

Détection et évaluation des victimes de mauvais traitement et de torture dans la santé primaire. Guide rapide basé sur la version 2022 actualisée du Protocole d'Istanbul.

Pau Pérez-Sales* et Paula de la Fuente**

Une brève définition de la torture peut être celle de toute situation où une douleur ou souffrance sévère est intentionnellement infligée à une personne par des agents de la fonction publique dans un but spécifique. Cela signifie en particulier (mais pas uniquement) l'extorsion d'informations, l'obtention d'aveux, les représailles, les châtiments ou la discrimination. (UN General Assembly, 1984). Lorsque les intentions ne peuvent être établies ou que le but de l'acte est incertain, ou que la douleur ou la souffrance est considérée de moindre gravité, on peut parler, du point de vue juridique, de traitement cruel, inhumain ou dégradant (CIDT pour les sigles en anglais). (Amnesty International, 2016). La distinction entre la torture et le CIDT importe peu du point de vue clinique. Les deux sont abordés dans la Convention contre la torture et constituent des formes de classement juridique qui impliquent un devoir de détection et de documentation de la part des

cliniciens et des spécialistes en santé mentale¹. Il existe des définitions alternatives à celle de la Convention internationale, basées sur des critères plus proches du domaine de la santé. Du point de vue clinique, la torture est définie comme étant l'emploi de stratégies d'affaiblissement et de bris de la libre volonté d'une personne. Elle peut être pratiquée à travers des techniques qui engendrent une souffrance ou un mal physique (douleur, affaiblissement, manipulation du cadre environnant) ou psychologique (peur, humiliation, honte, angoisse, culpabilité). (Pérez-Sales, 2017).

La torture existe toujours dans la plupart des endroits du monde, dans l'hémisphère nord comme dans l'hémisphère sud, mais peut prendre différentes formes et être utilisée dans des contextes extrêmement variables allant de l'imaginaire classique de l'interrogatoire à l'extorsion d'informations. Une forme de torture

1 On entend par clinicien au sens du Protocole d'Istanbul de 2022 (IP22 pour les sigles en anglais) le professionnel de la santé qui prodigue des soins de santé et/ou se livre à des évaluations cliniques de cas présumés de torture et de mauvais traitement, ce qui ne comprend pas uniquement les médecins. Les cliniciens de la santé mentale sont des professionnels de la santé possédant une formation et/ou accréditation spécifique en santé mentale; par exemple les psychologues, psychiatres, assistants sociaux, infirmiers psychiatriques et conseillers en santé mentale.

*) MD, PhD, Psychiatre, Directeur clinique Centre SiR[a] (Madrid), Rédacteur en chef.

Correspondance à: pauperez@runbox.com

**) MD. Centre SiR[a].

Tableau 1. Domaines de mauvais traitement ou de torture où le rôle des professionnels de la santé primaire est particulièrement important.

Situation	Exemples de pratiques cliniques quotidiennes pertinentes où les mauvais traitements ou la torture peuvent apparaître.
Hôpital ou salle des urgences d'un centre de soins sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Visite médicale des détenus dans un commissariat • Maltraitance aux manifestants • Conditions carcérales et dans les centres de détention • Conditions et présomptions de mauvais traitement aux migrants lors des procédures de déportation ou de renvoi
Consultation de santé primaire - dispositif communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Plaintes d'abus policiers de la part d'un patient • Assistance aux personnes transférées pour consultation depuis des lieux de privation de liberté. • Premiers secours prodigués aux patients migrants, en particulier dans les aéroports ou contextes transfrontières
Consultations pédiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants exposés au risque de préjudice de la part des institutions • Signes d'abus ou de mauvais traitement dans le cercle familial (devoir de protection)
Maisons de soins de santé Centres de santé mentale; hôpitaux psychiatriques Centres carcéraux - Centres pour la protection des mineurs Centres de soins pour les personnes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Internement involontaire • Restrictions; • Abus de stupéfiants; traitements coercitifs; • Comportements discriminatoires lors de l'assignation d'un traitement médical • Traitement dégradant / négligent
Prisons Centres de détention de courte durée (commissariats ou autres)	<ul style="list-style-type: none"> • Surpeuplement. Conditions physiques de détention. • Alimentation et nutrition • Maladie mentale. Traitement de la toxicomanie. • Restrictions physiques • Plaintes pour mauvais traitement ou traitement dégradant.
Patrons délibérés de discrimination ou châtement de la part des agents de la fonction publique ou paraétatiques - violence administrative ou institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Migrants • Identité de genre et orientation sexuelle • Nettoyage social - Situations de marginalisation ou de pauvreté • Défenseurs ou militants pour les droits de l'homme • Personnes de la communauté ne pouvant agir par elles-mêmes et dépendantes des autres (démence, situation de handicap physique ou intellectuel).
Pratiques culturelles constituant des formes de mauvais traitement ou de torture	<ul style="list-style-type: none"> • . Examens de virginité à la demande des familles ou des autorités. • . Mutilation génitale féminine • . Examens anaux visant à détecter des comportements sexuels hétéronormatifs.

plus contemporaine est celle du mauvais traitement « au quotidien » qui implique des actions routinières ou apparemment banales mais constituent une sévère violation de droits.

Le Protocole d'Istanbul est le guide international de la documentation juridique et médico-légale des cas présumés de mauvais traitement ou de torture. Initialement rédigé en 1999, il a été révisé en 2004 et a récemment été élargi et mis à jour²(UNHR, 2022). C'est cette toute dernière version qui est au cœur de cet article.

Le Tableau 1 montre les contextes dans lesquels des actes de mauvais traitement ou de torture peuvent se produire et où le professionnel de la santé (médecin, infirmière...) peut jouer un rôle important dans la détection, la prévention, la documentation et la solution à ces situations³. Nous ne nous occupons pas ici spécifiquement du rôle du personnel médical rattaché à des lieux de privation de liberté, pour lesquels il existe d'excellents guides et des documents et règles spécifiques. (Méndez, 2019).

En résumé, nombreux sont les contextes dans lesquels un travailleur de la santé primaire peut être amené à identifier ou intervenir en cas de mauvais traitement ou de torture (Weinstein et al., 1996). On ne saurait assez souligner qu'au-delà de la volonté personnelle et de l'implication déontologique, les professionnels de la santé sont tenus de respecter les règles et documents professionnels de l'Association médicale mondiale (WMA, 1975, 2013) et de l'Association mondiale de psy-

chiatry (WPA, 2017) ainsi que du Protocole d'Istanbul⁴.

Dans l'hémisphère nord comme dans l'hémisphère sud, la population migrante se trouvera particulièrement à risque en matière de mauvais traitement ou de torture⁵. Les rares études qui existent dans la santé primaire (voir note de bas de page) montrent que (1) la prévalence des survivants de la torture peut être bien plus élevée que ce que la plupart des professionnels de la santé espèrent⁶, (2) les patients qui ont subi des violences ou tortures pour des raisons politiques dans leur pays d'origine ne rapportent pas cette expé-

4 Les codes déontologiques impliquant les travailleurs sanitaires primaires sont présentés plus en détails aux Chapitres II et VII du Protocole d'Istanbul.

5 Il vaut la peine de rappeler que les pays qui accueillent le plus de réfugiés sont la Turquie, la Colombie, l'Ouganda et le Pakistan. Contrairement à la croyance populaire, les pays affichant les revenus les plus élevés par tête n'accueillent que 11 % des demandeurs d'asile et des réfugiés dans le monde (www.acnur.org).

6 Dans une étude menée parmi une population non-occidentale en matière de pratiques de soins primaires à Copenhague, 28 % des personnes ont rapporté avoir été exposées à la torture dans leur pays d'origine ou de transit. Dans 75 % des cas, le médecin généraliste n'avait pas posé la question et les choses n'avaient pas été consignées dans le dossier médical. (Ostergaard et al., 2020). Dans une étude similaire sur les migrants traités par le service d'urgences d'un hôpital public à New York, 11,5 % des migrants ont affirmé avoir été torturés. Aucun médecin n'avait jamais posé la question de la torture à 77,8 % d'entre eux, et 14,8 % seulement avaient déposé une demande d'asile. (Hexom et al., 2012). Au Service de médecine interne, 8 % des migrants interrogés ont dit avoir subi des tortures. Une fois encore, la consultation des dossiers médicaux indique qu'aucun des cas n'avait été détecté par le médecin de soins primaires et que le patient n'avait pas abordé spontanément la situation. (Eisenman et al., 2000; Eisenman, 2007).

2 Disponible au téléchargement sur https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

3 Pour de plus amples informations concernant les différentes formes de mauvais traitements ou de torture liés au domaine de la santé, le lecteur est invité à consulter des revues spécialisées (Mendez, 2013, 2014; Wadiwel, 2017).

rience à leur médecin en santé primaire, soit car ils n'estiment pas que ce soit important pour des raisons culturelles, soit car ils croient que leur médecin ne prendra pas le temps de les écouter ou ne seront pas intéressés par ce qu'ils ont à dire (Eisenman et al., 2000; Shannon et al., 2012)(4) Dans la grande majorité des cas, le médecin n'a pas non plus posé la question, en dépit de ses soupçons de violence faite à la personne, et n'a pas gardé registre de ses soupçons dans le dossier médical. (Ostergaard et al., 2020).

En outre, le professionnel de la santé primaire peut jouer un rôle décisif dans la protection juridique des patients. Les preuves disponibles suggèrent que bon nombre d'entre eux sont éligibles pour demander l'asile ou une autre forme de protection internationale, mais ne disposent pas de cette information et peuvent donc laisser passer les délais légaux. En outre, la documentation des conséquences des poursuites ou actes de torture et la rédaction d'un rapport depuis le centre de soins de santé conformément au Protocole d'Istanbul ont fortement augmenté la possibilité d'obtenir l'asile ou une autre forme de protection internationale. (Asgary et al., 2006; Atkinson et al., 2021).

À ceci, il faut bien entendu ajouter les centres de soins de santé primaire situés dans des pays où la torture est prévalente ou l'a été jusqu'à récemment. Par exemple une étude menée auprès d'un centre de santé publique dans une zone urbaine de Bagdad en 2006 a permis d'affirmer que la prévalence de la torture directement subie ou subie par un membre de la famille s'élevait à plus de 50 %. (Al-Saffar, 2007). Dans ce cas, la documentation clinique permettra au patient de se reconnaître comme victime, d'établir les faits et enfin, lorsque les conditions politique le permettent, de demander à ce que justice soit faite et obtenir réparation.

Critères de dépistage et symptômes révélateurs

Ce qui vient d'être dit indique que si vous êtes travailleur social dans une zone affichant une forte prévalence de population migrante, de personnes provenant de pays à haut risque ou si vous travaillez dans un lieu ou sur un site où vous savez que les mauvais traitements ne sont pas exceptionnels, il est logique de vous munir d'outils de dépistage et de détection pour les victimes de violence en général ou spécifiquement pour la détection des victimes de torture. Vous pouvez aussi soupçonner une telle situation si vous vous trouvez au contact d'une personne présentant ces conditions sociodémographiques de risques et l'un de ces cinq symptômes révélateurs:

Anxiété persistante, irritabilité ou crises de panique en réponse à des stimuli liés à des situations de violence.

1. Insomnie extrême qui ne s'améliore pas avec des habitudes saines ou des hypnotiques de premier choix.
2. Difficultés de concentration, assorties de difficultés à s'orienter ou à retenir des informations, que la personne ou la famille qualifient parfois de moments d'absence.
3. Difficultés de concentration, doublées de problèmes à retenir de nouvelles notions ou informations. La personne ou la famille signalent que la victime semble parfois être absente.
4. Lésions musculosquelettiques, cicatrices cutanées et/ou patrons de douleur généralisée sans aucune cause préalablement diagnostiquée.

Différents outils ont été proposés pour dépister la torture dans la santé primaire. Le tableau suivant (et ses annexes) passe en revue certains des instruments suggérés utiles dans la documentation existante, que ce soit au sein de

Tableau 2.

Contexte	Instrument	Questions
Dépistage des demandeurs d'asile au Danemark (Munk-Andersen et al., 2021).	Checklist du dépistage de la torture 4 éléments - Checklist répondant aux définitions légales de la torture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous déjà été arrêté/e, placé/e en détention ou incarcéré/e ? 2. Avez-vous déjà été soumis/s à des violences sévères, menaces ou traitements dégradants ? 3. Avez-vous été témoin de violence sévère ou de traitements dégradants (abusifs) faite/faits à autrui ?
Dépistages de demandeurs d'asile aux États-Unis et dans d'autres pays (Cook et al., 2015; Shannon, 2014; Shannon et al., 2015).	Centre des victimes de la torture - Questionnaire de dépistage de la torture et des traumatismes de guerre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dans votre vie, avez-vous déjà été blessé/e ou menacé/e par : le gouvernement, la police, les forces armées ou soldats rebelles, ou autres ? Si oui, précisez ? 2. Une personne de votre famille a-t-elle déjà été blessée ou menacée par : le gouvernement, la police, les forces armées ou soldats rebelles, ou autres ? Si oui, précisez ? 3. Certaines personnes dans votre situation ont subi des tortures. Cela vous est-il arrivé ? Si oui, précisez ? 4. Une personne de votre famille a-t-elle été torturée ? Si oui, précisez ?
Études épidémiologiques de santé publique en Suède (Sigvardsson et al., 2017).	Élément de traumatisme général unique + Checklist de l'historique des traumatismes du réfugié (RTHC pour les sigles en anglais) (Voir annexe 1).	Parfois des choses arrivent aux personnes, qui perturbent ou effraient pratiquement tout le monde. Des exemples de ces expériences difficiles et effrayantes sont: se faire agresser ou être témoin d'un assassinat ou de blessures infligées à une personne. Avez-vous déjà vécu un de ces événements terrifiants ?
Dépistage des nationaux étrangers au sein du Service de médecine interne ambulatoire d'un hôpital public de la ville de New York. (Eisenman et al., 2000) (Eisenman, 2007)	Étude de détection des survivants de la torture (en anglais, DTTS)	Dans cette clinique, nous voyons beaucoup de patients qui ont été forcés de quitter leur pays à cause de la violence ou des menaces pour leur santé et leur sécurité et celles de leurs familles. Je vais vous poser quelques questions à ce sujet: Dans/En/À (votre ancien pays), avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre religion, croyances politiques, culture ou tout autre motif ? <ol style="list-style-type: none"> 5. Avez-vous eu des problèmes avec des personnes travaillant pour le gouvernement, l'armée, la police ou tout autre groupe ? 6. Avez-vous déjà été victime de violence dans (votre ancien pays) ? 7. Avez-vous déjà été victime de torture dans (votre ancien pays) ?
Service des urgences d'un hôpital public universitaire à New York. (Hexom et al., 2012).	Version courte de la DTSS + second entretien avec 8 questions supplémentaires plus détaillées (voir annexe 1).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous déjà été menacé/e ou blessé/e par des groupes comme le gouvernement, la police, l'armée ou les soldats rebelles ? 2. Certaines personnes dans votre situation ont subi des tortures. Cela vous est-il arrivé ou à un membre de votre famille ?

la population générale ou migrante⁷. On peut observer que le contenu des questions est très similaire entre les différentes échelles et peut être adapté au contexte de travail spécifique de chacun des professionnels de la santé en fonction de si le professionnel souhaite parler en particulier de la torture ou dans des termes plus généraux (menaces, violence ou autre).

Mythes, doutes et réalités des entretiens avec les victimes potentielles de mauvais traitement ou de torture dans la santé primaire

Un des dilemmes de la santé primaire est la compétence et les limites des interventions. Dans le domaine des victimes de violence, ceci est particulièrement complexe à cause du manque généralisé de temps et à la durée réduite du temps de consultation dans la plupart des centres, allié au devoir de *avant tout et surtout ne pas faire de mal*. Mais ces éléments doivent être soupesés par rapport à d'autres réalités: à bien des endroits, le médecin ou l'infirmière est la seule personne à pouvoir faire ce travail et les bénéfices pour le patient sont multiples, en particulier si une approche des soins intégrale et psychosociale est adoptée. En outre, il ne faut pas oublier l'obligation légale du professionnel de détecter et d'intervenir, conformément à la législation internationale et aux codes déontologiques pertinents.

Le Tableau 3 reprend certains des doutes et mythes les plus courants rencontrés par les professionnels de la santé primaire lorsqu'ils sont face aux victimes d'abus.

Comment mener un entretien avec une victime potentielle et l'examiner: conditions déontologiques requises par le Protocole d'Istanbul.

Le Protocole d'Istanbul est un guide à l'intention des praticiens, qui fournit des conseils sur deux points: quelles sont les exigences *déontologiques* pour mener un entretien et quelles sont les exigences *techniques* pour le dépistage et le rapport.

Vous verrez qu'il n'y a pas une grande différence en termes d'entretien clinique avec le cas d'un patient traité dans la santé primaire. En fait, la structure du rapport proposé à l'Annexe IV reproduit celle d'un dossier clinique classique (raison de la consultation, historique -dans ce cas biopsychosocial-, épisode actuel, relevé des événements, examen physique systématique et avis clinique. La particularité réside dans la création d'un cadre libre de tout élément coercitif (emploi de menottes, personnel carcéral, ...), le besoin du consentement éclairé (comme l'exigent, de fait, la plupart des procédures chirurgicales ou médicales invasives) et l'ajout d'un avis marqué par la cohérence.

Voyons en détail les premiers éléments. Il s'agit d'une série de règles spécifiques que le professionnel de la santé doit prendre en considération lors des entretiens avec les patients, en particulier dans le contexte de la garde à vue et la détention (voir figure 1).

Conditions d'un entretien

Conditions de sécurité.

- Cela ne fait normalement pas partie des inquiétudes d'un travailleur sanitaire mais dans certains contextes cela peut revêtir de l'importance et le professionnel devrait en tenir compte.

7 Nous excluons ici les questionnaires de dépistage de problèmes de santé mentale parmi les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les victimes potentielles de torture, comme le Harvard Trauma Questionnaire (Bertelsen et al., 2018; Berthold et al., 2019) ou le Protect Questionnaire (Mewes et al., 2018). Plusieurs douzaines d'instruments et d'excellentes revues comparatives existent. (Magwood et al., 2022).

Tableau 3. Dilemmes de détection et intervention face aux victimes de torture dans la santé primaire

Mythes et doutes	Réalité
La « torture » n'est pas une condition clinique mais un crime.	Il ne s'agit pas d'établir un diagnostic de « torture » mais de recueillir un historique médical adéquat afin d'identifier, et si possible documenter, les impacts médicaux et psychologiques entraînés par les violences extrêmes subies.
Les entretiens doivent idéalement être menés par un psychologue ou un psychiatre lors d'une consultation de santé mentale ou dans un centre spécialisé pour les réfugiés ou les victimes.	Les études montrent que le principal élément d'un bon entretien avec une victime potentielle est l'empathie et le tissage d'un lien de confiance partant d'un intérêt sincère pour la réalité du patient. Il ne faut pas partir du principe qu'un cabinet de consultation en santé mentale ou un centre pour les réfugiés va être plus empathique que vous.
Je n'ai pas le temps. Il y a beaucoup de pression ici.	Dans la santé primaire, il n'est ni nécessaire ni utile d'entrer dans les détails de l'expérience traumatique. Il est important de poser les questions essentielles pour adopter une approche adéquate et pouvoir orienter le ou la patiente.
Je peux faire du mal ou re-traumatiser la personne et le devoir premier du médecin est d'abord et avant tout de ne pas faire de mal.	Un entretien mené avec tact et accordant à la personne la liberté de s'exprimer sans pression pour obtenir des informations ne la re-traumatisera pas. Poser des questions sur les expériences de mauvais traitement ou de torture, à l'exception des contextes de risque élevé ou de méfiance importante, constitue une source de compréhension et de soulagement.
Peur de la façon dont les propos du ou de la patiente vont m'affecter.	Ceci est une inquiétude commune à d'autres types de patients en situation grave, par exemple les personnes souffrant de maladies graves, handicapantes ou irréversibles, et la plupart des professionnels devraient être préparés à traiter avec eux.
Je crains de ne pas savoir quoi faire. Je n'ai pas la formation spécifique requise.	La plus grande source d'insécurité est le manque d'information et l'absence d'un plan d'action. Dans votre cabinet, conservez des informations essentielles sur ces quatre aspects: (1) le droit d'asile et où effectuer une demande, (2) les centres de soins aux victimes dans votre zone, (3) comment procéder à l'examen médical et psychologique d'une victime et où rechercher certains éléments spécifiques, (4) comment établir un rapport clinique conformément au Protocole d'Istanbul. Dans cet article, nous vous aidons avec les deux derniers.
Je crains de me laisser bernier ou manipuler.	Dans la vie d'un réfugié, la « construction de vérités » est parfois un mécanisme de résilience face aux difficultés de survie et à un environnement hostile. C'est une réaction de défense, comme lorsque l'on examine une partie du corps qui s'est adaptée depuis longtemps à une maladie. Cela requiert de la compréhension et de la patience.

Cela peut entraîner des risques pour moi. Je peux attirer l'attention de mon employeur ou de mon chef du fait de mon implication dans des questions politiques délicates.

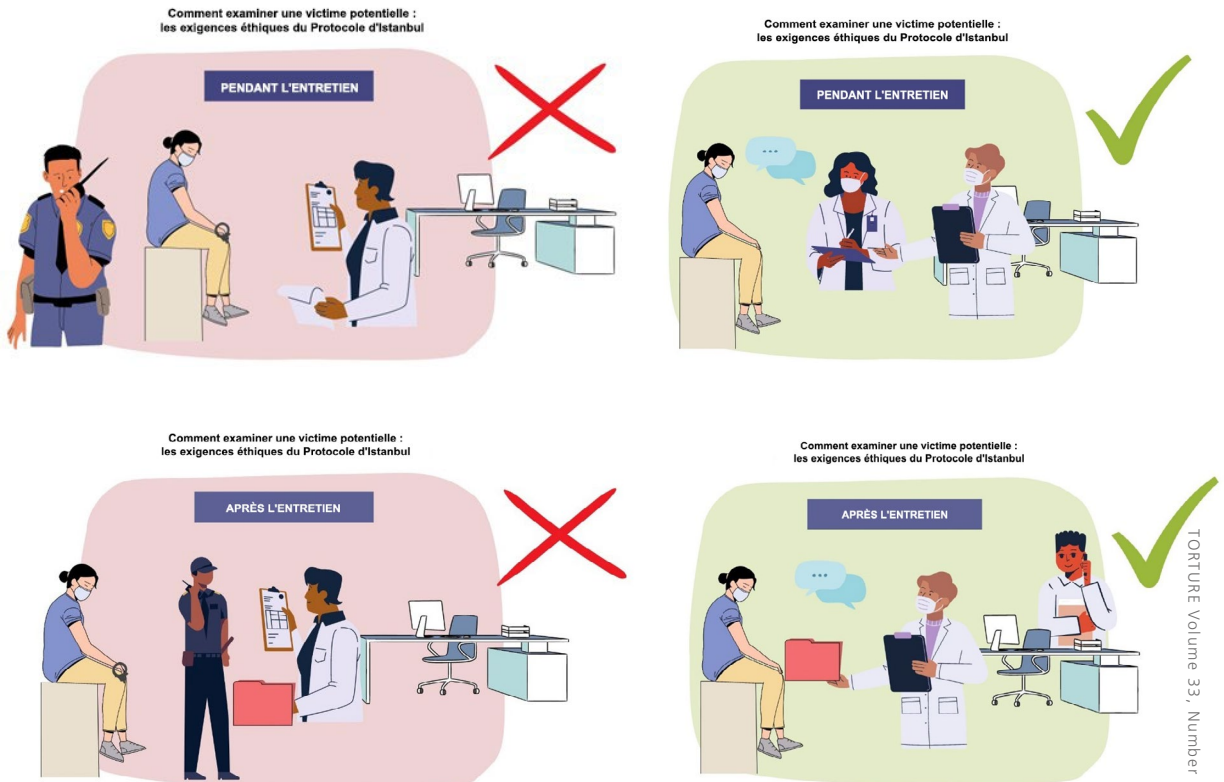
Et ensuite ?

Je ne sais pas exactement quel est mon rôle.

Il y a un équilibre fragile entre le devoir de soutenir les victimes, en tant que patients, et les risques que cela peut supposer et en particulier lesdits « dilemmes de double loyauté » (voir ci-dessous). Chaque personne doit savoir jusqu'où elle peut aller et les risques raisonnables qu'elle peut ou devrait prendre.

C'est le même que dans le cas des autres problèmes psychosociaux ou communautaires dans la santé primaire (deuil, crise, adaptation à une maladie chronique): apport d'un soutien émotionnel, compréhension complète des symptômes, traitement de leurs causes, prescription et conseil. Et dans certains cas, il faut procéder à une documentation à des fins de procédures administratives ou rapport aux autorités sanitaires et juridiques pertinentes.

Figure 1.



- Avant d'évaluer la personne, le praticien doit évaluer s'il existe un risque de représailles pour la personne du fait de lui parler ou de se laisser examiner. Cela peut avoir lieu dans un cadre de détention (commissariat de police, prison, etc.) ou lorsque la personne est placée en garde à vue.
- En règle générale, il est important de rappeler que le Protocole indique que ce ne devraient PAS être les mêmes officiers qui procèdent à l'arrestation, ou qui pourraient être les agresseurs potentiels, que ceux qui amènent le détenu en garde à vue jusqu'au cabinet de consultation. Lorsque c'est le cas, il est nécessaire d'évaluer s'il y a des risques pour le patient. Une bonne mesure consiste à demander au patient en privé de donner son opinion.
- Les officiers chargés de la garde à vue préviendront souvent le praticien de la dangerosité présumée du détenu de manière à demander à rester à l'intérieur de la salle de consultation. Nous savons que ceci est souvent une information qui vise à intimider le travailleur social et à conserver l'accès au détenu. À l'exception des personnes présentant un état de trouble mental ou émotionnel, le professionnel ne sera pas en danger s'il se retrouve seul avec le patient. Si tel est le cas, les mesures générales adoptées pour tous les patients agités peuvent être prises avec le soutien des autres membres du personnel.

Privacité et confidentialité

Ce sont deux éléments essentiels permettant de construire un espace de confiance et de sécurité, et des exigences déontologiques fondamentales.

- La *privacité* renvoie à l'absence dans la salle de toute personne autre que le personnel sanitaire ou les personnes auxquelles la

victime potentielle a accordé sa confiance et à qui elle a demandé d'être présentes (par exemple un proche ou un avocat). Mais en aucun cas ce ne sont des personnes qui pourraient influencer le pouvoir de décider librement de la personne qui va être examinée, y compris les agents de la garde à vue. S'il n'est pas possible d'obtenir des officiers qu'ils quittent la salle, sous prétexte qu'ils doivent garder à vue le détenu, ils doivent rester hors de sa vue, ou du moins à un endroit où ils ne peuvent pas écouter le dialogue entre le médecin et son patient. Par exemple, dans une salle d'attente, porte fermée.

- La *confidentialité* concerne le fait que le rapport clinique n'appartient qu'au patient; par conséquent à moins que ce ne soit en réponse à une ordonnance du tribunal ou que le détenu ne l'indique expressément, le rapport clinique ne devrait pas être remis aux officiers de garde. Si la remise du rapport à des tiers est une obligation, le patient devrait être informé de cette obligation avant de commencer l'entretien et être autorisé à décider des informations qu'il souhaite partager avec le professionnel de la santé, sachant que le clinicien devra répondre à toutes les questions que lui poseront les autorités légales.

Consentement éclairé

- Si ce n'est pas la personne elle-même qui a demandé à être vue ou évaluée par un professionnel de la santé, il est nécessaire d'informer le patient d'une manière compréhensible et adaptée à sa capacité et au contexte culturel par rapport au déroulement de l'évaluation et à son objectif. Il est important d'obtenir l'accord nécessaire avant de se livrer à tout examen médical et

psychologique. Si le détenu refuse l'évaluation médicale, le médecin ne devra pas agir contre sa volonté.

Pendant l'évaluation

Il est important que la consultation d'un professionnel de la santé se déroule dans un cadre normal et empreint de confiance. Par conséquent:

- Si la personne est sujette à toute restriction mécanique (obstacles, restrictions ou similaires), son retrait devrait être demandé avant l'examen physique et psychologique, pour permettre la réalisation d'un examen complet et intégral.
- Il est important de minimiser le risque de re-traumatisation, suivant le principe de surtout ne pas faire de mal. Dans ce but, les mesures comme une approche empathique, culturellement délicate et également sensible au genre est importante pour tout entretien clinique. Et lorsqu'il y a une barrière linguistique, on peut envisager l'accompagnement par un interprète, officiel ou pas, en fonction des préférences du patient. (Kumar, 2022).
- Il est conseillé de réaliser un examen physique en présence d'une seconde personne du même genre que la personne interrogée, en particulier si un examen des parties génitales doit avoir lieu ou si le patient est mineur.

Après l'évaluation: Que fais-je avec le rapport ?

La procédure est similaire à tout autre rapport de santé délivré pour un patient:

- Dans la santé primaire, tous les rapports appartiennent au patient et donc, à moins qu'un tribunal ne l'ordonne, tout rapport devra être remis uniquement au patient ou

à son représentant légal⁸. Une copie doit rester au dossier médical du patient. Des exceptions peuvent être faites lorsque le patient décline la proposition de garder le rapport et préfère n'en laisser qu'une copie dans les fichiers médicaux pour l'avenir ou autorise la remise du rapport aux agents de la garde à vue. Alternativement, si nécessaire, les officiers de la garde à vue doivent recevoir une fiche de conseil et des recommandations de traitement pour les heures à suivre.

- De nombreux pays prévoient aussi des réglementations selon lesquelles les rapports d'urgence décrivant des situations de violence assorties de conséquences juridiques devraient être transmises aux autorités (tribunal, bureau du procureur, etc.).
- Enfin, en fonction des cas, on peut dériver le patient vers d'autres services médicaux pour une évaluation complémentaire avec des cliniciens médico-légaux ou une formation spécialisée, en particulier en cas de suspicion de torture basée sur le genre ou l'orientation sexuelle ou si des mineurs sont concernés.

Quelle doit être la structure du rapport clinique ?

Dans un contexte de santé publique, l'objectif n'est pas de produire un Protocole d'Istanbul complet, comme cela serait le cas dans un cadre médico-légal, mais de rédiger un rapport clinique qui réponde aux exigences

8 Ceci ne figure pas à l'IP22, mais lorsque les conditions de sécurité le permettent et qu'il n'y a pas de risque de représailles, on peut envisager de fournir aux officiers de la garde à vue une fiche de conseil et des recommandations de traitement pour les heures à suivre, mais *pas* le rapport clinique.

techniques du Protocole. Ceci peut se résumer en cinq points essentiels:

- Identification de la victime présumée et conditions de l'évaluation
- Recueil détaillé des allégations, y compris les méthodes de torture ou de mauvais traitement et les symptômes physiques et psychologiques.
- Un registre des conclusions physiques et psychologiques.
- Interprétation de toutes les conclusions, émission d'un jugement cohérent et d'un avis sur la possible existence de torture ou de mauvais traitement, et recommandations cliniques.
- Identification et signature du ou des experts médicaux.

Dans une salle d'urgence ou lorsqu'il y a très peu de temps:

- Rédaction d'un bref récit des faits dans les termes des patients.
- Documentation des conséquences physiques et psychologiques à travers un examen physique et psychologique complet.
- Porter un jugement cohérent entre le récit des événements et les conclusions physiques et/ou psychologiques observées.

De plus, si le clinicien possède une formation de base en matière de la définition de la torture, le PI exige de formuler un avis sur la possibilité de mauvais traitement ou de torture.

Le Tableau 4 suggère une structure de rapport plus détaillée. Le schéma proposé ici n'est pas une suggestion officielle mais un résumé basé sur l'Annexe IV du Protocole d'Istanbul, où vous pouvez trouver un modèle de rapport plus complet encore, destiné au cadre médico-légal. Vous pouvez en faire votre propre adaptation en fonction

de vos conditions de travail et de vos possibilités, si tant est que vous suiviez les Principes d'Istanbul⁹. Comme on peut le voir, la structure est la même que pour tout rapport clinique mais avec l'ajout de quelques éléments supplémentaires¹⁰.

Deux scénarii peuvent se présenter:

1. Évaluation d'un patient qui a récemment été soumis à la violence (évaluation faite dans les heures ou jours qui suivent): Nous explorerons les symptômes aigus et les signes accentués et rechercherons des blessures récentes. N'oublions pas que bien que la douleur ait normalement été considérée comme un *symptôme* (car elle a été jugée comme présumément subjec-

9 Comme indiqué au paragraphe 607, le Protocole d'Istanbul accorde une certaine souplesse eu égard au degré de détails fournis dans un rapport médico-légal. (...). Le contenu peut varier dès lors que les évaluations suivent les principes du PI.

10 Au Chapitre 7 de l'IP22, on trouve une description encore plus brève que le schéma suggéré au Tableau 3: *Obtention du consentement éclairé, Exclusion de tout tiers de la salle d'évaluation, Questionnement à propos des causes de toute blessure ou détresse psychologique, Documentation des symptômes physiques et/ou psychologiques ou situations de handicap liées aux abus présumés, Conduite d'un examen physique dirigé comprenant un bref examen de l'état mental et une évaluation du risque d'automutilation, de blesser autrui et de subir des blessures infligées par autrui, Documentation toutes les blessures à l'aide de diagrammes corporels (voir Annexe III) et de photographies, si possible. En cas de soupçon ou présomption de mauvais traitement, procéder aux dérivations appropriées et notifier aux autorités opportunes, et informer la personne de son droit à une évaluation clinique menée par des experts cliniques indépendants et non-gouvernementaux. L'interprétation des conclusions et résultats au sujet d'une possible situation de torture peut être prise en considération par les cliniciens ayant les connaissances et l'expérience de l'application du Protocole d'Istanbul et de ses Principes, mais ce n'est pas nécessaire.*

tive), la médecine moderne tend à la traiter comme un *signe* et à tenter de lui accorder son objectivité au moyen d'échelles validées de mesure comme l'Échelle visuelle analogue (ou VAS en anglais) (Petersen et al., 2022)¹¹. Bien que cela ne soit pas explicitement recommandé dans l'IP22, cela reste une bonne pratique médicale que de réaliser un examen détaillé des symptômes de douleur lors de l'examen physique comme un « signe » et de les décrire de la même manière que tout autre signe physique (blessures, hématomes, etc.).

2. Évaluation d'un patient soumis à la violence quelques temps après l'événement. Dans la plupart des cas, nous ne trouverons probablement pas de blessures physiques aiguës. Dans ce cas il est conseillé de poser des questions sur les signes et symptômes aigus dont la personne se souvient au moment des événements et comment ils ont évolué avec le temps. Par ailleurs, réaliser une recherche active des séquelles qui se sont prolongées dans le temps (douleur persistante, troubles sensoriels, insomnie, etc.). Dans tous les cas les symptômes psychologiques peuvent être bien plus marqués et évidents et peuvent exiger une évaluation soigneuse et une dérivation appropriée le cas échéant.

Qu'évaluer, y a-t-il des éléments spécifiques ?

Les éléments suivants constituent une synthèse des aspects clés de l'évaluation médicale des survivants présumés de mauvais

traitements ou de torture. La dernière version du Protocole d'Istanbul fournit un guide bien plus complet et intégral (chapitre 5 sur l'examen physique et chapitre 6 sur l'examen psychologique). Cette section a vocation à constituer un guide de consultation rapide.

Principales considérations de l'évaluation médicale

À prendre spécialement en considération pendant l'examen physique. Les séquelles physiques et psychologiques de la torture, le cas échéant, se produisent dans le contexte d'un traumatisme complexe, superposé à l'impact des différents déterminants sociaux de la santé¹² et autres conditions médicales chroniques, qui rendent ce diagnostic ardu pour le professionnel médical. (Kalt et al., 2013). Il est donc de la plus haute importance d'éviter le risque de re-traumatisation lors de l'examen médical en expliquant de manière empathique le besoin de retirer certains vêtements ou de se livrer à certains examens invasifs.

Relevez un bref historique médical avec un examen détaillé de tous les systèmes organiques, comme vous le feriez pour tout autre patient en consultation quotidienne. Cela va inclure:

- *Anamnèse* des symptômes que manifeste la personne et à quoi elle les attribue. Classifier les symptômes en aigus et chroniques.
- *Examen physique*. Ce n'est pas simplement une observation des éventuelles blessures

¹¹ Ceci n'est pas une recommandation officielle de l'IP22.

¹² Dans le cas des migrants, les déterminants sociaux de la santé traversent la vie des survivants de la torture, tant dans leur pays d'origine (violence, discrimination, vol...) que pendant le parcours migratoire (deuil, traumatisme, crise) et dans le pays d'accueil (perte de statut, racisme, logement, emploi, accès à la santé...).

Tableau 4. Structure d'un bref rapport concernant une victime présumée de torture, rédigé dans la santé primaire ou en salle d'urgence sur la base des suggestions de l'Annexe IV de la dernière version du Protocole d'Istanbul.

1. Centre de santé, date, heure
2. Identification de la personne assistée
3. Conditions de l'entretien:
 - Consentement: Qui demande le rapport (patient, autorité, ...) et est-ce que le patient est d'accord
 - Privacité: Qui est présent dans le cabinet de consultation, en particulier les personnes qui peuvent restreindre l'interaction entre le personnel sanitaire et le patient
 - Restrictions auxquelles le patient peut se trouver soumis (obstacles ou autres)
 - Confidentialité: À qui le rapport est donné et si les recommandations médicales sont fournies aux personnes chargées de la garde à vue, le cas échéant.
4. Motif du rapport (blessures, etc.) et personne/s ayant causé la ou les blessures d'après le patient.
5. Bref compte-rendu des événements en utilisant les propos du patient tels quels, y compris tous les aspects pertinents. Inclure la date, le lieu et l'endroit où le mauvais traitement a présumément pris place.
6. Histoire personnelle digne d'intérêt (en lien avec les blessures)
7. Examen physique. S'il y a des blessures, description détaillée de celles-ci: forme, taille ou dimensions, situation, aspect descriptif de la couleur, date approximative à laquelle elles ont été infligées et origine que la personne indique pour chacune des blessures documentées. Envisager de prendre des photographies, si possible.
8. Examen psychologique: réactions émotives et impacts psychologiques cliniques pertinents associés à l'épisode ou aux épisodes d'abus.
9. Examens complémentaires, le cas échéant: tests analytiques (y compris la détermination des enzymes musculaires), tests par l'image, et le cas échéant examens gynécologiques, traumatologiques, dermatologiques ou neurologiques.
10. Diagnostics médicaux.
11. Prognose des blessures ou impacts physiques et/ou psychologiques.
12. Cohérence ou jugement de compatibilité. Évaluation de la cohérence entre l'examen médical et psychologique et les allégations de mauvais traitement / torture du patient.
13. Si la personne a reçu une formation, donner un avis médical concernant le fait que les faits puissent constituer un mauvais traitement ou un acte de torture. Recommandations thérapeutiques.
14. Nom, adresse et signature de la personne qui rédige le rapport.

sures mais une évaluation systématique et détaillée par appareil. Si une formation spécifique est possible, certains éléments suggérant la torture peuvent être isolés, mais un examen mené comme avec tout autre patient dont on évalue l'état de santé général

est déjà extrêmement utile. Il peut y avoir des symptômes ou signes qui disparaissent en quelques jours et d'autres qui sont des séquelles de blessures anciennes.

- *Jugement clinique*

- *Degré de cohérence* entre les observations et les allégations de torture¹³. Pour les personnes formées, interprétation des résultats ou conclusions.
- *Recommandations thérapeutiques*.
- De plus, le rapport peut inclure des évaluations pronostiques, une déclaration du *degré de handicap* et son *impact socio-ergothérapeutique*, et des recommandations d'éventuelles *dérivations vers des spécialistes médicaux*, si besoin est.

Il est important de ne pas oublier que l'absence de preuve physique ou psychologique lors de l'examen n'exclut pas la torture. Dans le monde d'aujourd'hui, la torture vise souvent à infliger un très grand traumatisme en laissant le moins de traces résiduelles possibles, et il y a parfois de très rares preuves de conclusions physiques. (Amris & Williams, 2015).

Les symptômes liés aux épisodes de torture et en particulier les formes de douleur sont souvent mal diagnostiqués et parfois traités comme une manifestation de traumatisme psychologique, de douleur psychogénique ou de somatisation. Il y a donc un sous-diagnostic de douleur dû à une présentation atypique. (Kaur et al., 2020).

La douleur comme symptôme majeur.

On estime que 87 % des survivants de la torture souffrent de douleur chronique. Le plus souvent, ce sont des céphalées (93 %), des douleurs musculosquelettiques (87 %) et des douleurs dans les membres (72 %). (Williams & Amris, 2007). Cette douleur lo-

calisée est souvent en corrélation avec le mécanisme de blessure. Toutefois, il existe un patron de douleur généralisée que le patient ne comprend pas, n'associe pas aux épisodes de torture, et ce patron est parfois médicalement inexplicable (MUS). (Edwards et al., 2010). Ainsi, il est important, lors de l'examen, d'utiliser des mesures spécifiques de la douleur, comme l'échelle VAS ou autres. (Hawker et al., 2011).

La douleur chez les victimes de la torture affiche des caractéristiques particulières qui la rendent différente d'autres types de douleur. Elle est persistante, généralisée, non-spécifique, et la plupart du temps handicapante. Elle ne s'améliore normalement pas avec la rééducation ou les analgésiques, de sorte qu'il faut la traiter selon une approche intégrale qui inclut les composantes psychologiques. (Edwards et al., 2010).

Évaluation psychologique et émotionnelle

Tous les rapports doivent toujours inclure, outre l'examen physique, un examen psychologique. Même si cette évaluation psychologique a été faite par un autre professionnel, il est recommandable que les deux évaluations soient incluses dans le même rapport et signées par tous les professionnels impliqués.

Les cliniciens de la santé primaire ne sont pas tenus de réaliser un entretien psychiatrique approfondi, mais plutôt un bref examen de l'état de santé mentale. Néanmoins, il convient de faire particulièrement attention à l'état émotionnel de la personne lorsqu'elle décrit les événements, et d'explorer les symptômes psychologiques les plus fréquents comme les crises de panique, l'irritabilité, les symptômes d'anxiété ou de dépression généralisée, l'insomnie, les cauchemars ou signes de débordement émotionnel, et tenter d'explorer leur connexion avec les faits allégués.

13 Pour les cliniciens qui ont une connaissance ou une expérience dans l'application du PI, envisager de donner une interprétation du degré de cohérence en fonction des cinq niveaux recommandés dans les cadres juridiques: Incohérent - cohérent - très cohérent - diagnostic - sans lien (voir le paragraphe 360 du PI).

Tableau 5. Recommandations pour prendre des photographies de blessures, conformément au Protocole d'Istanbul

Conditions générales	Dès que possible - les lésions disparaissent rapidement. Demander l'accord de la personne N'importe quelle caméra (mobile) fera l'affaire.
Comment dois-je prendre les photographies ?	<ul style="list-style-type: none"> • Afficher la date du jour (si cette fonctionnalité n'est pas disponible sur la caméra, inclure un calendrier ou un journal sur la photo). • Montrer l'identité de la victime présumée (visage) sur n'importe laquelle des photographies ou inclure des photos du corps en entier puis ensuite les détails. • Il convient de mettre en scène une échelle (règle ou objet du quotidien) pour mesurer la taille des blessures • Utiliser la lumière naturelle plutôt que le flash • Ne pas manipuler la photo, ne pas utiliser de filtres et ne pas en modifier le format.

Ces symptômes psychologiques peuvent être directement ou indirectement liés aux symptômes physiques, soit sous forme de somatisation ou sous forme d'éléments qui aggravent la symptomatologie sous-jacente à la fois dans son processus aigu que dans sa chronicité. Par conséquent, les symptômes psychologiques ont un impact majeur sur l'état de santé général de la personne et sont un élément essentiel à prendre en considération pour les médecins généralistes.

Matériel supplémentaire pour l'évaluation médicale: photographies et schémas anatomiques

Pour compléter l'évaluation médicale, le Protocole d'Istanbul inclut une annexe avec des schémas anatomiques (annexe III)¹⁴. Sur les schémas, il est important de ne pas seulement indiquer les blessures externes mais aussi les

régions douloureuses et les endroits de handicap fonctionnel.

Actuellement, des photographies de haute qualité peuvent être prises à l'aide de n'importe quel téléphone portable. Le Tableau 5 établit la liste de quelques recommandations basiques.

D'autres tests complémentaires peuvent aussi être réalisés pour aider à corroborer les allégations de torture. Cela dit, lorsque vous envisagez de tels tests, le rapport risque-bénéfice pour la personne est à soupeser; ces tests ne se justifient généralement pas à moins qu'ils ne puissent faire une différence significative dans un cas médico-légal.

Et ensuite ?

Dans le cas de l'étude d'un groupe de réflexion qualitatif, on a demandé aux survivants de la torture ce qu'ils attendent de leur médecin primaire. Les victimes ont souligné cinq aspects. Les réfugiés ont recommandé aux médecins de prendre le temps de les laisser se sentir à l'aise, d'engager des conversations directes à propos de la santé mentale, de leur demander le contexte historique de leurs symptômes et de fournir une éducation

14 Les schémas anatomiques sont des représentations du corps sur lesquels on indiquera les endroits où la personne présente des blessures aiguës et chroniques, y compris des cicatrices et des endroits douloureux (Protocole d'Istanbul 2022. Annexe III - Page 179).

psychologique en matière de santé mentale et de guérison. (Shannon, 2014).

Obligations déontologiques conflictuelles.

La nouvelle version du Protocole d'Istanbul accorde une grande attention aux obligations déontologiques conflictuelles au sein de la profession médicale. Cela concerne les situations où un médecin ou professionnel de la santé mentale fait face à deux intérêts concurrents: le primaire, soit le devoir de veiller aux meilleurs intérêts du patient, et le secondaire, qui découle des obligations de l'institution pour laquelle il travaille. Si cette question vous intéresse, veuillez consulter les Chapitres II et VII du PI.

Conclusions

Des centres spécialisés dans le soin des victimes de la torture existent dans de nombreux pays. Cela dit la plupart des victimes de la torture ne seront pas conscients de leur existence ou ne pourront pas y accéder. (Piwowarczyk & Grodin, 2016). La torture est un problème de santé publique important, en particulier au sein des groupes. La détection précoce et la documentation dépendent du bon traitement des patients et de la possibilité d'accéder à des mesures de protection et de réhabilitation. La formation en matière de documentation de la torture dans les écoles de médecine est minime voire inexistante, comme le Protocole d'Istanbul le précise¹⁵.

Il est important que les soins primaires et les professionnels des services d'urgence, dans l'hémisphère nord comme dans l'hémisphère sud, développent les aptitudes permettant de détecter et de gérer ce collectif à cause de la

gravité de leur souffrance et des implications biopsychosociales.

Remerciements

À Vincent Iacopino, Marina Parras et Olga Casado pour leurs corrections et les commentaires apportés aux versions précédentes de cet article

Références

- Al-Saffar, S. (2007). Integrating rehabilitation of torture victims into the public health of Iraq. *Torture Journal*, 17(2), 156–168. http://www.irct.org/Admin/Public/Download.aspx?file=/Files/Filer/TortureJournal/17_2_2007/art_10.pdf&origin=publication_detail
- Amnesty International. (2016). *Combating torture and other ill-treatment. A manual for action*.
- Amris, K., & Williams, A. C. d. C. (2015). Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Management*, 5(1), 5–12. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.50>
- Asgary, R. G., Metalios, E. E., Smith, C. L., & Paccione, G. A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and Human Rights*, 9, 164–179.
- Atkinson, H. G., Wyka, K., Hampton, K., Seno, C. L., Yim, E. T., Ottenheimer, D., & Arastu, N. S. (2021). Impact of forensic medical evaluations on immigration relief grant rates and correlates of outcomes in the United States. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 84, 102272. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102272>
- Bertelsen, N. S., Selden, E., Krass, P., Keatley, E. S., & Keller, A. (2018). Primary Care Screening Methods and Outcomes for Asylum Seekers in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 171–177. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0507-y>
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: Revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*, 29(3), 468–474. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Cook, T. L., Shannon, P. J., Vinson, G. A., Letts, J. P., & Dwee, E. (2015). War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees: a

15 Chapitre 8 sur la mise en œuvre du Protocole d'Istanbul de la part des autorités

- qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0046-y>
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 209–221. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3083260&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Eisenman, D., Keller, A., & Kim, G. (2000). Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *Western Journal of Medicine*, 172, 310–304.
- Eisenman, D. P. (2007). Screening for Mental Health Problems and History of Torture. In *Immigrant Medicine* (pp. 633–638). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-03454-8.50053-X>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hexom, B., Fernando, D., Manini, A. F., & Beattie, L. K. (2012). Survivors of Torture: Prevalence in an Urban Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 19(10), 1158–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01449.x>
- Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2013). Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *American Journal of Public Health*, 103, e30–42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136>
- Kaur, G., Weinberg, R., Milewski, A. R., Huynh, S., Mauer, E., Hemmings, H. C., & Pryor, K. O. (2020). Chronic pain diagnosis in refugee torture survivors: A prospective, blinded diagnostic accuracy study. *PLoS Medicine*, 17(6), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003108>
- Kumar, B. (2022). *Migrant health. A primary care perspective*. WONCA / CRC Press.
- Magwood, O., Kassam, A., Mavedatnia, D., Mendonca, O., Saad, A., Hasan, H., Madana, M., Ranger, D., Tan, Y., & Pottie, K. (2022). Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–41. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063549>
- Mendez, J. (2013). *Applying the torture and ill-treatment protection framework in health-care settings (A/HRC/22/53)* (Issue February).
- Mendez, J. (2014). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes - Misión a México. A/HRC/28/68/ Add.3*. <https://doi.org/10.18268/bsgm1908v4n1x1>
- Méndez, J. (2019). Right to a Healthy Prison Environment: Health Care in Custody Under the Prism of Torture. *Notre Dame Journal of International & Comparative Law*, 9(1), 40.
- Mewes, R., Friele, B., & Bloemen, E. (2018). Validation of the Protect Questionnaire: A Tool to Detect Mental Health Problems in Asylum Seekers by Non-Health Professionals. *Torture Journal*, 28(2).
- Munk-Andersen, E., Toftgaard, B., & Modvig, J. (2021). Screening asylum seekers in Denmark for torture using a structured questionnaire. *Torture Journal*, 31(2), 99–109. <https://doi.org/10.7146/torture.v31i2.122245>
- Ostergaard, L. S., Wallach-Kildemoes, H., Thøgersen, M. H., Dragsted, U. B., Oxholm, A., Hartling, O., & Norredam, M. (2020). Prevalence of torture and trauma history among immigrants in primary care in Denmark: Do general practitioners ask? *European Journal of Public Health*, 30(6), 1163–1168. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa138>
- Pérez-Sales, P. (2017). *Psychological Torture: definition, evaluation and measurement*. Routledge.
- Petersen, H., Morentin, B., & Pérez-Sales, P. (2022). Physical Torture. In J. A. Siegel, P. J. Saukko, & M. M. Houck (Eds.), *Encyclopedia of Forensic Sciences: Second Edition*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823677-2.00009-X>
- Piwowarczyk, L., & Grodin, M. (2016). Torture and Public Health. In *International Encyclopedia of Public Health* (Second Ed., Vol. 6). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00467-7>
- Shannon, P. J. (2014). Refugees' advice to physicians: How to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 1–5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>
- Shannon, P. J., Vinson, G. A., Wieling, E., Cook, T., & Letts, J. (2015). Torture, War Trauma, and Mental Health Symptoms of Newly Arrived Karen Refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 577–590. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.965971>
- Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in

- primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9, 47–55.
- Sigvardsdotter, E., Nilsson, H., Malm, A., Tinghög, P., Gottvall, M., Vaez, M., & Saboonchi, F. (2017). Development and preliminary validation of refugee trauma history checklist (RTHC)-a brief checklist for survey studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101175>
- UN General Assembly. (1984). *The Convention Against Torture and other forms of cruel, inhuman and degrading treatment or punishment*. 10 December 1984. United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx>
- UNHR. (2022). *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Office of the High Commissioner of Human Rights. <https://doi.org/10.2307/j.ctt207g8gw>
- Wadiwel, D. (2017). Disability and torture: exception, epistemology and ‘black sites.’ *Continuum*, 31(3), 388–399. <https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1275134>
- Weinstein, H. M., Dansky, L., & Iacopino, V. (1996). Torture and war trauma survivors in primary care practice. *The Western Journal of Medicine*, 165, 112–118.
- Williams, A., & Amris, K. (2007). Pain from torture. *Pain*, 133, 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.001>
- WMA. (1975). *World Medical Association Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment* (pp. 2–4).
- WMA. (2013). *Doctors Urged to Document Cases of Torture* (pp. 1–2). <http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/>
- WPA. (2017). World Psychiatric Association Declaration on Participation of Psychiatrists in Interrogation of Detainees. In *Torture Journal* (Vol. 27, Issue 3, pp. 94–98). World Psychiatric Association. <https://doi.org/10.7146/torture.v27i3.103980>

Annexe 1

DIGNITY et Croix Rouge danoise - Instrument de dépistage de la torture

Partie 1. Questions à poser à la personne interrogée

Avez-vous déjà été arrêté/e, placé/e en détention ou incarcéré/e ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà été soumis/s à des violences sévères, menaces ou traitements dégradants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été témoin de violence sévère ou de traitements dégradants (abusifs) faite/faits à autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si la réponse est non aux trois premières questions, le dépistage termine sur la conclusion que la personne n'a pas été torturée. Si la réponse est oui à une des trois questions, la personne doit être animée à effectuer un récit des événements:

Pourriez-vous me dire ce qui s'est passé ?

Questions qui peuvent aider pour le récit:

- a. Que vous a-t-on fait ?
- b. Qui vous a fait cela ?
- c. Savez-vous pourquoi on vous a fait cela ?

Ces questions ont pour but de servir d'orientation pour le récit de la personne interrogée mais il n'est pas nécessaire de les lui lire telles quelles. La réponse sert également d'orientation pour l'interlocuteur, pour l'aider à savoir si des traitements humains ou châtiments ont été infligés. Si la personne a été soumise à plusieurs épisodes de torture, on lui demandera de choisir celui qui l'a le plus affectée. À l'issue de l'entretien, le professionnel remplit la Partie 2 du formulaire qui crypte les critères de torture

Partie 2 Cryptage des critères de torture

À remplir par la personne qui mène l'entretien sur la base du récit des événements fait par la personne interrogée

La personne a-t-elle été exposée à une douleur ou souffrance importante, physique ou morale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cela était-il délibéré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y avait-il un but à l'action ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Était-ce le fait d'un représentant public ou ce dernier a-t-il encouragé l'action ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Conclusion

Résultat cryptage	Résultat dépistage
O O O O	La personne a probablement été torturée
O N N O	La personne a probablement été maltraitée
Toute autre combinaison	La personne a probablement été traumatisée d'une façon ou d'une autre

Checklist de l'historique des traumatismes chez les réfugiés (Sigvardsson et al., 2017)

Les questions de cette section concernent les expériences difficiles et effrayantes et peuvent raviver des souvenirs perturbants. Il est important pour nous que de nombreuses personnes répondent à ces questions. Cela dit, si cela est trop perturbant, n'hésitez pas à faire une pause ou à laisser cette section de côté.

Avant de quitter votre domicile, avez-vous vécu une des situations ou événements suivants ?

Guerre à proximité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séparation forcée de la famille ou proches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte ou disparition de membres de la famille ou êtres chers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Violence ou agression physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Témoin de violence ou agression physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Torture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Violence sexuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre(s) situation(s) effrayantes où vous avez senti que votre vie était en danger.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'élément de traumatisme général unique (SGTI)

Parfois des choses arrivent aux personnes, qui perturbent ou effraient pratiquement tout le monde. Des exemples de ces expériences difficiles et effrayantes sont: se faire agresser ou être témoin d'un assassinat ou de blessures infligées à une personne. Avez-vous déjà vécu un de ces événements terrifiants ?

Entretien de dépistage des traumatismes et de la torture (Hexom et al., 2012)

1. Avez-vous déjà été menacé/e ou blessé/e par des groupes comme le gouvernement, la police, l'armée ou les soldats rebelles ?
2. Certaines personnes dans votre situation ont subi des tortures. Cela vous est-il arrivé ou à un membre de votre famille ?

Ceux qui ont répondu par l'affirmative à une des deux questions se sont vus poser quelques questions supplémentaires.

1. Qui vous a torturé/e ?
2. Qu'est-ce qui décrit le mieux ce qui vous est arrivé ?
3. Pourquoi avez-vous été torturé/e ?
4. Avez-vous quitté votre domicile ou votre pays parce que vous avez été torturé/e ?
5. Avez-vous des handicaps physiques des suites de la torture subie ?
6. Avez-vous des souvenirs perturbants ou intrusifs récurrents des suites de la torture subie ?
7. Un médecin vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été torturé/e ?
8. Avez-vous demandé l'asile politique ?