Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet médical

Heinrich Kläui, Conrad Frey
Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre, CRS (Croix-Rouge Suisse), Wabern/Berne

Quintessence

- Tout médecin de famille est une fois ou l'autre confronté à des personnes victimes de tortures ou de traumatismes de guerre.
- On trouve souvent des tableaux cliniques psychiatriques spécifiques (PTSD, dépression), mais la souffrance de ces personnes est difficile à cerner par la nosologie médicale.
- L'établissement d'une relation de confiance et d'une stabilisation constitue un élément essentiel de la thérapie, tout particulièrement dans le cabinet médical.

Summary

Torture and war victims in the family doctor's practice

- *Every family doctor will find her/himself confronted with tortured and traumatised patients.*
- *Specific psychiatric disorders (PTSD, depression) are frequent, but medical nosology is inadequate to measure the extent of these people's suffering.*
- *Confidence building and stabilisation are the most important therapeutic elements, also, and especially, in the family doctor's practice.*

Introduction

Même au XXIe siècle, les violences et les traumatismes de guerres sont malheureusement encore d'une actualité brûlante. Les nouvelles d'atteintes aux droits de l'homme nous parviennent pratiquement journellement – et chaque jour aussi, des hommes et des femmes traumatisés physiquement et/ou psychiquement sont obligés de fuir leur pays d'origine pour chercher refuge dans des pays moins agités et surtout en paix. Nous allons donner dans cet article un aperçu des traumatismes de victimes de torture et de guerre, sur leurs conséquences psychiques et somatiques et sur les possibilités de traitement de ces pathologies au cabinet du médecin de famille.
Avec la parution dans le journal PrimaryCare [1] d'un article et d'une brochure annexe intitulée *Torture et traumatismes: diagnostic et traitement,* la Croix-Rouge suisse a décidé d'apporter aux médecins quelques connaissances utiles dans leur pratique quotidienne sur les conséquences psychiques et somatiques de la torture et des traumatismes de guerre. La brochure contient un résumé sur le thème de la torture et des buts poursuivis, ainsi que sur les méthodes de torture les plus couramment appliquées, puis aborde les séquelles psychiques et physiques et conclut par une revue des différentes modalités de traitement disponibles. Le sujet est traité tout au long de la brochure dans la perspective du médecin de famille: quand le praticien doit-il suspecter des antécédents de torture? Comment aborder et mener l'entretien? Quelles sont les investigations utiles? Où se situent les limites du suivi et du traitement au cabinet de médecine générale? Le présent article se réfère largement à cette publication.

La réaction post-traumatique

Le terme de traumatisme désigne un événement qui déclenche «chez pratiquement tout être humain des sentiments d'abandon total, d'impuissance et de désespoir» (ICD-10), autrement dit «des événements qui dépassent les capacités d'un individu à contrôler une situation et qui entraînent un bouleversement durable de ses conceptions, de ses valeurs et de ses besoins essentiels» (théorie constructiviste de l'auto-développement de McCann et Pearlman, 1990).

Etat de stress post-traumatique

Les tortures et les traumatismes de guerre sont suivis chez environ 15% des personnes touchées par un état – souvent de longue durée – de stress post-traumatique (posttraumatic stress disorder, PTSD) [2]. Les éléments typiques du PTSD sont les suivants:

– Reviviscence: l'événement traumatisant est constamment revécu de manière très pénible, sous la forme d'intrusions de souvenirs terri-

Liens utiles:
Consultation ambulatoire pour les victimes de tortures et de guerre CRS:
http://www.redcross.ch/activities/health/ambu/index-de.php
Bureau de placement pour traducteurs: http://inter-pret.ch/contenus/shtml/acteurs-centresplacement-fr.shtml
Plateforme Internet pour les informations de santé dans différentes langues de migrants:
http://www.migesplus.ch/index-fr.php
OFSP Migration et santé: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=fr

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 883 ou sur internet sous www.smf-cme.ch.

blement envahissants, comme si l'événement se répétait dans le présent. Les reviviscences peuvent se manifester le jour par des flashbacks avec des états de conscience dissociatifs et la nuit par des cauchemars. Les facteurs déclenchants peuvent être des situations tout-à-fait banales, comme par exemple une personne en uniforme, une camionnette d'une marque particulière ou des bruits de feux d'artifice.
– Evitement: l'évitement se présente sous forme de retrait, d'absence d'intérêt, d'une rigidité, d'une distanciation émotionnelle. L'évitement a pour principal objectif la protection contre l'envahissement de souvenirs destructeurs, mais contribue sur le long terme à l'évolution vers la chronicité.
– Hypervigilance: l'hyperactivité motrice et neurovégétative avec augmentation de la vigilance, qui était à l'origine une fonction nécessaire à la survie, se traduit par une nervosité permanente avec une tendance à sursauter à la moindre occasion, des accès fréquents de sudations profuses, des crises de panique et des insomnies.

Dépression

Le diagnostic de dépression est posé deux fois plus souvent que celui de PTSD chez les personnes traumatisées, un point encore trop fréquemment négligé par la recherche sur les traumatismes psychiques encore très orientée vers l'étiologie.

Désespoir et perte du sentiment de sa propre valeur

L'approche médicale repose sur des concepts tels que maladies et troubles fonctionnels. La souffrance des personnes traumatisées dépasse cependant largement le cadre relativement strict des définitions diagnostiques des maladies. La torture et la guerre bouleversent durablement chez la victime l'image du monde qui l'entoure et l'image qu'elle a d'elle-même. Les doutes vis-à-vis de soi-même et la méfiance développée face à l'humanité, le désespoir et la profonde tristesse suscités par les pertes subies changent l'individu. Celui-ci a l'impression de ne plus être le même et se sent une sorte de «mort-vivant». Silove et Steel [2] ont imaginé une structure de pensée utile pour la pratique et qui différencie cinq niveaux que nous caractériserons ici en quelques mots:
– le niveau de la menace vitale, face à laquelle les symptômes du PTSD remplissaient à l'origine un rôle fonctionnel nécessaire (vigilance, insomnie);
– le niveau des attaches: tristesse à la suite de la perte de certains membres de la famille ou de la patrie, isolement dû à l'exil;
– le niveau de la justice: la reconnaissance et la poursuite de l'injustice ont aussi une efficacité thérapeutique;
– le niveau de l'identité et de l'appartenance: trouver une place dans le pays d'accueil, trouver une fonction (travail) dans le nouvel environnement;
– le niveau existentiel: redonner un sens à la vie; spiritualité.

Des êtres humains traumatisés au cabinet médical

Le cabinet du médecin de famille remplit une fonction très importante dans l'accueil et le suivi thérapeutique des réfugiés traumatisés. Les médecins de famille constituent en règle générale le premier point de contact avec le système de santé pour les réfugiés et ils occupent d'ailleurs souvent pendant longtemps cette position au front. Le suivi des migrants ne se distingue pas fondamentalement de celui des autres patients; il faut néanmoins relever quelques aspects spécifiques:
– il n'est pas toujours possible de trouver *un langage commun*. Il y a de plus en plus de traducteurs (cf. www.inter-pret.ch), mais les questions relatives à leur mise à disposition et à leur rémunération ne sont pas réglées.
– les *préjugés* (de part et d'autre) peuvent nuire à la bonne compréhension. Les réfugiés en provenance de pays ayant une médecine à deux vitesses voient souvent dans le cabinet de généraliste le volet de la médecine à bon marché, qu'il s'agit de dépasser moyennant une attitude revendicatrice pour avoir accès à un traitement chez un spécialiste compétent. De plus, ils sont souvent confrontés aux généralisations et aux stéréotypes des différents acteurs du système de santé.
– *la croyance en la toute-puissance de la technique médicale* nourrit des espoirs irréalistes et suscite nombre de fausses idées chez le réfugié, qui se voit enfin avoir accès à la médecine de pointe des pays industrialisés – idées et espoirs qui sont d'ailleurs aussi assez répandue chez les médecins.

Dans quelles situations faut-il songer à de possibles antécédents de torture?

Les plaintes spontanées des victimes de tortures sont le plus souvent peu spécifiques et le médecin non préparé ne les mettra probablement pas en relation avec les tortures subies. Les symptômes et signes suivants chez des migrants (quel que soit leur statut de séjour dans le pays) peuvent être des indices suggérant des antécédents de torture systématique:
– des traces de blessures visibles (cicatrices, perforations du tympan, déformations des pieds).
– des douleurs chroniques, en particulier des troubles dont l'intensité et la localisation varient

beaucoup (exemple: lors d'un contrôle à la suite d'une consultation en urgence pour des lombalgies, celles-ci ont totalement disparu, mais le patient se plaint maintenant de douleurs intolérables à un pied).
- une nervosité et une hyperexcitabilité neurovégétative, une transpiration excessive; un état de tension important, qui peut se transmettre aux personnes soignantes. La tension intérieure s'exprime dans la description de douleurs intolérables, dans un état d'agitation (consultations en urgence, l'attente étant également vécue comme intolérable et le patient arpentant fréquemment les couloirs dans un état d'excitation avancée). Les changements de médecin sont fréquents, tout autant que les visites répétées dans les services d'urgences hospitalières, malgré un suivi régulier chez le médecin traitant. Typiquement, le patient résumera ses troubles de la manière suivante: «Pourquoi est-ce que cela dure si longtemps jusqu'à ce que quelqu'un vienne à mon secours?» En fait, exactement les termes qu'il avait employés en racontant ce qui s'était passé lors de son traumatisme.
- des états dissociatifs: les victimes de tortures peuvent voir remonter à la surface des souvenirs de leurs tortures à la suite de facteurs déclenchant (parfois banals). Il peut s'agir de la vision d'une personne en uniforme ou d'une camionnette de livraison d'une certaine marque (utilisée par la police secrète dans son pays d'origine). Le simple cliquetis d'une machine à écrire peut réveiller chez les personnes victimes de tortures des souvenirs extrêmement pénibles et provoquer des états dissociatifs.
- des troubles du sommeil chroniques (peurs, cauchemars avec agitation motrice et cris nocturnes).
- des sentiments de crainte, de la colère, de la méfiance, de la résignation et du désespoir (aussi sous la forme de sentiments de transferts). Les réfugiés traumatisés réagissent de manière particulièrement sensible à toute injustice ou discrimination supposée ou réelle.

Comment conduire l'entretien?

L'établissement d'une relation de confiance doit être au centre du suivi. Cette confiance doit être renforcée par la constance et la fiabilité de la relation au cours du temps, par l'acceptation de l'autonomie de son vis-à-vis et par la négociation au sujet des démarches à suivre. Les premiers contacts entre le patient et le médecin sont d'une importance capitale pour la suite de la prise en charge. Ces patients ont parfois passé par des expériences décevantes et peuvent avoir des attitudes revendicatrices ou au contraire opposer une véritable résignation. Les conseils suivants peuvent aider à la conduite de l'entretien et faciliter l'abord de certains thèmes douloureux:

Faites preuve de retenue lors de l'entretien: laissez les réfugiés victimes de traumatismes déterminer eux-mêmes dans quelle mesure ils sont prêts à s'ouvrir à vous. Si votre patient/e vous échappe et s'égare dans un état dissociatif à l'évocation de ses souvenirs, mettez un coup de frein à la conversation pour le/la ramener dans la réalité («Maintenant, nous sommes à XY, vous êtes venu/e me trouver pour vos maux de tête et nous allons nous en occuper …»). Prenez votre temps et donnez-en à votre interlocuteur.

Evitez de rappeler inutilement les interrogatoires et les tortures: pour éviter toute intrusion incontrôlée lors de l'examen, il est extrêmement important de développer un sens pour les facteurs déclenchant potentiels. Les longues durées d'attente, la solitude dans la salle d'attente, les entretiens dans le style interrogatoire ou les examens sans avertissements ni explications sont par exemple inappropriés.

Transmettez un sentiment de sécurité: pensez à la disposition des sièges et, dans la situation de l'examen, au besoin de sécurité de ces personnes (laissez une voie de fuite et permettez un peu de distance, établissez le contact physique nécessaire certes avec détermination, mais aussi avec doigté).

Donnez des explications: expliquez vos intentions avec des mots simples et précis. Orientez votre patient/e en toute franchise sur le déroulement et les buts de l'examen, ainsi que sur ses droits (secret médical). Informez le/la patient/e sur les différentes possibilités de traitement, de suivi et de conseil qui sont à disposition.

Evitez tout activisme: ne vous laissez pas pousser trop rapidement aux consultations de spécialistes. On dispose parfois déjà d'examens antérieurs. Des examens tels que CT, IRM ou EEG peuvent se justifier une fois une bonne information donnée et la confiance nécessaire établie. Le recours à des investigations spécialisées ciblées peut par la suite montrer au patient que ses troubles sont pris au sérieux. Le résultat normal d'un examen technique peut, le cas échéant, établir des bases plus solides pour un travail en commun que le refus de toute investigation d'emblée.

Faites preuve d'esprit d'ouverture et d'authenticité: n'hésitez pas à parler ouvertement des possibilités et des limites de vos interventions thérapeutiques pour éviter d'autres déceptions.

Pensez aux proches: intégrez les conjoints et les enfants des réfugiés traumatisés dans vos réflexions et vos discussions. Les proches souffrent souvent beaucoup des comportements de ces patients, qu'il s'agisse de l'agitation, du désespoir, du retrait ou de l'isolement.

Réfléchissez à vos propres réactions: pensez à votre propre malaise face à certains thèmes ou à certaines situations. Ce genre de sentiments peut inciter à davantage de prudence dans la suite du traitement.

Recherchez activement les symptômes psychiques: contrairement aux symptômes physiques, ces patients n'évoquent que rarement leurs symptômes psychiques. Des questions proactives peuvent les soulager.
Evitez de «pathologiser» trop rapidement: axez la discussion avec les patients sur leurs ressources. Confirmez-leur que ces sentiments et ces comportements sont des réactions normales à des événements anormaux et non l'inverse.
Prenez position: nommez et reconnaissez l'injustice commise. Posez-vous vos propres questions sur le sens et l'espoir.
Montrez de l'intérêt pour l'agenda du patient: demandez-lui quels sont ses espoirs, ce qu'il pense de sa maladie et de ses chances de guérison, et quelles sont ses expériences. Tenez compte de son point de vue lors de votre appréciation. Laissez le patient participer activement au processus de négociation entre les agendas du médecin et du patient.

Quand faut-il aborder la question du traumatisme?

Il n'existe aucune règle générale!
Parfois, une victime de tortures évoque les événements dès la première consultation, l'air peu concerné et de manière purement «technique»: faut-il creuser pour savoir s'il parvient à persister dans ce mode de défense? Les tortures subies sont-elles le ticket d'entrée dans le système médical? Le plus souvent, le vécu reste enfoui pendant longtemps, par sentiment de honte, par égard pour l'autre ou dans une attitude d'autoprotection pour éviter d'être submergé par les mauvais souvenirs.
L'abord d'éventuelles expériences de tortures est souvent ressenti par les thérapeutes et les soignants comme une mission délicate. Au premier contact avec un médecin, il est le plus souvent question de troubles physiques, les problèmes psychiques étant passés sous silence. Ces patients éprouvent en général des difficultés pour parler de leurs expériences effroyables. La profonde perte de confiance en eux-mêmes et dans le reste de l'humanité a pour effet que de nombreux patients victimes de tortures ne commencent à raconter les événements en consultation qu'une fois qu'une relation de confiance a pu être établie. D'autres réfugiés parlent des pires interrogatoires et des pires violences d'une manière apparemment totalement dépourvue d'émotions, l'individu en souffrance restant alors complètement caché. Ceci ne parle pas contre la crédibilité de son histoire, car l'extinction des sentiments (dissociation) est une manière de gérer le souvenir de ce qui s'est passé.

Comment procéder concrètement?

Les médecins portent également une part de responsabilité dans le fait que des expériences extrêmement traumatisantes ne soient guère abordées au début. Les soignants éprouvent souvent eux-mêmes de la peine à trouver les mots qui conviennent et à gérer les émotions suscitées par ces récits. Un interrogatoire mécanique récurrent peut être aussi problématique que l'expression d'émotions par trop participatives. Il est tout aussi difficile de donner à l'entretien un contenu équilibré. Le thème de la torture reste parfois inexploré pendant longtemps pour éviter de répéter le traumatisme. A l'inverse, l'exploration trop directe des expériences traumatiques peut laisser les patients bouleversés durant des jours. Dans notre expérience la question ouverte suivante a fait ses preuves «Avez-vous été arrêté/e ou emprisonné/e»? Il faut malheureusement s'attendre à ce que la plupart des personnes emprisonnée dans certains pays aient été soumis à la torture. Il en résulte un sous-entendu dans le vécu chez ces patients. On peut ensuite poursuivre, devant certains symptômes, par un abord direct de la question de la torture: «Ces douleurs remontent-elles à votre détention?» ou «Avez-vous été battu/e ou maltraité/e d'une façon ou d'une autre?». Cette approche assure au patient que son interlocuteur sait à quoi s'en tenir sur ce qui se passe dans les commissariats et les prisons de son pays. Des questions plus impersonnelles peuvent également servir d'introduction à ce thème – «Je sais que des maltraitances sont monnaie courante dans votre pays d'origine» – et donner au patient la possibilité de parler de ses propres expériences: «Avez-vous vous-même vécu ce genre d'expériences? Est-ce que vous souhaitez en parler?»

Quelles sont les possibilités de traitement?

Le traitement se résume à trois modalités (pour une discussion plus approfondie, on se référera à la brochure *Torture et traumatismes: diagnostic et traitement* de la Croix-Rouge suisse):

- la relation médecin-patient: parfois ébranlée par la méfiance ou par des comportements inappropriés, parfois suffisamment solide seulement après une période relativement longue, la relation de confiance entre le médecin et le patient reste le pilier du traitement.
- les psychotropes sont souvent nécessaires, qu'il s'agisse d'antidépresseurs (tricycliques et SSRI) ou de neuroleptiques, pour traiter les états de tension et les troubles du sommeil souvent très prononcés; on déconseille d'une manière générale les benzodiazépines, exception faite de courtes périodes de traitements sporadiques, en raison des risques de dépendance.
- la psychothérapie: elle va de la psychothérapie «légère» chez le généraliste à une prise en charge dans une consultation ambulatoire spécialisée dans les victimes de tortures et de guerre, en passant par les consiliums de psychiatrie.

On ne négligera pas – en cas de besoin – les discussions avec les personnes compétentes dans les structures d'accueil, les services d'aide aux réfugiés et les services sociaux! Un «case management» coordonné favorise le sentiment de sécurité et la confiance et réduit les redondances.

Résumé

Le suivi des réfugiés traumatisés fait partie des missions du médecin de famille. Dans les situations difficiles, il trouvera un soutien dans les consultations ambulatoires spécialisées dans les victimes de tortures et de guerre. Garder les yeux ouverts, prêter une oreille attentive et garder une âme sensible, c'est cela qui importe.

Si on demande aux réfugiés ce qui les a le plus aidé, ils répondent le plus souvent: «J'avais confiance en mon médecin» ou «Mon médecin m'a écouté». L'établissement d'une relation de confiance solide jette les bases de l'intégration et de la stabilisation. Il s'agit moins de méthodes et de concepts d'entraide isolés que de l'interaction des différentes interventions médicales, psychosociales et de politique sociale qui donne ou restitue des sentiments tels que sécurité, respect de soi et efficacité personnelle – «Je suis à nouveau capable participer et d'apporter une contribution active» – et mener à nouveau une existence digne.

Correspondance:
Dr Heinrich Kläui
Service ambulatoire
pour victimes de la torture
et de la guerre, CRS
CH-3084 Wabern/Berne
heinrich.klaeui@redcross.ch

Références

1 Kläui H, Frey C. Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet médical. PrimaryCare 2008;8(6):99.
2 Steel Z. Beyond PTSD, in: Catherine Moser, Doris Nyfeler und Martine Verwey, Hrsg., Traumatisierung von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes, Zürich: Seismo; 2001;66–84.
3 Moser C. Hausärztliche Betreuung von Folter- und Kriegsopfern, Bern: SRK; 2007.
4 Gelzer D. Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde, PrimaryCare. 2005;5:128–31.
6 Kläui H. «Es geht mir nicht besser…» – einige Überlegungen zu Migration, Trauma und Gesundheitswesen, in: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo; 2004.
6 Maier T, Schnyder U (Hrsg). Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern, Bern: Hans Huber; 2007.
7 Nigg C. Patientenbetreuung im transkulturellen Kontext – Möglichkeiten und Grenzen, Schweizerische Ärztezeitung. 2004;85:694–5.
8 Walther M. Souffrance du corps – souffrance de l'âme, Collaboration entre le généraliste et le spécialiste dans la prise en charge des migrants. PrimaryCare. 2005;342–3.