

Torture et traumatismes: **Diagnostic et traitement**



Une information pour médecins de premier recours
et autres professionnels de la santé

Avant-propos	5
Introduction	9

1 Torture et autres formes de violence organisé	11
1.1 Qu'est-ce que la torture?	11
1.1.1 Torture	11
1.1.2 Autres formes de violence organisée.....	11
1.1.3 Atteintes aux droits de l'homme en temps de guerre	12
1.2 L'étendue de la torture	13
1.2.1 La survenue de la torture	13
1.2.2 Les tortionnaires.....	14
1.2.3 Victimes de torture et de guerre dans les pays d'accueil.....	15
1.3 Objectifs de la torture	16
1.3.1 Atteinte aux fondements vitaux (systèmes d'attachement)	16
1.3.2 Atteinte du groupe d'appartenance	17
1.3.3 Moyens et méthodes	19

2 Répercussions de la torture et de la guerre	23
2.1 Le stress traumatique	23
2.2 La réaction traumatique	24
2.3 Tableaux symptomatiques	26
2.3.1 Symptômes essentiellement somatiques	26
2.3.2 Syndromes douloureux chroniques	27
2.3.3 Tableaux psychiatriques.....	29
2.4 Ébranlement persistant des fondements vitaux	30
2.5 Les traumatismes séquentiels	34
2.6 Le contexte migratoire au premier plan	35

Empreinte:

Editeur: Croix-Rouge suisse
 Rédaction: Catherine Moser, Conrad Frey
 Lectorat: Caroline Schlar, Laurent Suilia
 Layout: Croix-Rouge suisse, graphic-print
 Impression: Fischer, Münsingen
 Tirage: 3300

3	Élaboration du vécu et prise en charge thérapeutique	39
3.1	Les piliers de la prise en charge thérapeutique	39
3.1.1	La genèse de la santé et le sens de cohérence	39
3.1.2	Mobilisation des ressources	41
3.1.3	La collaboration pluriprofessionnelle et multidisciplinaire	42
3.2	Reconstruction des fondements vitaux	45
3.2.1	Rétablir la sécurité physique et psychique	47
3.2.2	Nommer l'injustice et reconnaître les souffrances	49
3.2.3	Redonner un soutien social	50
3.2.4	Respecter l'autodétermination	51
3.2.5	Ouvrir des perspectives dans la vie	52
3.3	La relation thérapeutique	54
3.3.1	La relation médecin-patient	54
3.3.2	Les objectifs du suivi et de la thérapie	57
3.3.3	Examen médical et conduite de l'entretien	60
3.3.4	La collaboration avec un interprète communautaire	65
3.3.5	L'implication de la famille	68
3.3.6	Les traumatismes secondaires	71

Adresses et références utiles	77
--------------------------------------	-----------

Liens vers des organisations de défense des droits de l'homme	78
--	-----------

Références bibliographiques	80
------------------------------------	-----------

Projets CRS	81
--------------------	-----------

Avant-propos

Partout dans le monde, des millions de personnes sont jetées sur les routes de l'exil par la misère et la faim, par la répression sociale et politique, par la persécution et la guerre, voire par les changements écologiques ou les catastrophes naturelles. La Suisse n'est pas non plus épargnée par ces mouvements migratoires. Pour nombre de persécutés, il ne s'agit pas seulement de faire le deuil de ce qu'ils ont perdu, mais de surmonter les répercussions de traumatismes répétés. La part des réfugiés qui ont subi des formes de violence extrême est considérable. En Suisse, on estime que c'est le cas d'un quart d'entre eux au moins. Dans certains groupes à risque, comme par exemple celui des personnes anciennement privée de liberté, ce chiffre est encore bien plus élevé. L'expérience de la torture, de la guerre et de l'exil affecte la personne dans toutes les dimensions de son être, en ce qu'elle est une négation radicale de ses besoins les plus élémentaires – en termes de sécurité, d'ancrage social et d'affiliation, de justice et de confiance. Les profondes blessures psychiques infligées se traduisent souvent par des douleurs chroniques, des états de stress post-traumatiques et des dépressions, qui vont de pair avec une incapacité à envisager l'avenir et une perte du sens de la vie.

Les personnes déplacées qui ont subi des actes de violence systématique dans leur pays d'origine ou pendant l'exil constituent un lourd fardeau pour le système sanitaire et social du pays d'accueil du fait, notamment, de leur recours fréquent aux services d'urgence, du manque de coordination des interventions (le plus souvent médicalementes) dont ils font l'objet ou de l'absence de leur intégration économique. En outre, leurs handicaps linguistiques, leur méconnaissance des ressources existantes ou leur manque de confiance dans ces dernières sont autant d'obstacles qui compliquent leur accès à des approches thérapeutiques complémentaires et spécifiques. Ce défaut de prise en charge médicale est aussi imputable aux résistances intérieures des patients traumatisés à évoquer leur vécu atroce. Cela étant, les blocages culturels et les réticences à aborder des sujets sensibles sont parfois aussi le fait des médecins.

La Croix-Rouge suisse œuvre depuis plus de 15 ans à l'amélioration de la prise en charge médicale et à l'insertion sociale des réfugiés victimes de violences. Au Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS (Berne), ils bénéficient d'un suivi médical et psychothérapeutique global et intégré. Grâce à la mise en place d'un centre thérapeutique à Zurich ainsi qu'à l'extension de structures homologues à Genève et Lausanne, une offre de soins spécialisés est désormais disponible dans toute la Suisse depuis quatre ans.

Le corps médical est conscient de la responsabilité sociale et humanitaire qui lui revient dans la lutte contre la torture. Par la Déclaration de Tokyo, l'Association Médicale Mondiale a, en 1975, édicté des normes déontologiques relatives à la prise en charge des patients qui souffrent des séquelles de torture. A la demande de la Société suisse de médecine générale (SSMG), l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA) a, en 2004, réaffirmé dans son Statement for Humanity les obligations qui incombent aux médecins envers les personnes persécutées et torturées.

En Suisse, les médecins généralistes sont investis d'un rôle décisif dans la gestion des séquelles de torture et de guerre. Ils assurent la continuité du suivi, évaluent les besoins du patient en termes de soins, inscrivent la démarche thérapeutique dans le contexte familial, orientent vers d'autres acteurs et coordonnent les différentes interventions. Ils sont souvent les premiers interlocuteurs des requérants d'asile. Outre la barrière linguistique, qui restreint, voire empêche la compréhension mutuelle, les fournisseurs de soins primaires se sentent souvent livrés à eux-mêmes par la complexité des problèmes rapportés, par les contraintes et restrictions imposées par le cadre légal et par le caractère éprouvant de ce type de prise en charge.

Le présent document vise à sensibiliser le corps médical ainsi que les autres intervenants de la santé et du social à la situation souvent précaire des réfugiés traumatisés ainsi qu'à encadrer leur pratique. Il dispense des connaissances générales et donne des pistes utiles pour l'abord et le suivi de ces patients. Enfin et surtout, la Croix-Rouge suisse et le Collège de médecine de premier recours (CMPR) espèrent que cette initiative conjointe contribuera à promouvoir la coopération des médecins généralistes et spécialistes, dans l'intérêt des personnes les plus démunies.

Croix-Rouge suisse	Collège de médecine de premier recours
Daniel Biedermann Directeur	Dr Marc Müller Président

Introduction

Les médecins généralistes jouent un rôle pivot dans la prise en charge globale des réfugiés traumatisés. Aussi l'équipe soignante du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS est-elle soucieuse d'entretenir avec ces interlocuteurs privilégiés une collaboration et un dialogue de qualité. L'idée de rédiger un texte destiné à sensibiliser les médecins généralistes aux fondements et aux spécificités du suivi des patients traumatisés par la guerre et, ainsi, à favoriser le partage des savoirs avec les prestataires de soins primaires n'est pas nouvelle.

Un projet en ce sens a été ébauché à la fin des années 1990, mais des préoccupations plus urgentes et des changements de personnel au sein du Service ambulatoire en ont retardé la mise en œuvre. Le dixième anniversaire de la structure a insufflé une dynamique nouvelle au projet. Dans le sillage de la réalisation, par Bruno Moll, d'une vidéo didactique intitulée «Tochter des Meeres», les travaux de rédaction ont repris. A cette occasion, la matière brute existante a été exploitée et a fait l'objet d'un remaniement rédactionnel important.

Le produit fini est enfin disponible. Grâce à des contributions de soutien d'origines diverses, cette brochure peut aujourd'hui être diffusée gratuitement à tous les médecins affiliés au Collège de médecine de premier recours. Référence utile aux professionnels qui interviennent dans le traitement et le suivi de réfugiés souffrant de traumatismes extrêmes, elle vise à les doter du bagage nécessaire à ce type de prise en charge et à leur permettre d'en approfondir certains aspects. Associée à la vidéo pédagogique, elle fera à l'avenir partie intégrante de la formation continue.

Nous souhaitons adresser nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement du projet, et plus particulièrement

- à tous les collaborateurs anciens et actuels du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS, sans l'expérience et les contributions desquels cet ouvrage n'aurait jamais pu voir le jour,
- à Hansjörg Vogel, docteur en théologie (Lucerne), et au Dr Heinrich Kläui (Berne), tous deux associés au projet, qui ont fourni des apports essentiels à cette publication,
- à Angelika Louis (afk Bern), pour la planification financière et la coordination du projet,
- à Caroline Schlar et au Dr Laurent Subilia (ctg Genève), pour la révision de la version française,
- aux collaborateurs de graphic-print CRS, pour la conception graphique et l'impression,
- à l'Office fédéral des migrations ainsi qu'à tous les donateurs plus anciens pour leur soutien financier,
- et tout spécialement au Collège de médecine de premier recours (Berne) et à la revue Primary Care, qui ont adhéré avec enthousiasme et sans formalités à l'idée d'une publication, et ont contribué de façon substantielle à son avènement.

Croix-Rouge suisse
Département Santé et intégration

Catherine Moser
Collaboratrice scientifique

Dr. med. Conrad Frey
Médecin chef du Service ambulatoire
pour victimes de la torture et de la guerre

Berne, en janvier 2008

1

Torture et autres formes de violence organisée

1. 1 Qu'est-ce que la torture?

■ ■ ■ 1.1.1 Torture

En raison de l'emploi très large du terme torture, un effort de précision sémantique s'impose. A cet égard, la définition qu'en donne la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants adoptée en 1984 par l'ONU tient lieu de référence. Entré en vigueur en juin 1987, ce texte a été ratifié à ce jour (décembre 2006) par 144 Etats (cf. dernière mise à jour sur <http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/9.htm>)

Conformément à cette définition, la torture se caractérise par les éléments constitutifs suivants qui, réunis, établissent sa réalité et la distinguent d'autres formes de mauvais traitements (cf. <http://www.ohchr.org/french/law/cat.htm>, art. 1):

- ◆ intentionnalité,
- ◆ infliction de douleurs et de souffrances physiques ou mentales graves, infligé par un agent de la fonction publique ou de toute autre personne agissant à titre officiel,
- ◆ infliction de douleurs ou de souffrances à l'instigation ou avec le consentement exprès ou tacite de la personne susmentionnée.

■ ■ ■ 1.1.2 Autres formes de violence organisée

Outre les atrocités qui peuvent être désignées par le terme torture, il existe de nombreuses formes de traitements ou de sanctions cruels, inhumains et dégradants interdites par le droit international.

La violence organisée renvoie à des méthodes de répression directe telles que:

- ◆ terrorisme
- ◆ menaces
- ◆ enlèvements
- ◆ «disparitions» de personnes
- ◆ viols
- ◆ mutilation
- ◆ assassinats politiques

S'y ajoutent des formes de répression indirecte telles que:

- ◆ harcèlement persistant et généralisé
- ◆ obligation de collaborer
- ◆ licenciements pour raison politiques
- ◆ privation d'accès aux systèmes de santé ou d'éducation du fait de l'appartenance à un certain groupe ou à une certaine minorité

■ ■ ■ 1.1.3 Atteintes aux droits de l'homme en temps de guerre

Lors d'affrontements guerriers, les atteintes aux droits de l'homme sont fréquentes. Les guerres «classiques», qui opposent des Etats-nations entre eux, sont en recul par rapport aux conflits dits asymétriques, aux allures de guerre civile. Aussi les lignes de démarcation entre violence organisée étatique et non étatique s'estompent-elles, ce qui rend difficile l'application stricte de la définition de la torture donnée par les Nations Unies. La persécution de minorités politiques, religieuses et/ou ethniques se double presque toujours de la pratique de la torture. D'autres atteintes aux droits de l'homme perpétrées en temps de guerre sur des militaires ou des civils sont, dans leur structure et leur méthode, assimilables à des actes de torture. Lors de conflits, la violence physique et sexuelle est systématiquement utilisée comme une arme, et il y a impossibilité de satisfaire ses besoins les plus élémentaires (alimentation, hygiène, habillement, sommeil, hébergement). La notion de torture inclut aussi un stress psychique extrême qui, en temps de guerre, peut survenir du fait, par exemple, de menaces de mort, du spectacle de la violence exercée sur autrui, de l'ignorance du sort de ses proches, de l'imprévisibilité généralisée de la situation et du climat répressif.

Torture et guerre entretenant des rapports inextricables, leurs conséquences pour les survivants sont semblables. Cependant, l'expérience vécue de la violence peut, selon le contexte, différer grandement d'une personne à l'autre, ce qui a une incidence sur les séquelles de même que sur la prise en charge des victimes. La détention et la torture sont souvent vécues par les anciens prisonniers politiques comme le coût de leur engagement actif. Même après leur fuite, il reste à ces victimes de violence quelque chose de leur engagement concret ou, du moins, de leur adhésion à la cause défendue qui fait partie intégrante du processus de guérison. A l'opposé, un civil qui fait l'objet de violences dans le contexte d'une guerre est – plus ou moins – affecté de façon inattendue et se perçoit comme non impliqué. L'aspect arbitraire et le caractère inexplicable de la situation peut compliquer encore l'élaboration du vécu.

1.2 L'étendue de la torture

Documenté dès l'Antiquité, le recours à la torture peut, aujourd'hui encore, être considéré comme un phénomène largement humain et répandu à l'échelle planétaire.

■ ■ ■ 1.2.1 La survenue de la torture

Dans le monde entier, diverses organisations non gouvernementales et de défense des droits de l'homme œuvrent à la prévention de la torture. Elles dénoncent publiquement les atteintes aux droits de l'homme, exerçant ainsi une pression sur les gouvernements concernés, ou offrent aux survivants un soutien juridique et médical. Elles publient annuellement des rapports où sont énumérés l'ensemble des pays où la torture est appliquée, où d'autres formes de violence étatique sont exercées et où des discriminations graves sont pratiquées (voir annexe).

Les situations faisant émerger le recours à la torture dépendent d'un contexte plus général et sont, par conséquent, multiples. La torture n'est souvent qu'un maillon dans une chaîne d'événements. Dans les pays où le recours à la torture est systématique, une propagande étatique diffuse généralement des modèles de pensée et de croyance clos, qui cristallisent la nécessité de protéger avec force l'Etat contre ses ennemis. La mise à l'index de groupes politiques, religieux ou ethniques permet à la population de projeter ses propres peurs et son propre sentiment d'être menacée sur des ennemis imaginaires négatifs.

Lors d'arrestations, la durée légale qui s'écoule jusqu'à ce que les détenus puissent recevoir la visite de leurs proches ou d'un avocat est une période critique pendant laquelle le recours à la torture est fréquent. Cela vaut aussi pour les captures qui surviennent en dehors de toute plainte ou de tout procès. Lors de situations de guerre civile, où la torture est systématiquement utilisée comme une arme, la violence n'est pas le fait des seules instances étatiques, telles que la police ou les forces militaires, mais elle est également exercée par des groupes paraétatiques. Dans ce dernier cas, les actes n'entrent pas, stricto sensu, dans la définition de la torture arrêtée par l'ONU. Les conséquences pour l'individu qui les a subis n'en demeurent pas moins les mêmes.

■ ■ ■ 1.2.2 Les tortionnaires

Dans les régions en proie à des conflits, les atteintes aux droits de l'homme interviennent tantôt de façon imprévue (débordements de violence), tantôt de façon contrôlée. Dans les régimes répressifs, les tortionnaires sont minutieusement sélectionnés parmi des personnes de même bord au sein d'unités militaires et paramilitaires étroitement encadrées (forces de sécurité) et sont soumises à un entraînement rude. Obéissance aveugle à l'autorité, immaturité, faible estime de soi et agressivité sont autant de traits caractéristiques de la personnalité du tortionnaire. Les bourreaux ne présentent toutefois pas un profil psychologique uniforme et ne sont pas réductibles à des psychopathes sadiques. Loin d'être des explosions de violence incontrôlées, leurs

actes relèvent plutôt de la technique bien rodée et sciemment mise en œuvre. La désinhibition nécessaire à la pratique de la torture fait intervenir un savant mélange de mobiles et de stimuli: d'une part, frustrations et humiliations propres et, d'autre part, récompense par l'octroi de privilèges et conscience d'appartenir à une élite. La plupart des tortionnaires ont le sentiment de faire tout simplement leur devoir, si bien que l'usage de la torture ne fait l'objet d'aucune mise en question de leur part.

Les régimes ont tendance à présenter les faits de torture commis dans leur pays comme les dérapages de quelques individus isolés. Outre qu'elle fait abstraction du contexte social dans lequel surviennent les actes en question, cette posture occulte la responsabilité des dirigeants. L'élaboration historique sur les atrocités perpétrées à l'ère du national-socialisme a ainsi mis en évidence des formes conscientes et inconscientes de complicité avec leurs auteurs ainsi que leurs répercussions à travers les générations.

■ ■ ■ 1.2.3 Victimes de torture et de guerre dans les pays d'accueil

Les conséquences sur l'individu de formes de violence organisée, d'humiliation et de menace persistante autres que la torture uniquement ne doivent être ni ignorées ni sous-estimées. La population civile des zones en proie à la guerre ou à des crises, notamment, est exposée à des stress traumatiques importants, la violence guerrière n'étant plus, de nos jours, dirigée en premier lieu contre une armée ennemie, mais contre l'ensemble d'une population civile opposée. En d'autres termes, des personnes ayant subi des mauvais traitements qui ne peuvent être qualifiés de tortures peuvent cependant avoir été gravement traumatisées par d'autres formes de violence.

De la perspective d'un pays d'accueil comme la Suisse, cela signifie que presque tous les réfugiés originaires des pays concernés doivent être considérés comme victimes de violence organisée sous une forme quelconque. Il ressort de statistiques établies dans les années 1990 qu'environ 70% des réfugiés en Suisse ont subi des violences physiques ou psychiques, et que près d'un quart a été exposé, sur une période prolongée à des tortures multiples et systématiques. Ces chiffres doivent cependant être considérés avec prudence. D'une part, ils varient beaucoup en fonction des flux migratoires et, d'autre part, il est probable qu'un nombre important de victimes de torture échappent aux statistiques du fait du tabou qui entoure la problématique.

1.3 Objectifs de la torture

■ ■ ■ 1.3.1 Atteinte aux fondements vitaux (systèmes d'attachement)

La torture vise à porter atteinte à la personne dans sa totalité et à la détruire. Afin de parvenir à réaliser cet objectif, les mécanismes propres à la torture menacent ainsi les différents niveaux d'expérience de vie liés les uns aux autres ainsi que les ancrages fondamentaux de l'individu (systèmes d'attachement d'après Derrick Silove et Zachary Steel, 2001).

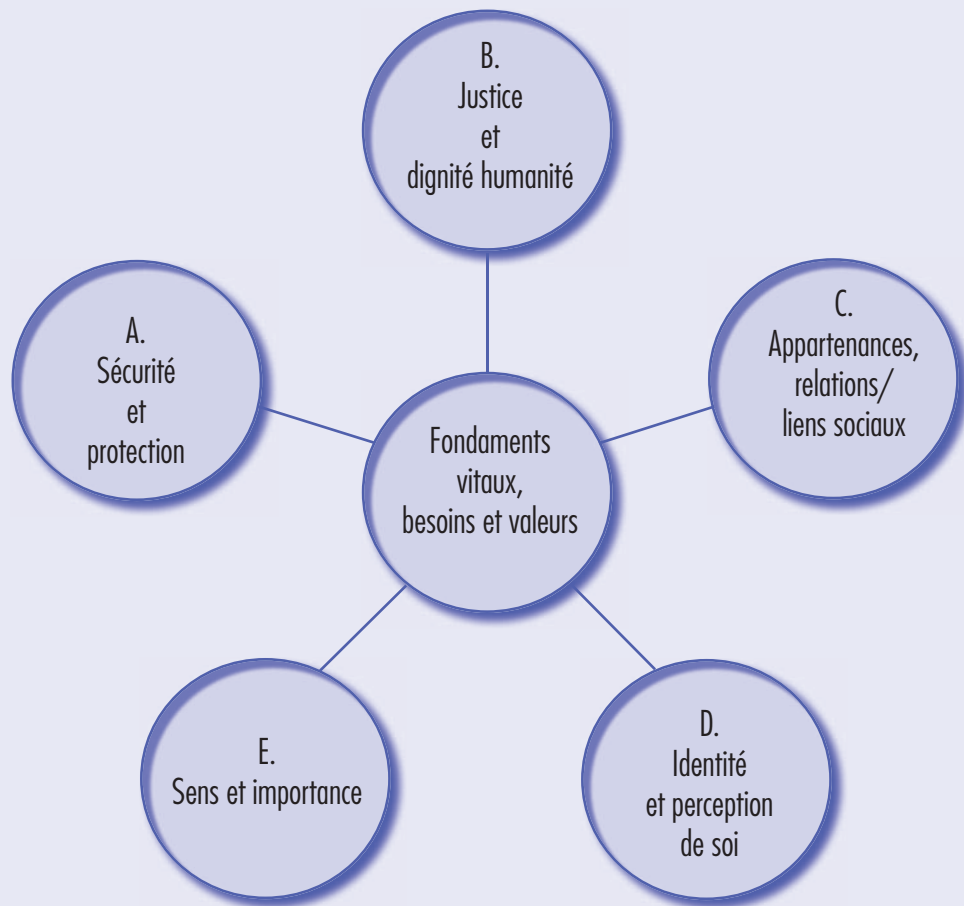
La torture a pour effet d'attaquer la confiance profonde qu'un individu a en lui-même et dans son environnement et elle atteint ainsi le noyau profond d'un être humain. Elle cherche à détruire l'existence des victimes sans entraîner leur mort physique. La personnalité est ébranlée, dans la mesure où ses repères idéologiques, sociaux, normatifs, spirituels, physiques et psychiques sont anéantis. Ce sont ces ancrages essentiels, qui vont bien au-delà des aspects matériels de l'existence, qui sont la véritable cible de la torture.

La torture vise à miner sciemment et intentionnellement les fondements vitaux suivants:

- A. le sentiment de sécurité: l'assurance qu'a la personne de vivre dans un cadre légal garant de sa propre intégrité physique;
- B. le sens de la justice: une disposition intellectuelle pour la justice et la dignité inaliénable de la personne;
- C. le sentiment d'appartenance à un groupe: l'intégration sociale à un réseau qui crée des affiliations et qui est consolidé par des liens sociaux;
- D. la représentation de soi: l'ancrage personnel à travers des rôles sociaux, qui confèrent une identité stable à l'individu et lui permettent d'avoir une perception cohérente de lui-même;
- E. le sens de la vie: un système de normes et de valeurs qui tiennent lieu de repères face aux questions existentielles et donnent un sens et de l'importance à la vie. (voir graphique page 18)

■ ■ ■ 1.3.2 Atteinte du groupe d'appartenance

Sous la torture, l'individu n'est qu'un moyen de parvenir à une fin. L'objet ultime de la torture est beaucoup plus large: en détruisant des existences singulières, c'est en fait le groupe d'appartenance qui est visé par les bourreaux (p. ex. un parti politique ou un groupement de journalistes indépendants). Des personnes qui ont été torturées se décrivent souvent comme des «morts vivants», signalant ainsi qu'elles ne sont pas mortes en termes biologiques, mais en termes sociaux. Lorsque l'on est parvenu, à travers des individus, à intimider leur entourage immédiat et à répandre un climat de terreur et de peur dans la société, l'objectif de la torture est atteint. La dissuasion et le harcèlement de l'ensemble de la société ou de groupes spécifiques sont accentués par un jeu subtil de révélation et de dissimulation. Par exemple, les arrestations font l'objet d'une mise en scène médiatique et des photos de torture sont délibérément publiées, mais la torture elle-même est pratiquée dans le plus grand secret.



La torture est instrument de pouvoir. A ses commanditaires et à ses auteurs, elle sert à se maintenir au pouvoir ou à s'en emparer, ainsi qu'à en priver ses victimes, qu'elle rend complètement impuissantes. Le pouvoir et la répression – son corollaire obligé – sont des éléments constitutifs de tous les contextes de torture. Afin de créer cette asymétrie, une minorité est désignée comme cible et, ainsi, un spectre est brandi. Simultanément, les instances étatiques sont présentées comme menacées et la torture comme une contrainte inéluctable au regard du danger. Faire étalage de son pouvoir et l'exercer, voilà l'objectif ultime poursuivi par la torture. Ses objectifs annexes dépendent largement du contexte, mais il n'est pas rare qu'intervienne l'un des mobiles suivants (les 6 I de Peter Suedfeld, 1990):

- ◆ **Information:** extorsion d'informations
- ◆ **Incrimination:** extorsion d'aveux
- ◆ **Indoctrination:** endoctrinement
- ◆ **Intimidation**
- ◆ **Isolation:** isolement
- ◆ **Irrationality:** confusion par irrationalité

■ ■ ■ 1.3.3 Moyens et méthodes

Les auteurs de torture recourent aux méthodes les plus diverses pour atteindre leurs objectifs. Celles-ci vont de l'usage de la force la plus brutale à des techniques subtiles d'emprise psychologique. Afin d'occulter la mise en évidence de la torture, il existe une tendance à éviter les méthodes qui laissent des traces physiques. En conséquence, les techniques d'interrogatoire consistant à exercer une pression psychologique font l'objet d'un perfectionnement constant. En outre, des médecins et des psychologues sont sporadiquement associés, de façon directe ou indirecte, au déroulement de la torture, soit qu'ils interviennent en tant qu'experts techniques, voire en tant que tortionnaires, soit qu'ils négligent de dispenser les soins qui s'imposent ou falsifient des rapports d'autopsie. L'Association Médicale Mondiale s'est penchée sur la participation de médecins aux séances de torture,

et a adopté la Déclaration de Tokyo, qui stipule que «le médecin ne devra jamais assister, participer ou admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants.»

La torture passe entre autres par l'administration abusive de médicaments dans des institutions psychiatriques ou avec la complicité de celles-ci. Parmi les substances utilisées figurent les hallucinogènes, qui induisent une confusion mentale, les neuroleptiques – dont les sédatifs –, qui provoquent un émoussement sensoriel, et des poisons qui entraînent une paralysie musculaire et des crises de suffocation. L'utilisation abusive de psychotropes et d'autres médicaments conduit à la perte du contrôle de soi, à des troubles et des douleurs psychiques ainsi qu'à une angoisse (de la mort).

Différentes méthodes qui se potentialisent les unes les autres sont chaque fois associées de façon ciblée. La spécificité de la torture tient à ce qu'elle vise toujours les points les plus vulnérables de sa victime. Certaines pratiques, comme la suspension, sont connues depuis l'Antiquité. D'autres ont, du fait de leur application répandue, rejoint le répertoire des sévices classiques et sont même désignées par des termes consacrés: ainsi, la «falaqa» (ou «falanga»), qui consiste à asséner des coups sur la plante des pieds et peut entraîner des troubles irréversibles de la marche. Les tabassages demeurent la forme la plus répandue de torture et de mauvais traitements. Ils laissent des lésions durables, notamment au niveau de la colonne vertébrale et de la tête. Parmi les atteintes biologiques, on citera la perturbation des rythmes physiologiques et l'abolition des fonctions vitales par privation de sommeil, de nourriture, de liquide et d'air, la quasi-asphyxie par suffocation en couvrant la tête de la personne d'un sac en plastique (variante «à sec») ou en l'immergeant (variante liquide ou «submarino»). Plusieurs formes de violence sexuelle sont communément infligées aux femmes comme aux hommes. Ce type de torture revêt diverses formes: administration de décharges électriques sur les parties génitales, écrasement des testicules, blessures délibérées au niveau des organes génitaux ou viols.

L'ensemble de ces méthodes ont en commun les éléments suivants (les 4 D de Peter Suedfeld, 1990, complétés ici par deux D supplémentaires, C. Moser):

◆ **Debility (affaiblissement physique et psychique)**

Les dimensions physique et psychique de la torture sont indissociablement liées. Toute forme de torture physique comporte aussi des aspects psychologiques, la douleur ne déployant pleinement son action destructrice qu'à travers son contexte psychologique. Les blessures physiques et psychiques, les douleurs et les cicatrices confèrent un caractère durable à la torture, rappelant quotidiennement la violence subie, et ce même des années après.

◆ **Dependency (dépendance et humiliation)**

Une des constantes de la torture réside dans le fait que ses victimes, soumises à une pression incommensurable, sont dépourvues de tout choix. Elles ne peuvent ni se défendre ni échapper aux sévices (l'alternative «lutte ou fuite» n'est ici pas opérante). Parmi les techniques coercitives figurent la déclaration de règles sévères et arbitraires qui, au moindre écart de la victime, «légitiment» une sanction. A force de pressions abusives et de menaces, les victimes sont poussées à des actes avilissants et contraints à agir à l'encontre de leurs convictions et de leurs valeurs. L'impuissance totale à laquelle ils sont réduits les conduit à une complète subordination à leurs bourreaux et à une dépendance vis-à-vis d'eux. Une partie de la stratégie d'humiliation tient aussi aux profonds sentiments de honte, de culpabilité et de haine de soi inspirés à la victime de la torture – notamment lorsque cette dernière est amenée à dénoncer ou à trahir. La forte dépendance est renforcée par le fait que les auteurs des mauvais traitements s'érigent en maîtres de la vie et de la mort.

◆ **Dread (effroi)**

Le déclenchement d'une peur intense est un des buts fondamentaux de la torture. Au-delà des douleurs insupportables et de l'état d'épuisement physique extrême, la torture met l'individu dans l'attente de sa mort imminente. La répétition de simulacres d'exécution et de menaces de mort vise à démoraliser la personne et à entretenir chez elle l'angoisse (de la mort) par-delà les séances de torture. Le supplice et l'intimidation des victimes sont amplifiés s'ils croient que leurs proches sont également en danger et qu'ils sont laissés dans l'ignorance de leur sort.

◆ Disorientation (confusion)

Dans le climat de torture, un soin particulier est mis à entretenir l'imprévisibilité permanente. Les techniques induisant la confusion visent à anéantir l'individu, dont elles exploitent les faiblesses. Une manipulation ciblée de la communication peut suffire à engendrer une confusion qui relève du caractère de la torture. Les tortionnaires font des promesses qu'ils rompent l'instant d'après, ils fournissent des informations erronées à leurs victimes ou leur adressent des paroles gentilles pour ensuite proférer des méchancetés. Dans cette situation de double contrainte, où elle est exposée à des exigences paradoxales et à des messages contradictoires, la victime est dans l'impossibilité de faire un choix adéquat. Le même brouillage des repères peut être engendré par la technique du gentil et du méchant, selon laquelle l'un ou plusieurs des bourreaux se font passer pour des personnes bienveillantes. Il est alors difficile de maintenir sa résistance contre les tortionnaires et, dans tous les cas, le comportement de la victime peut être prétexte à de nouvelles tortures. La pression exercée dans la communication avec les victimes de torture fait souvent intervenir des éléments connus en psychologie relevant du conditionnement stimulus-réponse, qui induisent chez la victime les réactions et le comportement souhaités.

◆ Deprivation (privation)

Un autre élément caractéristique de la torture est la privation. Celle-ci consiste, d'une part, à empêcher la victime de satisfaire ses besoins physiques élémentaires en la privant de nourriture et de boisson, ou de sommeil — c'est-à-dire en la soumettant à des réveils à intervalles réguliers — ou en lui refusant les moyens d'assurer sa propre hygiène. Le déni d'accès aux soins médicaux et aux médicaments en fait également partie. Quant à la privation sociale, elle passe par des pratiques courantes telles que l'interception de toute information en provenance de l'extérieur ou, plus radicalement encore, la détention en isolement. Elle se retranscrit aussi dans la sphère personnelle et intime lorsque les victimes de torture (lors de leur arrestation) se voient confisquer leurs effets personnels et qu'ils sont, au sein du groupe, soumis au même régime que les autres en termes de tenue vestimentaire et de coiffure. La privation sensorielle et perceptive est obtenue par des moyens tels que l'isolement, le maintien dans l'obscurité ou l'exposition à des stimuli sonores ou lumineux extrêmes.

2.1 Le stress traumatique

La violence telle qu'elle est exercée dans le cadre de la torture et de la guerre se situe bien en dehors de toute «normalité» et imagination. Dépassant l'entendement, elle fait partie des événements critiques de la vie qui peuvent être qualifiés de traumatismes.

Définition du traumatisme selon la CIM-10

Le traumatisme renvoie à une situation ou un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

On parle de traumatisme lorsque la personne a directement vécu les événements, lorsqu'elle y a assisté en tant que témoin, ou lorsqu'elle les a «vécus» sous une forme indirecte (à travers le récit). Ceci est significative pour les traumatismes survenus dans le contexte de la torture et de la guerre. En effet, d'une part, le spectacle de la violence faite à autrui est souvent imposé systématiquement comme une méthode de torture; d'autre part, des proches qui ne se trouvaient pas sur les lieux peuvent être rudement éprouvés et traumatisés par les leurs, victimes de torture et de guerre.

La définition de la CIM-10 ne rend pas compte de l'existence de diverses formes de traumatisme. Cela est regrettable dans la mesure où, d'une part, la cause, la durée et l'expérience subjective du stress permettent d'établir la réalité du traumatisme, et que, d'autre part, ces variables ont en outre une incidence sur son élaboration. En règle générale, on distingue entre les traumatismes causés de façon fortuite, c'est-à-dire non intentionnelle (p. ex., accident) et les traumatismes délibérément induits par autrui (p. ex., acte de violence criminel). A ce premier critère se superpose un second, qui oppose les événements uniques (p. ex., catastrophe naturelle) aux faits persistants et récur-

rents (p. ex., sévices sur un enfant). L'expérience de la torture et de la guerre relève de la catégorie des événements traumatiques durables et cumulatifs, induits délibérément par l'homme.

Le stress occasionné par une situation traumatique peut être déterminé par des paramètres additionnels, qui influent sur l'intensité des symptômes selon une relation dose-effet. D'une part, la mesure de l'impact du stress traumatique se fonde sur le *contexte concret* et l'*appréciation subjective*. D'autre part, le stress augmente en fonction de la *fréquence*, de la *durée* et du *déroulement* des faits. A la différence des événements non récurrents, les traumatismes répétés entraînent un stress persistant et une vulnérabilité accrue. Par ailleurs, une situation est d'autant plus traumatogène qu'elle ne peut être ni anticipée ni, a fortiori, maîtrisée. Au regard de ces deux dernières variables, les expériences de torture et de guerre, parce qu'imprévisibles et génératrices de détresse et d'impuissance, sont extrêmement éprouvantes. De plus, dans le cas de la torture interviennent des facteurs contextuels spécifiques dont la conjonction a des conséquences aggravantes. Ceux-ci sont les suivants:

- ◆ existence d'une relation entre la victime et son bourreau
- ◆ violence sexuelle comme facteur de fragilisation spécifique de la victime
- ◆ obligation faite d'assister à l'infliction de blessures/à la mort de proches
- ◆ isolement et être victime d'actes se déroulant à l'insu de l'entourage

2.2 La réaction traumatique

La réaction à un traumatisme doit d'abord être interprétée comme une réaction normale à un événement anormal. En fonction de l'intensité et de la persistance des symptômes, elle peut prendre une forme pathologique. Selon le schéma classique de la réaction traumatique, on distingue différentes phases qui influent les unes sur les autres. Appréhendées dans leur totalité, elles constituent un mécanisme de défense psychophysique complexe et une tentative d'autoguérison de la psyché:

Exposition au traumatisme → Dénier et évitement → Reviviscence →
Elaboration → Fin relative de la réaction traumatique

Les symptômes qui surviennent le plus fréquemment chez les victimes de torture et de guerre peuvent s'intégrer ainsi dans le schéma de base de la réaction traumatique:

◆ La reviviscence

Le traumatisme est revécu de façon stressante à travers des souvenirs intrusifs et envahissants, de l'ordre de l'action ou du ressenti, comme si l'événement était à nouveau présent. La reviviscence peut se manifester par des hallucinations ou des flash-backs, des cauchemars ainsi que par des états dissociatifs.

◆ L'évitement

Les symptômes d'évitement et d'intrusion alternent dans le cadre d'un schéma de base biphasique. L'évitement vise à se prémunir des souvenirs destructeurs envahissants mais, à long terme, favorise la chronicisation des troubles. Au nombre des symptômes clés de l'évitement figurent le repli sur soi, l'indifférence, la torpeur, et le détachement émotionnel, les états dissociatifs.

◆ Hypervigilance

L'hyperactivité neurovégétative et l'agitation motrice vont de pair avec une hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, de la panique et des insomnies. Elles résultent de l'alternance constante d'états d'intrusion et d'évitement extrêmes.

Dans le meilleur des cas, il peut être mis un terme aux expériences traumatiques si les souvenirs traumatiques inscrits dans la mémoire opérationnelle sont «revécus» de façon répétée et maîtrisée, afin d'en être progressivement éloignés. Dans le cadre de ce processus, l'expérience traumatique est mise en phase avec la compréhension actuelle de soi et du monde. Au contraire, lors d'évolution pathologique et de chronicisation, une part toujours plus grande de l'énergie psychique est investie pour supprimer la mémoire des souvenirs de plus en plus intenses et déformés.

2.3 Tableaux symptomatiques

Plus les méthodes de torture sont associées de façon ciblée, plus les aspects physiques, psychiques et sociaux de la souffrance, des états de tension et des blocages qui en résultent sont étroitement imbriqués. Des interactions s'établissent entre les divers tableaux cliniques, les différents phénomènes à l'œuvre renforçant mutuellement leurs effets sous forme de cercles vicieux. Des interdépendances complexes s'installent ainsi entre les sensations de douleur directes, consécutives aux lésions corporelles causées sous la torture – p. ex. les maux dans les jambes après la falaqa – et les douleurs plutôt indirectes, imputables à l'état de stress post-traumatique et aux stress séquentiels – p. ex. des lombalgies et des céphalées chroniques.

Comme les souffrances physique, mentale et sociale s'interpénètrent les unes les autres de façon variée, il est difficile d'appréhender les séquelles de la torture comme des tableaux physiques ou psychiatriques autonomes et indépendants les uns des autres. Bien au contraire, la sensibilité et la souffrance psychiques et physiques sont d'autant plus imbriquées que la torture, qui procède d'une approche globale, vise à la destruction de l'individu dans sa totalité. Ainsi, les troubles énumérés ci-dessous n'ont été regroupés par catégories que dans le souci d'un ordre apparent et d'une meilleure identifiabilité.

■ ■ ■ 2.3.1 Séquelles essentiellement somatiques

Les symptômes suivants, en premier lieu somatiques, correspondent à des troubles fréquemment rapportés et observés dans le cadre de la consultation médicale:

- ◆ lombalgies (tonus musculaire accru avec contractures/myogéloses multiples, points de déclenchement «trigger» et enthésopathies)
- ◆ fractures (extrémités, crâne, clavicule)
- ◆ lésions nerveuses (plexus brachial, nerfs périphériques)
- ◆ douleurs mécaniques chroniques au niveau des pieds, des jambes et du dos (suite à la falaqa)

- ◆ thromboses veineuses (après des lésions des veines causées par des coups, la déshydratation ainsi que l'immobilité en détention)
- ◆ syndrome de loge chronique (suite à des traumatismes musculaires sévères)
- ◆ céphalées (céphalées de tension, ou états douloureux consécutifs à une fracture du crâne, une commotion ou une contusion cérébrales)
- ◆ perforation du tympan, acouphènes
- ◆ cicatrices (de coupures ou consécutives à des chutes ou à l'impact d'objets contondants, plaies résultant d'un écrasement, d'une déchirure, d'une perforation, d'un ébouillantage, de brûlures de cigarettes ou de tortures électriques)
- ◆ troubles gastro-intestinaux (ulcères gastriques consécutifs à une alimentation carencée ou à une grève de la faim, troubles gastriques chroniques, côlon irritable, douleurs anales, états douloureux chroniques au niveau du périnée)
- ◆ suite aux abus sexuels chez la femme: grossesses non désirées, inflammations chroniques, dysménorrhée et états douloureux chroniques au niveau du périnée
- ◆ suite aux abus sexuels chez l'homme: infections chroniques (épididymite, prostatite) et états douloureux chroniques
- ◆ malnutrition et troubles alimentaires (en prolongement d'une grève de la faim ou comme somatisation de l'état de détenu)
- ◆ plus rarement: infections (tuberculose, VIH)
- ◆ lésions dentaires ou dents manquantes (suite à des coups ou sous l'effet de la malnutrition)

■ ■ ■ 2.3.2 Syndromes douloureux chroniques

Les prestataires de soins primaires sont – surtout pendant la phase initiale de la prise en charge – confrontés en premier lieu aux symptômes physiques des victimes de la violence. Le tableau clinique des patients qui ont subi des traumatismes extrêmes est des plus complexes, requérant à ce titre un traitement et une prise en charge élargis. Les troubles durables d'origine multifactorielle dont souffrent les personnes victimes de torture et de guerre évoluent fréquemment vers un syndrome douloureux chronique. Ce tableau est consécutif à la conjonction de plusieurs éléments: douleurs chronicisées résultant de blessures, sous-alimentation et malnutrition, stress lié à l'exil et à l'installation dans le pays d'accueil. Les troubles fonctionnels physiques et les douleurs d'origine organique avérée coexistent avec des

états douloureux chroniques dont la corrélation anatomo-physiologique n'est pas établie. Lors de persistance d'états caractérisés par des symptômes multiples, récurrents et très fluctuants, pour lesquels aucune explication somatique suffisante n'a pu être mise en évidence, un diagnostic de somatisation (F 45.0 de la CIM-10) ou de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4 de la CIM-10) est parfois posé. Par la nature même de leurs manifestations, les syndromes douloureux chroniques s'accompagnent d'une altération du comportement familial et social ainsi que des aptitudes professionnelles. Du fait du résultat souvent peu concluant des thérapies, on observe une tendance à la surmédicalisation («shopping médical»), à l'abus de médicaments ainsi qu'à la mise en invalidité.

***Directives destinées à prévenir une mise en invalidité en présence d'un syndrome douloureux chronique (d'après Gerhard Ebner, 2002)**

- ◆ L'exploration psychiatrique intervient rapidement, dès la survenue des premières difficultés de réhabilitation si leur origine somatique n'est pas établie. Un examen approfondi des situations traumatiques et de leur élaboration s'impose.
- ◆ Au moins un entretien approfondi est conduit dans la langue maternelle du patient en présence d'un médiateur interculturel professionnel.
- ◆ Mise en commun des résultats des examens médicaux (même négatifs).
- ◆ L'anamnèse et les données recueillies sont documentées en détail. L'évaluation doit se fonder de façon logique sur les antécédents et les observations.
- ◆ Il convient d'éviter les termes péjoratifs ou discriminants ainsi que les notions mal définies ou non objectivables (ex.: névrose de rente, aggravation, etc.)
- ◆ Le diagnostic est posé conformément aux critères de la CIM-10 (ou du DSM-IV et de l'ICIDH). Il convient d'éviter les diagnostics spéculatifs ou non évocateurs, qui ne peuvent être étayés par les données recueillies.

- ◆ Après la pose du diagnostic, le patient est rapidement encouragé à se soumettre à une thérapie.
- ◆ La thérapie a lieu, si possible, dans la langue maternelle du patient.

■ ■ ■ 2.3.3 Tableaux psychiatriques

En fonction de la durée et de l'évolution des symptômes, les réactions de stress psychotraumatiques générales sont qualifiées d'aigues, de subaigues, de chroniques ou de différées. Les entités nosographiques suivantes, décrites dans la CIM-10, sont pertinentes dans le présent contexte: d'une part, ces tableaux sont observés de façon partielle, totale ou mixte et en conjonction avec une morbidité élevée chez les victimes de torture et de guerre; d'autre part, c'est chez ce groupe de patients qu'ils sont le plus souvent diagnostiqués.

◆ Réaction aiguë à un facteur de stress	F 43.0
◆ Etat de stress post-traumatique (PTSD pour Post-traumatic stress disorder)	F 43.1
◆ Etat de stress post-traumatique différé	F 43.1
◆ Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe	F 62.0
◆ Troubles de l'adaptation (p. ex. réactions anormales à un deuil)	F 43.2
◆ Troubles de l'humeur [affectifs]	F 3
◆ Troubles anxieux phobiques, autres troubles anxieux	F 40, F 41
◆ Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus de substances psycho-actives	F 1

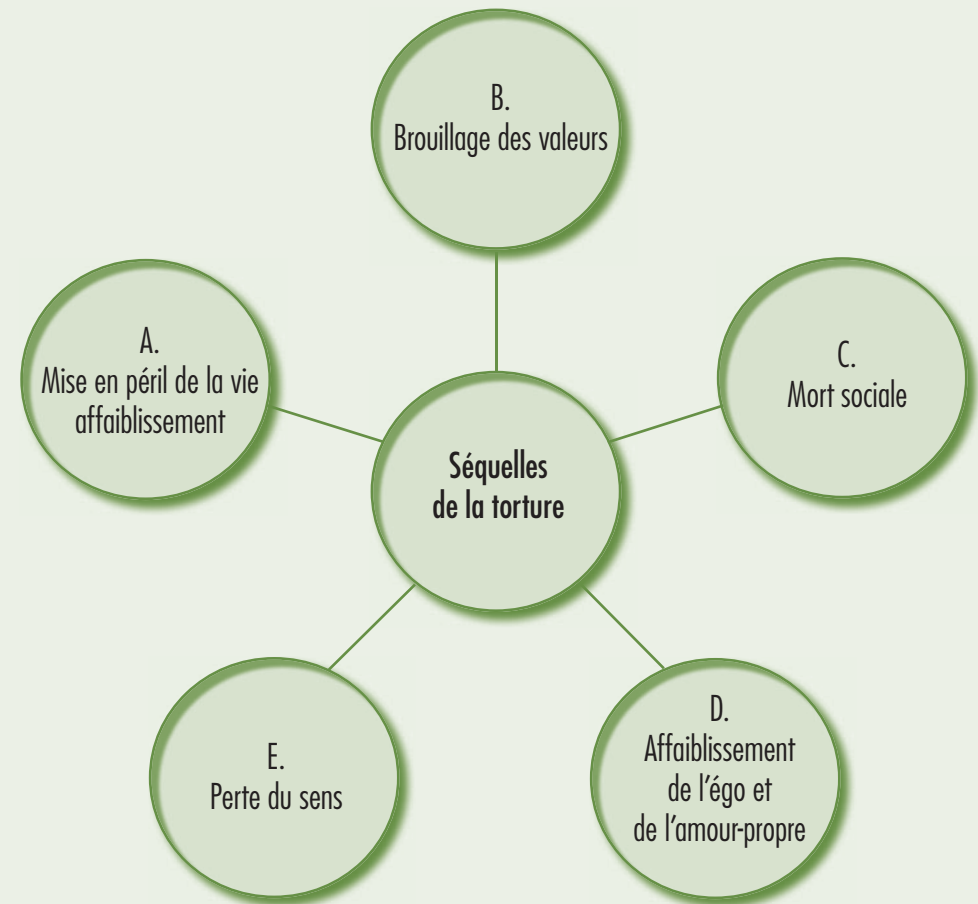
L'état de stress post-traumatique (PTSD) est souvent diagnostiqué chez les migrants traumatisés. Le diagnostic de PTSD peut être posé en présence d'un traumatisme répondant à la définition qu'en donne la CIM-10. En outre, les critères diagnostiques du PTSD se recoupent fondamentalement avec le schéma de base de la réaction traumatique et l'ensemble des symptômes qui lui sont associés (reviviscence – évitement – hypervigilance).

Le PTSD est caractérisé par une comorbidité importante avec des troubles anxieux et des états dépressifs. La délimitation diagnostique est souvent difficile. De plus, lors du PTSD, le danger de mettre en évidence un diagnostic secondaire d'abus de substances ou de médicaments est relativement élevé. Parmi les autres symptômes concomitants fréquents, il convient de mentionner les troubles douloureux somatoformes, la réduction du contrôle des impulsions, l'anesthésie psychique, la torpeur émotionnelle, les troubles de la régulation des affects (anxiété, irritation), l'agressivité, les troubles de concentration et de mémoire, les sentiments de honte et de culpabilité et des altérations des capacités relationnelles.

Chez les victimes de la violence organisée, il arrive que des symptômes tels que la méfiance, l'anxiété, l'hypervigilance ou des épisodes dissociatifs transitoires soient faussement interprétés comme étant de nature psychotique. A la différence du tableau schizophrénique, les états dissociatifs s'expliquent par l'expérience traumatique, et l'attitude de méfiance quasi excessive est suscitée concrètement par le vécu réel.

2.4 Destruction des convictions existentielles fondamentales

L'appréhension de la dimension sociopolitique des répercussions de la torture, leur inscription dans une perspective à long terme ainsi que la prise en compte de leur évolution chronique revêtent une importance cruciale pour la compréhension et l'évaluation (diagnostique et thérapeutique) des patients traumatisés par la guerre et la torture. A cet égard, la notion très répandue de PTSD ne reflète qu'imparfaitement la réalité de la situation et de la souffrance des survivants de la torture et de la guerre. Le constat de ces insuffisances a conduit à forger des concepts plus complets, tels que la modification durable de la personnalité suite à des expériences de stress prolongé excessivement (F62.0 de la CIM-10), le trouble de stress extrême (Bessel van der Kolk, 1996) ou l'état de stress post-traumatique complexe (cPTSD) (Judith Herman, 1993).



Le schéma des systèmes d'attachement offre un autre moyen de saisir les répercussions complexes des traumatismes extrêmes dans une perspective globale. Il permet d'illustrer les conséquences de la torture sur chacun des systèmes d'attachement: (voir graphique page 31)

- A. Sous la torture ou durant la guerre, les victimes sont exposées de façon délibérée et répétée à des situations qui mettent leur vie en péril. Des éléments constitutifs de la torture tels que l'affaiblissement et l'induction de la peur anéantissent le sentiment de sécurité et de protection. Il en résulte de graves blessures physiques et psychiques. Parmi les symptômes caractéristiques figurent les troubles anxieux. Une vulnérabilité aux influences et aux événements extérieurs s'installe durablement, qui réduit encore davantage le sentiment de sécurité déjà ébranlé. Outre les troubles physiques et psychiques cités, la façon d'aborder l'existence est gravement altérée. Elle est empreinte de sentiments d'humiliation, de honte et de culpabilité, d'une profonde méfiance ainsi que d'une incapacité à envisager l'avenir.
- B. L'injustice et l'arbitraire, tels qu'ils sont induits lors de violations des droits humains, altèrent et brouillent la perception des valeurs et normes fondamentales. Les convictions de base propres à l'individu, qui structurent le monde et permettent de distinguer clairement entre bien / mal et précieux / insignifiant etc., sont dissolues. L'expérience de l'humiliation et de l'avalissement suscite la colère et des pensées obsédantes. Les personnes traumatisées ont une sensibilité prononcée et persistante aux injustices possibles, qu'ils perçoivent comme un prolongement des événements subis sous la torture ou durant la guerre – même si elles surviennent dans un contexte bien distinct et sous une forme très subtile.
- C. La confiance profonde en soi et dans son environnement est ébranlée par les intimidations, les fausses accusations et les dépendances imposées. Les personnes ayant subi la torture se voient comme des morts vivants. Ils ressentent une aliénation envers eux-mêmes et leur entourage proche ainsi que, du fait de l'absence d'ancrage social, à l'égard de l'ensemble de la structure du monde social.

La mort sociale, qui provoque une douleur incommensurable, se manifeste souvent par un repli sur soi et un isolement complet. Les pertes et ruptures sociales subies conduisent à des problèmes relationnels, dont font partis des perturbations des relations intimes ainsi que des cognitions et émotions ambivalentes au sujet des bourreaux. Du fait de la méfiance persistante, la capacité relationnelle et les interactions sociales au sens large sont réduites à un minimum absolu.

- D. Dans le cas de la torture, l'agression subie par la personne dans tout son être entraîne un grand affaiblissement de la force intérieure et de la valeur que l'on s'attribue. Des méthodes telles que la privation, l'intimidation et l'induction de la peur visent consciemment à détruire l'identité. Les schémas cognitifs et émotionnels – univers référentiels propres à l'individu – sont altérés, de même que le contrôle du comportement. Les sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation qui s'ensuivent se traduisent entre autres par une incapacité à éprouver des sentiments et des troubles de la régulation des affects, une torpeur émotionnelle, une anesthésie psychique, une perte de plaisirs, des troubles de la concentration et de la mémoire tels que des amnésies ou des épisodes dissociés. Les troubles de l'identité sont en outre souvent aggravés par les circonstances qui suivent la période de détention ou celle de l'après-guerre, car la perte du statut et du rôle ne peuvent pas être compensée. Chez les réfugiés, le problème est exacerbé par des conditions d'intégration défavorables dans le pays d'accueil. La représentation de soi est imprégnée par une perception déformée qu'ils ont d'eux-mêmes, ce qui entraîne des sentiments de honte et de culpabilité, une perte de l'intérêt et de l'initiative ainsi qu'une apathie.
- E. L'ébranlement de la confiance de base et la destruction des certitudes et des valeurs existentielles induisent une perte des convictions et des éléments fondateurs de sens. L'expérience de l'irrationalité, de l'arbitraire et de la confusion font apparaître toute croyance et toute raison de vivre comme futiles ou trompeuses. Le sens et l'importance autrefois attachés à la vie disparaissent pour céder

la place à des sentiments de désarroi, de désespoir et de manque de perspectives. Les personnes traumatisées perçoivent leur propre vie comme dénuée de toute valeur. Dans cette situation, elles tendent à investir les ressources qui leur restent dans leurs enfants, leur propre vie leur apparaissant comme une cause perdue et tout effort pour l'améliorer comme vain.

2.5 Les traumatismes séquentiels

Le stress persistant occasionné par la torture et la guerre perdure bien au-delà de la période pendant laquelle la violence a été subie, parfois toute la vie durant et sur plusieurs générations. L'évolution des symptômes et de l'élaboration du vécu n'est pas déterminée uniquement par les expériences traumatiques de la torture et de la guerre, mais surtout par les conditions de vie ultérieures, c'est-à-dire celles auxquelles les victimes sont soumises après la fin des hostilités ou après leur libération ou leur fuite. La notion de traumatisme séquentiel (Keilson, 1979) rend compte de cette réalité. Ce concept, forgé en référence à l'Holocauste, pose comme postulat qu'une expérience traumatique comporte toujours trois séquences traumatiques:

- ◆ La première *séquence* du traumatisme est celle des persécutions, pendant lesquelles les structures gages de sécurité sont progressivement dissoutes.
- ◆ Pendant la *deuxième phase* surviennent les événements traumatiques aigus, qui mettent la vie en péril, tels que l'arrestation, la torture, la séparation des proches et la fuite.
- ◆ La *troisième séquence* débute avec la fin des menaces immédiates et se poursuit avec le processus de réinsertion. Cette phase représente la plus grande valeur prédictive au regard de l'apparition des symptômes et de l'évolution de l'élaboration.

Les situations de stress important cumulatifs rencontrées au cours des trois séquences traumatiques interagissent et les personnes concernées vivent ces expériences comme un tout indissociable. Ces types de traumatismes ne peuvent être évalués que dans leur totalité, c'est-à-dire en tenant compte des trois phases.

Appliquée à l'expérience des réfugiés de la violence, la notion de traumatisme séquentiel offre la possibilité d'inscrire la souffrance dans une perspective globale. L'accent se focalise sur l'importance cruciale des conditions de vie dans le pays d'accueil, ce qui permet d'expliquer l'évolution chronique de tableaux symptomatiques évocateurs d'un traumatisme. Dans des circonstances défavorables, les traumatismes vécus dans le cadre de la torture ou de la guerre dans le pays d'origine peuvent perdurer, voire s'aggraver. Ci-après, quelques aspects sont décrits qui peuvent, sur fond de contexte migratoire, donner lieu à un traumatisme séquentiel.

2.6 Le contexte migratoire au premier plan

La migration en tant que telle n'est pas un facteur pathogène. Il n'en demeure pas moins que les circonstances qui motivent la migration et les conditions du départ ainsi que, plus particulièrement, de l'établissement dans le pays d'accueil peuvent occasionner un stress et avoir des effets néfastes sur la santé.

Dans le cas des victimes de torture et de guerre, la fuite intervient sous la contrainte et, donc, souvent dans la précipitation. Aussi précarité et privations sont-elles souvent constitutives d'un tel parcours migratoire. On néglige fréquemment le fait que de nombreux réfugiés ont, avant de gagner la Suisse, été en fuite pendant des périodes très longues, s'étendant parfois sur plusieurs années, et que leur exil a été ponctué de plusieurs étapes avec des haltes intermédiaires. Les séjours dans des camps de réfugiés et dans des foyers d'hébergement ou le basculement dans la clandestinité constituent eux-mêmes des expériences propres à induire ou à réactiver des traumatismes.

Après l'établissement, les réfugiés se voient souvent confrontés, dans le contexte de l'accueil, à divers problèmes, limitations et obstacles susceptibles de générer un stress et de se potentialiser. Citons ci-après quelques-uns des principaux facteurs aggravants:

- ◆ La longue durée et la complexité de la **procédure d'asile** sont sources d'incertitude.
- ◆ Tant que le **statut de séjour est incertain**, les personnes concernées sont exposées à un stress permanent.
- ◆ **L'intégration sur le marché du travail** est difficile, étant donné que les qualifications acquises ne sont pas reconnues du tout ou alors de manière inadéquate.
- ◆ Les **conditions de travail** aux postes disponibles sont très souvent défavorables.
- ◆ Le mauvais état de santé a pour conséquence une **inaptitude au travail** persistante ou récurrente.
- ◆ Les déficits initiaux débouchent souvent sur un **chômage (de longue durée)** et une **dépendance de l'aide sociale**.
- ◆ Il en résulte une **marginalisation sociale** (additionnelle), une **perte de statut et d'autonomie** et un **manque de repères** (du fait, notamment, de l'absence d'un quotidien structuré).
- ◆ Sur le plan structurel et sociopolitique, les réfugiés ont, au début de leur séjour du moins, un **accès limité aux prestations et aux ressources** que constituent la langue, les possibilités de formation ou les droits civiques.
- ◆ D'autres **formes de marginalisation** — xénophobie latente ou déclarée, arbitraire vécu ou ressenti — viennent s'ajouter aux désavantages objectifs.
- ◆ La marginalisation se traduit souvent par une relégation spatiale et sociale à travers les **conditions de logement**.
- ◆ Des **pertes matérielles** importantes privent presque totalement les réfugiés de leurs conditions d'existence.
- ◆ La mort de proches et la rupture des structures familiales (induite par la migration) entraînent des **pertes sociales** irrémédiables.
- ◆ L'incertitude du sort de proches (**pertes pas confirmées**) est une profonde source de stress qui, souvent, paralyse l'ensemble du projet de vie.
- ◆ Les **problèmes familiaux** surgissent du fait de l'impossibilité du regroupement familial ou de sa réalisation très tardive, de problèmes conjugaux, de l'aliénation et de conflits avec les enfants.

- ◆ Lors de difficultés d'intégration dans le contexte de la migration, la **décomposition des réseaux familial et social** peut difficilement être compensée.
- ◆ La **maîtrise insuffisante de la langue** et les difficultés d'apprentissage linguistique accentuent la désintégration dans le pays d'accueil.
- ◆ La **désintégration sociale** qui résulte de ces déficits cumulés peut difficilement être enrayerée.

Les facteurs séquentiellement traumatisants sont souvent interdépendants et se potentialisent mutuellement. A cela s'ajoute que les réfugiés abordent avec une vulnérabilité extrême le stress auquel le contexte migratoire les expose sur fond d'expériences traumatiques passées.

La torture porte atteinte à l'intégrité de l'individu à différents niveaux, le but étant de le détruire dans sa totalité (cf. chap. 1). Les souffrances physique, mentale et sociale laissées par la torture interagissent de façon variée (cf. chap. 2). Cette complexité immanente aux traumatismes extrêmes doit aussi se refléter dans les modalités de traitement et de prise en charge afin qu'ils puissent aboutir. Il en va de l'efficacité à long terme de la démarche thérapeutique.

3.1 Les piliers de la prise en charge thérapeutique

L'attitude fondamentale, les convictions intimes et l'expérience des intervenants jouent un grand rôle dans le suivi thérapeutique, au même titre que la mise en œuvre ciblée de méthodes de traitement adaptées aux besoins individuels des patients traumatisés. Le cadre institutionnel exerce en outre une grande influence sur l'aptitude et la disposition des personnes traumatisées à accepter les mesures thérapeutiques qui leur sont proposées. Les paragraphes suivants décrivent trois approches envisageables pour s'appuyer lors de la prise en charge thérapeutique: le recours à la perspective basée sur la genèse de la santé, le travail sur les ressources et l'inscription de la prise en charge thérapeutique dans le contexte d'un réseau d'intervention élargi.

■ ■ ■ 3.1.1 La genèse de la santé et le sens de cohérence

Le concept de genèse de la santé (salutogenèse) met l'accent sur les ressources qui aident l'individu à être en bonne santé, à le rester et à faire face au stress. La condition à une bonne santé est le «sens de cohérence» (Aaron Antonovsky, 1987). Celui-ci est un sentiment fondamental qui se développe à partir du vécu personnel, du savoir collectif, des valeurs et des normes d'une société. Il correspond à

une orientation de base durable mais dynamique, caractérisée par la confiance en soi et dans son environnement. Le sens de cohérence peut être défini comme la capacité à surmonter des situations critiques. Plus ce sens est développé, mieux la personne saura faire face.

Le sens de cohérence se compose de trois éléments:

- ◆ Compréhensibilité (comprehensibility): les événements de la vie répondent à un schéma intérieur et extérieur, et sont prévisibles, classifiables et explicables.
- ◆ Prise en charge et contrôle (manageability): les ressources nécessaires pour maîtriser les exigences de la vie par ses propres forces sont suffisantes (compétence acquise).
- ◆ Signification (meaning): les événements de la vie ont un sens.

En situation de torture et/ou de guerre, le sens de cohérence est durement mis à l'épreuve. Les événements qui se produisent échappent à toute rationalité et dépassent l'entendement puisqu'ils n'obéissent à aucune logique connue ni extrapolable. On ne laisse sciemment à la victime aucune liberté d'action intentionnelle ni de recours à ses compétences. Le caractère arbitraire, irrationnel et soudain des événements les rend dérisoires.

L'élaboration des traumatismes va de pair avec un effort visant à rétablir ou à renforcer le sens de cohérence. L'objectif primaire des interventions thérapeutiques, qui est précisément de surmonter les traumatismes, demande en priorité d'activer les différentes composantes du sens de cohérence:

- ◆ Comprendre l'événement vécu et l'intégrer dans sa biographie
- ◆ Redonner un sens et de l'importance à la vie
- ◆ Retrouver sa capacité d'agir

■ ■ ■ 3.1.2 Mobilisation des ressources

La prise en charge thérapeutique – y compris dans le cadre clinique – ne peut venir à bout des répercussions extrêmement complexes de la torture et de la guerre qu'à condition d'aller au-delà du traitement des symptômes physiques et psychiques. Dans une perspective basée sur la genèse de la santé, il convient d'analyser et d'intégrer les ressources existantes.

L'exploration médicale et le diagnostic différentiel pour établir si un traitement ciblé est indiqué et, le cas échéant, le planifier ne perdent pas leur valeur pour autant. Le diagnostic permet de formuler en termes médicaux les souffrances des personnes extrêmement traumatisées. Pour les autorités, dans la procédure d'asile, et pour le médecin-conseil des caisses-maladie et des assurances, ces dénominations servent de système de référence. De lui dépendent aussi largement la reconnaissance des victimes et de leurs souffrances par la société et leur droit à une indemnisation. L'évaluation des nombreuses répercussions de la torture/guerre et des troubles complexes des victimes traumatisées s'effectue sous la forme d'une catégorisation, forme certes généralisable – donc plus compréhensible – mais tout à la fois exclusive puisque sous le seul angle de la médecine. Cette «médicalisation» pose des problèmes dans la mesure où, pour reprendre ce qui a été dit plus haut, la réaction traumatique doit d'abord être interprétée comme un mécanisme de défense psychique foncièrement naturel, autrement dit une réaction normale à un événement qui ne l'est pas. La psychiatrisation des souffrances est fréquemment ressentie comme une humiliation supplémentaire par les victimes de la torture. Alors que les tortionnaires continuent souvent de mener leur vie sans être inquiétés et restent «normaux», les victimes sont considérées comme des malades mentaux. L'angoisse de ne pas être «normal» est une constante chez les personnes traumatisées et vient s'inscrire dans la relation souvent difficile et ambivalente qu'ils ont avec leur moi. Il n'est pas rare que les victimes ne se reconnaissent pas dans les répercussions de la torture et/ou de la guerre.

L'élargissement de la perspective pathologique par des aspects de l'approche de la genèse de la santé permet de tenir compte des mécanismes de défense, de la résilience, de la résistance ainsi que de l'efficacité d'interventions autres que médico-thérapeutiques. Le changement de perspective implique de puiser dans les expériences constructives antérieures, présentes et ultérieures à la guerre ou à la détention, et à éviter autant que possible les médicalisations. Les victimes de torture et de guerre disposent de ressources multiples; leur survie aux événements traumatiques en est l'une des plus importantes. Or il n'est pas rare que certains facteurs ou conditions de vie extérieure interfèrent avec la mobilisation de ces ressources. Ainsi, dans le cas particulier des réfugiés, l'accès restreint, dans le pays d'accueil, à certains biens, ressources et prestations importantes complique l'exploitation de leurs potentialités.

■ ■ ■ 3.1.3 La collaboration pluriprofessionnelle et multidisciplinaire

La cruauté sans bornes de la violence organisée et les séquelles graves et durables suscitent le désarroi. Chez les survivants, celui-ci se manifeste souvent par le désespoir, un manque de perspectives et le sentiment d'être pris au piège dans un tourbillon infernal. Chez les intervenants, le désarroi s'installe lorsqu'il devient manifeste combien leur rayon d'action professionnel est limité au regard de l'accumulation préoccupante des données négatives. Pour réussir à s'extirper progressivement de ce cercle vicieux, il est indispensable que l'abord du patient intervienne sous différents angles et qu'une collaboration transdisciplinaire en plusieurs étapes s'instaure.

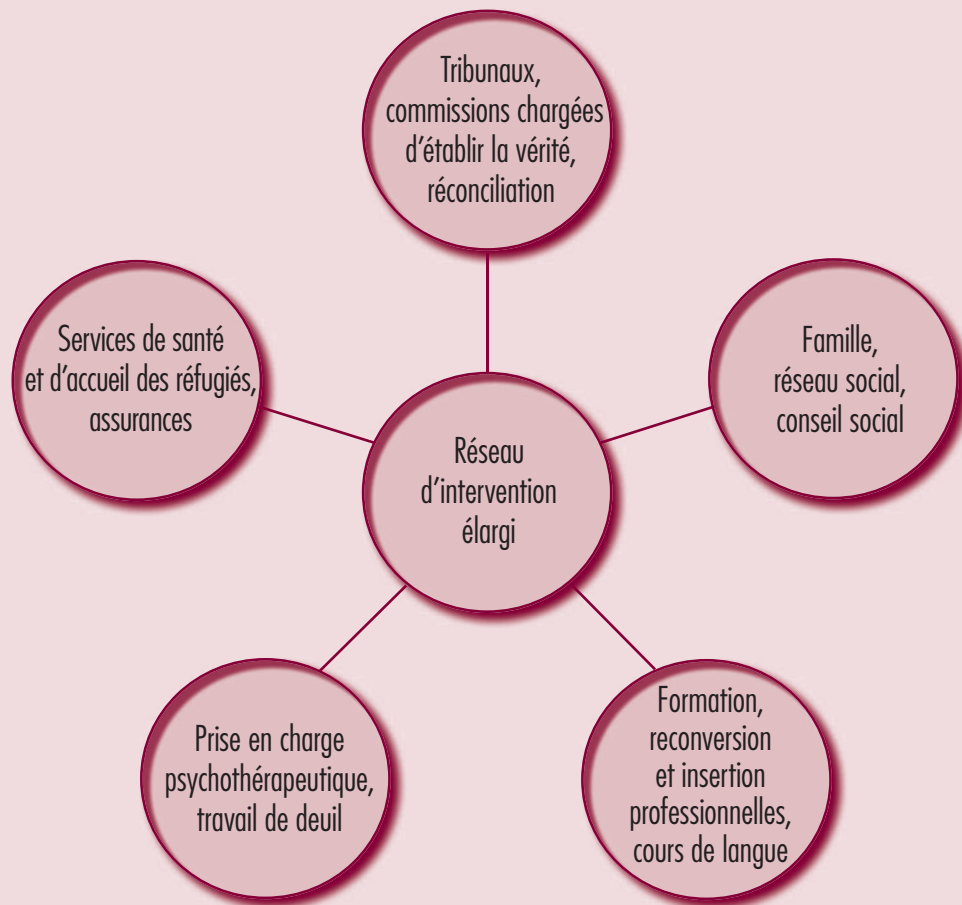
D'une manière générale, la prise en charge et le traitement des réactions traumatiques sont délégués à une instance: la médecine. Selon les besoins individuels, les interventions médicales font appel à différentes ressources:

- ◆ médecine de premier recours
- ◆ Psychothérapie
- ◆ Conseil psychologique, psycho-social
- ◆ Traitements psychosomatiques
- ◆ Physiothérapie
- ◆ Thérapie corporelle et du mouvement
- ◆ Cellules d'intervention d'urgence ou de crise
- ◆ Services ambulatoires ou centres de thérapie spécialisés dans la prise en charge des personnes traumatisées

Les approches corporelles et non verbales constituent une bonne possibilité de contacts parallèlement aux approches dont l'instrument principal est la parole. Toute personne qui a subi des tortures et de mauvais traitements se sent étrangère à son propre corps. Le corps est le lieu de la perception, de l'expression, du souvenir et de la réflexion. Dans le cadre des thérapies corporelles et du mouvement, cet aspect est exploité pour exercer une action soignante sur le corps, la psyché, l'esprit et l'entourage social. La physiothérapie vise en priorité à la réhabilitation fonctionnelle en présence de séquelles organiques; tandis que la thérapie corporelle et du mouvement contribuent en plus à la réhabilitation psychique et sociale.

Restreindre le rayon d'action à l'intervention médicale revient à négliger les dimensions sociales, politiques et économiques des causes ainsi que des répercussions des traumatismes extrêmes. Seule une prise en charge agissant à plusieurs niveaux et aussi globale que possible permet de faire face à l'étendue du problème et à ses imbrications et interdépendances. L'approche pluriprofessionnelle et multidisciplinaire se distingue par la prise en compte parallèle et égale des diverses perspectives. Dans la pratique, toutes les interventions (psychothérapeutiques, sociales, médicales, etc.) se complètent. (voir graphic page 44)

Le réseau d'intervention élargi comprend, outre les structures médicales, les instances de prise en charge classique des réfugiés et des patients ainsi que des services supérieures, qui exercent une influence sur le processus d'élaboration. Les services de santé, d'accueil des



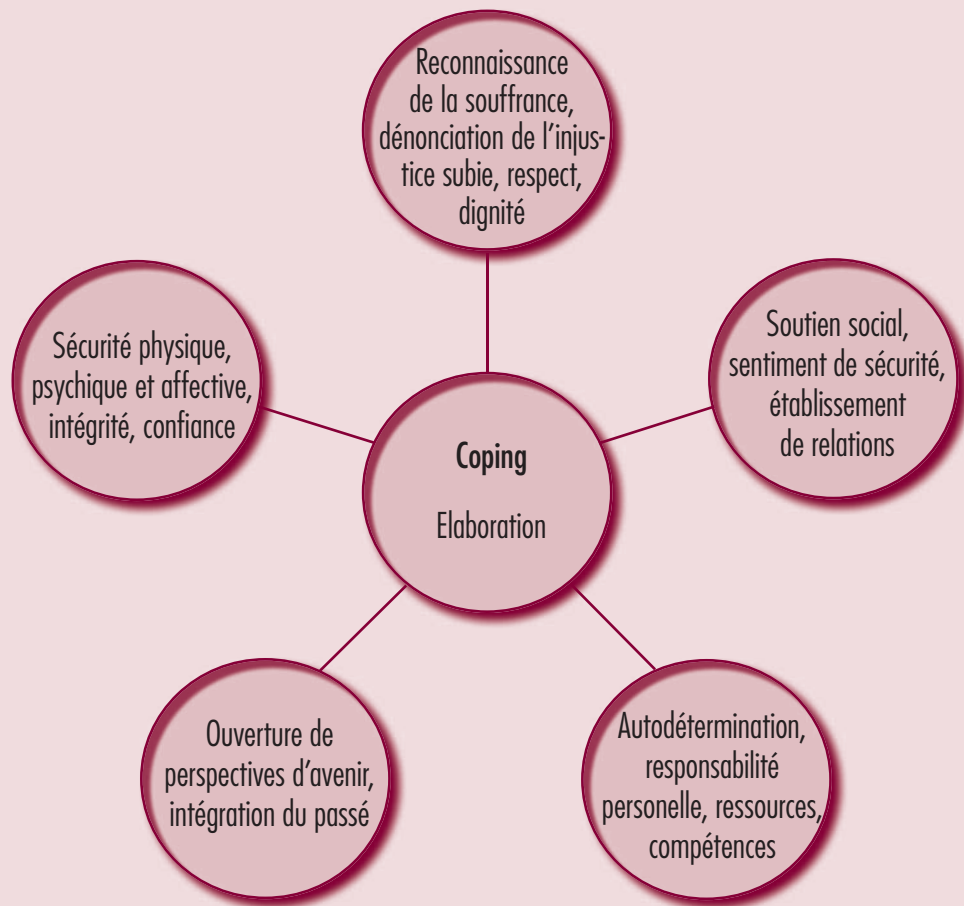
réfugiés et les assurances, par exemple, jouent un rôle important, voire déterminant, dans le recouvrement du sentiment de sécurité (extérieure) chez les personnes traumatisées puisque ce sont eux qui jugent de leur état de santé, de leur aptitude au travail et de leur statut de séjour, et délivrent les attestations et les permis correspondants. Le rétablissement de la justice passe par la reconnaissance des tragédies individuelles (octroi du statut de réfugié, attribution d'une rente d'invalidité, réparation par la restitution de biens, p. ex.). Un rôle important dans ce processus revient aux tribunaux ou des commissions chargées d'établir la vérité et qui concourent, par leur travail, à susciter dans l'ensemble de la société une réflexion sur les violations des droits humains et sur la réparation collective du préjudice causé.

Le médecin de famille peut largement contribuer à la guérison ou à la réhabilitation des réfugiés victimes de traumatismes en adaptant son action à leurs besoins spécifiques, en coordonnant les traitements et les interventions, en supervisant l'ensemble et en activant des dispositifs de prise en charge complémentaires.

3.2 Reconstruction des convictions existentielles fondamentales

Les mécanismes utilisés par le psychisme pour faire face (coping) aux traumatismes extrêmes (comme ceux provoqués par l'expérience de la torture ou de la guerre), sont régis par l'interaction de multiples facteurs et varient en fonction:

- ◆ des conditions de vie antérieures au traumatisme;
- ◆ des ressources de la vie antérieure;
- ◆ des antécédents éventuels d'événements graves;
- ◆ des troubles psychiatriques préexistants éventuels;
- ◆ des circonstances situationnelles actuelles;
- ◆ des conditions structurelles actuelles;
- ◆ des ressources disponibles et exploitables.



Lorsque l'individu n'a aucun contrôle sur les événements qui se produisent, comme c'est le cas sous la torture, la passivité, le stoïcisme, la dissociation ou la réinterprétation cognitive de la situation peuvent constituer l'attitude la plus judicieuse pour faire face. Dans d'autres circonstances, l'action pragmatique et la gestion active du problème peuvent se révéler plus adéquates. Par principe, la résilience s'accroît après un traumatisme du fait du déploiement de plusieurs stratégies pour surmonter la situation.

La prise en charge thérapeutique vise à soutenir et à accompagner le mieux possible le processus d'élaboration. Nous avons formulé ci-après, suivant les cinq systèmes d'attachement (sécurité, justice, relations sociales, identité et représentation de soi, sens et importance), des principes d'action applicables à la prise en charge thérapeutique afin de favoriser et de soutenir ce processus. (voir graphic à gauche)

■ ■ ■ 3.2.1 Rétablir la sécurité physique et psychique

Après avoir souffert de privations et de situations qui ont mis leur vie en péril, les survivants de la torture ont absolument besoin de retrouver un sentiment de sécurité, tant sur le plan physique que psychique (*réhabilitation fonctionnelle*). Ceci implique que les conditions extérieures soient empreintes de paix et d'ordre, que l'Etat de droit soit garanti et que les structures étatiques soient le gage d'une sécurité optimale. Outre cette sécurité générale, c'est la sécurité directe de l'individu et de son entourage proche qui doit être rétablie. Il doit retrouver la stabilité après cette phase de troubles et de menaces afin de recouvrer un sentiment d'intégrité et de protection sur le plan tant personnel que social.

En règle générale, les réfugiés perçoivent leur pays d'accueil comme le garant de la sécurité et de la paix, par opposition aux désordres de la guerre ou de l'après-guerre et à l'insécurité économique et politique qu'ils ont laissés derrière eux. L'inquiétude et le désespoir sont donc d'autant plus grands que la sécurité qu'ils croyaient assurée est

remise en question. (Les attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis, par exemple, ont provoqué de vives réactions et une nouvelle déstabilisation des réfugiés déjà traumatisés par la guerre).

Le prestataire de soins primaires – en tant que médecin généraliste, voire médecin de famille, et souvent personne de confiance – intervient souvent dans des décisions qui ont une influence notable sur le sentiment de sécurité de l'individu; entre autres, l'évaluation de l'état de santé et l'établissement d'attestations d'(in)aptitude au travail. Dans la relation thérapeutique, la clarté contribue à instaurer un climat de sécurité et de confiance. Ainsi, il est important de:

- ◆ fournir des informations et des pistes claires;
- ◆ veiller à la transparence et à la compréhensibilité du propos;
- ◆ garantir un cadre tranquille.

La nécessité de procurer un sentiment de sécurité s'applique aussi directement à la relation médecin-patient: la fiabilité et la transparence dans le déroulement du suivi ou de la thérapie sont essentielles dans les rapports avec les personnes extrêmement traumatisées. Celles-ci sont marquées par les expériences terribles d'incertitude et d'imprévisibilité auxquelles elles étaient exposées aveuglement et en toute détresse. Il est donc capital que l'entretien et l'examen se déroulent dans un cadre tranquille et protégé. Le patient doit savoir ce que le thérapeute, le médecin ou le conseiller font de sa personne. Il a notamment le droit de consulter son dossier médical. Un autre impératif pour la sécurité émotionnelle de la victime est de l'informer que tous les intervenants sont tenus au secret professionnel. Des membres du corps médical étant parfois impliqués dans la torture, le patient peut craindre que la confidentialité censée entourer sa prise en charge psychologique ne soit pas respectée. Une atmosphère sécurisante pendant la thérapie l'aidera à vaincre ses réticences, à exprimer spontanément ses pensées et ses sentiments ainsi qu'à améliorer sa capacité de discernement.

■ ■ ■ 3.2.2 Nommer l'injustice et reconnaître les souffrances

Le suivi et le traitement des survivants de la torture et de la violence de guerre s'inscrivent toujours dans un contexte politique. Les souffrances ne touchent pas que des individus mais – et c'est là l'objet ultime de la torture – une collectivité, une minorité sociale, c'est-à-dire un groupe particulier de la population. Les répercussions des cruautés subies sont d'autant plus lourdes quand l'injustice n'est pas reconnue en tant que telle ni punie dans le pays d'origine. Le besoin de justice des victimes est à cette mesure. La *réhabilitation juridique et sociale* officielle a une grande valeur symbolique pour chaque survivant de la torture et de la guerre. Elle facilite en outre l'élaboration et l'intégration du vécu.

Voici les aspects importants du processus de réparation et les étapes d'une possible réconciliation:

- ◆ Etablissement et confirmation des faits par des instances indépendantes reconnues
- ◆ Reconnaissance officielle de l'injustice et de l'innocence
- ◆ Présentation d'excuses officielles
- ◆ Indemnisation équitable des victimes
- ◆ Punition juste des criminels, notamment des décideurs
- ◆ Mesures visant à prévenir de nouvelles atteintes aux droits humains
- ◆ Législation adéquate (application du droit international)
- ◆ Contrôle des centres de détention
- ◆ Sanctions et interdictions (p. ex. des armes)
- ◆ Dénonciations publiques

Le médecin de premier recours joue un rôle important dans la réhabilitation juridique. Dans les yeux du patient son attitude peut représenter l'attitude de la société d'accueil.

■ ■ ■ 3.2.3 Redonner un soutien social

La torture et tous les événements traumatisants de même nature détruisent le sentiment d'appartenance sociale et la structure des relations et des liens. Pour une grande partie des survivants, la méfiance qui en résulte est presque insurmontable, et les fractures dans le réseau social demeurent habituellement comme autant de plaies béantes. La persistance due à la profondeur de ces fractures est très difficile à supporter: le délitement des relations va de la famille à la société d'origine en passant par le cercle d'amis et de connaissances. Le soutien social et la *réhabilitation sociale* sont donc prépondérants pour l'élaboration du vécu. Du fait de leur grande vulnérabilité sociale, il est très difficile pour les survivants de venir à bout de leurs doutes quant à leur propre capacité relationnelle. De même, ils ont de la peine à accorder leur confiance. Les anciens liens sont rompus ou se sont modifiés en qualité et en intensité, étant donné que les contacts avec les proches restés «au pays» sont essentiellement de nature indirecte (par téléphone, par écrit ou par l'intermédiaire de tiers). L'octroi du statut de réfugié est assorti pendant les premières années d'une interdiction de retourner dans le pays d'origine, et les personnes qui viennent de l'obtenir conçoivent parfois une grande souffrance de cette impossibilité. Dans le pays d'accueil, deux types d'aspects compliquent l'établissement (ou le rétablissement) d'un réseau social: premièrement, la situation personnelle, marquée par la méfiance, l'isolement et le repli sur soi, et deuxièmement, les marginalisations structurelles, qui se font particulièrement sentir sur le plan social. La socialisation se heurte ainsi à des problèmes d'intégration liés à la barrière linguistique, au manque de contacts sur le lieu de résidence ou aux difficultés d'accès au marché de l'emploi.

L'existence d'un réseau social est capitale pour pouvoir surmonter des traumatismes extrêmes; il doit servir de soutien, notamment émotionnel, et assouvir les besoins relationnels importants suivants:

- ◆ Liens affectifs avec des personnes qui procurent un sentiment de sécurité et de protection
- ◆ Possibilité et sentiment d'être utile à d'autres gens
- ◆ Relations fiables
- ◆ Assurance de pouvoir s'adresser à d'autres personnes, si nécessaire

La satisfaction de ces besoins ouvre la voie à des relations solides sur le plan privé comme thérapeutique. Il ne faut pas oublier que la relation avec l'intervenant – en général, le médecin de famille – constitue l'une des premières occasions pour la personne traumatisée de surmonter sa méfiance et d'établir une relation nouvelle. Le rôle du thérapeute/de l'intervenant est d'autant plus important à ce stade qu'il doit aider le patient à réduire sa tendance à l'isolement. Gagner sa confiance et savoir combattre ses réticences est toutefois ce qui pose souvent le plus de difficultés dans la prise en charge thérapeutique.

Dans le cadre des soins primaires, le médecin traitant a la possibilité de se faire une idée de la vie de famille et du quotidien du patient, et de l'aider à renforcer le rapport qu'il entretient avec le présent: avec l'élargissement et la consolidation du réseau social, les activités quotidiennes gagnent en intérêt, les rythmes biologiques tendent à se normaliser et, par-là même, les facultés sensorielles et intellectuelles sont recouvrées.

■ ■ ■ 3.2.4 Respecter l'autodétermination

La torture engendre chez les victimes une vision confuse du monde et un ébranlement de la frontière entre le bien et le mal. Cette désstabilisation affecte également le rapport au moi de manière durable, se traduisant par une estime de soi affaibli et une image négative de soi-même. Il est essentiel de renforcer la perception que le patient a de sa personne (*réhabilitation personnelle et individuelle*) pour qu'il

retrouve une stabilité intérieure. Cette partie du processus thérapeutique peut être favorisée par des conditions extérieures favorables et par l'adoption d'une position claire par l'intervenant:

- ◆ Renforcer la confiance en soi
- ◆ Éviter toute humiliation ou offense
- ◆ Encourager la responsabilité personnelle
- ◆ Faire participer aux décisions
- ◆ Identifier et mobiliser les ressources

Le renforcement de l'estime de soi passe par des relations dans lesquelles la personne peut démontrer des compétences propres à son rôle, comme c'est le cas dans le travail. Ce type de relations suppose une intégration matérielle, professionnelle, linguistique, familiale, sociale et structurelle optimale. Il importe par conséquent d'identifier les ressources avec l'aide du patient et de les mobiliser. Dans le cadre du suivi, on essaiera de développer la part d'identité qui a pu être préservée et de favoriser la reconstruction de la part perdue. Lorsque la personne traumatisée récupère les compétences propres à son rôle ou en acquiert de nouvelles – dans le contexte de sa vie dans le pays d'accueil, de sa famille et de son identité sociale, religieuse ou politique –, elle cesse de se fixer sur son état de malade et sur ses souffrances pour se concentrer sur ses points forts à d'autres plans. Le médecin de famille peut, dans le sens de l'approche systémique, y contribuer en informant et en mettant en route les démarches nécessaires pour favoriser l'intégration.

■ ■ ■ 3.2.5 Ouvrir des perspectives dans la vie

La destruction des systèmes de valeurs et de convictions chez les personnes extrêmement traumatisées opère de façon si profonde qu'il n'est possible de restructurer les schémas cognitifs ébranlés qu'à condition que le processus thérapeutique se déroule aussi de manière satisfaisante dans les autres systèmes d'attachement. Les effets de la torture ne sont réversibles que si la victime est en mesure de concevoir et de planifier ses projets de vie de façon positive, de lui donner

un sens et une perspective d'avenir. La réhabilitation psychique entre en partie dans le cadre des soins primaires, tout comme l'évaluation minutieuse de la nécessité de mesures psychothérapeutiques ou autres. Le déroulement du suivi dépend ici, entre autres, du point de vue personnel des intervenants sur les questions existentielles et de leur conviction de trouver un sens et de l'espoir dans leur travail.

Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, il est possible de favoriser l'orientation psychique en:

- ◆ aidant à inscrire l'expérience traumatique dans l'histoire personnelle;
- ◆ établissant des sphères de confiance;
- ◆ recherchant ensemble des perspectives.

3.3 La relation thérapeutique

■ ■ ■ 3.3.1 La relation médecin-patient

La relation thérapeutique est un élément clé de la prise en charge. D'anciens modèles comportementaux et relationnels y refont surface et peuvent ainsi être identifiés. Elle doit aussi permettre de faire de nouvelles expériences, curatives et constructives. La relation qui s'établit avec l'intervenant dans le cadre de la consultation médicale ou de situations de conseil a une importance, au même titre que celle qui s'instaure dans une psychothérapie.

On distingue trois phases dans la relation thérapeutique, au cours desquelles sont abordés des éléments fondamentaux précis de la thérapie:

Phases de la relation thérapeutique	Éléments de la thérapie
Etablissement de la relation	Stabilisation: sécurité, confiance, distance
Consolidation	Elaboration: exploration, confrontation, mise en œuvre de stratégies pour faire face
Elaboration du traumatisme	Intégration: inscription des événements dans le vécu (intérieur et extérieur), réorientation

Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique de victimes de torture et de guerre, il est particulièrement important que les intervenants, en l'occurrence les thérapeutes, adoptent une attitude claire et cohérente, et qu'ils la transmettent en toute transparence aux patients. La capacité relationnelle des survivants est limitée et empreinte de méfiance en raison de leur expérience répétée de schémas relationnels négatifs, équivoques et déroutants avec leurs bourreaux. Les intervenants doivent donc impérativement faire preuve d'ouverture et avoir une position claire pour permettre un rapprochement

mutuel progressif. Dans l'intérêt d'une relation solide reposant sur la confiance, il importe que les composantes essentielles suivantes soient réunies:

- ◆ **Attitude claire:** un renoncement volontaire à l'attitude neutre signale à la victime que son interlocuteur reconnaît ses souffrances et l'injustice subie. Il est important que le thérapeute en témoigne activement, par sa disposition à aborder les tabous et à désigner par leur nom les actes de cruauté.
- ◆ **Respect:** les traumatismes liés à la violence sont la conséquence d'abus extrêmes. Dans la relation thérapeutique, il convient de faire preuve du plus de respect possible, en tenant compte des expériences et des limites du patient, et en évitant à tout prix que le respect soit perçu comme une victimisation supplémentaire. La volonté de partager le deuil et les blessures du patient et la reconnaissance de sa force de survie sont constitutives de ce respect.
- ◆ **Empathie:** l'empathie doit être motivée par le respect et non par la pitié, et se manifester par un intérêt réel pour l'histoire personnelle du patient traumatisé. Il est important de pratiquer l'écoute active et de manifester de la curiosité, avec tact et compassion.
- ◆ **Compréhension:** être compréhensif signifie placer les thèmes importants, comme la méfiance, la passivité, l'incertitude ou encore la peur accablante dans le contexte concret du traumatisme et accepter les contradictions (apparentes). Il faut être suffisamment ouvert pour s'investir dans l'histoire toute personnelle de chaque patient et reconnaître aussi son passé.
- ◆ **Autodétermination et s'aider par soi-même:** chaque patient dispose librement de sa personne. Il participe au processus thérapeutique ou d'accompagnement, et à la définition de ses modalités. Le traitement ne peut se faire sans son accord; il doit savoir qu'il peut refuser à tout moment ce qui lui est proposé. Une phase d'éclaircissement posé et approfondi doit être prévue, avec le tact nécessaire, pour atténuer la pression du changement et éviter une pseudo-complaisance. Le respect de l'autodétermination doit aider à trouver le juste degré de proximité et de distance comme éléments nécessaires à la structuration de la relation. Il convient d'éviter l'établissement d'un rapport de force entre médecin

ou thérapeute et patient. Le soutien apporté pendant la thérapie dépend non seulement des besoins mais aussi de ses modalités concrètes. L'objectif du soutien professionnel est d'encourager avant tout l'autodétermination et l'aide par soi-même .

- ◆ **Information:** il faut donner des informations précises et claires au patient pour lui permettre d'émettre son propre jugement et de prendre ensuite une décision relative à la thérapie.
- ◆ **Clarification des attentes:** comme dans toute interaction médecin-patient, il est essentiel, dans la relation avec une personne traumatisée, d'exprimer ses attentes mutuelles, de les clarifier et, si nécessaire, de les revoir. Chez le patient, des exigences disproportionnées (quant au recours à des procédés diagnostiques, p. ex.) peuvent coexister avec une méconnaissance des prestations thérapeutiques indiquées dans son cas. Il faut savoir aussi que les attentes des migrants à l'égard des intervenants du pays d'accueil sont déterminées par l'offre du pays d'origine en matière de prestations sanitaires et sociales. Les patients connaissent parfois mal ou de manière erronée le système de santé en vigueur ici. Les rapports de l'intervenant avec les autorités étatiques (justice et police) et avec le pays d'origine, par exemple, par l'intermédiaire de l'ambassade, et le devenir des données personnelles consignées dans le dossier médical sont d'autres points délicats de l'interaction médecin-patient. Dans le travail avec les personnes extrêmement traumatisées, ces aspects viennent s'ajouter à la méfiance qui entrave déjà la relation; ils doivent par conséquent être abordés.
- ◆ **Plan d'action du patient et du médecin:** pour pouvoir déterminer les attentes, il est, entre autres, important de demander au patient quel est son plan d'action, c'est-à-dire sa perception de son état de santé et les sujets, questions et souhaits qu'il aimerait voir aborder pendant la consultation. Il convient de noter que ces représentations font intervenir les concepts médicaux acquis dans le pays d'origine et reflètent, par ailleurs, les expériences traumatisantes vécues. De la même manière, le plan d'action du médecin comprend son évaluation des troubles et les sujets, problèmes et conseils qu'il considère prioritaires. La distinction des deux perspectives et l'absence de tout parti pris aident à mieux comprendre le déroulement de la consultation et à estimer dans quelle mesure

chaque interlocuteur a pu exprimer ses souhaits et ses conceptions. Si un dénominateur commun peut être trouvé sur cette base, il est souhaitable de vérifier régulièrement s'il y a toujours concordance.

- ◆ **Anamnèse spécifique à la migration:** pour que la relation médecin-patient ne soit pas empreinte de jugements précipités, voire de préjugés, et de suppositions fondées sur une généralisation — par exemple, référence systématique à la «culture» du réfugié comme explication —, il convient d'accepter chaque individu dans tout son vécu et dans toute sa complexité. L'anamnèse centrée sur les spécificités de la migration (Salis-Gross et al., 1997) aide à replacer les tortures et autres débordements de violence dans leur contexte plus large et à en déduire l'impact sur l'état de santé et la situation sociale du réfugié. Cette anamnèse spécifique permet d'appréhender la perspective de la victime et couvre les trois dimensions temporelles (passé, présent, futur). L'anamnèse doit porter sur les conditions de vie du patient dans son pays d'origine, sur les événements qui l'ont traumatisé pendant la guerre, la détention ou son séjour dans un camp, sur les raisons de sa fuite, sur son parcours migratoire, sur ses problèmes de santé et ses conditions de vie actuels dans le pays d'accueil ainsi que sur ses projets d'avenir.

■ ■ ■ 3.3.2 Les objectifs du suivi et de la thérapie

On ne peut pas formuler d'objectifs généralisables pour la thérapie, le travail social et le suivi des personnes qui ont été torturées ou traumatisées par la guerre. La définition de ces derniers s'effectue de façon concertée et individualisée, en fonction de la personne et de la problématique, sachant qu'il s'agit aussi de clarifier les besoins thérapeutiques respectivement sociaux (p. ex. mesures de soutien en complément d'un traitement médical, soulagement de douleurs physiques sans étiologie somatique, aide à la recherche d'un emploi et à l'intégration professionnelle, gestion de conflits avec d'autres instances d'aide, psychothérapie, clarification du droit à une rente).

Les traumatismes extrêmes ne peuvent pas être guéris au sens classique du terme. Toute amélioration minime, mais concrète a son importance chez des personnes que l'expérience de la violence a, à maints égards, fragmentées. L'objectif ultime est la survie, c'est à dire d'apprendre à vivre avec le passé traumatique. Une fois que les menaces physiques et existentielles ont été surmontées, il s'agit de retrouver la force mentale et corporelle afin d'avoir prise sur la vie présente. Le traitement et l'accompagnement se focalisent sur l'élaboration d'éléments, tels que «comprendre ce qui s'est passé», «laisser émerger les sentiments de deuil», «accepter les pertes» «inscrire les événements dans son histoire de vie». Au nombre des objectifs figurent du reste, en référence à la théorie du traumatisme séquentiel, le rapport à la «vie d'avant», la situation actuelle et les perspectives d'avenir. En bref, les priorités du suivi thérapeutique des personnes traumatisées répondent aux critères suivants:

Objectifs prioritaires

- ◆ Approche centrée sur la personne
- ◆ Prise en compte du contexte
- ◆ Mobilisation des ressources
- ◆ Survie
- ◆ Elaboration et acceptation des fragmentations

Les mesures d'ordre médical prises dans le cadre d'un traitement ne sont qu'un élément du soutien au regard de la complexité et de la portée de tels traumatismes. C'est ce qu'on constate notamment dans le cabinet du médecin généraliste, où des besoins dépassant le champ d'action directe du praticien sont souvent formulés. Il peut ainsi s'agir de souhaits relatifs à l'activité professionnelle, au regroupement familial, au permis de séjour ou à la condamnation des tortionnaires. Les interventions médico-thérapeutiques doivent s'accompagner de réussites sur le plan de la reconstruction de structures matérielles, sociales et familiales fondatrices de sens, sans quoi elles ne peuvent pas avoir d'effet durable.

Le tableau suivant présente différents objectifs partiels sur trois plans essentiels intimement liés:

Objectifs intermédiaires

Plan psychique:

- ◆ Connaissance des buts de la torture
- ◆ Reconnaissance du pouvoir destructif des souvenirs
- ◆ Acceptation de ce qui est irréversible
- ◆ Confiance en soi, estime de soi
- ◆ Appréhension réaliste de la vie
- ◆ Redécouverte des ressources personnelles

Plan somatique:

- ◆ Réhabilitation physique
- ◆ Diminution des symptômes
- ◆ Perception positive de son corps
- ◆ Evitement de la chronicisation des syndromes douloureux

Plan social:

- ◆ Confiance en autrui
- ◆ Rupture de l'isolement
- ◆ Réseau social solide
- ◆ Réflexion sur la situation migratoire
- ◆ Prévention de la violence secondaire
- ◆ Inscription des traumatismes dans l'histoire familiale

3.3.3 Examen médical et conduite de l'entretien

Les soins primaires jouent un rôle important dans le diagnostic et le suivi thérapeutique des réfugiés traumatisés. Comme évoqué précédemment, les médecins de famille sont, en règle générale, leurs premiers et souvent leurs seuls interlocuteurs dans le système de santé.

Bon nombre de thérapeutes et d'autres intervenants trouvent délicat d'aborder la question des éventuelles violences subies. Or il importe que le généraliste sache si le patient a été soumis à des traumatismes extrêmes: selon si c'est le cas ou non, l'examen médical, la conduite de l'entretien, la pose du diagnostic et le plan de traitement différeront. Lors de la première entrevue avec un membre du corps médical, les plaintes présentées habituellement sont plutôt de l'ordre somatique tandis que les souffrances psychiques sont souvent retenues. En général, les personnes victimes de violence ont du mal à raconter leurs expériences atroces, ce qui complique l'évaluation des symptômes. Les souvenirs sont évités et écartés. Des sentiments de honte et de culpabilité ainsi que des peurs normales ou excessives les empêchent de parler ouvertement de ce qui constitue pourtant une atteinte aux droits humains. Certaines redoutent d'être prises pour des malades mentaux ou de perdre le contrôle de leurs actes. Les personnes traumatisées interprètent parfois leurs réactions comportementales comme des signes de faiblesse et non comme les répercussions des violences subies, et sont d'autant plus angoissées et gênées d'en parler. Suite à la profonde perte de confiance en soi et en autrui, de nombreuses victimes de torture ne commencent à relater les faits que lorsqu'une base de confiance stable s'est instaurée. D'autres, au contraire, décrivent, impassibles, les pires interrogatoires et actes de torture sans laisser paraître la moindre souffrance. Ce cas de figure ne remet pas en question la crédibilité du récit car le découplage émotionnel (dissociation) est un moyen de composer avec le vécu.

Du fait de leur propre appréhension à aborder le sujet ou de leur manière inappropriée de conduire l'entretien, les médecins contri-

buent parfois eux-mêmes à la non-évoque de l'expérience traumatique. Le plus souvent, le professionnel de santé a lui-même du mal à trouver les mots et les émotions pour thématiser la violence. A cet égard, un questionnement mécanique et répétitif peut être tout aussi inadapté que l'accentuation excessive du côté émotionnel. Une autre difficulté consiste à orienter et à structurer convenablement le contenu du discours. Il arrive que le sujet de la torture est mis longtemps de côté afin d'éviter une rétraumatisation. Il est vrai qu'abordé trop tôt, il peut susciter chez les personnes concernées une déstabilisation persistante sur plusieurs jours. Selon notre expérience, la question anodine «Avez-vous été en détention préventive ou en prison?» constitue un bon point de départ. On sait que dans certains pays, la plupart des détenus sont, malheureusement, torturés. Toute réponse affirmative de la part de leurs ressortissants doit alerter sur le sort qui leur a éventuellement été réservé et, en présence d'un tableau clinique, fournit l'occasion de parler directement des tortures. («Avez-vous ces douleurs depuis l'arrestation? Vous a-t-on frappé ou maltraité d'une manière quelconque?»). Le patient acquiert ainsi la certitude que son interlocuteur est au fait de ce qui se passe dans les postes de police et les prisons.

Les troubles dont se plaignent spontanément les survivants sont le plus souvent peu spécifiques, si bien qu'un médecin mal averti n'établira pas le lien avec les tortures subies. *Les symptômes et caractéristiques suivants* chez des migrants (indépendamment de leur statut de séjour) doivent faire suspecter des violences systématiques:

- ◆ Douleurs chroniques
- ◆ Troubles d'évolution variable (appareil locomoteur, tête, estomac, tractus uro-génital, etc.)
- ◆ Séquelles visibles de blessures (cicatrices, perforations du tympan, difformités des pieds)
- ◆ Nervosité et hyperactivité neurovégétative, sueurs
- ◆ Grande tension psychique et/ou musculaire
- ◆ Faire pression, avec le risque de transfert sur les intervenants

- ◆ Troubles du sommeil chroniques (peurs, cauchemars accompagnés d'agitation motrice et de cris)
- ◆ Sentiments d'anxiété, de colère, de méfiance, de résignation et d'impuissance (également comme sentiments de contre-transfert)
- ◆ Changements fréquents de médecin et/ou consultations d'urgence

La réaction traumatique d'une victime de torture peut aussi se manifester pendant la consultation médicale ou l'entretien social. Les comportements suivants sont évocateurs d'un traumatisme antérieur:

- ◆ Souvenirs intrusifs réveillés par des stimuli clés (déclencheurs) pendant la consultation et suscitant des sentiments très vifs d'anxiété, de détresse et d'impuissance.
- ◆ Réactions de frayeur à des changements brusques en situation nouvelle (non familière). Cet état se traduit par une perte de mémoire, un état de confusion et des troubles de concentration, avec perturbation de la capacité d'écoute et de compréhension des questions ou des instructions.
- ◆ Contradictions dans les déclarations liées à des réactions au stress.
- ◆ Sensation de gêne en situation de proximité et de contacts physiques, par exemple en raison d'un fort sentiment de honte.
- ◆ Manifestations de colère et de méfiance à l'égard du thérapeute ou du conseiller, en tant que personne incarnant l'autorité, peuvent entraver le bon déroulement du traitement ou du conseil.

La reconnaissance de l'expérience de la torture ou de la guerre et un style adéquat permettant de dire l'indicible sont des conditions fondamentales à une relation médecin-patient fructueuse. L'instauration de la confiance doit être au cœur de la prise en charge. Elle passe par la constance et la fiabilité dans la relation, l'acceptation de l'autonomie de son interlocuteur et la négociation concertée des étapes ultérieures. Les premiers contacts entre le médecin et le patient sont décisifs pour la poursuite du traitement. Les personnes à la recherche d'aide ont généralement connu des déceptions préalables sur le plan thérapeutique et réagissent en conséquence par une attitude soit exigeante, soit résignée. Les *conseils suivants relatifs à la conduite de l'entretien* sont destinés à faciliter cette entrée en matière difficile:

- ◆ **Mener l'entretien avec tact:** laisser le patient décider de ce qu'il veut révéler; si nécessaire, freiner la conversation pour revenir sur du terrain sécurisant.
- ◆ **Éviter de réveiller inutilement des souvenirs d'interrogatoire et de torture:** pour éviter autant que possible des intrusions incontrôlées au cours de l'examen, il est important de faire très attention aux déclencheurs potentiels (attentes prolongées, attentes dans la solitude de la salle de consultation, entretiens sur le mode de l'interrogatoire, pratique de contrôles et d'examen en l'absence de toute information ou explication, etc.).
- ◆ **Procurer un sentiment de sécurité:** penser au besoin de sécurité de la victime lors de la disposition des sièges et en situation d'examen (issues de secours et distance, gestes calmes, établir les contacts physiques nécessaires avec détermination alliée à beaucoup de tact).
- ◆ **Donner des informations:** expliquer ses intentions avec des mots simples, compréhensibles. Renseigner le patient en tous points sur le déroulement et le but de l'examen ainsi que sur ses droits (secret professionnel du médecin). L'informer des différentes options de traitement, de prise en charge et de possibilités de se faire conseiller.
- ◆ **Il n'y a pas de règles concernant le bon moment pour parler du traumatisme:** il arrive qu'une personne ayant été torturée évoque les tortures subies sans émotion et de manière très «technique» lors de la première consultation: est-ce pour tester l'interlocuteur et voir s'il tient bon face à cette description des faits? La torture subie est-elle le ticket d'entrée dans le système de santé? Le plus souvent, toutefois, les événements terribles sont tus pendant longtemps, par honte, pour ménager son interlocuteur ou pour se protéger de réminiscences accablantes. Il convient de laisser les personnes traumatisées décider elles-mêmes du moment opportun, éventuellement par bribes au début, pour parler de leur vécu.
- ◆ **Éviter l'activisme:** ne pas se laisser entraîner trop rapidement à des examens particuliers. Le plus souvent, on dispose de suffisamment de résultats d'examen antérieurs (anamnèse). De plus, les techniques médicales sont susceptibles de rappeler les procédures de torture. Après une bonne information et moyennant la relation de confiance requise, on peut envisager avec le temps des examens

comme le scanner, l'IRM ou l'EEG. Judicieusement planifié, la prescription d'un examen particulier peut signaler au patient que ses plaintes sont prises au sérieux. Une exploration «technique» n'ayant révélé aucune anomalie peut constituer une meilleure base pour une bonne coopération que le refus a priori de tout examen. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques doivent être bien réfléchies et avoir un but précis.

- ◆ **Faire preuve d'ouverture et d'authenticité:** ne pas avoir peur de dévoiler précocement ses possibilités et ses limites thérapeutiques — cela évitera toute illusion et toute déception.
- ◆ **Témoigner de l'intérêt pour le bien-être de la personne en quête d'aide:** demander aussi au patient comment il se sent après la consultation, dans la vie de tous les jours et après avoir évoqué les violences subies par le passé.
- ◆ **Penser aux proches:** associer le conjoint et les enfants du réfugié à vos réflexions et à vos entretiens avec le patient.
- ◆ **Réfléchir à ses propres réactions:** prendre en considération son propre malaise à l'égard de certains sujets et situations, et essayer d'identifier les causes de son propre embarras. Ce genre de sentiments peut révéler la nécessité de faire preuve de plus de circonspection au cours du traitement.
- ◆ **Prendre son temps et en accorder à son interlocuteur:** au début, laisser plutôt la victime décider de ce dont elle souhaite parler et dans quelle mesure; accorder la priorité à la mise en confiance, qui est la base de tout.
- ◆ **Aborder, le moment venu, les violences subies:** une entrée en matière possible consiste à poser des questions impersonnelles («Je sais qu'il arrive dans votre pays d'origine que des gens soient victimes de graves sévices.»), qui offrent au patient la possibilité de parler de sa propre expérience («Avez-vous vécu des choses similaires? Souhaitez-vous en parler?»).
- ◆ **Poser directement des questions pour déceler les symptômes psychiques:** contrairement aux symptômes somatiques, les symptômes psychiques sont très souvent passés sous silence par les victimes. Une entrée en matière active aide le patient.

- ◆ **Eviter les pathologisations trop rapides:** se concentrer avec le patient sur toutes les ressources dont il dispose. Lui donner la confirmation que ses sentiments et son comportement sont des réactions normales à des événements anormaux, et non l'inverse.
- ◆ **Prendre position:** nommer et reconnaître l'injustice subie. Se confronter à ses propres interrogations au sujet du sens et de l'espoir.
- ◆ **Témoigner de l'intérêt pour l'agenda du patient:** demander au patient quelles sont ses attentes, sa conception de sa maladie et de la guérison, et son expérience. Tenir compte de son point de vue dans l'évaluation. Le laisser participer activement à la sélection des thèmes de la consultation.

■ ■ ■ 3.3.4 La collaboration avec un interprète communautaire

Nombreux sont les réfugiés qui, pour diverses raisons, éprouvent des difficultés à apprendre la langue du pays d'accueil. Les problèmes de concentration, souvent liés au traumatisme, causent des troubles de l'apprentissage, et le manque de contacts sociaux favorise l'isolement. Pour comble, l'inaptitude au travail ou le chômage réduisent encore l'espace vital et relationnel. La compréhension mutuelle est pourtant fondamentale dans la relation thérapeutique. Pour garantir la communication, non seulement sur les questions pratiques mais aussi et avant tout sur les sujets à forte charge émotionnelle, il est souvent indispensable de faire intervenir un interprète professionnel et indépendant. Le recours à un interprète communautaire signale au patient le souci que l'on a de bien le comprendre. L'interprétation institutionnalisée, par une personne qualifiée, a un effet sécurisant dans le traitement. Elle est essentielle pour que les victimes de la torture ou d'autres formes de violence se sentent prises au sérieux dans le contexte du traitement ou de l'accompagnement.

L'entretien entre le médecin et le patient en présence d'un tel intermédiaire constitue une triade complexe, qui modifie la dynamique relationnelle et le cours de la prise en charge. Voici les aspects importants qui permettent de profiter des avantages de l'interprétation et de la médiation:

- ◆ **Indépendance:** s'assurer par avance que le patient et l'interprète n'ont pas de relations familiales, amicales ou professionnelles. Les proches ne possèdent pas la distance affective nécessaire, ce qui mène à des conflits de loyauté, et, par conséquent, la vie privée et l'intimité du patient ne sont plus protégées.
- ◆ **Professionalisme:** éviter de collaborer avec des personnes non qualifiées et disponibles par concours de circonstances.
- ◆ **Préparation:** préparer l'entretien avec l'interprète.
- ◆ **Définition des rôles:** présenter l'interprète au patient et définir le rôle de chaque interlocuteur, en veillant à mentionner le devoir de confidentialité (secret médical).
- ◆ **Consentement:** demander le consentement du patient pour le choix de l'interprète et médiateur. Donner également à l'interprète la possibilité de refuser sa collaboration en situation particulière.
- ◆ **Contact avec le patient:** s'adresser directement au patient et maintenir le contact visuel avec lui.
- ◆ **Niveau de langue:** utiliser une langue facile à comprendre en veillant à formuler ses idées de façon succincte et concrète, avec peu de mots techniques.
- ◆ **Compréhension:** s'assurer régulièrement de la bonne compréhension mutuelle.
- ◆ **Facteur temps:** prendre son temps; une bonne traduction et médiation demande souvent des questions et des explications supplémentaires.

- ◆ **Approfondissement:** après l'entretien, avoir une discussion avec l'interprète pour clarifier les points confus et parler des sentiments perturbants éventuels et du contexte de la conversation. C'est l'occasion, pour l'interprète, de faire part de ses observations et de ses interprétations propres. (Bischoff, Loutan, 2000)

On distingue différentes formes d'interprétariat. Dans le domaine de la santé et de l'aide sociale, on fait le plus souvent appel à l'interprétation consécutive, qui consiste à traduire phrase par phrase ou réponse par réponse dans la langue de l'interlocuteur. Le travail des interprètes professionnels comprend en outre la médiation culturelle explicite, c'est-à-dire que l'interprète doit inscrire le récit dans une perspective plus large et mettre le contexte en lumière. Les autres moyens d'expression (signaux non verbaux) sont aussi importants que les mots. Ces éléments de l'entretien sont plus particulièrement abordés lors des discussions ultérieures entre l'intervenant et l'interprète. Les autres formes de médiation linguistique (traduction littérale, intercession en faveur de la victime ou partage de la responsabilité thérapeutique par l'interprète) sont rarement utilisées par le système de santé et d'aide sociale.

Si l'on peut s'adjoindre les services d'interprètes interculturels qualifiés, que l'aspect financier est réglé et que tous les interlocuteurs font preuve d'ouverture et de bonne volonté, les avantages d'un entretien avec interprétariat priment nettement. L'un des bénéfices de la formule réside dans l'atmosphère de familiarité et de sécurité propice à la compréhension que crée la médiation. La restitution différée du message qui découle de l'intervention d'un tiers donne l'occasion au thérapeute d'observer plus précisément l'expression non verbale. Une bonne interprétation est un gage de clarté de la communication dans la thérapie. Le travail d'interprétariat dans le contexte du traitement et de l'accompagnement de réfugiés traumatisés est toutefois très exigeant. Très sensibles, les sujets abordés peuvent réveiller chez l'interprète des souvenirs douloureux, ce qui exige de sa part une certaine maîtrise quant à son degré d'implication. Un autre inconvénient réside dans le fort potentiel de conflits inhérent à la communication complexe en situation de dialogue. L'impossibilité de l'échange verbal crée une plus grande distance avec le patient. Sur le

plan de l'organisation, enfin, le problème est de trouver des créneaux communs pour les rendez-vous et le temps nécessaire à ces entretiens prolongés (voir www.inter-pret.ch).

■ ■ ■ 3.3.5. L'implication de la famille

Il importe d'associer la famille à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des réfugiés traumatisés. D'une part, le système familial constitue une ressource pour le traitement: les conjoints aident à entretenir chez les patients la motivation nécessaire à la poursuite de leur démarche thérapeutique, les assistent lors de crise et les relaient dans la gestion du quotidien. Quant aux enfants, ils deviennent souvent les dépositaires de l'espoir parental: leur propre avenir leur apparaissant comme une cause perdue, les parents traumatisés voient dans leur progéniture le seul enjeu de leur vie qui soit digne de leur investissement. D'autre part, l'expérience de la torture par une personne pèse lourdement sur tous les membres de sa famille. La nervosité, la méfiance, la passivité et le manque de perspectives des victimes induisent une modification des rôles ainsi que des tensions au sein du couple. Outre des conflits relationnels et des problèmes sexuels, le stress occasionné constitue un terrain propice à la violence intrafamiliale.

Parallèlement à leurs retombées sur la vie de couple, les traumatismes retentissent aussi sur les rôles parentaux et, dès lors, sur les fonctions éducatives. Ressources déficientes – telle que moindre résistance au stress (notamment en présence d'un PTSD) – ou attitudes inadaptées – telles que surprotection ou, au contraire, exigences excessives – ne suffisent toutefois pas à expliquer de façon probante les difficultés qui interviennent sur fond de parcours migratoire et de vécu traumatique. Souvent, il s'avère que les enfants et les adolescents sont eux-mêmes traumatisés par des événements graves ou souffrent de traumatismes indirects, le rôle d'interprètes dont ils sont investis auprès de leurs parents les mettant aux prises avec une histoire pouvant déclencher, chez eux aussi, des symptômes traumatiques.

Cela est d'autant plus lourd de conséquences que les enfants sont, par définition, des êtres en devenir, et donc particulièrement vulnérables et sans défense. De plus, les traumatismes entravent des processus de développement décisifs, les enfants et adolescents concernés pouvant en garder des stigmates et être handicapés toute leur vie. Aussi est-il absolument nécessaire que la détresse et la souffrance des enfants et adolescents traumatisés soient mieux appréhendées par les spécialistes et donnent lieu à une prise en charge thérapeutique adaptée. Il s'agit de stabiliser psychiquement ces jeunes patients en les aidant à mobiliser leurs ressources intérieures, à combattre leurs symptômes traumatiques et à poursuivre leur développement dans des conditions plus favorables. Malheureusement, en pratique courante, le généraliste ne parvient qu'imparfaitement à identifier avec certitude les enfants et adolescents traumatisés. A cela plusieurs raisons: outre le défaut de sensibilisation des médecins, on observe souvent, chez les parents, une tendance à la dénégation, soit qu'ils omettent de mentionner les problèmes et anomalies de leurs enfants, soit qu'ils les minimisent, voire les nient. De telles réactions peuvent d'emblée paraître étonnantes, mais deviennent cohérentes lorsqu'on les envisage dans le contexte du stress post-traumatique des victimes. Toute évocation des séquelles traumatiques de leurs enfants aurait pour effet de les renvoyer à leur propre histoire et à leur propre souffrance. Un retour sur le passé ne manquerait pas, en effet, de raviver de forts sentiments de tristesse, de peur, de honte, de colère et de désespoir. Aussi les sujets sensibles sont-ils éludés, la douleur niée – autant de comportements qui procèdent d'un mécanisme d'autoprotection (le traumatisme étant tabouisé, il n'est pas thématiqué). Si une base de confiance suffisante s'instaure entre le médecin et son patient et que le sujet peut être abordé, on prend la mesure des conséquences qu'ont les troubles psychiques (états anxieux, dépressions, troubles du sommeil tels que cauchemars) et les symptômes psychosomatiques des enfants (douleurs abdominales, céphalées) sur le système familial, ainsi que de la façon dont ils affectent, en retour, le bien-être psychique des parents.

A cela s'ajoute que les troubles dont souffrent les enfants ne se manifestent pas seulement dans la sphère familiale, mais rejaillissent dans les structures d'accueil publiques qu'ils fréquentent: jardins d'enfants, écoles, etc. Certains ont de la peine à se concentrer, ils sont bloqués, découragés, et, bien qu'intelligents, présentent des difficultés d'apprentissage. D'autres sont constamment sur la défensive et, de ce fait, ont de fréquents conflits avec leurs camarades. Par ailleurs, la plupart des enfants traumatisés font preuve d'un manque de spontanéité et de vitalité – signes qui mettent en évidence les failles de la capacité éducative parentale. Compétence transculturelle peu développée, intégration linguistique insuffisante et connaissance lacunaire du système scolaire sont autant de freins à une approche constructive des problèmes. Il est impératif d'identifier précocement ces signes et obstacles, d'aider les victimes à rompre avec le déni pour mettre en place les mesures qui s'imposent et restaurer, chez les enfants comme chez les adultes, confiance, sécurité et bien-être.

Afin d'y parvenir, il convient de veiller à ce que les souvenirs et expériences traumatiques des enfants soient appréhendés, élaborés et inscrits de façon systématique dans leur biographie.

Depuis 2004, le Service psychologique pour enfants et adolescents du canton de Berne et le Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS dispensent conjointement une psychothérapie de groupe à des enfants et des adolescents traumatisés. Cette initiative capitalise le savoir-faire des deux structures en matière de santé, de migration, de traumatisme et de famille, institutionnalisant du même coup leur collaboration. Il ressort de l'auto-évaluation des enfants et des adolescents que la psychothérapie de groupe peut agir favorablement sur les symptômes post-traumatiques (régression des sentiments de tristesse, de colère et de peur, rétablissement de l'optimisme, amélioration de la qualité du sommeil avec moindre fréquence des cauchemars, meilleurs résultats à l'école). Les parents aussi rapportent des effets positifs, notamment un recul des troubles psychosomatiques et une meilleure socialisation.

Les constats dont nous faisons état ici soulignent l'importance d'un suivi psychothérapeutique. Le bénéfice d'une telle démarche ne réside pas seulement dans les évolutions qui interviennent chez l'individu lui-même, mais aussi dans les effets qu'elle exerce par rétroaction sur l'ensemble de son environnement familial. Afin d'ouvrir de réelles perspectives prometteuses aux enfants et à leurs parents, il importe que le processus thérapeutique soit encadré par des spécialistes disposant du savoir et de la sensibilité requis.

Une liste de professionnels, d'institutions et d'interlocuteurs annexes figure à la fin de la présente brochure.

■ ■ ■ 3.3.6 Les traumatismes secondaires

Comme il ressort de la définition qui figure au chapitre 2.1, un traumatisme peut être causé de manière directe ou indirecte. Outre l'entourage proche de la victime, l'ensemble des personnes qui interviennent dans le travail sur les événements traumatiques et dans la prise en charge des traumatisés sont exposés à un risque de traumatisme secondaire. La confrontation à l'expérience traumatique des patients peut avoir, chez les intervenants comme chez les victimes directes, un impact à la fois positif (concept de croissance post-traumatique) et négatif (concept de pathogenèse). Le fait d'être le témoin de scènes de guerre ou de torture ou d'en entendre le récit suffit à changer un être humain.

Les répercussions des traumatismes directs et des traumatismes indirects se recoupent. Ainsi, on retrouve fréquemment chez les intervenants des éléments du schéma de base de la réaction traumatique (intrusion, évitement, hyperréveil). On constate en outre un affaiblissement du sens de cohérence et de la sécurité existentielle, qui fait voler en éclats la perception de sa propre vulnérabilité, l'amour-propre et la conception d'un monde plein de sens et de valeur. En principe, les symptômes du traumatisme secondaire se manifestent de manière moins intense, moins immédiate et moins cumulative que ceux du traumatisme primaire.

Une série de termes a été créée pour délimiter, sur le plan conceptuel, le traumatisme secondaire: stress traumatique secondaire, compassion fatigue (fatigue de compassion), burnout (syndrome d'épuisement professionnel), vicarious traumatization (traumatisme vicariant, «traumatisation par ricochet») ou traumatisme indirect. L'accent est mis sur différents aspects; ces concepts sont soit spécifiques à des états de stress professionnel ou aux intervenants psychosociaux de crise, soit insistent sur l'empathie ou le bouleversement du système de valeurs personnel. Ils font en outre référence à diverses phases du processus. Nous n'entrerons pas plus en détail sur les différences, mais retiendrons, par convention, le terme générique de «traumatisme secondaire».

L'état de stress traumatique secondaire peut être déclenché par différents facteurs – souvent cumulés:

Mission thérapeutique: en raison de la diversité, de la gravité et de la complexité des problèmes exposés dans le cadre de la thérapie ou du conseil, la mission des intervenants est extrêmement exigeante. Si l'on tient compte de son succès souvent relatif, leur démarche semble même illusoire, ce qui suscite des frustrations. Les mesures thérapeutiques inefficaces notamment, mais aussi la prédominance des troubles somatoformes, conduisent à la prescription de trop ou de mauvais médicaments. Outre les complications concomitantes, qui sont nombreuses, la gestion du processus thérapeutique est en général délicate et la mise en confiance indispensable de la victime exige énormément de patience et d'efforts. Le grand défi reste la relation entre le thérapeute et le survivant de la torture ou de la guerre, puisque d'elle dépend le cours du traitement et son succès. Des problèmes de compréhension peuvent l'entraver et engendrer de la distance et des obstacles.

Environnement socioprofessionnel: l'environnement tant social que professionnel des intervenants psychosociaux de crise est difficile. Le discours sociétal sur la torture et les autres formes de violence organisée non seulement est tabouisé, mais interfère aussi avec

des craintes collectives et des mécanismes de défense psychologiques comme le déni, la minimisation, le clivage et la projection. Les questions d'asile et d'immigration qui, dans les pays d'accueil, en sont constitutives, sont teintées de préjugés et d'ignorance, et sont instrumentalisées par les milieux politiques. Les difficultés d'obtention d'un titre de séjour et les problèmes d'intégration qui leur sont souvent imputables contribuent à l'inefficacité du traitement et de la prise en charge. L'interdépendance des différents éléments en jeu vient encore aggraver les choses, l'état de santé, le statut de séjour et l'exercice d'une activité rémunérée entretenant des liens inextricables. La relation entre maladie et précarité du titre de séjour ou inaptitude au travail crée pour les victimes une valeur morbide, qui influe défavorablement sur le cours du traitement. Face à la situation de précarité juridique des patients, les intervenants se sentent acculés au rôle d'avocat ou de protecteur, et risquent de perdre la distance professionnelle qui s'impose. Les dispositions légales et la pression liée au besoin de légitimer en permanence son propre travail et de lui donner une caution institutionnelle génèrent un surcroît de travail administratif. Dans le contexte de l'admission, notamment, le travail avec des personnes traumatisées est habituellement caractérisé par une situation financière instable. Tous ces facteurs de stress d'ordre institutionnel, juridique, organisationnel et sociopolitique constituent bien souvent de pesantes contraintes pour les intervenants, et peuvent induire un surmenage chronique.

Stress des victimes: pour les intervenants, la difficulté psychologique réside souvent dans le stress subi par leurs patients et dans l'élaboration des traumatismes. A force de se concentrer sur ces expériences traumatiques, ils sont susceptibles de finir par être dépassés et, par voie de conséquence, d'éprouver moins d'empathie. On constate chez eux une tendance à l'évitement destinée à se protéger des dissociations et intrusions des patients. Un autre danger réside dans la minimisation potentielle des événements traumatiques du fait de la paranoïa et des états anxieux des patients. La méfiance excessive des victimes directes provoque en outre parfois des réactions de contre-transfert. Leur impuissance et leur détresse favorisent l'apparition d'une dépendance thérapeutique réciproque.

Stress des intervenants: les problèmes ou expériences traumatiques personnels des intervenants constituent un précieux facteur de motivation intrinsèque. Dans le même temps, l'écoute quotidienne de récits terribles est susceptible de réactiver leurs propres traumatismes avec le risque d'effets négatifs, tels que manque de distance, surinvestissement, absence d'esprit critique dans la défense de la victime, ou solidarité et sollicitude immodérées. Les réactions individuelles des intervenants peuvent aller dans le sens d'une croissance post-traumatique ou de formes défavorables d'élaboration du vécu.

Conséquences et réactions possibles:

- ◆ Epuisement émotionnel
- ◆ Altération de la perception de soi
- ◆ Sentiments de vide et d'isolement
- ◆ Plus grande capacité relationnelle
- ◆ Changement de philosophie (nouvelles priorités dans la vie)
- ◆ Tristesse et dépression
- ◆ Sentiment de culpabilité (devant la détresse et l'injustice)
- ◆ Sens des responsabilités prononcé
- ◆ Sentiment d'aliénation (lié à l'impossibilité de partager avec d'autres ce qui dépasse l'entendement)
- ◆ Perte de la confiance en soi nécessaire à l'intervention thérapeutique
- ◆ Rage, irritabilité, hyperactivité
- ◆ Sentiments de honte (face aux expériences limites, existentielles et intimes)
- ◆ Identification aux victimes
- ◆ Surprotection des victimes et fantasmes de sauveur
- ◆ Dévalorisation des victimes, p. ex. à travers des préjugés
- ◆ Intolérance et indifférence à l'égard d'autrui dans la vie professionnelle et privée

Stress au sein des équipes et des institutions: les réactions complexes des différents intervenants se reflètent également à l'échelle collective, c'est-à-dire au sein de l'équipe thérapeutique. Les facteurs externes évoqués plus haut (institutionnels, juridiques et organisationnels) compliquent le travail, et les traumatismes secondaires viennent encore perturber toute la dynamique du groupe et son bon fonctionnement. Les objectifs destructifs de la torture se manifestent aussi dans les schémas relationnels au sein de l'équipe – de manière similaire quoique moins marquée – sous forme de méfiance et de soupçons réciproques, d'un sentiment de menace, d'accusations mutuelles injustifiées et d'une communication confuse et contradictoire. Comme dans la torture, les conflits se déroulent dans le secret, avec des coalitions occultes ou une escalade chaotique. Ils entraînent démotivation, désespoir et fatigue, et sont susceptibles de diviser une partie voire toute l'équipe. L'approche interdisciplinaire privilégiée dans le travail avec des survivants de la torture ou de la guerre constitue pourtant souvent une contrainte en termes de collaboration. La dynamique conflictuelle inhérente aux équipes pluridisciplinaires peut, en effet, se renforcer pour des questions données d'équivalence et de compétence en matière d'action et de décision entre les groupes professionnels. Les tensions sont susceptibles de s'intensifier, sachant que différents principes et orientations conceptuels et techniques cohabitent.

On estime que le risque professionnel de traumatisme secondaire est élevé chez les intervenants travaillant avec des victimes de la torture ou de la guerre qui ont subi des traumatismes extrêmes. Il est donc très important de prévoir des mesures de prévention et de protection tant collectives (équipes et institutions spécialisées) qu'individuelles:

- ◆ S'interroger sur ses propres motivations
- ◆ Ne pas perdre de vue la complexité et la gravité des traumatismes extrêmes
- ◆ Rester réaliste quant à la réussite du traitement
- ◆ Garder une certaine distance par rapport au travail
- ◆ Conserver un regard extérieur critique
- ◆ Institutionnaliser le coaching, l'intervision et la supervision
- ◆ Professionnaliser davantage ses interventions grâce à des formations continues spécialisées régulières
- ◆ Prévoir des activités pour compenser dans la vie professionnelle et privée
- ◆ Trouver des exutoires à ses émotions
- ◆ Veiller à la tolérance au sein de l'équipe et à la transparence dans la communication entre ses membres
- ◆ Assigner clairement les compétences au sein de l'équipe
- ◆ Prendre des mesures relatives à l'organisation des tâches pour se délester le plus possible du surcroît de travail administratif
- ◆ Eriger l'estime du travail en élément moteur de la dynamique de l'équipe
- ◆ Entretenir la coopération avec d'autres acteurs du réseau d'intervention et leur déléguer des tâches

Adresses et références utiles

Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS

Werkstrasse 16, CH-3084 Wabern bei Bern
Tél: 031 960 77 77
Fax: 031 960 77 88
www.redcross.ch
gi-ambulatorium@redcross.ch

Assistance médicale pour les sans-papiers

Werkstrasse 16, CH- 3084 Wabern bei Bern
Tél.: 031 960 77 77
Fax: 031 960 77 88
www.redcross.ch
gi-ambulatorium@redcross.ch

Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre (afk Zurich)

Policlinique psychiatrique
Culmannstrasse 8 (adresse postale)
Sonneggstrasse 6 (accueil visiteurs)
8091 Zurich
Tél.: 044 255 52 80
Fax: 044 255 44 08
www.psychiatrie.usz.ch

Consultation pour victimes de la torture et de la guerre (ctg Vaud)

Appartenances
Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne
Tél.: 021 341 12 50
Fax: 021 341 12 52
www.appartenances.ch
association@appartenances.ch

Consultation pour victimes de la torture et de la guerre (ctg Genève)

Centre Santé Migrants HUG
Charmilles
89 rue de Lyon, 1203 Genève
Tél.: 022 382 33 33
Fax: 022 382 33 32
migrantcare.hug-ge.ch

Office fédéral des migrations (ODM)

Quellenweg 6, CH-3003 Bern-Wabern
Tél.: 031 325 11 11
Fax: 031 325 93 79
www.bfm.admin.ch

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR)

Weyermannsstrasse 10
Case postale 8154
CH-3001 Berne
Tél.: 031 370 75 75
Fax: 031 370 75 00
www.osar.ch
info@osar.ch

Liens vers des organisations de défense des droits de l'homme

ACAT **Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture**
www.fiacat.org/en/ fi.acat@wanadoo.fr

AI **Amnesty International**
www.amnesty.org/ amnestyis@amnesty.org

APT **Association pour la prévention de la torture**
www.apr.ch/ apr@apr.ch

CINAT **Coalition of International Non-Governmental Organisations against Torture**
www.apr.ch/cinat.htm

CIJ **Commission Internationale de Juristes**
www.icj.org/ info@icj.org

HHRI **Health and Humanrights Info**
www.hhri.org/ postmaster@hhri.org

HRDC **Human Rights Documentation Centre**
www.hrdc.net/ info@hrdc.net

HRW **Human Rights Watch**
www.hrw.org/ hrwnyc@hrw.org

IRCT **Conseil international pour la réhabilitation des victimes de la torture**
www.irct.org/ irct@irct.org

ISHHR **Société internationale pour la santé et les droits de l'homme**
www.ishhr.org/ istartts@s054.aone.net.au

MERS **Humanrights.ch**
www.humanrights.ch info@humanrights.ch

OMCT **Organisation mondiale contre la torture**
www.omct.org/ omct@omct.org

REDRESS **The Redress Trust**
www.redress.org/ redresstrust@gn.apc.org

OHCHR **Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme**
www.ohchr.org

Protocole d'Istanbul du HCDH (Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants):

www.ohchr.org/french/about/publications/docs/8rev1_fr.pdf

Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture:

www.ohchr.org/english/about/funds/torture/index.htm

Références bibliographiques

Becker, D., (2006). Die Erfindung des Traumas- Verflochtene Geschichten. Berlin: éditions Freitag.

Département Migration de la CRS (Ed.). (2004). Migration-Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zurich: éditions Seismo.

Département Migration de la CRS (Ed.). (2005). In the Aftermath of Torture and War. Zurich: éditions Seismo.

Domenig D. (Ed.). (2007). Transkulturelle Kompetenz. Berne: éditions Hans Huber.

Maier, T. & Schnyder, U. (Ed.). (2007). Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Berne: éditions Hans Huber.

Moser, C., Nyfeler, D., Verwey, M. (Ed.), (2001). Traumatisierung von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes, Zurich: éditions Seismo.

Weiss, R., (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurich: éditions Seismo.

Projets CRS

Migration, santé et compétences transculturelles:

Cours de perfectionnement et de formation continue. renseignements gi-ambulatorium@redcross.ch

migesplus – la plate-forme d'information sur la santé à l'intention des migrants:

La plate-forme Internet www.migesplus.ch donne une vue d'ensemble des principaux brochures, vidéos et autres supports d'information multilingues consacrés à la santé. Ces outils peuvent y être commandés gratuitement.

Le **Guide de santé** a pour but d'aider les personnes vivant en Suisse – en particulier les migrants – à mieux s'orienter dans le système suisse de santé. Il renseigne sur l'organisation des soins médicaux et explique les lois et ordonnances importantes tels que l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité. Cette publication est disponible en 18 langues. Elle peut être commandée sur le site www.migesplus.ch.

Croix-Rouge suisse

Service ambulatoire pour victimes de la torture
et de la guerre CRS

Werkstrasse 16, CH-3084 Wabern

Téléphone: +41 (0)31 960 77 77

E-Mail: gi-ambulatorium@redcross.ch

www.redcross.ch



Croix-Rouge suisse
Schweizerisches Rotes Kreuz 
Croce Rossa Svizzera