

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

27/05/1997

Voir aussi :

**Circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles**

### Résumé

Accueil et prise en charge en urgence des victimes de violences sexuelles. Identification dans chaque région de pôles de référence répondant à des conditions précises pour assurer la mission de coordination d'un réseau local. La mise en place de ce dispositif est confiée conjointement aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation pour la désignation des pôles régionaux de référence et aux préfets de région pour la coordination du dispositif.

La nécessité de faire face aux graves conséquences physiques et psychologiques qui marquent les personnes, victimes d'agressions ou de sévices, conduit les pouvoirs publics à promouvoir une action de sensibilisation et de prise en charge en faveur de ces personnes.

Dès 1987, le ministère des affaires sociales avait entrepris une action de sensibilisation et d'information des professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Il convient aujourd'hui d'en établir le bilan et d'en réactualiser les orientations.

Tout médecin, qu'il exerce en secteur libéral ou hospitalier, peut être appelé à accueillir une victime de violence de quelque nature qu'elle soit. Son rôle est essentiel pour prendre en charge physiquement et moralement cette personne, faire les premières constatations utiles à la victime, si celle-ci souhaite porter plainte et enfin l'orienter, au cas où son état nécessiterait un suivi adapté.

Pour répondre à ces situations, il convient, d'une part, d'assurer l'accueil et la prise en charge médicale en urgence des victimes de sévices (I), et ce, sur l'ensemble du territoire, et, d'autre part, d'être en mesure d'identifier les pôles de référence (II) qui répondent le mieux aux conditions définies ci-dessous. La mise en place des dispositifs régionaux (III), que constituent ces pôles de référence, incombe aux préfets de région, en étroite collaboration avec les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.

### **I. - LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE DES VICTIMES**

L'accueil en urgence des personnes victimes de violences ou de mauvais traitements (coups et blessures, violences sexuelles, maltraitance, etc.) doit pouvoir être assuré dans tous les établissements de santé dotés soit d'un service d'accueil d'urgence, soit d'un service de gynécologie-obstétrique, s'agissant des violences sexuelles accomplies sur des personnes de sexe féminin, soit d'un service de pédiatrie, s'agissant des différents types de maltraitements à enfant. En outre, un psychiatre, exerçant à l'établissement doit pouvoir intervenir si nécessaire.

La prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles nécessite une vigilance particulière et la mise en place d'un dispositif coordonné.

En ce qui concerne les mineurs, les établissements hospitaliers participant à l'accueil d'urgence, doivent être associés au dispositif départemental placé sous l'autorité du président du conseil général, prévu à l'article 68 du code de la famille.

I.1. Les finalités de l'accueil en urgence des victimes d'agressions sexuelles

Cet accueil en urgence doit poursuivre une triple finalité :

- les soins nécessités par l'état de la victime ;
- la réalisation des actes médicaux, examens et prélèvements nécessaires à la constitution du dossier médico-légal, si la victime ou son représentant légal souhaite porter plainte ;
- la prise en charge médico-psychologique de la victime et de son entourage.

## I.2. Les modalités de l'accueil en urgence

Toute victime de violences sexuelles, quel que soit son âge, doit pouvoir être accueillie 24 h/24 dans un établissement public de santé, selon le cas, soit dans le service d'accueil d'urgence, soit, lorsqu'ils existent, dans le service de gynécologie-obstétrique, dans le service de pédiatrie ou dans tout autre service pouvant assurer ce type d'accueil. Celui-ci se fera en liaison avec le service de médecine légale, lorsqu'il en existe un dans l'établissement.

Le médecin prenant en charge le patient doit accorder une attention particulière lors de cette consultation :

- à l'accueil et à l'information de la victime et de sa famille ou de son entourage, le cas échéant en expliquant les modalités de la prise en charge qui leur est proposée et en préparant la victime à l'examen médical. Un accompagnement psychologique peut, dès ce moment, être proposé ;
- à l'examen médical qui poursuit deux objectifs, thérapeutique et médico-légal : réalisation d'un examen médical, de prélèvements à visée préventive et thérapeutique d'une part, et afin de recueillir des preuves médico-légales d'autre part.

A l'issue de cet examen, le praticien établit un certificat médical qu'il remet soit à la victime ou à son représentant légal, soit à l'autorité requérante.

Il convient d'évaluer le contexte psycho-social et familial et, si besoin est, d'envisager une hospitalisation de courte durée.

Tout doit être mis en oeuvre pour que les impératifs de la prise en charge médicale ne constituent pas un traumatisme supplémentaire pour la victime.

Compte tenu de la nature intime de certaines violences et de leurs conséquences psychologiques, il convient que l'ensemble des intervenants soit attentif au respect des règles relatives au secret professionnel. En ce qui concerne le corps médical, l'article 4 du décret n° 95000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale (J.O. du 8 septembre 1995), dispose que : 'Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin, dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris'.

Cependant, dans certaines conditions, des dérogations relatives à la levée du secret professionnel sont prévues à l'article 44 du même décret qui précise que 'lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection'. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

## I.3. Le suivi des victimes

Le médecin qui a accueilli en urgence la victime veille à ce que le suivi ultérieur de la victime soit assuré. Le relais pourra être pris, selon le cas et le souhait de la victime, par un praticien de l'établissement ou par un praticien exerçant en libéral. Une nouvelle consultation devra en règle générale être proposée à la victime dans les semaines suivant l'accueil initial. Le praticien qui prendra en charge la victime devra se montrer particulièrement vigilant aux différents signes que peut révéler son comportement (inappétence, fatigabilité, incapacité d'entreprendre, dépréciation de soi, idées de mort, représentation agressive du monde, phobies diverses, culpabilité, honte, dégoût de soi, peur de l'autre, etc.). Le praticien propose en outre une orientation en vue d'un soutien psychologique.

Par ailleurs, les centres d'accueil doivent participer au réseau constitué par les différents partenaires locaux : services de justice, police, gendarmerie, jeunesse et sports, services du conseil général, associations d'aide aux victimes. Ils entretiennent des relations régulières avec le pôle de référence régional.

## **II. - LES POLES DE REFERENCE REGIONAUX**

Outre les fonctions dévolues à tout lieu d'accueil sanitaire, exposées en première partie, les pôles de référence régionaux assurent des missions qui leur sont propres. Les critères à retenir pour l'identification des pôles de référence régionaux sont la possibilité d'accueil des victimes 24 h/24, l'existence d'un plateau technique comprenant un service d'accueil d'urgence, un service de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie ainsi que des liaisons avec le service de médecine légale et les secteurs de psychiatrie.

En outre, un médecin responsable est identifié au sein de chaque pôle. Dans un souci d'efficacité, de précision et de rapidité, il est spécialement chargé de travailler en collaboration avec les services des conseils généraux (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance) pour veiller à la cohérence du dispositif régional.

Il revient au pôle de référence :

- de remplir son rôle opérationnel propre en assurant l'accueil et la prise en charge des victimes qui se présentent dans ses services ;
- d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé ayant recours à lui, en suscitant des réunions d'information, en concourant à l'efficacité des circuits de prise en charge des victimes tant sur le plan matériel que sur le plan humain.

Le pôle de référence doit pouvoir servir de conseil de seconde intention aux services qui ont accueilli la victime en urgence. Les membres des équipes qui ont à assumer des situations souvent dramatiques doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique, sous forme de groupes de parole par exemple.

Le responsable du pôle de référence est chargé d'établir des liaisons fonctionnelles entre les structures susceptibles de recevoir des victimes. Ces liaisons ont pour objectif de mettre en contact des professionnels spécialisés du domaine public ou associatif tels que psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, assistants de service social, associations d'aide aux victimes. Il peut s'agir également d'identifier les circuits empruntés par les prélèvements, de donner des conseils sur leurs modalités de transport, notamment la mise sous scellés, ou d'indiquer les laboratoires spécialisés en biologie moléculaire par exemple :

- d'assurer la formation et l'information des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et autres d'autres professionnels éventuellement, dans le cadre défini à l'article 4 de la loi du 10 juillet 1989 citée en référence.

Ce rôle s'exerce aux niveaux suivants :

- formation au sein des équipes des différents intervenants appelés à participer à l'activité du pôle ; ceci concerne aussi bien la formation initiale que la formation continue ;
- organisation d'actions d'information entre les partenaires du réseau pour aboutir à la définition du rôle de chaque institution dans le dispositif régional ;
- participation, avec le réseau ainsi constitué, à des actions de sensibilisation du public ;
- réflexion sur la pratique professionnelle.

## **III. - MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS REGIONAUX**

La mise en place de ce programme incombe :

- aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en ce qui concerne l'identification, parmi les centres assurant actuellement la prise en charge des victimes, de celui qui sera le pôle de référence ; au sein de celui-ci, sera désigné, sur proposition de l'établissement et en raison de ses compétences spécifiques, le nom du responsable. Les indications pratiques relatives à son fonctionnement sont précisées : identification du service, adresse précise, numéros de téléphone de jour et de nuit ;
- aux préfets de région en ce qui concerne l'organisation d'une réunion régionale avec les différents partenaires institutionnels concernés afin de réaliser un état des lieux de la situation actuelle (lieux d'accueil existants, filières suivies par les victimes) et de répertorier les difficultés.

Lorsqu'un 'centre de référence' existe déjà dans un établissement de santé autre qu'un CHR, et fonctionne de façon satisfaisante, il peut être désigné pôle de référence. Sans doute s'avèrera-t-il nécessaire d'augmenter le nombre de ces pôles dans certaines régions, compte tenu de leur configuration géographique ou d'une fréquence plus importante d'agressions sexuelles.

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation devront faire part, dès que possible et au plus tard le 31 juillet 1997, à la direction générale de la santé, bureau SP2 et à la direction des hôpitaux, bureau E0.4, des désignations des pôles de référence et de leurs responsables.

Ces derniers doivent également organiser la recueilli et le traitement des informations relatives à l'activité des services <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-97-380-du-27-mai-1997-relative-aux-dispositifs-regionaux-daccueil-et-de-prise-en-charge-des-personnes-victimes-de-violences-sexuelles/>

dans ce domaine afin d'établir un bilan annuel d'activité. Celui-ci, établi chaque année, sera transmis à la direction des hôpitaux et à la direction générale de la santé avant le 1er février de l'année suivante.

Les bureaux EO4 de la direction des hôpitaux (Mme C. Parpillon, tél. : 01-40-56-42-45) et SP2 de la direction générale de la santé (Mme N. Matet, tél. : 01-40-56-41-63 ou Mme L. Prevot, tél. : 01-40-56-58-75) sont à votre disposition pour tous renseignements relatifs à la mise en oeuvre de ce dispositif.

Références :

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance et loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé ;

**Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985** relative à l'accueil et à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics et privés, des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement ;  
Circulaire DH n° 22 du 16 juin 1992 relative à l'enfance maltraitée.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Mots clés : victimes de violences sexuelles, pôles de référence régionaux.

Le ministre du travail et des affaires sociales, Direction générale de la santé, Sous-direction de la santé des populations DGS/SP2, Direction des hôpitaux, Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière DH / EO4.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour information).

Texte non paru au Journal officiel.