



Fiche d'information N°. 13

La douleur chronique comme conséquence de la torture : prise en charge

La torture est associée à un large champ de conséquences sur la santé, parmi lesquelles la douleur et le handicap lié à une douleur sont des facettes particulières [4,8,11]. Lorsque l'on s'occupe de survivants de la torture, la douleur et ses conséquences doivent être pris en compte.

Par conséquent, il est essentiel que les professionnels de santé impliqués dans les soins aux survivants de la torture soient familiers avec les mécanismes physiologiques de la douleur, les modèles bio-psycho-sociaux de la douleur, et les meilleures pratiques basées sur les preuves dans la prise en charge de la douleur aiguë autant que persistante.

La douleur persistante n'entraîne pas seulement un handicap et un fonctionnement restreint, mais elle produit également des altérations psychologiques, qui impacte le fonctionnement global personnel et social. Actuellement la recherche dans la littérature sur la réhabilitation des survivants de la torture cible essentiellement les problèmes mentaux sans référence à la douleur à part entière ou comme cause significative de détresse et de handicap [9,15].

Traiter les survivants de torture requiert les mêmes méthodes interventionnelles que les autres états douloureux. Il est très important que les professionnels de santé s'éduquent sur les différentes méthodes de torture et leurs conséquences physiques. Les revues de la littérature de réhabilitation notent le manque d'études scientifiques rigoureuses sur les interventions multidisciplinaires pour les survivants de torture [6,10]. Peu d'études évaluent les résultats dans la prise en charge de la douleur, et la qualité des preuves est faible [2,5], ce qui donne peu de renseignements. Les recommandations de traitement sont que la bonne pratique clinique est appliquée avec tact aux patients qui peuvent être sérieusement traumatisés [1,2].

Un sujet plus large est que la douleur n'est pas reconnue, évaluée, et prise en charge comme un problème à part entière. Non prise en charge, une douleur persistante peut déstabiliser les

tentatives de traiter d'autres problèmes fréquents, comme la détresse ou les perturbations du sommeil, et entraver l'acquisition de compétences d'auto-gestion. Il est important que les meilleures pratiques pour prendre en charge la douleur en général soient étendues aux survivants de torture, et que la douleur ne soit pas supposée de façon erronée comme étant un symptôme de stress post-traumatique, négligeant le traitement de la douleur [1]. Par exemple, il est d'une importance particulière qu'une douleur neuropathique apparaissant après une suspension par les bras ou après falaka soit évaluée correctement et traitée médicalement.

La réhabilitation d'une douleur dans le modèle bio-psycho-social est considérée comme un fonctionnement limité et un handicap avec une douleur, et l'interaction complexe avec des facteurs personnels et environnementaux - facteurs qui peuvent influencer l'expérience et la réponse à la douleur [14]. Il devrait être envisagé que les survivants de torture puissent avoir des problèmes psychologiques et sociaux en plus d'une douleur et autres problématiques de santé, compliquant la présentation, l'évaluation et le traitement: incertitude sur le statut civil, logement incertain, isolement de la famille, des amis, culture, et les moyens habituels d'aider et d'accéder au travail [3,13].

Comme cela est recommandé dans la douleur chronique en général, une approche multidisciplinaire, multimodale, de la prise en charge de la douleur chez les survivants de torture est optimale, avec une attention sur les objectifs partagés pour une meilleure compréhension, un meilleur fonctionnement, et une meilleure participation. La réhabilitation peut être un mélange de sessions individuelles en association avec des séances de psychoéducation de groupe, avec ou sans interprète.

Pour encourager l'auto-gestion et un retour à des activités désirées et au style de vie souhaité, la prise en charge de la douleur chez les survivants de torture devrait intégrer une éducation sur la nature de la douleur persistante, des interventions psychosociales ciblant les aspects cognitifs et comportementaux de l'adaptation à la douleur, la thérapie physique pour améliorer le fonctionnement physique global, la diminution des altérations musculo-squelettiques causées par la torture, et un traitement pharmacologique de la douleur.

Il peut être difficile pour les survivants de torture d'accepter la permanence de la douleur liée à leur torture, d'abandonner les espoirs de soulagement complet, et d'accepter que la réduction de la douleur et l'amélioration des activités et du fonctionnement social soient des objectifs plus réalistes, ce qui implique de s'intéresser au développement de compétences physiques, pratiques et psychologiques. L'explication des mécanismes de la douleur persistante sans lésion est important et permet de recadrer les croyances pessimistes concernant la possibilité d'amélioration fonctionnelle, et des discussions concernant des changements de comportement pour promouvoir la réhabilitation. Il est très important pour tous les survivants de torture de comprendre l'interaction des problèmes psychologiques et de la douleur [7].

Il n'existe pas d'études systématiques sur des traitements pharmacologiques de la douleur chronique post-torture pour suggérer des variations par rapport aux meilleures pratiques. Comme dans d'autres pathologies douloureuses chroniques, le traitement pharmacologique de la douleur devrait être basé sur une évaluation précise de la douleur et l'identification des mécanismes sous-jacents de la douleur. L'adhésion au traitement médical est souvent faible et une information précise, particulièrement sur les effets secondaires, est par conséquent essentielle. Une douleur neuropathique devrait être traitée, comme cela a été mentionné plus tôt.

Le bénéfice d'une prise en charge interdisciplinaire de la douleur devrait être évaluée, pas seulement pour le soulagement de la douleur, mais devrait avoir comme but d'améliorer la qualité de vie liée à la santé, dont le fonctionnement social et les activités [12]. Cela devrait être en plus, et pas à la place, des attentes identifiées par les survivants de torture eux-mêmes.

REFERENCES

- [1] Amris K, Williams A. Pain Clinical Update: Chronic pain in survivors of torture. IASP Press, 2007.
- [2] Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;8:CD012051.
- [3] Berliner P, Mikkelsen E, Bovbjerg A, Wiking M. Psychotherapy treatment of torture survivors. *Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2004;8:85-96.
- [4] Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001;322:606-609.
- [5] Jansen G, Nordemar R, Larsson L, Blyhammar C. Pain rehabilitation for torture survivors. *European Journal of Pain Supplements* 2011;5:284.
- [6] Jaranson J, Quiroga J. Evaluating the series of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. *Torture* 2011;21:98-140.
- [7] Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: mediating role of coping strategies and depression. *Pain* 2013;154:609-616.
- [8] Olsen D, Montgomery E, Carlsson J, Foldspang S. Prevalent pain and pain level among torture survivors. *Dan Med Bull* 2006;53:210-214.
- [9] Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD009317.
- [10] Quiroga J, Jarason J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study of the literature. *Torture* 2005;16.
- [11] Rasmussen O. Medical aspects of torture. *Dan Med Bull* 1990;37:1-88.
- [12] Taylor AM, Phillips K, Patel KV, Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, Clauw DJ, Gignac MA, Markman JD, Williams DA, Bujanover S, Burke LB, Carr DB, Choy EH, Conaghan PG, Cowan P, Farrar JT, Freeman R, Gewandter J, Gilron I, Goli V, Gover TD, Haddox JD, Kerns RD, Kopeccky EA, Lee DA, Malamut R, Mease P, Rappaport BA, Simon LS, Singh JA, Smith SM, Strand V, Tugwell P, Vanhove GF, Veasley C, Walco GA, Wasan AD, Witter J. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. *Pain* 2016;157:1836-1850.
- [13] Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 2015;3:7.
- [14] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:678-690.
- [15] Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. *Med Confl Surviv* 2017;33:6081.

AUTEURS

Kirstine Amris, MD The Parker Institute Frederiksberg Hospita Copenhagen, Denmark

Gunilla Brodda Jansen, MD Department of Clinical Sciences Karolinska Institutet Stockholm, Sweden