

Guide d'entretien : psychologues et soignants

Version de travail. Ce guide est en cours de relecture par des professionnel·les (cliniciens, juristes). Les formulations proposées n'ont pas encore été validées.

Pour recevoir une personne qui évoque des violences sexistes ou sexuelles : poser un cadre, laisser le choix, décrire des faits, orienter. Les phrases proposées sont à valider avec des cliniciens.

Poser le cadre

Le cadre se dit à voix haute, dès le début.

1. **Un lieu privé, la personne seule.** Ne posez la question des violences que sans tiers, dans un lieu qui ne révèle pas le motif de la visite.
2. **La confidentialité et ses limites.** Annoncez que ce qui est dit reste confidentiel, et expliquez à l'avance les cas où la loi vous demande ou vous permet d'en parler.
3. **Le contrôle revient à la personne.** Elle choisit ce qu'elle dit et quand. Elle peut ne rien dire aujourd'hui. Proposez, si possible, le choix du thérapeute (genre, par exemple).
4. **Du temps.** Prévoyez-en plus quand la honte ou la méfiance sont fortes.
5. **Ses mots.** Reprenez son vocabulaire, même s'il évite « violence » ou « abus ».

Phrases proposées :

- « Ce que vous me dites reste ici. Il y a quelques cas où la loi me demande ou me permet d'en parler, et je vous les expliquerai avant. »
- « Vous êtes libre de me dire ce que vous voulez, quand vous voulez. On peut aussi ne rien aborder aujourd'hui. »

Structurer le premier entretien

1. **Accueillir et poser le cadre.**
2. **Laisser dire**, sans interrompre ni presser.
3. **Explorer les besoins** avant les faits : « De quoi avez-vous besoin aujourd'hui ? »
4. **Vérifier la sécurité immédiate.**
5. **Informé et relier** aux soins et aux soutiens, sans promettre une aide qui n'existe pas.
6. **Convenir de la suite**, y compris de ne rien décider aujourd'hui.

Ne retardez pas la prise en charge à cause d'une procédure judiciaire.

Poser les questions

Ouvertes, avec les mots de la personne. Reformulez : « Vous avez dit que vous vous sentez très frustré·e. »

Des faits, pas des étiquettes. Pour préciser ce qui a été vécu, faites décrire des comportements plutôt que choisir un mot comme « viol » ou « harcèlement ». C'est la logique du VSSomètre.

Repères à recueillir, si la personne le souhaite : ce qui a été fait ou dit ; quand et combien de fois ; où ; par qui et dans quelle relation ; ce que la personne a fait ou dit sur le moment ; les conséquences ; qui est au courant.

À éviter : les questions suggestives et les « pourquoi ». Proposez, ne demandez pas.

Réactions fréquentes

- **Immobilité pendant les faits.** Expliquer que c'est une réaction du corps peut alléger la culpabilité : « Beaucoup de personnes ne peuvent ni bouger ni parler pendant ce genre d'événement. C'est une réaction du corps, pas un choix. » Une immobilité extrême justifie un suivi.
- **Honte et méfiance.** Prévoyez du temps.

- **Silences, récit non linéaire.** Ne déduisez rien de la véracité à partir de la cohérence du récit.
- **Dévoilement partiel ou tardif.** Accueillez-le comme un début, sans chercher à obtenir le reste.

À éviter

Pratique	Pourquoi
Débriefing psychologique en séance unique	Ne prévient pas le stress post-traumatique ; NICE recommande de ne pas le proposer
Forcer le récit, interrompre, presser	Déconseillé par l'OMS
Questions suggestives, « pourquoi »	Peuvent paraître accusatrices
Minimiser, faire de fausses promesses, parler de ses propres difficultés	Déconseillé par l'OMS
Réactions infantilisantes	Associées à un moindre sentiment de contrôle
Retarder les soins pour une procédure judiciaire	Déconseillé par NICE

Orienter

- **Secret professionnel (à contrôler sur Légifrance, art. 226-14 du Code pénal).**
D'après l'ARS Île-de-France : un professionnel de santé peut signaler au procureur ou à la CRIP des sévices laissant présumer des violences ; l'accord de la victime majeure est en principe requis, sauf si elle ne peut se protéger en raison de son âge ou d'une incapacité. Pour les violences au sein du couple, le signalement est possible si le professionnel estime « en conscience » la vie de la victime en danger immédiat et sous emprise : il s'efforce d'obtenir son accord, sinon l'informe. Un signalement de bonne foi n'engage pas la responsabilité de son auteur.

- **Soins spécialisés** : centres régionaux du psychotraumatisme (18 centres et antennes en 2025, coordonnés par le Cn2r).
- **Numéros** : 3919 (femmes victimes, proches, professionnels) ; 116 006 (aide aux victimes, horaires à vérifier) ; 119 (enfants) ; 17 ou 112 (danger immédiat) ; 114 (SMS, personnes sourdes ou malentendantes).

Prendre soin de soi

Le traumatisme vicariant existe chez les soignants. Supervision ou analyse de pratique, collectif de travail et limite au nombre de cas lourds sont les leviers les plus plausibles.

Ce que dit la science

Les sources solides disent surtout ce qu'il ne faut pas faire, et s'accordent sur un cadre : sécurité, choix laissé à la personne, pas de pression pour raconter.

Cadre et premier entretien

- **Cadre centré sur le trauma.** La SAMHSA propose six principes : sécurité, fiabilité et transparence, soutien par les pairs, collaboration, autonomisation, prise en compte des enjeux culturels, historiques et de genre. Cadre consensuel, pas preuve d'efficacité (SAMHSA, SMA14-4884).
- **Lieu et confidentialité.** L'OMS demande de poser les questions seul à seul, dans un lieu qui ne révèle pas le motif de la visite (manuel clinique OMS), et d'annoncer la confidentialité tout en expliquant les obligations légales de signalement (manuel OMS 2021).
- **Choix et temps.** NICE recommande de proposer un choix du thérapeute (NG116, 1.3.1), de prévoir plus de temps quand honte ou méfiance sont fortes (1.6.2, 1.7.3) et de ne pas retarder les soins à cause d'une procédure judiciaire (1.3.2).
- **Structure.** L'OMS organise le premier soutien en cinq temps (LIVES : écouter, explorer les besoins, valider, renforcer la sécurité, orienter) (OMS). Les premiers secours psychologiques proposent un ordre voisin : regarder, écouter, relier (OMS 2011).

Pourquoi des faits plutôt que des étiquettes

- Les questions décrivant des actes repèrent plus de situations que celles qui emploient le mot « viol » (Fisher 2009 ; Cook et al. 2011).
- Environ 60 % des femmes dont l'expérience correspond à un viol ne la nomment pas ainsi (Wilson & Miller, 2016, forte hétérogénéité).
- L'enquête Virage de l'Ined a évité ces mots puis classé les actes (audition au Sénat). Le dépistage du VA américain procède de même (Psychiatric News, source secondaire).
- Un questionnaire de recherche provoque en moyenne peu de détresse, mais une minorité est plus bouleversée (Walker et al., 1997). Ces données ne portent pas sur l'entretien clinique.
- Désaccord sur le repérage systématique : la HAS a recommandé en 2019 de poser la question à toutes les patientes (violences conjugales) ; l'OMS 2013 ne recommande pas de dépistage universel et préconise de poser la question quand les signes cliniques le justifient (OMS 2013). Dans les deux cas, ne pas insister si la personne refuse.

Réactions

- **Réactions sociales.** Les réactions négatives sont plus fortement liées aux symptômes de stress post-traumatique que les caractéristiques de l'agression (Ullman et al., 2006, transversal). Les réactions infantilisantes sont liées à un moindre sentiment de contrôle, puis à plus de symptômes (Peter-Hagene & Ullman 2014, transversal).
- **Immobilité tonique.** 69,8 % de 298 femmes reçues en centre d'urgence après un viol la rapportent, environ 48 % une immobilité extrême ; celle-ci prédit le stress post-traumatique à 6 mois (OR 2,75) et la dépression (Möller et al., 2017). Une seule équipe, environ 37 % de perdus de vue : utile pour normaliser, pas pour prédire chez une personne.
- **Silences, récit fragmenté, dévoilement tardif.** Pas de source exploitable obtenue pour ce guide.

Ce qui est déconseillé

- **Débriefing en séance unique.** La revue Cochrane (15 essais) conclut qu'il ne prévient pas le stress post-traumatique ni ne réduit la détresse ; un essai trouve plus de stress post-traumatique à un an (OR 2,51), présenté comme une suggestion de nocivité (Rose et al. 2002). NICE recommande de ne pas le proposer (1.6.5) et de surveiller à un mois les symptômes sous le seuil (1.6.4) (NICE NG116).
- **Forcer le récit, interrompre, presser ; minimiser ; fausses promesses.**
Déconseillé par l'OMS 2011.
- Point débattu : NICE recommande une thérapie centrée sur le trauma dès le premier mois en cas de trouble de stress aigu ou de symptômes importants (1.6.15). La position de l'ISTSS n'a pas été vérifiée.

Orientation et soin de soi

- Secret professionnel : document de l'ARS Île-de-France, 2023, qui reproduit des extraits de l'article 226-14.
- Centres du psychotraumatisme : Psychotraumap 2025. Numéros : solidarites.gouv.fr ; service-public.gouv.fr. Les horaires du 116 006 diffèrent selon les sources.
- Le stress traumatique secondaire touche 19,2 % de 224 professionnels de santé mentale dans une enquête (Cieslak et al., 2013). Une méta-analyse de 38 études trouve que le soutien social ($r = -0,26$) et le soutien au travail ($r = -0,17$) protègent, que la proportion de cas traumatiques ($r = 0,19$) et les antécédents personnels de trauma ($r = 0,19$) augmentent le risque (Hensel et al., 2015). Les conseils de soin de soi en découlent, sans test comme intervention.

Limites

Non vérifié : texte exact de l'article 226-14 (Légifrance), recommandation HAS 2019 en texte intégral, recommandations ISTSS, dissociation et mémoire fragmentée, données de dévoilement tardif, unités médico-judiciaires. PubMed et PMC étaient inaccessibles pendant la recherche. Les phrases proposées n'ont pas été testées. Faites relire par des cliniciens et un juriste avant diffusion. Vérifié le 11 octobre 2026.

Commencez par les besoins, puis laissez la personne dire ce qu'elle souhaite dire. Les questions ouvertes reprennent ses mots ; l'OMS propose par exemple de reformuler (« Vous avez dit que vous vous sentez très frustré·e »).

Guide rédigé par Purple Lab. Outil d'aide, ce n'est ni un avis juridique ni un avis médical.

