la chaîne du froid et conservation en double exemplaire aux fins de contre-expertise.

⁵³ Tout patient a droit à l'établissement d'un certificat médical (art. R. 4127-76 du code de la santé publique).

⁵⁴ Certains protocoles prévoient un suivi post-consultation non seulement médical (rendez-vous notamment avec un infectiologue, un psychiatre, voire le médecin légiste lui-même pour réévaluer l'impact des violences), mais aussi pour toujours accompagner la victime vers la plainte (comme au CHU de Clermont-Ferrand, avec les associations d'aide aux victimes).

Recommandation n°9 Proposer à la victime qui se présente dans la structure hospitalière de référence, sans réquisition judiciaire, trois options :

- Une orientation vers le dépôt de plainte,
- Un signalement, avec son accord, à l'autorité judiciaire ;
- A défaut de cet accord, le recueil de preuves sans plainte afin de lui laisser le temps de la réflexion pour engager éventuellement une procédure judiciaire.

3.3 Structurer un pilotage aux niveaux national et local

Le dispositif de recueil de preuves sans plainte doit faire l'objet d'un pilotage opérationnel, à la fois national et local, permettant d'en suivre la pertinence, les effets sur les victimes, les conséquences sur les territoires et d'en adapter les modalités de mise en œuvre.

Cependant, compte tenu de la spécificité de la mesure, de la multiplicité des partenaires concernés, celui-ci ne doit pas donner lieu à la création d'un comité autonome, mais s'intégrer dans le dispositif de pilotage d'une des deux grandes politiques publiques croisant le RPSP : la lutte contre les violences faites aux femmes ou l'aide aux victimes.

La mission estime cependant que le RPSP doit prioritairement être rattaché à la lutte contre les violences faites aux femmes, inscrite aujourd'hui dans les priorités de la stratégie nationale de prévention de la délinquance et ses déclinaisons départementales.

● Au niveau national

Au niveau national, la mission propose que le volet RPSP soit intégré au sein du comité interministériel en charge de suivre les violences faites aux femmes et que le pilotage opérationnel et l'évaluation soient confiés à la MIPROF en lien avec les administrations centrales concernées.

● Au niveau départemental et local

La multiplicité des partenariats à même d'apporter aux victimes des réponses adaptées et complètes implique une coordination pour la mise en place et le suivi des dispositifs.

La lutte contre les violences faites aux femmes ou l'aide aux victimes font déjà très largement l'objet de plans départementaux entre partenaires contributeurs : préfet (réseau des directrices régionales ou déléguées départementales aux droits des femmes et à l'égalité), procureur de la République (bureau d'aide aux victimes), forces de sécurité, directeur du centre hospitalier, ARS, conseil départemental, communes, CAF, associations, etc. Le RPSP est déjà inscrit dans plusieurs d'entre eux.

Le recueil de preuves sans plainte pouvant conduire à accueillir des femmes qui, jusque-là, étaient « invisibles » au regard des statistiques enregistrées, il est important de mesurer le retour qualitatif du service rendu ainsi que les moyens humains et matériels engagés afin de les adapter aux besoins constatés.

Cette coordination peut être le fait des comités départementaux de prévention de la délinquance et notamment, quand elle existe, de la sous-commission violences faites aux femmes. Elle peut aussi être confiée aux comités locaux d'aide aux victimes dont le dispositif monte en puissance. Agrégeant de nombreux partenaires et en particulier l'ARS, ils peuvent mettre en place un groupe de travail thématique dédié au RPSP.

La structure hospitalière de référence, porteuse du RPSP, doit également à son niveau mettre en place un dispositif interne de mesure d'activité et de suivi, permettant de coordonner une information partagée avec l'animation départementale.

Dans le cadre des instances locales, les échanges nominatifs sur le suivi de certaines patientes/victimes doivent se faire dans le respect du secret professionnel de chacun des acteurs en définissant les conditions d'un secret professionnel partagé.

Recommandation n°10 Structurer le pilotage du dispositif de recueil de preuves sans plainte, aux niveaux national, départemental, au sein d'instances partenariales existantes chargées de la lutte contre les violences faites aux femmes.

3.4 Un financement à pérenniser et à partager

La question du financement et de sa répartition a constitué un point de blocage important dans les travaux conduits précédemment dans l'hypothèse d'une croissance forte et non maîtrisée des prises en charge. La mission estime qu'il faut relativiser cette vision d'un flux exponentiel et fait par ailleurs des propositions de financements partagés, soutenables, et modulables en fonction des situations locales.

3.4.1 Une estimation difficile des besoins

S'il est vrai que quatre femmes victimes de violences sur cinq ne portent pas plainte, le volume des victimes qui pourraient à l'avenir solliciter un dispositif de recueil de preuves sans plainte et le devenir judiciaire de ces preuves après l'ouverture d'une procédure peuvent toutefois difficilement être évalués en l'état actuel des connaissances.

En effet, le retour d'expérience des équipes hospitalières déjà dotées d'un tel dispositif est partiel, soit faute de suivi d'activité en général ou spécifique à cette pratique, soit faute de recul, leurs initiatives étant le plus souvent très récentes.

Ainsi, 43,5 % des procureurs de la République qui en disposent disent ne pas pouvoir évaluer le dispositif et, parmi ceux qui le peuvent, 72 % sont dans l'impossibilité de chiffrer le nombre de procédures judiciaires ouvertes depuis sa création et pour lesquelles des réquisitions ont été faites a posteriori aux fins de communication des certificats médicaux ou des prélèvements effectués auparavant en dehors de toute plainte.

S'agissant des flux entrants de victimes, l'interprétation des rares données d'activité disponibles est sujette à caution, que ce soit sur leur état actuel ou sur la tendance qu'elles dessinent dans un contexte encore évolutif de montée en puissance de ces dispositifs encore récents et, en tout état de cause, de hausse des examens de victimes sur réquisition.

Par exemple, la consultation libre de l'UMJ de Tours ne comptabilise que 100 victimes reçues hors réquisition sur les 2 300 examinées en 2018, soit 4,3 %. En 2017, la consultation sans réquisition de celle de Bondy a quant à elle reçu 97 victimes de violences conjugales sur 1 297 (soit 7,5 %) et 34 victimes de violences sexuelles âgées de 15 ans et plus sur 304 (soit 11,2 %⁵⁵) – des proportions en augmentation depuis 2014 où elles étaient respectivement de 4 et 8 %.

⁵⁵ Parmi les expériences recueillies par la mission, seule la consultation médico-judiciaire du CH de Tulle présente, selon son estimation, un ratio inversé de 60 % de consultation sans réquisition contre 40 % sous réquisition.

Cependant, il est difficile de savoir si ces proportions et évolutions plutôt faibles s'expliquent par des besoins qui le seraient tout autant ou par une information insuffisante sur l'existence du dispositif, voire par les premiers effets des mesures prises pour faciliter le dépôt de plainte y compris dans le cadre d'un recueil de preuves sans réquisition préalable⁵⁶.

Ce que l'on sait de la judiciarisation ultérieure des dossiers médicaux ouverts sans réquisition invite également à la prudence. A Bondy, sur 800 prélèvements établis sans réquisitions entre 2014 et 2018, 18 seulement ont finalement été remis aux OPJ à la suite de l'ouverture d'une procédure judiciaire⁵⁷. A Saint-Lô, sur 31 dossiers ouverts entre avril 2018 et mai 2019, 18 ont été transmis au parquet. A Tours, aucune victime n'a jamais demandé à faire récupérer des prélèvements effectués sans réquisition.

En revanche, au-delà des prélèvements, il est acquis que l'acte principal est l'établissement du certificat médical descriptif, éventuellement accompagné de photographies et fixant le cas échéant une ITT. Le prélèvement, destiné à l'identification de l'auteur d'une agression sexuelle, est inutile en matière de viol conjugal où c'est l'absence de consentement qui doit être établie. En tout état de cause, pour plus de 80 % des victimes de violences sexuelles présentant des lésions traumatiques, c'est le certificat qui permet d'établir d'abord l'agression⁵⁸.

Pour le calibrage d'un futur dispositif national de recueil de preuve sans plainte, l'enjeu judiciaire et par suite technique, logistique et budgétaire des prélèvements doit donc être relativisé. Il n'en est pas de même pour la reconnaissance du temps médical et soignant qui devra être mobilisé et qui ne peut être délégué : pour l'examen détaillé des victimes, puis la rédaction de certificats médicaux descriptifs complets et la réalisation des éventuels prélèvements. Ce temps médical, estimé à au moins 1h30 par victime dans une grosse UMJ pratiquant le recueil de preuves sans plainte, peut être marginalement allégé, à l'entrée du patient dans le dispositif, par une infirmière d'accueil et d'orientation et, à sa sortie, par le relai du service social hospitalier, des associations d'aide aux victimes et de leurs réseaux.

UMJ de BONDY (Hôpital Jean Verdier APHP)

Consultation infirmière destinée aux victimes d'agressions sexuelles et conjugales

Cette UMJ (niveau 01) pratique le RPSP depuis 2014 pour les victimes d'agressions sexuelles et de violences conjugales sans réquisitions (avec ou sans rendez-vous après contact téléphonique).

Les missions de l'infirmière d'accueil spécialisée sont notamment: l'accueil bienveillant, l'aide à la formulation du motif de la venue dans le service et à l'expression au sujet des violences subies dans un lieu avec confidentialité. Par ailleurs, l'infirmière évalue si la consultation médicale doit être immédiate ou différée.

L'entretien infirmier est réalisé et une fiche de soins infirmiers renseignée : type de violences, motif et origine de la consultation, origine de la consultation, contexte familial et social, démarches entreprises.

La consultation infirmière porte aussi sur les lésions traumatiques visibles et sur l'état psychique contient une orientation paramédicale.

Elle fournit des explications sur l'intérêt, le but, le déroulement des examens médicaux du service

⁵⁶ Ainsi, au CAUVA de Bordeaux, sur la période 2003-2013, la part totale des dossiers ouverts sans réquisition préalable était de 15 %, ce taux incluant des dépôts de plainte immédiatement après la consultation ou sur place. A Saint-Lô, où les données d'activité sont plus récentes (2018), ce taux est de 21,7 % pour la consultation de victimologie en accès libre, qui se trouve elle aussi rapidement couverte par des réquisitions a posteriori.

⁵⁷ Il s'agit de 18 prélèvements, ce qui conduit à relativiser le nombre d'affaires judiciairisées in fine.

⁵⁸ Selon le Pr. Pauline Saint-Martin, médecin légiste, cheffe de service de l'UMJ/IML du CHRU de Tours.

Elle oriente la victime vers les dispositifs d'aide et de recours (les associations d'aide aux victimes, les points d'accès au droit, les consultations médicales et psychologiques, les centres municipaux de santé, les centres d'accueil et de crise, les services sociaux) et propose d'accompagner la personne dans ses premières démarches.

Elle prépare la victime à la consultation médicale : elle assiste à l'entretien médical et à l'examen clinique ; elle assiste le médecin et effectue notamment les prélèvements sanguins.

Elle concourt donc à l'amélioration du parcours de soins en renforçant le lien entre les différents intervenants intra et extra-hospitaliers (liens avec médecins de ville, associations d'aide aux victimes, commissariats, coordination interprofessionnelle dans le territoire de santé).

Outre ce temps médical, paramédical et médico-social, tout dispositif de recueil de preuves sans plainte doit pouvoir s'appuyer sur le plateau technique d'un centre hospitalier, c'est-à-dire sur les compétences d'autres spécialistes (gynécologue pour les agressions sexuelles, psychiatre pour l'impact psychique des violences) ainsi que sur du matériel médical et paramédical, notamment pour la conservation des éventuels prélèvements (congélateurs aux normes ISO pour laboratoire de biologie médicale ou pour IML/UMJ).

3.4.2 Un financement actuellement encadré des actes médico-légaux

Lorsqu'il y a dépôt de plainte ou signalement à l'autorité judiciaire, le dispositif de prise en charge des victimes de violence est clairement défini et repose sur des financements pérennes.

S'inscrivant dans le cadre d'une procédure pénale reliée à la médecine légale du vivant, l'examen des victimes aux fins de constatations des lésions et traumatismes et, le cas échéant, d'une incapacité totale de travail, est effectué sur réquisition judiciaire. Il en va bien sûr de même pour les prélèvements.

A ce titre, la médecine légale du vivant, selon son organisation, fait l'objet :

- D'une dotation annuelle forfaitaire et globale, financée par le ministère de la justice et destinée à couvrir les équivalents temps plein (ETP médicaux et non médicaux) nécessaires et les frais de fonctionnement des UMJ dont la liste et la catégorie sont définies par les deux circulaires interministérielles de 2010 et 2012 déjà citées. A ce titre le programme 166 « justice judiciaire » a supporté 55 M€ en 2018.
- D'un paiement à l'acte sur frais de justice, selon les tarifs fixés par le code de procédure pénale, au titre du réseau de proximité de la médecine légale. Pour 2018, au titre des seuls examens médicaux de victimes, le volume financier porte sur 5,7 M€ versés aux cours d'appel.

Il convient ici de souligner l'importance pour des victimes, souvent en situation de précarité, de la complète gratuité de ce dispositif sur réquisition judiciaire.

3.4.3 La fragilité du financement du recueil de preuves sans plainte

Dans le cadre du recueil de preuves sans plainte les financements sont multiples et variables selon les lieux mais surtout se caractérisent par leur caractère non pérenne.

La mission a ainsi pu relever :

- Pour la Maison des Femmes de Saint Denis, à titre indicatif :
 - Investissement : subvention du Conseil Régional ;

- Exploitation : un financement ARS sur le fonds d'intervention régional (FIR) et aide à la contractualisation (AC) ; le conseil départemental via le planning familial ; les fonds privés au travers de l'association Maison de Femmes, notamment le fonds Sanofi Espoir et le fonds Kering de la fondation Pinault dédiée aux violences faites aux femmes. In fine, le solde budgétaire non couvert reste à la charge du centre hospitalier.
- Pour les UMJ de Bondy et de Tours : sur le financement alloué à l'UMJ sur sa dotation globale pour ses missions sur réquisition et prise en charge d'un passage aux urgences avec consultation. Les directions des établissements publics concernés « assument » le déficit résiduel lié à cette activité.
- Pour le centre hospitalier de Saint-Lô : subventions des conseils départemental et régional ainsi que de la déléguée départementale du réseau SDFE (programme 137), fonds privés. Le solde déficitaire est assumé par l'établissement, soit pour 2019 un volume de 80K€ sur un total de charges de 316 K€.

Peut également être mentionné le financement en Midi Pyrénées, depuis 2006 et sur MIGAC, des unités d'aides aux victimes (UAV) en Ariège et Tarn-et-Garonne qui font du RPSP, seul cas de financement par une ARS à la connaissance de la mission.

3.4.4 La nécessité d'un financement renforcé de l'accompagnement des victimes

La nouvelle approche d'accompagnement proposée par la mission revêt une dimension globale qui nécessite de s'inscrire dans un continuum de prise en charge, avec ou sans plainte, et qui doit débiter dès l'hôpital pour se poursuivre tout au long du parcours de la victime.

Cette dimension envisagée de manière transversale est un gage de réussite du dispositif et de mobilisation des partenaires.

A ce titre, elle entre en cohérence avec la démarche pro-active que prône le ministère de la justice en contribuant financièrement (programme 101) aux actions permettant d'aller au-devant des victimes, y compris hors parcours strictement judiciaire (par exemple, par la mise à disposition de bons taxis).

Par ailleurs, d'autres programmes budgétaires sont mobilisables pour accompagner ponctuellement cette démarche tels que ceux du FIPDR (216) ou du réseau des délégués régionales/départementales aux droits des femmes (137).

Enfin, la contribution des collectivités territoriales, en particulier des conseils départementaux à travers leurs compétences et moyens (assistantes et travailleurs sociaux) dans le champ social, peut jouer un effet levier en faveur d'une dynamique territoriale des acteurs.

Cet environnement entre en synergie avec des modalités de prise en charge sanitaires qui évoluent et exigent de repenser le modèle de financement.

3.4.5 Une proposition concrète de répartition du financement du RPSP

L'hypothèse retenue par la mission repose sur une orientation sans délai de la victime vers les urgences hospitalières, notamment gynécologiques, aux fins d'une prise en charge médicale assurée 24H/24.

L'accompagnement soignant et psychologique peut dès lors être effectué au sein même de la structure hospitalière.

Dans ce cas, le coût du personnel médical est déjà assumé par la structure d'urgences. Il reste cependant à valoriser les infirmières, notamment celles en charge de l'accueil et l'orientation (IAO) et les psychologues, le montant du petit matériel et des frais généraux de fonctionnement.

Cette option présente l'avantage de centraliser le suivi médical, psycho-social et judiciaire de la victime dans une unité de lieu sécurisée. Elle permet en outre de bénéficier, à tout moment, de compétences médicales déjà présentes sur site.

Doit également être pris en compte le fait que les règles de facturation communes aux prises en charge aux urgences, y compris en cas de recours à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), s'appliquent intégralement.

La mission a souhaité approfondir les coûts induits par ce suivi centralisé à l'hôpital pour tenter de le modéliser⁵⁹.

Les principes suivants ont été retenus en tenant compte de l'existence ou non d'une UMJ :

- Désignation d'un centre hospitalier de référence : *a minima* un par département, y compris en outre-mer, et assurant les urgences gynécologiques.

Mettre en place une prise en charge soignante (infirmières) quotidienne complémentaire sur une amplitude horaire de 8H à 23H⁶⁰ : soit 2,6 ETP.

Offrir une consultation de psychologue : soit 1,3 ETP (ce qui représente un mi-temps).

Prendre en compte les coûts induits pour les autres actes réalisés :

- Acte de traitement aux urgences (ATU) : 25,36€
- Facturation possible des actes/prise en charge :
 - Consultation médicale : 23 €
 - Actes de prélèvement (cotation JKHD001) : 12,40€
 - Sérologies possibles IST : de 13,5€ (VIH) à 207€ (toutes analyses)

	Pas de couverture sociale où Carte vitale sans médecin traitant déclaré	Carte vitale (1*) sans mutuelle	AME où CMU où Carte vitale (1*) + mutuelle
		1 * Avec médecin traitant déclaré	
Sérologie VIH	13.50€	0 €	0 €
Sérologie VHB (3 marqueurs)	40.50€	17.50 €	0 €
Sérologie VHC	14.85 €	0 €	0 €
Syphilis	5.40€	2.16 €	0 €
Sérologie herpes	27 €	10.80 €	0 €
Forfait réalisation prise de sang	1.35 €	0.54 €	0 €

⁵⁹ A ce titre la mission a pu bénéficier du concours de la direction administrative et financière du centre hospitalier Delafontaine de Saint Denis.

⁶⁰ En complément du continuum de prise en charge soignante assurée aux urgences.

Analyses microbiologiques			
PCR Chlamydia + gonocoque	22.95 €	9.18€	0 €
Examen cytot bactériologique réalisé si symptômes	entre 32.40 € et 43.56 €	entre 12.96 € et 17.42 €	0 €
Culture herpes	35.10 €	14.04 €	0 €
Forfait analyse microbiologique	3,16		

Simulation pour une activité type : sur la base de 500 prises en charge annuelles :

Par Centre Hospitalier pour 500 prises en charge par an				
	CHARGES	k€	k€	PRODUITS
Ressources humaines	Médecin/gyneco	charges déjà intégrées	12 680,00 €	ATU Urgences/passage
	IDE (2,6 ETP)	143 000,00 €	11 500 €	CS Spé
	Psychologue (0,5)	23 000,00 €	6 230,00 €	Prélèvement JKHD001
Autres dépenses	Formation	9 200,00 €		
	Labo	103 500,00 €	103 500,00 €	Actes labo
	Frais matériel	4 000,00 €	175 670,00 €	MIG Preuves sans plainte
	LGG	26 880,00 €		
TOTAL		309 580,00 €	309 580,00 €	TOTAL

Source : direction des finances - CH de Saint Denis- Octobre 2019

Le solde budgétaire est équilibré par une subvention dénommée ici mission d'intérêt général (MIG).

L'approche de modélisation présentée ci-dessus repose sur la création d'une MIG « Preuves sans plainte » permettant d'équilibrer budgétairement un dispositif créé *ex nihilo*. Elle s'inscrit dans le prolongement des recommandations du rapport IGAS de 2017 sur la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences, qui recommandait la création d'une MIG « prise en charge des femmes victimes de violences pour garantir lisibilité, effectivité et pérennité aux financements des actions en phase pilote », et tient compte du caractère inadapté en l'occurrence d'un financement via la Tarification à l'activité (T2A).

L'attribution de la MIG dont le volume doit tenir compte de l'activité, mais aussi des gains possibles de mutualisation en termes de ressources humaines.

Elle bénéficiera ainsi à toutes les structures hospitalières de référence, notamment celles qui relèvent du réseau de proximité de la médecine légale et qui sont financés à l'acte sur frais de justice.

En cas de désignation d'une UMJ comme structure hospitalière de référence, l'extension de ses missions doit permettre de mutualiser par ailleurs, des temps de médecin spécialisé, d'infirmiers et/ou de psychologue déjà présents et donc de réduire les coûts fixes de personnel. Au-delà de ces ressources, devra être attribuée une dotation annuelle forfaitaire complémentaire financée par le ministère de la justice, sur la même base que la répartition actuelle. Cette dotation complémentaire ne pourra être évaluée qu'après une année d'activité médico-légale accomplie hors réquisition.

Ce modèle de MIG, permet de garantir la même gratuité d'accès aux victimes de violences conjugales et/ou sexuelles qu'en cas de réquisition, de couvrir leur éventuelle absence de couverture sociale et de ne pas générer de créances irrécouvrables pour le centre hospitalier. En outre elle a le mérite de neutraliser les risques de distorsion selon une prise en charge au sein ou en dehors d'une UMJ.

La MIG, assumée par le ministère chargé de la santé, pourrait donner lieu, pour une part à définir et sur la base du recueil des données analytiques recommandées par la mission, à une contribution du ministère de la justice, des conseils départementaux, des associations et acteurs privés selon les configurations de terrain.

Dans cette optique, un suivi analytique spécifique doit être mis en place afin d'assurer l'exacte information des acteurs impliqués dans le montage financier et l'ajustement de leur contribution.

La part fixe des coûts correspond aux personnels (Médecins, IDE, Psychologues) et la part variable couvrent les consultations et actes de prélèvement et de conservation (essentiellement conservation des prélèvements), ajustables par niveau de volume.

Enfin et pour raisonner de façon globale, il semble possible de dégager une fourchette d'enveloppes nécessaires pour la complète installation du maillage territorial, telle qu'envisagée par extension des attributions des UMJ et désignations complémentaires d'établissements en charge du RPSP dans les territoires non dotés d'une UMJ.

La seule extrapolation au plan national de la simulation d'une unité dédiée aux victimes et pratiquant le RPSP nécessiterait une enveloppe estimée entre 17 et 20 M€. L'impact des gains de mutualisation des temps soignants avec les autres services hospitaliers, amène à considérer qu'un montant de 15 M€ devrait au final correspondre à un déploiement national du dispositif.

Il convient ici d'être particulièrement prudent sur ces ordres de grandeurs au regard de l'hétérogénéité des situations : une réflexion particulière devra notamment être menée sur le cas spécifique de l'Hôtel-Dieu⁶¹, l'Ile-de-France, et sur l'outre-mer, en tenant du volume d'activité des UMJ concernées et de leurs contraintes particulières.

De même, il conviendra de prendre en compte les préconisations des rapports inter-inspections sur la médecine légale de 2013 et 2016 précités et traitant notamment de l'amélioration de la mesure de l'activité et de la révision des bases de calcul.

De même une montée progressive du dispositif permettra d'en étaler le coût et de bénéficier des premiers retours d'expérience.

Recommandation n°11 Assurer l'équilibre budgétaire et la pérennité du dispositif d'accueil et de prise en charge globale et d'accompagnement des femmes victimes de violence en créant une Mission d'Intérêt Général (MIG) « prise en charge des femmes victimes de violences » intégrant le dispositif de recueil de preuve sans plainte et prenant en compte :

- Pour les établissements hospitaliers de référence, hormis les 46 UMJ du schéma national, l'ensemble des coûts de fonctionnement et de structure.
- Pour les 46 UMJ du schéma national, les éventuels ETP complémentaires non prévus dans la dotation budgétaire globale.

Recommandation n°12 Abonder la dotation budgétaire forfaitaire des 46 UMJ du schéma national de la médecine légale, après une année de mise en œuvre du RPSP, sur la base d'un nouvel outil de mesure de leur activité hors réquisition.

⁶¹ Dont la situation a été clairement exposée par le chef de service de l'UMJ devant le groupe de travail interministériel, à savoir que cette structure médico-légale n'est pas en capacité d'accueillir des victimes hors réquisition judiciaire.

Recommandation n°13 Dimensionner la programmation budgétaire de la MIG « prise en charge des femmes victimes de violences », en lien avec les ARS, sur la base des premiers retours d'expérience et des mutualisations interservices retenues localement.

Recommandation n°14 Créer et suivre une section d'analyse « recueil de preuves sans plainte » au sein de la comptabilité analytique des centres hospitaliers concernés.

4 Les centres hospitaliers, de petite et grande capacité, repérés par la mission

La mission a fait le choix de présenter quatre structures hospitalières, deux dotée d'une UMJ inscrite au schéma national, dont une Outre-mer, et deux situés dans des départements de taille modeste. En effet, sur les 29 départements identifiés, la moitié comptent une population de moins de 400 000 habitants.

4.1 Le CHRU et l'UMJ de Tours

Le dispositif s'appuie sur une UMJ (avec un institut médico-légal à compétence régionale) de niveau 3 à compétence départementale (5,4 ETP de médecins, 2,5 ETP de secrétaires, deux psychologues, 3 ETP d'aides-soignantes).

A la fin des années 1980, un centre d'accueil des victimes d'agressions sexuelles (CAVAS) avait été créé dans le service de gynécologie, dans un service distinct de l'UMJ.

Avant la réforme de la médecine légale de 2011, les victimes de violences étaient examinées à l'UMJ avec ou sans réquisition (de 600 à 700 examens/an), mais, après la circulaire interministérielle de décembre 2010, les examens de victimes sans réquisition ont été suspendus, faute de budget dédié et de sécurité juridique. Les examens avaient lieu dans le service de gynécologie, sans prélèvement à visée médico-légale mais avec un certificat médical descriptif délivré.

Depuis 2015, face à l'augmentation des victimes se présentant aux urgences sans avoir déposé plainte, l'équipe médico-légale a, en accord de la direction de l'établissement qui en supporte le coût, décidé d'examiner ces victimes sans réquisition : aucune communication large sur cet accueil n'a été organisée. Depuis janvier 2019, une association d'aide aux victimes conventionnée y assure une permanence hebdomadaire.

Toutes ces victimes sont examinées à l'UMJ ou sur leur lieu d'hospitalisation : en 2018, environ 2 300 victimes examinées sur réquisition, dont 350 victimes de violences sexuelles et 100 victimes examinées sans réquisition, dont 20 ont fait l'objet d'un prélèvement biologique.

Les prélèvements effectués sans réquisition – un stock de 40 à la date de la visite de la mission – sont conservés dans les congélateurs sécurisés de l'UMJ à -18°C, à côté des prélèvements placés sous scellés. Ils ont été effectués en double exemplaire, placés dans un sachet portant une étiquette identifiant la victime et répertoriés dans un fichier informatique tenu par les aides-soignants de l'IML/UMJ.

A l'heure actuelle, tous les prélèvements sont en principe conservés, faute de détermination avec le parquet du délai de conservation adéquat. En pratique, ils le sont pendant trois ans environ.

La victime « sans réquisition » est enregistrée dans un système propre aux UMJ, non commun avec les autres patients du CHRU. Son passage n'est donc pas signalé dans le dossier informatisé du

patient. Le dossier médical comprend des notes manuscrites du médecin, le certificat médico-légal établi (toujours avec ITT), les résultats des examens biologiques effectués (sérologies, bilan sanguin) et les ordonnances de traitement, avec la mention des prélèvements à visée médico-légale effectués. Ce dossier est archivé dans les locaux de l'UMJ pendant huit ans et, au-delà, dans les archives centrales de l'établissement. Le dossier informatique est gardé à vie, toujours dans un système indépendant de celui des autres services.

Les victimes sont encouragées à déposer plainte. Si elles le font, elles signalent aux enquêteurs avoir été examinées à l'UMJ. Le certificat médico-légal et/ou les prélèvements leur sont remis sur réquisition, avec mise sous scellés de ces derniers. Ces réquisitions postérieures sont toujours intervenues dans un délai très court, dans les deux semaines.

Le consentement à signalement par le médecin légiste à l'autorité judiciaire est également pratiqué. Enfin, les éléments de preuves peuvent être conservés dans l'attente que la victime soit prête pour une démarche judiciaire. Aucune victime n'a jamais demandé à récupérer des prélèvements effectués dans une perspective judiciaire.

4.2 CH de Tulle

Le CH de Tulle dispose depuis 2015 d'une consultation médico-judiciaire (CMJ) au sein de son service des urgences, dont un des médecins est qualifié en médecine légale. Existant déjà dans la pratique, cette consultation a été consacrée, à moyens constants, à l'initiative du parquet et du médecin (réseau de proximité de la médecine légale pour le ressort du TGI de Tulle).

On y établit des certificats médicaux descriptifs avec détermination d'ITT, y effectue des prélèvements mais toujours sur réquisition car le service a toujours réussi à convaincre les victimes de viol à déposer plainte.

Au total pour 2018, 273 examens de victime y ont été réalisés, dont 53 pour des victimes d'agression sexuelle. Cette consultation a accueilli 60 % de femmes majeures, 21 % de mineures de plus de 15 ans et 45 % de victimes de violences conjugales. Au total, 40 % de ces victimes ont été reçues sous réquisition et 60 % sans réquisition.

Ce dispositif est régi par une convention départementale de prise en charge financière des actes médico-légaux pour les femmes victimes de violences, hors réquisition judiciaire (novembre 2013) passée entre le préfet, le TGI de Tulle, les CH de Tulle, de Brive et d'Ussel, la caisse primaire d'assurance-maladie, la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI).

Associant la Sécurité sociale et, pour la complémentaire santé, des mutuelles, il garantit par principe la gratuité (pas de reste à charge) et l'anonymat de la consultation médico-judiciaire (aucun relevé de prestation n'est envoyé au domicile de la victime).

Cette prise en charge financière n'est plus appliquée faute d'activation, dès l'entrée aux urgences, de la procédure ad hoc, mais elle doit l'être à nouveau à compter de 2020. Dans cette attente, tous les coûts sont supportés par le CH, dont la consultation facturée comme une consultation de médecine générale.

La CMJ peut par ailleurs s'appuyer sur une unité médico-psycho-sociale appelée « unité d'accueil des personnes en situation de détresse » dirigé par le même médecin-légiste-urgentiste, assisté d'une psychologue ou d'un psychiatre hospitalier mobilisable, d'infirmières formées au psycho-trauma et de l'assistante sociale du service social de l'hôpital. Cette unité est un « lieu de répit » qui dispose de

quatre lits en hospitalisation de courte durée-UHCD (projet de réserver un lit de l'UHCD pour les victimes de violences conjugales).

L'ensemble du dispositif (CMJ et unité médico-psycho-sociale) a une vocation départementale (jusqu'au CH d'Ussel), même si la coopération avec le CH de Brive reste à rétablir (soit potentiellement + 88 victimes /an, selon les données d'activité de 2018).

Le Protocole départemental relatif aux mains courantes en matière de violences conjugales (avril 2014) renvoie au dispositif départemental du dispositif RPSP. Avec la participation des services sociaux du conseil départemental, des ISCG et des associations d'aide aux victimes, il prévoit la prise de contact différée avec la victime et une procédure de signalement au conseil départemental ou d'information de l'ISCG.

4.3 CH d'Agen-Nérac

L'origine du dispositif de recueil de preuves sans plainte est le plan départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2017/2021, qui comprend un volet santé (annexe 7 de ce plan départemental signé le 11 février 2019) très détaillé, signé par le Préfet et le procureur de la République, l'ARS Nouvelle Aquitaine, tous les établissements hospitaliers publics et privés du département (CH Agen, Marmande, Villeneuve sur lot et clinique Saint-Hilaire), le CDOM et le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.

Les objectifs de ce protocole partenarial sont :

- Pallier au manque de médecins gynécologues dans le département et permettre à tout service (urgences, services de maternité et de gynécologie-obstétrique) de garantir une prise en charge de qualité, former et accompagner les professionnels de santé ;
- Pour les victimes : optimiser l'accueil et la prise en charge, limiter le nombre d'exams et simplifier le parcours de la victime et permettre à celle qui ne veut pas déposer plainte de bénéficier d'un délai supplémentaire avec conservation des prélèvements effectués sur elle ;

Le processus du recueil de preuves sans plainte comprend :

- Un accueil psycho-médico-social, un examen médical initial, une prise en charge rapide (cf médecin référents violences aux urgences, infirmier psychiatrique, sage-femme, préparation à l'examen médical complet, avec prélèvements, si accord de la victime, avec des explications fournies et l'évaluation de la situation de la victime (vécu, ressenti, pressions éventuelles) ;
- Des fiches des prélèvements à visée thérapeutiques, des traitements préventifs ou curatifs et des prélèvements à visée conservatoire proposés : le protocole apporte dans ces fiches des précisions sur l'étiquetage des prélèvements à effectuer dans l'ordre de l'examen clinique et une fiche est consacrée à la recherche des toxiques ;
- Le certificat médical (remis à victime) avec photographies et copie dans le dossier médical ;
- Des fiches de consentement de la victime à prélèvements ;
- La conservation congélateurs à -20 ;
- Une fiche d'information remise à la victime sur le dispositif RPSP, son objet, la durée de conservation (20 ans), la possibilité de la victime de revenir sur sa décision

Il y a lieu de souligner qu'il n'y a pas d'UMJ dans le département (réseau de proximité avec surtout le CH AGEN NERAC).

De plus, ce dispositif a été porté au départ par la DDFE et deux médecins urgentistes dotés de qualification en médecine légale et bien soutenus par le parquet. Ces deux médecins sont également formateurs et conseillers pour leurs confrères sur l'ensemble du département et disponibles 24H/24 par téléphone)

Enfin cette initiative a reposé sur l'expérience du CAUVA du Bordeaux et sur les préconisations du rapport « PELLOUX » qui insistait sur la prise en charge des victimes dès le service des urgences.

Les options proposées à la victime sont : le dépôt de plainte (cf. utilisation du « pouvoir de conviction ») et dans ce cas, il est recommandé de contacter tout de suite la police ou gendarmerie (transport facilité Bons taxis financé sur le programme 137), le signalement sur la base de l'article 226-14 CP (victime vulnérable hors d'état de se protéger, mais pas d'option de « consentement à signalement » par la victime non vulnérable) et le dispositif de RPSP au sens strict (délai pour la réflexion de la victime).

A souligner que le dispositif RPSP repose sur un réseau hospitalier assez fourni, avec principalement le CH AGEN NERAC. Il n'y a pas de retour sur ce dispositif récent.

4.4 CHU et UMJ de Pointe-à-Pitre

Il s'agit d'un dispositif complet qui repose sur l'UMJ du CHU (niveau 3B, partagée avec le tribunal de Basse-Terre), implique tous les services hospitaliers et présente un partenariat et une coordination avec les services de sécurité (police et gendarmerie), les intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie et l'association conventionnée d'aide aux victimes locale (présente à l'UMJ), offrant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire et des réponses médicale, sociale, psychologique et juridique.

Au vu de la convention de mai 2017, spécifique au traitement des violences sexuelles et conjugales, qui associe le CHU, l'UMJ, la DDSP et le groupement de gendarmerie, outre le parquet et l'association d'aide aux victimes conventionnées, la prise en charge concerne toute victime (majeure et mineure) soit déjà hospitalisée ou venue à l'UMJ sur réquisition judiciaire ou hors réquisition.

En cas de procédure judiciaire en cours, de dépôt de main-courante ou d'accord de la victime pour un rapport-signalement de l'UMJ adressé aux services de sécurité, cet accompagnement repose notamment sur l'existence de « fiches navettes » établies et suivies entre les services de police judiciaire et les intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie et l'association d'aide aux victimes. Un questionnaire est rempli soit par la victime soit les enquêteurs avec la description des violences (leur type, leur fréquence, leur effet pour la victime et pour la famille), l'indication des démarches éventuellement entreprises et l'acceptation de donner ses coordonnées pour son accompagnement.

La convention départementale relative aux mains-courantes et PVRJ en matière de violences conjugales, signée en 2015 avec les mêmes partenaires, le préfet et les deux procureurs de la République, organise cette mise en relation entre les services de police ou gendarmerie avec les intervenants sociaux ou les associations d'aide aux victimes, en posant le principe que la victime doit être contactée dans les 4 jours et en autorisant les associations à faire un signalement au parquet, si la victime refuse tout contact et surtout si une détérioration quelconque de la situation est portée à la connaissance de l'association (fiches de signalement) .

En outre, au vu de la convention de 2017, la victime qui se présente à l'UMJ en dehors de toute démarche judiciaire, se voit proposer trois solutions : l'orientation vers la plainte (adressage par l'UMJ vers le service enquêteur adéquat), l'accord pour la transmission d'un rapport par l'UMJ vers le service enquêteur compétent, et enfin, l'opportunité de disposer de temps avec la conservation des éléments médicaux par l'UMJ (durée de 3 ans pour le rapport médical et d'un pour les prélèvements).

Si la convention rappelle les cas légaux de signalement vers l'autorité judiciaire (mineurs et personnes hors d'état de se protéger en raison de sa vulnérabilité physique ou psychique), elle rajoute un autre cas de signalement, dit « de danger imminent », valable dans tous les cas. Il repose sur une évaluation spécifique de l'UMJ sur le risque de renouvellement des faits, basée sur neuf critères (séparation non consentie, présence d'arme ou de menaces de mort, strangulation ou séquestration, profil de l'auteur avec alcool, stupéfiants, jalousie morbide ou antécédents psychiatriques, intensification des violences dans l'année, violences sexuelles associées) : si quatre critères sont réunis, l'UMJ adresse ce signalement à la permanence du parquet et aux services de police judiciaire, et l'association d'aide aux victimes présente au BAV, chargée du suivi de la victime, l'accompagne tout au long de la procédure et tient le suivi statistique du dispositif.