NOTE

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

*

* *

La reproduction en tout ou en partie de la teneur des documents publiés dans la présente publication est autorisée. Toutefois, en pareil cas, il est demandé que mention soit faite de la source et qu'un exemplaire de l'ouvrage où sera reproduit l'extrait cité soit communiqué au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Organisation des Nations Unies, 1211 Genève 10 (Suisse).

HR/P/PT/8

PUBLICATION DES NATIONS UNIES

Numéro de vente : F.01.XIV.1

ISBN 92-1-254134-8
ISSN 1020-4636

Manuel pour enquêter efficacement sur la torture
et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

Protocole d'Istanbul

Soumis à l'attention de la
Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

9 août 1999

ORGANISATIONS PARTICIPANTES

Action for Torture Survivors (HRFT), Genève
Amnesty International, Londres
Association médicale allemande, Berlin
Association médicale mondiale, Ferney-Voltaire
Association pour la prévention de la torture, Genève
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin
British Medical Association (BMA), Londres
Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe University, Ankara
Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis
Centre Georges Devereux, Université de Paris VIII, Paris
Comité international de la Croix-Rouge, Genève
Comité contre la torture, Genève
Danish Medical Association, Copenhague
Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo
Ethics Department, Dokuz Eylül Medical Faculty, Izmir
Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), Ankara
Human Rights Watch, New York
Indian Medical Association and the IRCT, New Delhi
Indochinese Psychiatric Clinic, Boston
Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis
Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago
International Federation of Health and Human Rights Organizations, Amsterdam
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhague
Johannes Wier Foundation, Amsterdam
Lawyers Committee for Human Rights, New York
The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres
Physicians for Human Rights Israel, Tel Aviv
Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Physicians for Human Rights USA, Boston
Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human Rights, San José
Rapporteur spécial sur la torture, Genève
Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Survivors International, San Francisco
The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town
Turkish Medical Association, Ankara

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
Rédacteurs et autres contributeurs		viii
Introduction		1
Chapitres	*Paragraphes*	
I. NORMES JURIDIQUES INTERNATIONALES APPLICABLES	1-46	3
A. Le droit international humanitaire	2-6	3
B. Les Nations Unies	7-23	3
1. Obligations légales de prévenir la torture	10	4
2. Organismes et mécanismes des Nations Unies	11-23	5
C. Les organisations régionales	24-45	7
1. La Commission interaméricaine des droits de l'homme et la Cour interaméricaine des droits de l'homme	25-31	7
2. La Cour européenne des droits de l'homme	32-37	8
3. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	38-42	9
4. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples	43-45	9
D. La Cour pénale internationale	46	10
II. CODES D'ÉTHIQUE APPLICABLES	47-72	11
A. Éthique de la profession juridique	48-49	11
B. Éthique des soins de santé	50-55	11
1. Déclarations des Nations Unies applicables aux professionnels de la santé	51-52	12
2. Déclarations d'organismes professionnels internationaux	53-54	12
3. Codes nationaux d'éthique médicale	55	13
C. Principes communs à tous les codes d'éthique des soins de santé	56-64	13
1. Le devoir d'assistance	57-61	13
2. Le consentement en connaissance de cause	62-63	14
3. Le secret professionnel	64	14
D. Professionnels de la santé et dualité des obligations	65-72	15
1. Principes directeurs pour les médecins liés par des obligations doubles	66	15
2. Dilemmes résultant de la dualité des obligations	67-72	15
III. ENQUÊTES LÉGALES SUR LA TORTURE	73-118	17
A. Finalité de l'enquête sur la torture	76	17
B. Principes directeurs pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	77-83	17
C. Procédure d'enquête sur la torture	84-105	19
1. Identification de l'instance compétente	84-86	19
2. Entretiens avec la victime présumée et les autres témoins	87-100	19
3. Recherche et préservation de la preuve matérielle	101-102	22
4. Preuve médicale	103-104	22
5. Photographie	105	22
D. Commission d'enquête	106-118	23
1. Définition du champ d'application de l'enquête	106	23
2. Pouvoirs de la commission	107	23

Chapitres *Paragraphes* *Pages*

3. Critères de sélection des membres ... 108-109 23
4. Le personnel de la commission ... 110 23
5. Protection des témoins ... 111 24
6. Délibérations ... 112 24
7. Avis d'enquête ... 113 24
8. Rassemblement des preuves ... 114 24
9. Droits des parties ... 115 24
10. Évaluation des preuves ... 116 24
11. Rapport de la commission ... 117-118 24

IV. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES POUR LES ENTRETIENS ... 119-159 26

A. But de l'enquête, de l'examen et de la documentation ... 120-121 26
B. Garanties procédurales vis-à-vis des détenus ... 122-125 26
C. Visites officielles aux centres de détention ... 126-133 27
D. Techniques d'interrogation ... 134 28
E. Étude du contexte ... 135-140 28

1. Profil psychosocial et pré-détention ... 135 28
2. Résumé de la détention et des sévices ... 136 29
3. Circonstances de l'arrestation ... 137 29
4. Lieu et conditions de détention ... 138 29
5. Méthodes de torture et autres sévices ... 139-140 29

F. Évaluation du contexte ... 141-142 30
G. Étude des méthodes de torture ... 143-144 30
H. Risque de re-traumatisation des personnes interrogées ... 145-148 31
I. Services d'interprètes ... 149-152 31
J. Problèmes liés au sexe ... 153-154 32
K. Recours à d'autres services ... 155 32
L. Interprétation des éléments d'enquête et conclusions ... 156-159 32

V. PREUVES PHYSIQUES DE LA TORTURE ... 160-232 34

A. Structure de l'entretien ... 162-166 34
B. Profil médical ... 167-171 35

1. Symptômes aigus ... 169 35
2. Symptômes chroniques ... 170 35
3. Résumé d'un entretien ... 171 35

C. Examen physique ... 172-185 35

1. Peau ... 175 36
2. Visage ... 176-181 36
3. Poitrine et abdomen ... 182 37
4. Système musculo-osseux ... 183 37
5. Système génito-urinaire ... 184 37
6. Sytème nerveux central et périphérique ... 185 37

D. Examen et évaluation relatifs à des formes particulières de torture ... 186-231 38

1. Coups et autres formes de contusions ... 188-201 38
2. Coups sur les pieds ... 202-204 40
3. Suspension ... 205-208 41
4. Autres tortures positionnelles ... 209-210 42
5. Chocs électriques ... 211 42
6. Torture dentaire ... 212 42
7. Asphyxie ... 213 42
8. Sévices sexuels y compris le viol ... 214-231 43

E. Tests diagnostiques spécialisés ... 232 46

Chapitres		*Paragraphes*	*Pages*
VI.	PREUVES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE	233-314	47
	A. Considérations générales	233-238	47
	1. Le rôle central de l'évaluation psychologique	233-236	47
	2. Le contexte de l'évaluation psychologique	237-238	48
	B. Conséquences psychologiques de la torture	239-258	48
	1. Avertissement	239	48
	2. Réactions psychologiques courantes	240-248	48
	3. Classification des symptômes	249-258	50
	C. Évaluation psychologique/psychiatrique	259-314	52
	1. Considérations éthiques et cliniques	259-261	52
	2. Déroulement de l'entretien	262-273	52
	3. Éléments de l'évaluation psychologique/psychiatrique	274-290	54
	4. Évaluation neuropsychologique	291-308	56
	5. Les enfants et la torture	309-314	59

ANNEXES

I.	Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits	61
II.	Tests diagnostiques	63
III.	Schémas anatomiques pour la documentation de la torture et autres mauvais traitements	66
IV.	Directives pour l'évaluation médicale de la torture et autres mauvais traitements	74

RÉDACTEURS ET AUTRES CONTRIBUTEURS

Coordonnateurs du projet

Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Önder Özkalipçi, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Genève

Comité de rédaction

Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Türkcan Baykal, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Önder Özkalipçi, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres
Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
James Welsh, Amnesty International, Londres

Rapporteurs

Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Barbara Frey, Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis
Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Şebnem Korur Fincanci, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
Ann Sommerville, British Medical Association, Londres
Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town

Rédacteurs

Suat Alptekin, Forensic Medicine Department, Istanbul
Zuhal Amato, Ethics Department, Doküz Eylul Medical Faculty, Izmir
Alp Ayan, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Semih Aytaçlar, Sonomed, Istanbul
Metin Bakkalci, Human Rights Foundation of Turkey, Ankara
Ümit Biçer, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Yeşim Can, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
John Chisholm, British Medical Association, Londres
Lis Danielsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague
Hanan Diab, Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Jean-Michel Diez, Association pour la prévention de la torture, Genève
Yusuf Doğar, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Morten Ekstrom, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague

Ravindra Fernando, Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo

John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago

Camile Giffard, University of Essex, England

Jill Glick, University of Chicago Children's Hospital, Chicago

Emel Gökmen, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul

Norbert Gurris, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Hakan Gürvit, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul

Karin Helweg-Larsen, Danish Medical Association, Copenhague

Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres

Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco

Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Cecilia Jimenez, Association pour la prévention de la torture, Genève

Karen Johansen Meeker, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Emre Kapkin, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir

Cem Kaptanoğlu, Department of Psychiatry, Osmangazi University Medical Faculty, Eskişehir

Ioanna Kuçuradi, Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe University, Ankara

Basem Lafi, Gaza Community Mental Health Program, Gaza

Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago

Veli Lök, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir

Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago

Ruchama Marton, Physicians for Human Rights-Israel, Tel Aviv

Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, New York

Carol Mottet, juriste, Berne

Fikri Öztop, Department of Pathology, Ege University Medical Faculty, Izmir

Alan Parra, bureau du Rapporteur spécial sur la torture, Genève

Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco

Jean Pierre Restellini, Département des droits de l'homme, Conseil de l'Europe, Strasbourg

Nigel Rodley, Rapporteur spécial sur la torture, Genève

Füsun Sayek, Turkish Medical Association, Ankara

Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, Université de Paris VIII, Paris

Bent Sorensen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague et Comité contre la torture, Genève

Nezir Suyugül, Forensic Medicine Department, Istanbul

Asmah Tareen, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Henrik Klem Thomsen, Department of Pathology, Bispebjerg Hospital, Copenhague

Morris Tidball-Binz, Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human Rights, San José

Nuray Türksoy, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Hülya Üçpinar, Human Rights Office, Izmir Bar Association, Izmir

Adriaan van Es, Johannes Wier Foundation, Amsterdam

Ralf Wiedemann, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Participants

Alessio Bruni, Comité contre la torture, Genève

Eyad El Sarraj, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza

Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Ole Hartling, Danish Medical Association, Copenhague

Hans Petter Hougen, Danish Medical Association, Copenhague

Delon Human, Association médicale mondiale, Ferney-Voltaire

Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, Buenos Aires

Frank Ulrich Montgomery, German Medical Association, Berlin

Daniel Prémont, Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture, Genève

Jagdish C. Sobti, Indian Medical Association, New Delhi

Trevor Stevens, Comité européen pour la prévention de la torture, Strasbourg

Turgut Tarhanli, International Relations and Human Rights Department, Boğazici University, Istanbul

Wilder Taylor, Human Rights Watch, New York

Joergen Thomsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague

Ce projet a été mené à bien grâce au généreux soutien du Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture; de la Division des droits de l'homme et de la politique humanitaire du Département fédéral des affaires étrangères de la Confédération helvétique; de l'Office pour les institutions démocratiques et les droits de l'homme de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe; de la Croix-Rouge suédoise; de la Human Rights Foundation de Turquie et des Physicians for Human Rights. Ont également apporté leur appui les institutions suivantes : The Center for Victims of Torture; Turkish Medical Association; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Amnesty International-Suisse et l'Association chrétienne pour l'abolition de la torture-Suisse.

INTRODUCTION

Aux fins du présent manuel, la torture est définie selon les termes de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée en 1984 :

> « le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles. »[1]

La torture constitue un sujet de grave préoccupation pour la communauté internationale. Son but consiste à détruire délibérément, non seulement le bien-être physique et mental des individus, mais aussi, dans certains cas, la dignité et la volonté de communautés entières. Elle concerne tous les membres de la communauté humaine, car elle met en question la signification même de notre existence et compromet notre aspiration à un avenir meilleur[2].

Bien que les instruments internationaux des droits de l'homme et du droit humanitaire proscrivent systématiquement la torture en quelque circonstance que ce soit (voir chap. I), la torture et autres mauvais traitements sont pratiqués dans plus de la moitié des pays du monde[3,4]. Le déséquilibre choquant entre l'absolue interdiction de la torture et sa prévalence dans le monde actuel témoigne bien de la nécessité pour les États d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures efficaces pour protéger les individus contre la torture et autres mauvais traitements. Le présent manuel a pour but d'aider les États à répondre à l'une des exigences les plus essentielles pour la protection des individus contre la torture, à savoir, la mise en place de méthodes d'enquête efficaces. En faisant la lumière sur les cas de torture et autres mauvais traitements, les enquêtes contribuent à lever l'impunité des responsables et servent ainsi la justice. Les méthodes décrites dans le présent manuel peuvent également s'appliquer à d'autres contextes comme, par exemple, les investigations relatives aux droits de l'homme, l'application du droit d'asile politique, la défense des individus qui « avouent » des crimes sous la torture ou l'évaluation des besoins des victimes de la torture. Enfin, ce manuel peut servir de cadre de référence international pour les professionnels de la santé et pour les arbitres lorsque des professionnels de la santé sont contraints de négliger, de déformer ou de falsifier des éléments de preuve de torture.

Au cours des deux dernières décennies, on a beaucoup appris sur la torture et ses conséquences, mais, jusqu'à la parution du présent manuel, on ne disposait d'aucune directive pour enquêter à son sujet. Le *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (Protocole d'Istanbul) est destiné à servir d'outil de référence international pour évaluer les victi-

[1] Le conseil d'administration du Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture a récemment décidé que, pour les besoins de ses travaux, il se référera désormais à la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

[2] V. Iacopino, "Treatment of survivors of political torture: commentary", *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21(2) 1998:5-13.

[3] Amnesty International, *Amnesty International Report 1999*, Londres, AIP, 1999.

[4] M. Başoğlu, "Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach", *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:606-611.

mes présumées de tortures et autres mauvais traitements, pour enquêter sur les allégations de torture et pour rendre compte des éléments recueillis à l'autorité judiciaire ou autre organe compétent. Il contient à l'annexe I des Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, lesquels énoncent les normes minimales à appliquer par les États pour garantir l'efficacité des enquêtes sur la torture[5]. Les directives contenues dans le présent manuel ne doivent pas être envisagées comme un protocole rigide. Il s'agit plutôt de normes minimales issues des principes mentionnés, à appliquer en fonction des ressources et moyens disponibles. Le manuel et les principes sont le fruit de trois ans de travail d'analyse, de recherche et de rédaction accompli par plus de 75 spécialistes du droit, de la santé et de droits de l'homme représentant 40 organisations ou institutions de 15 pays. Le manuel a été conçu et élaboré en collaboration par des juristes, des médecins, des psychologues et des observateurs des droits de l'homme travaillant en Afrique du Sud, en Allemagne, au Chili, au Costa Rica, au Danemark, aux États-Unis d'Amérique, en France, en Inde, en Israël, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, à Sri Lanka, en Suisse, en Turquie et dans les Territoires palestiniens occupés.

[5] Les Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits ont été annexés aux résolutions de l'Assemblée générale 55/89 (4 décembre 2000) et de la Commission des droits de l'homme 2000/43 (20 avril 2000), toutes deux adoptées par consensus.

CHAPITRE I

NORMES JURIDIQUES INTERNATIONALES APPLICABLES

1. L'interdiction de la torture est fermement établie par le droit international. La Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ainsi que la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants la proscrivent tous de manière explicite, de même que plusieurs instruments régionaux, au nombre desquels la Convention américaine des droits de l'homme, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ou la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme).

A. – Le droit international humanitaire

2. Les traités internationaux régissant les conflits armés sont autant d'éléments constitutifs du droit international humanitaire ou du droit de la guerre. L'interdiction de la torture au titre du droit international humanitaire ne représente qu'une modeste, quoique importante, partie de la protection plus large garantie par ces traités à toutes les victimes de la guerre. Les quatre Conventions de Genève de 1949 ont été ratifiées par 188 États. Elles établissent des règles pour la conduite des conflits armés internationaux et, en particulier, pour le traitement des personnes qui ne prennent pas ou ne prennent plus part aux hostilités, y compris les blessés, les prisonniers et les civils. Chacune d'elles proscrit sans ambiguïté la torture et autres mauvais traitements, et les deux Protocoles additionnels de 1977 étendent tant la protection garantie par ces conventions que leur champ d'application. Le Protocole I, ratifié à ce jour par 153 États, couvre les conflits internationaux; le Protocole II, ratifié par 145 États, les conflits armés non internationaux.

3. Pour la question qui nous intéresse ici, l'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève revêt une importance particulière. S'appliquant aux conflits armés « ne présentant pas un caractère international », il énonce des obligations et règles de base qui doivent être respectées, en l'absence d'autre précision ou restriction, dans tous les conflits armés, quelle que soit leur nature. L'interdiction de la torture fait partie de ces règles et constitue à ce titre un élément commun au droit international humanitaire et aux droits de l'homme.

4. L'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève dispose en effet que :

> [...] sont et demeurent prohibées, en tout temps et en tout lieu [...] les atteintes portées à la vie et à l'intégrité corporelle, notamment le meurtre sous toutes ses formes, les mutilations, les traitements cruels, tortures et supplices; [...] les atteintes à la dignité des personnes, notamment les traitements humiliants et dégradants [...]

5. En sa qualité de Rapporteur spécial sur la torture, Nigel Rodley commente ainsi ces dispositions :

> L'interdiction de la torture et autres mauvais traitements pourrait difficilement être formulée en des termes plus précis. Et le commentaire officiel de ce texte publié par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ne ménage aucune échappatoire – il ne saurait y avoir la moindre excuse ou circonstance atténuante[6].

6. On trouve une autre passerelle entre le droit international humanitaire et les droits de l'homme dans le Protocole II, qui régit les conflits armés non internationaux (comme les guerres civiles) et dont le préambule stipule que « les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme offrent à la personne humaine une protection fondamentale »[7].

B. – Les Nations Unies

7. Afin de garantir à tous les individus une protection adéquate contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, les Nations Unies s'efforcent depuis de nombreuses années de développer des normes universellement applicables. Les conventions, déclarations et résolutions adoptées par les États Membres des Nations Unies établissent clairement qu'il ne saurait y avoir d'exception à l'interdiction de la torture et elles imposent d'autres obligations propres à assurer la protection des personnes contre les mauvais traitements. Parmi les plus importants de ces instruments figurent la Déclaration universelle des droits de l'homme[8], le Pacte international relatif aux droits civils et politiques[9], les Règles

[6] N. Rodley, *The Treatment of Prisoners under International Law*, 2e éd., Oxford, Clarendon Press, 1999:58.

[7] Deuxième paragraphe du Préambule du Protocole II (1977) additionnel aux Conventions de Genève de 1949.

[8] Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale, du 10 décembre 1948, art. 5; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, troisième session* (A/810), p. 71.

[9] Entré en vigueur le 23 mars 1976; voir résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale, du 16 décembre 1966, annexe, art. 7; *Documents officiels de l'Assemblée générale, vingt et unième session, Supplément no 16* (A/6316), p. 56, et Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 999, p. 171.

minima pour le traitement des détenus[10], la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Déclaration sur la protection contre la torture)[11], le Code de conduite pour les responsables de l'application des lois[12], les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Principes d'éthique médicale)[13], la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Convention contre la torture)[14], l'Ensemble de principes pour la protection des personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement (Ensemble de principes relatifs à la détention)[15] et les Principes de base relatifs au traitement des prisonniers[16].

8. La Convention contre la torture « ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles »[17].

9. D'autres organes et mécanismes des Nations Unies liés aux droits de l'homme ont pris des initiatives en vue d'élaborer des normes pour la prévention de la torture ainsi que des dispositions faisant obligation aux États d'enquêter sur les allégations de torture. C'est le cas, notamment, du Comité contre la torture, du Comité des droits de l'homme, de la Commission des droits de l'homme, du Rapporteur spécial sur la torture, de la Rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes, ainsi que des rapporteurs spéciaux désignés à l'échelon national par la Commission des droits de l'homme.

1. *Obligations légales de prévenir la torture*

10. Les instruments internationaux mentionnés ci-dessus imposent aux États certaines obligations afin de garantir la protection des personnes contre la torture. En voici quelques-unes :

a) Prendre des mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher que soient commis des actes de torture. Aucune circonstance, guerre y compris, ne peut être invoquée pour justifier la torture (art. 2 de la Convention contre la torture; art. 3 de la Déclaration sur la protection contre la torture);

b) Ne pas expulser, refouler ni extrader une personne vers un pays où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture (art. 3 de la Convention contre la torture);

c) Faire en sorte que tous les actes de torture, y compris la complicité ou la participation à de tels actes, constituent des infractions au regard du droit pénal national (art. 4 de la Convention contre la torture; principe 7 de l'Ensemble de principes relatifs à la détention; art. 7 de la Déclaration sur la protection contre la torture; par. 31 à 33 des Règles minima pour le traitement des détenus);

d) Prendre les mesures requises pour que la torture constitue un crime passible d'extradition et aider les autres États parties dans le cadre des procédures judiciaires y relatives (art. 8 et 9 de la Convention contre la torture);

e) Limiter les mises au secret; veiller à ce que les prisonniers soient enfermés dans des lieux officiellement reconnus comme lieux de détention; faire en sorte que les noms des personnes responsables de leur détention soient inscrits dans des registres auxquels tous les intéressés, y compris les parents et amis, puissent accéder facilement; enregistrer les lieux et dates de tous les interrogatoires ainsi que l'identité de toutes les personnes présentes; garantir aux médecins, aux avocats et aux membres de la famille le libre accès aux détenus (art. 11 de la Convention contre la torture; principes 11 à 13, 15 à 19 et 23 de l'Ensemble de principes relatifs à la détention; par. 7, 22 et 37 des Règles minima pour le traitement des détenus);

f) Veiller à ce que l'enseignement et l'information concernant l'interdiction de la torture fassent partie intégrante de la formation du personnel civil et militaire chargé de l'application des lois, du personnel médical, des agents de la fonction publique et autres personnes concernées (art. 10 de la Convention contre la torture; art. 5 de la Déclaration sur la protection contre la torture; par. 54 des Règles minima pour le traitement des détenus);

g) Veiller à ce que toute déclaration dont il est établi qu'elle a été obtenue sous la torture ne puisse être invo-

---

[10] Adoptées le 30 août 1955 par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants et approuvées par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977; voir Nations Unies, document A/CONF/611, annexe I, art. 31; résolution 663 C (XXIV), *Documents officiels du Conseil économique et social*, *vingt-quatrième session, Supplément n° 1* (E/3048), p. 12, amendée par la résolution 2076 (LXII), *Documents officiels du Conseil économique et social*, *soixante-deuxième session, Supplément n° 1* (E/5988), p. 37.

[11] Résolution 3452 (XXX) de l'Assemblée générale, du 9 décembre 1975, annexe, art. 2 et 4; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale*, *trentième session, Supplément n° 34* (A/10034), p. 96.

[12] Résolution 34/169 de l'Assemblée générale, du 17 décembre 1979, annexe, art. 5; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale*, *trentième-quatrième session, Supplément n° 46* (A/34/46), p. 209.

[13] Résolution 37/194 de l'Assemblée générale, du 18 décembre 1982, annexe, principes 2 à 5; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale*, *trentième-septième session, Supplément n° 51* (A/37/51), p. 262.

[14] Entrée en vigueur le 26 juin 1987; voir résolution 39/46 de l'Assemblée générale, du 10 décembre 1984, annexe, art. 2, *Documents officiels de l'Assemblée générale*, *trente-neuvième session, Supplément n° 51* (A/39/51), p. 206.

[15] Résolution 43/173 de l'Assemblée générale, du 9 décembre 1988, annexe, principe 6; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, quarante-troisième session, Supplément n° 49* (A/43/49), p. 311.

[16] Résolution 45/111 de l'Assemblée générale, du 14 décembre 1990, annexe, principe 1; voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, quarante-cinquième session, Supplément n° 49* (A/45/49), p. 216.

[17] Pour une interprétation de ce qui constitue des « sanctions légitimes », voir le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture soumis à la cinquante-troisième session de la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/1997/7, par. 3 à 11), dans lequel le Rapporteur spécial a considéré que des sanctions telles que la lapidation à mort, la flagellation et l'amputation ne pouvaient être réputées légitimes au seul motif qu'elles auraient été infligées à l'issue d'une procédure légitime. L'interprétation avancée par le Rapporteur spécial, qui coïncide avec les positions du Comité des droits de l'homme et d'autres organes de l'ONU, a été approuvée par la résolution 1998/38 de la Commission des droits de l'homme, laquelle rappelle aux gouvernements que les châtiments corporels peuvent être assimilés à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, voire à la torture.

quée comme un élément de preuve dans une procédure, si ce n'est contre les personnes coupables d'avoir recouru à un tel procédé (art. 15 de la Convention contre la torture; art. 12 de la Déclaration sur la protection contre la torture);

h) Veiller à ce que les autorités compétentes procèdent sans délai à une enquête impartiale lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un acte de torture a été commis (art. 12 de la Convention contre la torture; principes 33 et 34 de l'Ensemble de principes relatifs à la détention; art. 9 de la Déclaration sur la protection contre la torture);

i) Veiller à ce que les victimes de la torture puissent obtenir réparation et compensation adéquate des torts subis (art. 13 et 14 de la Convention contre la torture; art. 11 de la Déclaration sur la protection contre la torture; par. 35 et 36 des Règles minima pour le traitement des détenus);

j) Veiller à ce que les auteurs présumés d'infractions fassent l'objet des procédures judiciaires applicables lorsqu'une enquête a mis en lumière des actes de torture. Lorsque des allégations d'autres formes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants apparaissent fondées, les auteurs présumés seront soumis aux procédures judiciaires, disciplinaires ou autres procédures applicables (art. 7 de la Convention contre la torture; art. 10 de la Déclaration sur la protection contre la torture).

2. *Organismes et mécanismes des Nations Unies*

a) *Comité contre la torture*

11. Le Comité contre la torture supervise la mise en œuvre de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il est composé de 10 experts « de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine des droits de l'homme ». Aux termes de l'article 19 de la Convention contre la torture, les États parties soumettent au Comité, par l'entremise du Secrétaire général, des rapports sur les mesures prises en vue de donner effet aux engagements souscrits au titre de la Convention. Le Comité s'assure que les dispositions de la Convention ont bien été intégrées dans la législation nationale et en surveille l'application pratique. Chaque rapport est étudié par le Comité, qui peut formuler les commentaires et recommandations qu'il juge appropriés et les inclure dans son rapport annuel aux États parties et à l'Assemblée générale. Ces procédures se déroulent dans le cadre de réunions publiques.

12. L'article 20 de la Convention contre la torture précise les pouvoirs et attributions du Comité dans les termes suivants : « Si le Comité reçoit des renseignements crédibles qui lui semblent contenir des indications bien fondées que la torture est pratiquée systématiquement sur le territoire d'un État partie, il invite ledit État à coopérer dans l'examen des renseignements et, à cette fin, à lui faire part de ses observations à ce sujet. [...] Le Comité peut, s'il juge que cela se justifie, charger un ou plusieurs de ses membres de procéder à une enquête confidentielle et de lui faire rapport d'urgence. [...] En accord avec (l'État partie intéressé), l'enquête peut comporter une visite sur son territoire. Après avoir examiné les conclusions du membre ou des membres, [...] le Comité transmet ces conclusions à l'État partie intéressé, avec tous commentaires ou suggestions qu'il juge appropriés compte tenu de la situation. Tous les travaux du Comité dont il est fait mention [dans l'article 20] sont confidentiels et, à toutes les étapes des travaux, on s'efforce d'obtenir la coopération de l'État partie. Une fois achevés ces travaux [...] le Comité peut, après consultations avec l'État partie intéressé, décider de faire figurer un compte rendu succinct des résultats des travaux dans [son] rapport annuel [aux États parties et à l'Assemblée générale]. »[18]

13. Aux termes de l'article 22 de la Convention contre la torture, tout État partie peut « déclarer à tout moment qu'il reconnaît la compétence du Comité pour recevoir et examiner des communications présentées par ou pour le compte de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation, par un État partie, des dispositions de la Convention ». Le Comité examine de telles communications à huis clos et soumet ensuite ses conclusions à l'État partie et au particulier intéressés. Il convient de noter toutefois que 39 seulement des 112 États parties qui ont ratifié la Convention ont reconnu l'applicabilité de l'article 22.

14. Dans ses rapports annuels à l'Assemblée générale, le Comité insiste régulièrement sur la nécessité pour les États parties de se conformer aux articles 12 et 13 de la Convention contre la torture, en veillant à ce que toute plainte pour torture fasse l'objet d'une enquête rapide et impartiale. Ainsi, le Comité a estimé qu'un délai de 15 mois pour enquêter sur des allégations de torture était excessivement long et non conforme aux dispositions de l'article 12[19]. De même, le Comité a souligné que l'article 13 n'exige pas le dépôt d'une plainte officielle, mais qu'il suffit qu'une personne prétende avoir été soumise à la torture pour que l'État partie concerné ait l'obligation de procéder à une enquête immédiate et impartiale[20].

b) *Comité des droits de l'homme*

15. Le Comité des droits de l'homme a été établi sur la base de l'article 28 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, avec mission de superviser la mise en œuvre du Pacte par les États parties. Il se compose de 18 experts indépendants reconnus pour leur haute moralité et leur compétence dans le domaine des droits de l'homme.

16. Les États parties au Pacte doivent soumettre tous les cinq ans des rapports décrivant les mesures qu'ils ont adoptées en vue de donner effet aux droits énoncés dans le Pacte et les progrès enregistrés dans l'application de ces droits. Le Comité des droits de l'homme examine chaque rapport en consultation avec les représentants de l'État partie concerné, puis rend ses conclusions en synthétisant ses principales préoccupations et en formulant à l'inten-

[18] Il convient de souligner, toutefois, que l'application de l'article 20 peut être limitée par une réserve émise par un État partie, auquel cas ledit article ne s'applique pas.

[19] Voir Communication 8/1991, par. 185, Rapport du Comité contre la torture à l'Assemblée générale (A/49/44) du 12 juin 1994.

[20] Voir Communication 6/1990, par. 10.4, Rapport du Comité contre la torture à l'Assemblée générale (A/50/44) du 26 juillet 1995.

tion de l'État partie les suggestions et recommandations qu'il juge appropriées. Il rédige également des commentaires généraux interprétant certains articles particuliers du Pacte afin de faciliter l'établissement des rapports et la mise en œuvre des dispositions du Pacte par les États parties. Il s'est appliqué, par exemple, à clarifier l'article 7 du Pacte, lequel stipule que nul ne doit être soumis à la torture ou à d'autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants. Dans ses commentaires généraux concernant ledit article, le Comité a estimé que l'interdiction de la torture ou sa qualification comme crime ne constitue pas une application suffisante des dispositions de l'article 7[21]. Les États, a-t-il souligné, doivent garantir une protection efficace par le biais d'un mécanisme de contrôle approprié – et les plaintes de mauvais traitements doivent faire l'objet d'enquêtes approfondies par les autorités compétentes.

17. Le 10 avril 1992, le Comité a adopté de nouveaux commentaires généraux sur l'article 7, qui précisent encore son interprétation antérieure. Il y est souligné, en particulier, que les plaintes doivent donner lieu à des enquêtes promptes et impartiales de la part des autorités compétentes, de façon à garantir l'efficacité des réparations. Dans le cas où un État a ratifié le premier Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, toute personne relevant de sa juridiction peut soumettre au Comité une communication dénonçant une éventuelle violation de ses droits aux termes du Pacte. Si la plainte est jugée recevable, le Comité publie alors une décision quant au fond, laquelle est rendue publique dans son rapport annuel.

c) *Commission des droits de l'homme*

18. La Commission des droits de l'homme est l'organe principal des Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme. Elle se compose de 53 États Membres élus pour un mandat de trois ans par le Conseil économique et social. Réunie chaque année à Genève pendant six semaines, elle peut prescrire des études et des missions d'enquête, rédiger des conventions et déclarations qui seront soumises à l'attention des organes dirigeants des Nations Unies, et débattre de violations spécifiques des droits de l'homme en séances publiques ou privées. Le 6 juin 1967, le Conseil économique et social a, par sa résolution 1235 (XLII), autorisé la Commission à examiner des allégations de violations flagrantes des droits de l'homme et à étudier de manière approfondie des situations caractérisées par des violations répétées de ces mêmes droits[22]. Forte de ces pouvoirs, la Commission a, entre autres, adopté des résolutions exprimant sa préoccupation face à des violations des droits de l'homme et désigné des rapporteurs spéciaux chargés de rendre compte de violations des droits de l'homme dans des domaines spécifiques. Elle a également adopté des résolutions relatives à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Dans sa résolution 1998/38, notamment, elle a souligné que toutes les allégations de torture et autres mauvais traitements devraient faire l'objet d'enquêtes immédiates et impartiales de la part des autorités nationales compétentes.

d) *Rapporteur spécial sur la torture*

19. En 1985, la Commission a décidé, par sa résolution 1985/33, de désigner un Rapporteur spécial sur la torture. Ce dernier a pour tâche de rechercher et de recueillir des informations crédibles et fiables sur des questions liées à la torture et de réagir dans les meilleurs délais auxdites informations. La Commission a régulièrement renouvelé le mandat du Rapporteur spécial par des résolutions ultérieures.

20. Le pouvoir de supervision du Rapporteur spécial s'étend à tous les États Membres de l'ONU et à tous les États jouissant du statut d'observateur, que lesdits États aient ou non ratifié la Convention contre la torture. Le Rapporteur spécial établit des contacts avec les gouvernements, sollicite auprès d'eux des informations sur les mesures législatives et administratives adoptées afin d'empêcher la torture, les invite à remédier aux conséquences d'éventuels actes de torture et leur demande de répondre à toute communication faisant état de tels actes. Il reçoit lui-même des demandes d'intervention en urgence qu'il communique à l'attention des gouvernements concernés afin de garantir le respect du droit individuel à l'intégrité physique et mentale. En outre, le Rapporteur spécial reçoit des représentants de gouvernements qui souhaitent le rencontrer et, conformément à son mandat, il effectue des missions d'enquête dans certaines parties du monde. Il soumet à la Commission des droits de l'homme et à l'Assemblée générale des rapports décrivant les mesures et initiatives qu'il a prises au titre de son mandat et réitérant la nécessité d'enquêter sans délai sur toute allégation de torture. Dans son rapport daté du 12 janvier 1995, Nigel Rodley, alors Rapporteur spécial sur la torture, a formulé toute une série de recommandations, notant en particulier, à l'alinéa *g* du paragraphe 926 :

> À chaque fois qu'un détenu ou un parent ou un avocat enregistre une plainte pour torture, une enquête devrait être initiée. [...] Une autorité nationale indépendante, telle qu'une commission nationale ou un médiateur habilité à enquêter et/ou à engager une action judiciaire, devrait être établie afin de recevoir de telles plaintes et d'enquêter à leur sujet. Les allégations de torture devraient être traitées immédiatement et faire l'objet d'une enquête menée par une autorité indépendante n'entretenant aucune relation avec celle qui conduit l'enquête ou l'instruction contre la victime présumée[23].

21. Le Rapporteur spécial a réitéré cette recommandation dans son rapport daté du 9 janvier 1996[24]. Évoquant sa préoccupation à l'égard des actes de torture, il a rappelé, au paragraphe 136, que les États sont tenus d'enquêter sur toute allégation de torture aussi bien par les instruments généraux du droit international que par la Convention contre la torture.

e) *Rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes*

22. Le poste de Rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes a été institué en 1994 par la résolution 1994/45 de la Commission des droits de l'homme et son mandat a été renouvelé par la résolution 1997/44. La Rapporteuse spéciale a établi des

[21] Nations Unies, document A/37/40 (1982).

[22] Ibid., E/4393 (1967).

[23] Ibid., E/CN.4/1995/34.

[24] Ibid., E/CN.4/1996/35.

procédures pour solliciter, dans un esprit humanitaire, des éclaircissements et des informations de la part des gouvernements sur des allégations de violences visant plus spécialement les femmes, et afin d'enquêter à leur sujet. Ces communications peuvent concerner une ou plusieurs personnes identifiées nommément ou se rapporter à des cas plus généraux liés à des situations dans lesquelles des actes de violence à l'encontre des femmes sont perpétrés ou tolérés. Pour les besoins de sa mission, la Rapporteuse spéciale se fonde sur la définition de la violence de nature sexuelle telle qu'elle figure dans la Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 48/104 du 20 décembre 1993. La Rapporteuse spéciale est habilitée à lancer des appels d'urgence lorsqu'elle a connaissance de violences visant spécifiquement des femmes qui comportent ou pourraient comporter une atteinte ou un risque d'atteinte au droit à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne. Dans de telles circonstances, la Rapporteuse spéciale invite instamment les autorités nationales compétentes, non seulement à fournir des informations détaillées sur le cas, mais également à mener une enquête indépendante et impartiale, ainsi qu'à prendre des mesures immédiates afin d'empêcher toute violation ultérieure des droits fondamentaux des personnes concernées.

23. La Rapporteuse spéciale rend compte chaque année à la Commission des droits de l'homme des communications adressées aux gouvernements et des réponses reçues. Sur la base des informations fournies par les gouvernements et d'autres sources dignes de foi, elle fait des recommandations aux gouvernements concernés en vue de trouver des solutions propres à éliminer durablement la violence contre les femmes. Elle peut également adresser des rappels aux gouvernements lorsqu'elle ne reçoit pas de réponse à ses communications ou lorsqu'elle juge insuffisantes les informations fournies. Si une situation particulière de violence contre les femmes persiste dans un quelconque pays et si les informations reçues par la Rapporteuse spéciale indiquent qu'aucune mesure n'est ou n'a été prise par le gouvernement concerné pour garantir les droits fondamentaux des femmes, la Rapporteuse spéciale peut envisager de demander au gouvernement concerné l'autorisation de se rendre dans son pays afin de procéder à une enquête sur le terrain.

C. – Les organisations régionales

24. Divers organismes régionaux ont également contribué au développement de normes destinées à empêcher la torture. C'est le cas, entre autres, de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, de la Cour interaméricaine des droits de l'homme, de la Cour européenne des droits de l'homme, du Comité européen pour la prévention de la torture et de la Commission africaine des droits de l'homme.

1. *La Commission interaméricaine des droits de l'homme et la Cour interaméricaine des droits de l'homme*

25. Le 22 novembre 1969, l'Organisation des États américains a adopté la Convention américaine des droits de l'homme, laquelle est entrée en vigueur le 18 juillet 1978[25]. Son article 5 affirme le droit de tout individu au respect de son intégrité physique, mentale et morale et proscrit la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il dispose également que tout individu privé de sa liberté sera traité dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

26. L'article 33 de la Convention prévoit l'établissement d'une Commission interaméricaine des droits de l'homme et d'une Cour interaméricaine des droits de l'homme. Comme le stipule son règlement, la Commission a pour fonction essentielle de promouvoir l'application et la défense des droits de l'homme et de servir d'organe consultatif dans ce domaine auprès de l'Organisation des États américains[26]. À ce titre, la Commission a supervisé la rédaction de la Convention interaméricaine contre la torture (Inter-American Convention to Prevent and Punish Torture), notamment pour ce qui concerne l'interprétation de la torture donnée à l'article 5[27]. Adoptée le 9 décembre 1985, la Convention est entrée en vigueur le 28 février 1987[28]. Son article 2 définit la torture dans les termes suivants :

> [T]out acte perpétré intentionnellement par lequel une douleur ou souffrance physique ou mentale est infligée à une personne pour les besoins d'une enquête judiciaire, aux fins d'intimidation, comme châtiment personnel, comme mesure préventive, en guise de punition ou pour tout autre motif. Sera également assimilée à la torture l'utilisation de méthodes visant à étouffer la personnalité de la victime ou à diminuer ses capacités physiques ou mentales, même si lesdites méthodes ne causent pas de douleur physique ou de souffrance mentale.

27. Aux termes de l'article 1, les États parties à la Convention s'engagent à empêcher et à punir la torture conformément aux dispositions de la Convention. Les États parties à la Convention sont tenus de mener une enquête prompte et approfondie sur toute allégation de torture dans un territoire relevant de leur juridiction.

28. L'article 8 dispose que les États parties garantiront à toute personne affirmant avoir été victime de torture dans un territoire relevant de leur juridiction le droit à un examen impartial de sa plainte. De même, en cas d'accusation ou lorsqu'il y a de bonnes raisons de croire qu'un acte de torture a été commis dans un territoire relevant de leur juridiction, les États parties doivent veiller à ce que les autorités compétentes entreprennent sans délai les investigations et, lorsqu'il y a lieu, les poursuites judiciaires appropriées.

29. Dans un rapport de 1998 consacré à un pays membre de l'Organisation des États américains, la Commission a noté que l'un des obstacles à la répression de la torture réside dans le manque d'indépendance dans les enquêtes relatives aux allégations de torture, lesdites enquêtes

[25] Organisation des États américains, *Treaty Series*, n° 36, et Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1144, p. 123. Le texte a été réimprimé dans "Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System", OEA/Ser.L/V/II.82, document 6, révision 1, p. 25 (1992).

[26] Ibid., "Regulations of the Inter-American Commission on Human Rights", OEA/Ser.L/V/II.92, document 31, révision du 3 mai 1996, article 1 (1).

[27] Voir cas 10.832, rapport n° 35/96, *Inter-American Commission on Human Rights Annual Report 1997*, OEA/Ser.L/V/II.95, document 7, par. 75.

[28] Organisation des États américains, *Treaty Series*, n° 67.

devant être menées par des autorités fédérales susceptibles d'avoir des liens avec les parties accusées d'actes de torture[29]. La Commission s'est appuyée sur l'article 8 pour souligner l'importance d'un « examen impartial » de chaque cas[30].

30. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a, pour sa part, établi la nécessité d'enquêter sur toute violation présumée de la Convention américaine des droits de l'homme. Dans son jugement du 29 juillet 1988 sur l'affaire *Velasquez Rodriguez*, la Cour a déclaré que :

> L'État a l'obligation d'enquêter sur toute situation comportant une violation des droits protégés par la Convention. Si l'appareil d'État agit de telle manière qu'une telle violation demeure impunie et que le plein exercice des droits de la victime n'est pas restauré dans les meilleurs délais, l'État aura manqué à son devoir de garantir le libre et plein exercice de ces droits aux personnes relevant de sa juridiction. [par. 176]

31. L'article 5 de la Convention établit le droit à être préservé de la torture. Bien que l'affaire concernât plus spécialement un cas de disparition, l'un des droits invoqués par la Cour comme étant garantis par la Convention américaine des droits de l'homme est le droit à être préservé de la torture et autres mauvais traitements.

2. *La Cour européenne des droits de l'homme*

32. Le 4 novembre 1950, le Conseil de l'Europe a adopté la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme), qui est entrée en vigueur le 3 septembre 1953[31]. L'article 3 de cette Convention stipule que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». La Convention européenne instituait des mécanismes de contrôle – la Cour européenne et la Commission européenne des droits de l'homme. Depuis la réforme entrée en application le 1er novembre 1998, ceux-ci ont été remplacés par une nouvelle cour permanente. Le droit de requête individuelle est désormais entériné et toutes les victimes peuvent en référer directement à la Cour[32]. Cette dernière a déjà eu l'occasion de s'exprimer sur la nécessité d'enquêter sur toute allégation de torture afin de garantir le respect des droits énoncés à l'article 3 de la Convention.

33. Le premier jugement sur cette question a été rendu le 18 décembre 1996 dans l'affaire *Aksoy c. Turquie* (100/1995/606/694). La Cour avait alors considéré que :

> lorsqu'un individu est placé en garde à vue alors qu'il se trouve en bonne santé et que l'on constate qu'il est blessé au moment de sa libération, il incombe à l'État de fournir une explication plausible pour l'origine des blessures, à défaut de quoi l'article 3 de la Convention (art. 3) trouve manifestement à s'appliquer[33].

34. La Cour affirmait ensuite que les blessures infligées au plaignant résultaient bien de la torture et que l'article 3 avait été violé[34]. De plus, la Cour interprétait l'article 13 de la Convention, qui établit le droit de recours devant une autorité nationale, comme imposant aux États, « sans préjudice de tout autre recours disponible en droit interne, une obligation de mener une enquête approfondie et effective au sujet des cas de torture »[35].

35. Selon l'interprétation de la Cour, en effet, la notion de « recours effectif » évoquée à l'article 13 entraîne par définition la conduite d'une enquête approfondie pour toute « allégation défendable » de torture. Tout en convenant que la Convention européenne des droits de l'homme « ne contient aucune disposition expresse du genre de celle consacrée à l'article 12 de la Convention contre la torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », la Cour a néanmoins estimé que « pareille exigence découle implicitement de la notion de "recours effectif", au sens de l'article 13 »[36]. Partant de là, la Cour a donc jugé que l'État avait violé l'article 13 en se dispensant d'enquêter sur l'allégation de torture formulée par le plaignant[37].

36. Dans son jugement du 28 octobre 1998 dans l'affaire *Assenov et autres c. Bulgarie* (90/1997/874/1086), la Cour est allée encore plus loin en reconnaissant l'obligation pour un État d'enquêter sur toute allégation de torture aux termes non seulement de l'article 13, mais aussi de l'article 3. L'affaire concernait un jeune tsigane arrêté par la police qui présentait des symptômes évidents de coups, sans qu'on ait pu établir si ceux-ci avaient été assénés par la police ou par le propre père du jeune homme. La Cour a néanmoins estimé que les ecchymoses constatées par le médecin étaient en tout état de cause suffisamment graves pour entrer dans le champ d'application de l'article 3[38]. Contrairement à l'avis de la Commission, qui estimait qu'il n'y avait pas eu violation de l'article 3, la Cour ne s'est pas arrêtée là, mais a estimé que les éléments à sa connaissance engendraient « un soupçon raisonnable » que les blessures avaient été causées par la police[39]. En foi de quoi, la Cour a déclaré que :

> dans ces conditions, lorsqu'un individu affirme de manière défendable avoir subi, aux mains de la police ou d'autres services comparables de l'État, de graves sévices illicites et contraires à l'article 3, cette disposition, combinée avec le devoir général imposé à l'État par l'article 1 de la Convention de «reconnaître à toute personne relevant de [sa] juridiction, les droits et libertés définis [dans la] Convention», requiert, par implication, qu'il y ait une enquête officielle effective. Cette enquête [...] doit pouvoir mener à l'identification et à la punition des responsables. [...] S'il n'en allait pas ainsi, nonobstant son importance fondamentale, […] l'interdiction légale générale de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants serait inefficace en pratique [...] et il serait possible dans certains cas à des agents de l'État de fouler aux pieds, en jouissant d'une quasi-impunité, les droits de ceux soumis à leur contrôle[40].

37. Pour la première fois, la Cour a conclu à une violation de l'article 3, non sur la base d'un mauvais traite-

[29] Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Report on the Situation of Human Rights in Mexico 1998*, par. 323.

[30] Ibid., par. 324.

[31] Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 213, p. 222.

[32] Voir les Protocoles additionnels n° 3, n° 5 et n° 8, entrés en vigueur les 21 septembre 1970, 20 décembre 1971 et 1er janvier 1990, *Série des traités européens*, n° 45, 46 et 118, respectivement.

[33] Voir Cour européenne des droits de l'homme, *Recueil des arrêts et décisions* 1996-VI, par. 61.

[34] Ibid., par. 64

[35] Ibid., par. 98

[36] Ibid., par. 98.

[37] Ibid., par. 100.

[38] Ibid., *Recueil des arrêts et décisions* 1998-VIII, par. 95.

[39] Ibid., par. 101.

[40] Ibid., par. 102.

ment *per se*, mais parce que les autorités compétentes avaient négligé de mener une enquête officielle suite à une plainte pour mauvais traitement. En outre, la Cour a réitéré la position exprimée dans l'affaire *Aksoy c. Turquie* en concluant qu'il y avait également eu violation de l'article 13. Elle a en effet considéré que :

> Lorsqu'un individu formule une allégation défendable de sévices contraires à l'article 3, la notion de recours effectif implique, outre une enquête approfondie et effective du type de celle qu'exige l'article 3 [...] un accès effectif du plaignant à la procédure d'enquête et le versement d'une indemnité là où il échet[41].

3. *Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants*

38. En 1987, le Conseil de l'Europe a adopté la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, qui est entrée en vigueur le 1er février 1989[42]. Au 1er mars 1999, la totalité des 40 États membres du Conseil de l'Europe avaient ratifié la Convention. Cette Convention, qui adjoint au mécanisme judiciaire de la Convention européenne des droits de l'homme un mécanisme préventif, n'a pas de vocation normative. Elle a institué le Comité européen pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, composée d'un représentant par État membre. Les membres élus au sein du Comité doivent être reconnus pour leur haute moralité, leur impartialité et leur indépendance, et être prêts à accomplir des missions sur le terrain.

39. Le Comité effectue des visites auprès d'États membres du Conseil de l'Europe, en partie sur une base régulière et en partie sur une base circonstancielle. Les délégations du Comité comprennent, outre des membres du Comité, des experts médicaux, des juristes et autres spécialistes, ainsi que des interprètes et des membres du secrétariat. Elles visitent des personnes privées de leur liberté par les autorités du pays concerné[43]. Leurs compétences sont très larges : elles peuvent visiter n'importe quel lieu abritant des personnes privées de leur liberté, y compris à l'improviste; elles peuvent répéter à volonté leurs visites dans ces mêmes lieux; s'entretenir en privé avec des personnes privées de leur liberté; visiter toute personne de leur choix dans ces lieux; et visiter sans restriction tous les locaux – et non pas uniquement les quartiers cellulaires. Elles peuvent en outre avoir accès à tous les documents et dossiers relatifs aux personnes visitées. Le travail du Comité est entièrement fondé sur la confidentialité et la coopération.

40. Après chaque visite, le Comité rédige un rapport synthétisant les observations des membres de la délégation, énonçant des recommandations concrètes et soulevant toute question qui mérite d'être approfondie. L'État concerné répond au rapport par écrit, établissant ainsi avec le Comité un dialogue qui se poursuit jusqu'à la visite suivante. Les rapports du Comité comme les réponses des États membres et parties à la Convention sont confidentiels, mais l'État concerné (non le Comité) peut décider de publier les uns et les autres. À ce jour, presque tous les États ayant reçu des délégations ont rendu publics aussi bien les rapports que leurs propres réponses.

41. Au cours des 10 dernières années, le Comité a progressivement élaboré un ensemble de critères pour le traitement des personnes détenues qui ont valeur de normes générales. Ces normes ne couvrent pas seulement les conditions matérielles de détention, mais aussi des aspects de procédure. Le Comité a, par exemple, énoncé trois droits qu'il souhaite voir appliqués à toutes les personnes arrêtées par la police :

a) Le droit d'informer immédiatement une tierce partie (membre de la famille) de son arrestation;

b) Le droit de disposer immédiatement des services d'un avocat;

c) Le droit de disposer des services d'un médecin, y compris de son propre choix.

42. Par ailleurs, le Comité n'a cessé d'insister sur le fait que le meilleur moyen de prévenir des mauvais traitements de la part d'agents de la force publique consiste dans un prompt examen par les autorités compétentes de toutes les plaintes pour mauvais traitements portées à leur connaissance et, lorsqu'il y a lieu, dans l'application des sanctions appropriées – de telles mesures ayant un notable effet de dissuasion.

4. *La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples*

43. À la différence de l'Europe et des États américains, l'Afrique ne s'est pas dotée d'une convention sur la torture – celle-ci est traitée au même niveau que les autres violations des droits de l'homme. La question de la torture est couverte principalement par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée le 27 juin 1981 par l'Organisation de l'unité africaine et entrée en vigueur le 21 octobre 1986[44]. Son article 5 dispose que :

> Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme, notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites.

44. Sur la base de l'article 30 de la Charte africaine, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a été instituée en juin 1987 avec pour mission de « promouvoir les droits de l'homme et des peuples et d'assurer leur protection en Afrique ». Lors de ses sessions périodiques, la Commission a adopté plusieurs résolutions de portée nationale sur des questions touchant aux droits de l'homme en Afrique, certaines traitant, entre autres violations, de la torture. Dans certaines de ces résolutions, la Commission a exprimé son inquiétude face à la

[41] Ibid., par. 117.

[42] *Série des traités européens*, n° 126.

[43] Sont réputées personnes privées de liberté toutes les personnes privées de leur liberté par une autorité publique, comme, par exemple, les personnes arrêtées ou incarcérées de quelque manière que ce soit, les prisonniers en attente de jugement, les prisonniers condamnés et les personnes enfermées contre leur volonté dans des hôpitaux psychiatriques.

[44] Organisation de l'unité africaine, document CAB/LEG/67/3, révision 5 (*ILM*, 21, 58 [1982]).

dégradation de la situation au regard des droits de l'homme, y compris en ce qui concerne la pratique de la torture.

45. La Commission a institué de nouveaux mécanismes, comme le Rapporteur spécial sur les prisons, le Rapporteur spécial sur les exécutions arbitraires et sommaires et la Rapporteuse spéciale sur les femmes, dont le mandat comporte de faire rapport durant les séances ouvertes de la Commission. Dans le cadre de ces mécanismes, les victimes et les organisations non gouvernementales ont la possibilité d'envoyer des informations directement aux rapporteurs concernés. Parallèlement, elles peuvent soumettre à la Commission des plaintes relatives à des actes de torture tels qu'ils sont définis à l'article 5 de la Charte africaine. Lorsqu'une plainte a été déposée auprès de la Commission, la victime ou l'organisation non gouvernementale dont elle émane peut envoyer la même information aux rapporteurs spéciaux en vue de son intégration dans les rapports publics que ceux-ci présentent à la Commission. Afin de se doter d'une instance pour statuer sur les allégations de violation des droits garantis par la Charte africaine, l'Organisation de l'unité africaine a adopté, en juin 1998, un protocole prévoyant l'établissement de la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples.

D. – La Cour pénale internationale

46. Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, adopté le 17 juillet 1998, à institué une cour pénale internationale permanente afin de juger les individus coupables du crime de génocide, de crimes contre l'humanité et de crimes de guerre (A/CONF.183/9). Sa juridiction s'étend aux actes de torture, aussi bien lorsqu'ils sont perpétrés à grande échelle et de manière systématique dans le cadre du crime de génocide ou de crimes contre l'humanité que lorsqu'ils constituent des crimes de guerre aux termes des Conventions de Genève de 1949. Le Statut de Rome définit la torture comme le fait d'infliger intentionnellement des peines ou souffrances aiguës, soit physiques soit mentales, à une personne sous la garde ou sous le contrôle de l'accusé. Au 25 septembre 2000, le Statut de la Cour pénale internationale avait été signé par 113 pays et ratifié par 21 États. La Cour aura son siège à La Haye (Pays-Bas). Sa compétence se limite aux cas dans lesquels les États ne peuvent ou ne veulent pas poursuivre des individus coupables de crimes décrits dans le Statut de Rome de la Cour pénale internationale.

CHAPITRE II

CODES D'ÉTHIQUE APPLICABLES

47. Toutes les professions se réfèrent dans leur travail à des codes d'éthique qui énoncent des valeurs et obligations communes à leurs membres et établissent des principes moraux auxquels ils sont censés obéir. Les normes d'éthique sont essentiellement instituées de deux manières : par des instruments internationaux élaborés par des organismes comme les Nations Unies, et par des codes formulés par les professions elles-mêmes, par l'intermédiaire de leurs associations tant nationales qu'internationales. Tous ces ensembles de règles mettent l'accent sur les obligations des professionnels vis-à-vis de leurs clients ou patients, de la collectivité et de leurs propres collègues, le but étant de préserver l'honneur de la profession. Ces obligations reflètent et complètent les droits garantis à tous les individus par les instruments internationaux.

A. – Éthique de la profession juridique

48. En tant qu'arbitres suprêmes de la justice, les juges jouent un rôle particulier dans la protection des droits des citoyens. Les normes du droit international leur imposent le devoir moral de veiller au respect des droits des individus. Ainsi, le principe 6 des Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature dispose que « en vertu du principe de l'indépendance de la magistrature, les magistrats ont le droit et le devoir de veiller à ce que les débats judiciaires se déroulent équitablement et à ce que les droits des parties soient respectés »[45]. De même, les magistrats du parquet ont l'obligation morale d'instruire tout crime de torture commis par des agents de la fonction publique. L'article 15 des Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet dispose que « les magistrats du parquet s'attachent dûment à engager des poursuites dans le cas de délits commis par des agents de l'État, notamment des actes de corruption, des abus de pouvoir, des violations graves des droits de l'homme et autres délits reconnus par le droit international et, lorsque la loi ou la pratique nationale les y autorise, à ouvrir une enquête sur de telles infractions »[46].

49. Les normes internationales font également obligation aux avocats de promouvoir et protéger dans l'exercice de leurs fonctions les droits de l'homme et les libertés fondamentales. Le principe 14 des Principes de base relatifs au rôle du barreau stipule que « en protégeant les droits de leurs clients et en promouvant la cause de la justice, les avocats doivent chercher à faire respecter les droits de l'homme et les libertés fondamentales reconnus par le droit national et international et agissent à tout moment librement et avec diligence, conformément à la loi et aux normes reconnues et à la déontologie de la profession d'avocat »[47].

B. – Éthique des soins de santé

50. Il existe des liens évidents entre les concepts des droits de l'homme et le principe bien établi de l'éthique des soins de santé. De même que pour les autres professions, les obligations morales des professionnels de la santé sont définies, d'une part, par des instruments des Nations Unies, et, d'autre part, par des codes et autres ensembles de règles élaborés par des associations professionnelles nationales ou internationales, comme l'Association médicale mondiale, l'Association mondiale de psychiatrie ou le Conseil international des infirmières[48]. Aussi variés soient-ils dans leur formulation, tous ces codes d'éthique s'articulent autour de l'obligation fondamentale d'agir en toute circonstance dans le meilleur intérêt des patients, quelles que puissent être les obligations contractuelles et autres contraintes ou pressions extérieures. Dans certains pays, les principes d'éthique médicale – comme, par exemple, le secret professionnel – sont incorporés dans la législation nationale. Même lorsque ce n'est pas le cas, tous les professionnels de la santé sont moralement liés par les normes établies par leurs associations et autres organes représentatifs. En cas d'infraction à ces principes sans justification valable, ils sont reconnus coupables de faute professionnelle.

[45] Adoptés par le septième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Milan du 26 août au 6 septembre 1985, et entérinés par les résolutions 40/32 et 40/146 de l'Assemblée générale, en date des 29 novembre et 13 décembre 1985.

[46] Adoptés par le huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à La Havane du 27 août au 7 septembre 1990.

[47] Voir note 46.

[48] Il existe également divers groupements régionaux, comme l'Association médicale du Commonwealth et la Conférence internationale des associations médicales islamiques, qui publient à l'intention de leurs membres d'importantes déclarations sur l'éthique médicale et les droits de l'homme.

1. *Déclarations des Nations Unies applicables aux professionnels de la santé*

51. Les professionnels de la santé, comme toutes les personnes appelées à travailler au sein du système pénitentiaire, doivent observer les Règles minima pour le traitement des détenus, lesquelles exigent que des services médicaux, y compris psychiatriques, soient mis à la disposition de tous les détenus sans exception aucune et que tous les détenus malades ou suivant un traitement bénéficient d'une visite quotidienne[49]. Ces exigences renforcent les obligations morales des médecins, évoquées ci-après, d'agir dans le meilleur intérêt des patients qu'ils ont en charge. Par ailleurs, les Nations Unies ont spécifiquement traité les obligations morales des médecins et autres professionnels de la santé dans les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants[50]. Ceux-ci établissent clairement que les professionnels de la santé ont le devoir moral de protéger la santé physique et mentale des détenus. Ils interdisent spécifiquement auxdits professionnels de faire un quelconque usage de leurs connaissances et compétences médicales qui aille à l'encontre des déclarations internationales relatives aux droits individuels[51]. En particulier, ils reconnaissent comme une violation grave de l'éthique des soins de santé le fait de participer, activement ou passivement, à des actes de torture ou de les cautionner de quelque façon que ce soit.

52. La « participation à la torture » inclut le fait d'évaluer la capacité de résistance d'un individu à des mauvais traitements; d'assister à, de superviser ou d'infliger des mauvais traitements; de ranimer un individu afin qu'il puisse être soumis à d'autres mauvais traitements ou d'administrer des soins immédiatement avant, pendant ou après des actes de torture à la demande de personnes susceptibles d'être responsables de tels actes; de communiquer à des tortionnaires des informations professionnelles ou des renseignements sur l'état de santé des victimes; de négliger délibérément des preuves de torture ou de falsifier des documents tels que rapports d'autopsie ou certificats de décès[52]. Les Principes d'éthique médicale intègrent en outre une des règles fondamentales de l'éthique des soins de santé en soulignant que la seule relation éthique entre un détenu et un professionnel de la santé est celle qui vise à évaluer, à protéger et à améliorer la santé du détenu. Il en ressort que toute évaluation de l'état de santé d'un détenu visant à permettre un châtiment ou la torture est par définition contraire à l'éthique.

[49] Règles minima pour le traitement des détenus et Procédures pour la mise en œuvre des Règles minima, adoptées par les Nations Unies en 1955.

[50] Adoptés par l'Assemblée générale en 1982.

[51] En particulier, la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme et la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

[52] Toutefois, les professionnels de la santé doivent aussi garder à l'esprit leur devoir de secret professionnel vis-à-vis des patients et l'obligation qui leur est imposée d'obtenir leur consentement en connaissance de cause avant de divulguer des informations, en particulier lorsque cela risque de mettre en danger les intéressés (voir chap. II, sect. C.3).

2. *Déclarations d'organismes professionnels internationaux*

53. De nombreuses déclarations d'organismes professionnels internationaux s'articulent autour de principes liés à la protection des droits de l'homme et témoignent à l'évidence de l'existence d'un consensus médical international sur ces questions. Les déclarations de l'Association médicale mondiale couvrent divers aspects des obligations morales auxquelles sont tenus tous les médecins. Ainsi, la Déclaration de Tokyo[53] réaffirme l'interdiction de toute forme de participation médicale ou de présence médicale dans le cadre de tortures ou autres mauvais traitements. Cette position est confortée par les Principes d'éthique médicale adoptés par les Nations Unies, qui se réfèrent explicitement à la Déclaration de Tokyo. Il est clairement interdit aux médecins de fournir des informations ou un quelconque instrument ou substance susceptible de favoriser des mauvais traitements. La même règle est étendue à la psychiatrie par la Déclaration de Hawaii[54] de l'Association mondiale de psychiatrie, qui interdit de faire usage de compétences psychiatriques en violation des droits fondamentaux de quelque individu ou groupe que ce soit. La Conférence internationale des associations médicales islamiques a défendu la même position dans sa Déclaration de Koweït[55], qui interdit aux médecins de permettre qu'il soit fait usage de leurs connaissances professionnelles pour causer des préjudices physiques ou mentaux à une personne humaine, quels que puissent être les motifs militaires ou politiques de tels traitements. Des dispositions similaires sont inclues à l'intention du personnel infirmier dans la Déclaration sur le rôle des infirmières en charge de détenus et prisonniers[56].

54. Les professionnels de la santé ont également le devoir de soutenir leurs collègues qui s'élèvent contre les violations des droits de l'homme. Tout manquement à ce devoir pourrait constituer une infraction aux règles mentionnées ci-dessus et risquerait non seulement de favoriser les violations des droits des patients, mais aussi de jeter le discrédit sur les professions de la santé. Or, le fait de porter atteinte à la réputation de la profession est assimilé à une faute professionnelle grave. Dans sa résolution sur les droits de l'homme[57], l'Association médicale mondiale appelle toutes les associations médicales nationales à examiner la situation des droits de l'homme dans leurs pays respectifs et à veiller à ce que les médecins ne dissimulent pas de preuves de violations, même lorsqu'ils craignent des représailles. Elle les invite à publier des directives claires, en particulier à l'intention des médecins travaillant dans le cadre du système pénitentiaire, à dénoncer les violations présumées des droits de l'homme et à mettre en place un mécanisme d'investigation efficace en cas de manquement à l'éthique de la part de médecins. Dans sa Déclaration de Hambourg[58], l'Association médicale mondiale réaffirme le devoir individuel et collectif des médecins et des instances qui les représentent de combattre la torture et de résister aux pressions visant à persuader les

[53] Adoptée en 1975.

[54] Adoptée en 1977.

[55] Adoptée en 1981 (1401 selon le calendrier musulman).

[56] Adoptée en 1975 par le Conseil international des infirmières.

[57] Adoptée en 1990.

[58] Adoptée en 1997.

médecins d'agir en violation des principes éthiques de la profession. Elle appelle les médecins à s'élever individuellement contre les mauvais traitements, et les organisations médicales nationales et internationales à soutenir les médecins qui résistent à ces pressions.

3. *Codes nationaux d'éthique médicale*

55. Les codes nationaux reflètent les mêmes valeurs essentielles que les instruments évoqués ci-dessus, l'éthique médicale étant l'expression de valeurs communes à toute la profession. Dans pratiquement toutes les cultures, en effet, la médecine s'inspire des mêmes principes de base : éviter la souffrance, soigner les malades, protéger les individus vulnérables, secourir sans discrimination tous les patients, avec pour unique critère l'urgence des besoins. Et ces valeurs se retrouvent également dans les codes régissant la profession infirmière. Un aspect problématique des principes d'éthique réside dans le fait qu'ils n'établissent pas des règles fixes pour chaque situation, mais réclament un certain degré d'interprétation. Lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes moraux, les professionnels de la santé doivent avoir à l'esprit les principes d'éthique fondamentaux que leur dictent les valeurs communes à leur profession, mais ils doivent aussi les appliquer d'une manière conforme à leur devoir d'éviter la souffrance à leurs patients.

C. – Principes communs à tous les codes d'éthique des soins de santé

56. Le principe de l'indépendance professionnelle réclame des professionnels de la santé qu'ils ne perdent jamais de vue le but ultime de la médecine, qui consiste à atténuer la souffrance et la détresse et à éviter de porter préjudice au patient, quelles que puissent être les pressions exercées par ailleurs. Plusieurs autres obligations morales sont si fondamentales qu'on les retrouve invariablement dans tous les codes et déclarations d'éthique; les plus importantes consistent à porter assistance à ceux qui en ont besoin, à éviter de nuire au patient et à respecter ses droits. Ces devoirs s'appliquent à tous les professionnels de la santé.

1. *Le devoir d'assistance*

57. Le devoir d'assistance est exprimé de diverses manières dans les codes et déclarations nationaux et internationaux. Le Code international d'éthique médicale[59] de l'Association médicale mondiale, par exemple, définit l'obligation morale des médecins d'administrer des soins d'urgence comme un devoir humanitaire. L'obligation de répondre aux besoins et aux souffrances trouve un écho dans pratiquement toutes les cultures.

58. Une grande partie de l'éthique médicale moderne prend sa source dans des principes établis en des temps reculés, lesquels commandent aux médecins d'assister les patients même si cela comporte des risques pour eux-mêmes. Ainsi, le Caraka Samhita, un code hindou datant du premier siècle de l'ère chrétienne, enjoint aux médecins de se consacrer « corps et âme » à leurs patients et leur interdit de négliger ces derniers, fût-ce pour préserver leur propre sécurité et bien-être. D'anciens codes islamiques imposent des obligations similaires qui se retrouvent dans la Déclaration de Koweït déjà citée, laquelle invite les médecins à se consacrer en priorité aux plus nécessiteux, qu'ils soient « proches ou éloignés, vertueux ou pécheurs, amis ou ennemis ».

59. Les valeurs médicales occidentales sont quant à elles très fortement influencées par le Serment d'Hippocrate et autres professions de foi similaires, comme la Prière de Maimonide. En prononçant le Serment d'Hippocrate, le médecin s'engage solennellement à faire preuve de solidarité avec ses collègues, à assister les patients, à leur épargner la souffrance et à respecter le secret professionnel. Ces quatre obligations sont reprises sous diverses formes dans tous les codes modernes d'éthique des soins de santé. Le Serment de Genève[60] de l'Association médicale mondiale n'est rien d'autre qu'une réaffirmation contemporaine des valeurs hippocratiques. Elle engage les médecins à faire de la santé de leurs patients leur préoccupation première et à se consacrer au service de l'humanité avec droiture et dignité.

60. Le devoir d'assistance est inscrit sous différents aspects dans de nombreuses déclarations de l'Association médicale mondiale, qui indiquent clairement que les médecins sont tenus en toute circonstance d'agir au mieux de l'intérêt des patients, y compris lorsqu'il s'agit de détenus et de présumés criminels. Ce devoir est souvent exprimé à travers la notion d'indépendance professionnelle qui commande aux médecins de se conformer toujours aux meilleures pratiques médicales, quelles que soient les pressions auxquelles ils sont éventuellement confrontés. Le Code international d'éthique médicale souligne l'obligation pour le médecin de prodiguer ses soins en toute indépendance technique et morale, avec compassion et respect pour la dignité humaine. Il insiste également sur le devoir de n'agir que dans l'intérêt du patient, auquel le médecin doit une entière loyauté. La Déclaration de Tokyo et la Déclaration sur l'indépendance du médecin et la liberté professionnelle[61] établissent toutes deux sans la moindre ambiguïté que les médecins doivent revendiquer la liberté d'agir dans le meilleur intérêt des patients en faisant abstraction de toute autre considération, y compris d'éventuelles instructions données par l'employeur, par les autorités carcérales ou les forces de sécurité. La seconde de ces déclarations exige des médecins qu'ils fassent en sorte de jouir de l'indépendance professionnelle requise pour servir les besoins des patients et protéger leurs intérêts contre toute personne ou instance qui prétendrait dénier ou restreindre leur accès à des blessés ou des malades. Des principes similaires sont énoncés à l'intention du personnel infirmier dans le Code du Conseil international des infirmières.

61. L'Association médicale mondiale a également exprimé le devoir d'assistance par le biais de la reconnaissance des droits du patient. La Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients[62] stipule que tout individu, sans

[59] Adopté en 1949.

[60] Adoptée en 1948.

[61] Adoptée par l'Association médicale mondiale en 1986.

[62] Adoptée en 1981 et amendée par l'assemblée générale de l'Association à sa quarante-septième session en 1995.

exception aucune, a le droit de bénéficier de soins de santé appropriés et réaffirme l'obligation qui est faite aux médecins d'agir toujours dans le meilleur intérêt du patient. Elle reconnaît également aux patients le droit à l'autonomie et à la justice, et souligne l'obligation pour les professionnels de la santé de faire respecter ces droits. Ainsi, lorsque la législation, l'action du gouvernement ou de toute autre administration ou institution dénie aux patients la jouissance de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens de les garantir ou de les restaurer. Aux termes de cette même déclaration, le droit à bénéficier de soins appropriés ne saurait être entamé par des considérations telles que l'origine ethnique, les convictions politiques, la nationalité, le sexe, les croyances religieuses ou les mérites individuels – les patients fussent-ils accusés ou reconnus coupables de crimes. L'unique critère reconnu comme acceptable pour établir des priorités entre les patients réside dans l'urgence relative de leurs besoins.

2. *Le consentement en connaissance de cause*

62. Si les déclarations évoquant le devoir d'assistance insistent toutes sur l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt de la personne examinée ou soignée, cela suppose que les professionnels de la santé sachent en quoi consiste le meilleur intérêt du patient. Un précepte absolument fondamental de l'éthique médicale moderne établit que le patient lui-même est le meilleur juge de son propre intérêt. Il en découle que les professionnels de la santé doivent faire passer les souhaits exprimés par un patient adulte compétent avant le point de vue de toute tierce personne, aussi qualifiée soit-elle. Dans le cas d'un patient inconscient ou incapable pour une raison ou une autre d'exprimer un consentement en connaissance de cause, il appartient aux professionnels de la santé de juger de la meilleure façon de protéger les intérêts de la personne concernée. En d'autres termes, on attend des infirmiers et médecins qu'ils assument le rôle d'avocats pour le compte de leurs patients, un devoir clairement énoncé dans des textes tels que la Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale et la Déclaration du Conseil international des infirmières sur le rôle de l'infirmière dans la protection des droits de l'homme[63].

63. La Déclaration de Lisbonne fait obligation aux médecins d'obtenir préalablement à toute intervention le consentement volontaire et en connaissance de cause des patients mentalement aptes. Cela signifie que les intéressés doivent avoir conscience des conséquences aussi bien d'un consentement que d'un refus. Par conséquent, avant d'examiner un patient, les professionnels de la santé doivent lui expliquer clairement le but de l'examen et de l'éventuel traitement. Un consentement obtenu sous la contrainte ou sur la base de fausses informations données au patient est dépourvu de valeur, et un médecin agissant dans un tel contexte risque de se trouver en infraction avec l'éthique médicale. Plus graves sont les conséquences potentielles d'une procédure de soin pour le patient, plus impérieuse est l'obligation morale d'obtenir un consentement prononcé en toute connaissance de cause. Si l'examen comme le traitement envisagés présentent d'évidents bénéfices thérapeutiques pour l'intéressé, le consentement implicite que constitue sa coopération à la procédure peut être réputé suffisant. Mais, lorsqu'il s'agit de procéder à un examen n'ayant pas pour finalité première d'entreprendre un traitement, il est essentiel de s'assurer que le patient en a parfaitement compris la signification, qu'il approuve en pleine connaissance de cause la procédure et que celle-ci ne risque pas de lui causer un préjudice supérieur au bénéfice éventuellement escompté. Comme nous l'avons déjà souligné, tout examen visant à établir si un individu est en mesure de supporter un châtiment, la torture ou toute autre forme de pression dans le cadre d'un interrogatoire est proscrit par l'éthique et contraire au but de la médecine. La seule évaluation éthiquement correcte de l'état de santé d'un détenu est celle qui a pour objet de préserver ou d'améliorer son état de santé – et non pas de favoriser des mauvais traitements. Tout examen médical envisagé pour les besoins d'une procédure d'enquête doit faire l'objet du consentement préalable de l'intéressé, exprimé en toute connaissance de cause. Il est donc impératif d'expliquer au patient la manière dont les informations de santé recueillies seront utilisées et conservées, et qui aura accès au dossier. Si ces points et d'autres renseignements déterminants pour la décision de l'intéressé n'ont pas été clairement exposés à l'avance, son éventuel consentement sera réputé invalide, de même que les informations recueillies.

3. *Le secret professionnel*

64. Tous les codes d'éthique, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, mentionnent le secret professionnel comme un principe fondamental. C'est le cas, entre autres, dans les déclarations de l'Association médicale mondiale, comme la Déclaration de Lisbonne. Dans certains pays, cette exigence est considérée comme tellement importante qu'elle a été incorporée dans la législation nationale. L'astreinte au secret professionnel n'est toutefois pas absolue et peut être exceptionnellement levée pour des raisons morales, lorsque le silence risquerait de causer de sérieux préjudices à des tiers ou résulterait en une grave perversion de la justice. En règle générale, toutefois, le devoir de réserve qui protège les informations de santé comportant ou susceptible de permettre l'identification du patient ne peut être levé qu'avec le consentement en connaissance de cause de ce dernier[64]. Les informations non identifiables, en revanche, peuvent être librement utilisées et devraient être utilisées de préférence dans tous les cas où l'identité du patient est secondaire, comme, par exemple, pour la collecte de données relatives à la torture et autres mauvais traitements. Des dilemmes peuvent se présenter lorsque des professionnels de la santé sont soumis à des pressions ou à l'obligation légale de communiquer des informations risquant d'entraîner un préjudice pour les patients concernés. Dans de tels cas, toutefois, les obligations morales fondamentales consistant à respecter l'autonomie des patients, à défendre leurs intérêts, à les assister et à les préserver de la souffrance l'emportent sur toute autre considération, aussi les médecins doivent-ils signifier clairement à la cour ou à toute autre autorité exigeant de telles informations qu'ils sont liés par le secret profes-

[63] Adoptée en 1983.

[64] À l'exception des informations exigées pour les besoins de la santé publique, comme l'identité des individus porteurs de maladies infectieuses, des toxicomanes, des personnes souffrant de troubles mentaux, etc.

sionnel. Les professionnels de la santé qui adoptent une telle attitude ont droit au ferme soutien de leurs associations professionnelles et de leurs collègues. S'agissant, par ailleurs, des situations de conflit armé, le droit international humanitaire garantit une protection spécifique au secret médecin-patient, en interdisant toute pression visant à obtenir des renseignements sur des personnes malades ou blessées[65].

D. – Professionnels de la santé et dualité des obligations

65. Les professionnels de la santé ont la double obligation, d'une part, de servir au premier chef les intérêts de leurs patients, et, d'autre part, de veiller au nom de la société dans son ensemble au respect de la justice et des droits de l'homme. Les dilemmes résultant de cette dualité sont particulièrement aigus pour ceux d'entre eux qui travaillent pour la police, l'armée et autres forces de sécurité, ou au sein du système pénitentiaire. Les intérêts de leur employeur et de leurs collègues n'appartenant pas à la profession médicale peuvent en effet être en opposition avec ceux des patients dont ils ont la charge. Néanmoins, tous les professionnels de la santé ont en commun le devoir fondamental de veiller au bien-être des personnes qu'ils sont appelés à examiner ou à soigner. Ils ne sauraient être contraints par des engagements contractuels ou autres considérations à compromettre leur indépendance professionnelle, qui leur commande d'évaluer en toute probité les besoins de leurs patients et d'agir en conséquence.

1. *Principes directeurs pour les médecins liés par des obligations doubles*

66. Les médecins qui interviennent pour le compte d'une tierce partie ont l'obligation d'en informer clairement leurs patients[66]. Ils doivent faire état de leurs titres et attributions et expliquer le but des examens et traitements envisagés. Les médecins restent en toutes circonstances liés par le devoir d'assistance vis-à-vis de leurs patients, même s'ils travaillent et sont rémunérés par une tierce partie. Ils doivent par conséquent refuser toute procédure susceptible de porter préjudice aux patients ou de les placer dans une situation de vulnérabilité physique ou psychologique. Ils doivent s'assurer que leurs engagements contractuels préservent leur indépendance professionnelle, veiller à ce que toute personne privée de liberté puisse bénéficier des examens et traitements dont elle a besoin, et protéger les droits des prisonniers mineurs ou vulnérables pour quelque motif que ce soit. Tenus également au secret professionnel, ils doivent veiller à ce qu'aucune information ne soit communiquée sans le consentement des patients concernés et protéger en conséquence leurs dossiers médicaux. Lorsqu'ils observent dans le cadre de leurs fonctions des agissements ou comportements immoraux, abusifs, répréhensibles ou susceptibles de porter préjudice à la santé des patients, ils ont l'obligation morale de les dénoncer et de prendre les mesures qui s'imposent le plus rapidement possible, tout délai compromettant la recevabilité d'une éventuelle plainte ultérieure. En de telles circonstances, ils doivent faire rapport aux autorités compétentes ou à des organismes internationaux habilités à enquêter, sans toutefois exposer les patients, leurs familles ni eux-mêmes à des risques de rétorsion. Les professionnels de la santé qui, sur la base d'éléments raisonnablement probants, adoptent une telle attitude sont en droit d'espérer un ferme soutien de leurs associations professionnelles et de leurs collègues.

2. *Dilemmes résultant de la dualité des obligations*

67. Des dilemmes peuvent se présenter lorsque l'éthique et la loi sont en contradiction. Dans certaines circonstances, les obligations morales des professionnels de la santé peuvent les amener à enfreindre une loi particulière, comme l'obligation légale de révéler des informations médicales confidentielles. Dans l'ensemble, les codes d'éthique nationaux et internationaux s'accordent sur le fait que les impératifs autres que moraux – y compris légaux – ne doivent pas obliger les professionnels de la santé à agir en contradiction avec leur déontologie et leur conscience. En de tels cas, ces derniers doivent refuser de se conformer à la loi ou à toute autre réglementation, plutôt que de compromettre les principes moraux fondamentaux qui régissent leur profession ou d'exposer leurs patients à des risques graves.

68. Il arrive aussi que deux obligations morales s'opposent. Les instruments internationaux et les codes d'éthique imposent de rendre compte à une instance compétente de tout acte de torture ou autre mauvais traitement. Dans certains pays, ce devoir est confirmé par la législation nationale. Dans certains cas, toutefois, les intéressés refusent qu'on les examine à ces fins ou qu'on divulgue les informations recueillies lors de l'examen, en général par crainte de représailles à leur encontre ou contre leur famille. Les professionnels de la santé sont alors écartelés entre deux responsabilités : vis-à-vis de leur patient et vis-à-vis de la société dans son ensemble, dans l'intérêt de laquelle il importe que justice soit rendue et que les tortionnaires soient châtiés. Face à de tels dilemmes, l'obligation de ne pas causer de préjudice au patient doit prévaloir. Les professionnels de la santé doivent donc chercher des solutions permettant de servir la justice sans avoir à violer le secret professionnel, en sollicitant si besoin est l'avis d'organismes dignes de confiance (selon les cas, ils pourront faire appel à leur association médicale nationale ou à des organisations non gouvernementales). Parfois, on parvient cependant à convaincre le patient de consentir à la divulgation d'informations le concernant, sous certaines réserves.

69. Les obligations morales d'un médecin peuvent varier en fonction de la relation avec le patient et de l'aptitude de ce dernier à décider librement de l'éventuelle divulgation d'informations le concernant. Ainsi, lorsque médecin et patient sont engagés dans une relation clairement thérapeutique, comme un traitement hospitalier, le médecin à l'obligation morale de respecter l'exigence de secret professionnel qui prévaut normalement dans un tel contexte. Rendre compte de symptômes manifestes de tor-

[65] Article 16 du Protocole I (1977) et article 10 du Protocole II (1977) additionnels aux Conventions de Genève de 1949.

[66] Ces principes sont tirés de *Doctors with Dual Obligations*, Londres, British Medical Association, 1995.

ture est alors tout à fait approprié, pour autant que la victime ne s'y oppose pas. En d'autres termes, les médecins doivent signaler ce genre d'observations cliniques si le patient le demande ou s'il consent en toute connaissance de cause à leur divulgation. Ils ont aussi le devoir d'aider le patient à arrêter sa décision.

70. Les médecins légistes ont une relation différente avec les personnes qu'ils examinent, et ils sont généralement tenus de rendre compte systématiquement de leurs observations. Face à eux, le pouvoir et le choix du patient sont plus limités, et il n'est pas toujours possible de parler librement. C'est pourquoi il importe qu'avant tout examen les médecins légistes expliquent leur rôle au patient, en insistant sur le fait que, à la différence d'un contexte thérapeutique, le secret professionnel ne fait pas partie intégrante de leur fonction. Il peut arriver que les lois interdisent au patient de refuser l'examen, mais il lui reste la possibilité de décider s'il souhaite divulguer ou non l'origine d'une quelconque blessure. Les médecins légistes ne doivent pas falsifier leurs rapports, mais faire preuve d'une totale impartialité, y compris en mentionnant dans lesdits rapports tout signe de mauvais traitements éventuellement observé[67].

71. Les médecins de prison ont pour tâche première d'assurer des traitements thérapeutiques, mais ils leur incombe aussi d'examiner les détenus qui arrivent en prison après leur passage entre les mains de la police. Dans le cadre de ces fonctions, ils peut arriver qu'ils constatent des signes manifestes de violence inacceptable, que les prisonniers eux-mêmes peuvent ne pas être en situation de dénoncer. En de tels cas, les médecins doivent tenir compte des intérêts des patients et du secret professionnel qui les lie à ces derniers, mais l'obligation morale de dénoncer d'évidents mauvais traitements est également très forte, les prisonniers eux-mêmes étant souvent dans l'incapacité de le faire de façon efficace. Lorsque les intéressés consentent à ce que les faits soient divulgués, il n'y a pas de dilemme et l'obligation morale prévaut. Dans le cas contraire, les médecins doivent soigneusement peser les risques qui menacent le patient concerné au regard des bénéfices à attendre pour l'ensemble des détenus et de l'intérêt de la société à empêcher la répétition de comportements abusifs.

72. Les professionnels de la santé doivent aussi être conscients que la dénonciation de tels comportements aux autorités sous la juridiction desquelles les faits allégués se seraient produits peut comporter des risques pour le patient et pour d'autres personnes, y compris celles qui divulguent les informations. Les médecins ne doivent pas sciemment exposer des individus à des risques de représailles. Ils ne doivent pas pour autant s'abstenir de toute action, mais faire preuve de la plus grande discrétion et envisager de communiquer les informations en question à un organe extérieur à la structure directement concernée ou, à la rigueur, de faire rapport d'une manière anonyme. Bien entendu, si cette dernière solution est adoptée, les professionnels de la santé doivent s'attendre à d'éventuelles pressions pour les amener à lever l'anonymat ou à voir leurs dossiers saisis. Lorsque aucune solution facile n'est en vue, les professionnels de la santé devraient obéir au principe fondamental qui leur impose d'éviter, en dehors de toute autre considération, de porter préjudice à leurs patients et, si la chose est possible, solliciter les conseils d'instances médicales nationales ou internationales.

[67] Voir V. Iacopino *et al.*, "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276 1996:396-402.

CHAPITRE III

ENQUÊTES LÉGALES SUR LA TORTURE

73. Les États sont tenus par le droit international d'enquêter sans délai et de manière impartiale sur toute allégation de torture. Lorsque les éléments recueillis le justifient, un État sur le territoire duquel se trouve une personne soupçonnée d'avoir commis ou participé à des actes de torture doit extrader cette dernière vers un État habilité à la juger ou transmettre le cas à ses propres autorités compétentes pour intenter une action en justice sur la base du droit pénal national ou local. Compétence, impartialité, indépendance, promptitude et minutie constituent les exigences fondamentales de toute enquête viable concernant de telles circonstances. Ces éléments peuvent être adaptés à n'importe quel système légal et devraient guider toutes les enquêtes relatives à des allégations de torture.

74. Lorsqu'une procédure d'enquête s'avère inadéquate en raison d'un manque de moyens ou de qualifications, pour cause de partialité ou de tromperie, ou pour tout autre motif compromettant le respect des exigences fondamentales mentionnées, l'État poursuivra l'enquête par le biais d'une commission indépendante ou autre procédure similaire. Les membres d'une telle commission seront choisis parmi des individus reconnus pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance. En particulier, ils devront être indépendants de toute institution, agence ou personne mêlée à l'enquête.

75. La section A ci-dessous explique dans ses grandes lignes la finalité d'une enquête sur des allégations de torture. La section B énonce les grands principes sur lesquels doit se fonder une enquête efficace sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. La section C couvre les différentes phases de la marche à suivre pour mener une telle enquête – identification de l'organe compétent, entretiens avec les victimes présumées et autres témoins, collecte des preuves. La section D fournit des directives pour l'établissement d'une commission d'enquête indépendante, directives qui se basent sur les expériences de divers pays ayant institué de telles commissions afin d'enquêter sur des allégations de violations des droits de l'homme, y compris des exécutions extrajudiciaires, des actes de torture et des enlèvements.

A. – Finalité de l'enquête sur la torture

76. Le but général de l'enquête consiste à établir les faits relatifs à des allégations de torture, en vue d'identifier les éventuels responsables et de permettre leur inculpation, ou pour s'en servir dans le cadre d'autres procédures destinées à obtenir réparation pour des victimes. Les questions évoquées ici peuvent s'avérer pertinentes également pour d'autres formes d'enquête sur la torture. Afin d'atteindre ce but, les personnes chargées de l'enquête doivent au moins : chercher à obtenir le témoignage des victimes présumées de torture; recueillir et protéger les preuves, y compris médicales, d'actes de torture en vue d'éventuelles actions en justice contre les responsables; identifier des témoins potentiels et obtenir de leur part des déclarations concernant les faits allégués; et déterminer comment, quand et où se sont produits les faits ainsi que les circonstances qui ont entraîné la torture.

B. – Principes directeurs pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

77. Les principes ci-dessous sont très largement reconnus parmi les individus et organisations possédant une expérience des enquêtes relatives à la torture. Toute enquête efficace sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ci-après, torture et autres mauvais traitements) doit au moins viser les objectifs suivants :

a) Clarifier les faits et établir les responsabilités individuelles et de l'État vis-à-vis des victimes et de leurs familles;

b) Identifier les mesures à prendre pour éviter que de tels faits se reproduisent;

c) Faciliter les poursuites judiciaires ou, selon les cas, les sanctions disciplinaires à l'encontre des parties reconnues responsables dans le cadre de l'enquête, et établir la nécessité de réparation de la part de l'État, y compris sous forme d'indemnités et de traitements médicaux et de réadaptation.

78. Les États doivent faire en sorte que les plaintes et rapports relatifs à des actes de tortures et autres mauvais traitements fassent l'objet d'enquêtes promptes et efficaces. Même en l'absence d'une plainte formelle, il convient d'ouvrir une enquête si d'autres éléments indiquent que des actes de torture ou autres mauvais traitements ont été commis. Les enquêteurs, qui doivent être indépendants des responsables présumés et de l'institution dont dépendent ces derniers, doivent être compétents et impartiaux. Ils doivent avoir accès aux rapports établis par des médecins et autres experts impartiaux ou être habilités à solliciter leurs compétences. Les méthodes appliquées à ces enquêtes doivent se conformer aux normes professionnel-

les les plus exigeantes, et les conclusions doivent être rendues publiques.

79. L'instance chargée de l'enquête doit être investie du pouvoir et de l'obligation d'obtenir toutes les informations nécessaires[68]. Les personnes qui mènent l'enquête doivent disposer de toutes les ressources budgétaires et techniques nécessaires au bon accomplissement de leur tâche, et être habilitées à convoquer et à faire témoigner tout individu investi d'une fonction officielle soupçonné d'implication dans des actes de torture ou autres mauvais traitements. Ce pouvoir devant s'étendre aux éventuels témoins, elles doivent également être habilitées à convoquer ces derniers, y compris les fonctionnaires concernés, et à exiger la production des preuves. Les victimes présumées de torture ou autres mauvais traitements, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et leurs familles doivent être protégées contre toutes violences, menaces et autres formes d'intimidation auxquelles ils pourraient se trouver exposés du fait de l'enquête. Les personnes soupçonnées d'implication dans des actes de torture ou autres mauvais traitements devraient être démises de toute position leur permettant d'exercer, directement ou indirectement, un contrôle ou une influence quelconque sur les plaignants, les témoins ou leurs familles, ou sur les personnes chargées de l'enquête.

80. Les victimes présumées de torture ou autres mauvais traitements et leurs représentants légaux doivent être informés de, et avoir accès à tout témoignage ainsi qu'à toute information relative à l'enquête. Ils doivent également être habilités à verser leurs propres témoignages au dossier.

81. Dans les cas où la procédure d'enquête établie s'avère inadéquate en raison d'un manque de moyens ou de qualifications, pour cause de partialité ou de tromperie, ou pour tout autre motif, l'État poursuivra l'enquête par le biais d'une commission indépendante ou autre procédure similaire. Les membres d'une telle commission seront choisis parmi des individus reconnus pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance. En particulier, ils devront être indépendants de toute institution, agence ou personne mêlée à l'enquête. La commission doit être investie du pouvoir d'obtenir toutes les informations nécessaires et conduire l'enquête conformément aux principes ici énoncés[69]. Elle présentera, dans un délai raisonnable, un rapport écrit précisant le champ d'application de l'enquête, les procédures et méthodes employées pour évaluer les informations, ainsi que les conclusions et recommandations de la commission, formulées sur la base des faits constatés et du droit applicable. Ce rapport doit être rendu public dès sa présentation. Il doit aussi décrire en détail les faits mis en évidence par l'enquête ainsi que les preuves qui les étayent, et donner la liste des témoins, à l'exception de ceux dont l'identité doit être tenue secrète pour garantir leur sécurité. L'État concerné doit, dans un délai raisonnable, répondre au rapport d'enquête et, lorsqu'il y a lieu, indiquer les mesures à prendre en conséquence.

[68] Dans certains cas, l'éthique professionnelle impose de garder les informations confidentielles. Ce devoir doit être respecté.

[69] Voir note 68.

82. Les experts médicaux associés à des enquêtes relatives à des actes de torture et autres mauvais traitements doivent se comporter en tout temps conformément aux principes déontologiques les plus exigeants. En particulier, ils doivent obtenir le consentement en connaissance de cause de l'intéressé avant tout examen. Celui-ci doit se dérouler dans le respect des normes établies, ce qui comporte, notamment, qu'il ait lieu en privé sous le contrôle de l'expert médical et en l'absence d'agents de sécurité ou autres fonctionnaires gouvernementaux. L'expert médical rédigera sans délai un rapport écrit détaillé sur l'examen, incluant au moins les éléments suivants :

a) Circonstances de l'entretien – nom du sujet et noms et titres des personnes présentes à l'examen; lieu, date et heure; nature et adresse de l'institution (y compris, lorsqu'il y a lieu, la salle) où se déroule l'examen (par exemple, centre de détention, clinique, habitation, etc.); tout élément particulier des circonstances ayant présidé à l'examen (par exemple, éventuelles restrictions imposées à l'arrivée ou pendant l'examen, présence de représentants des forces de sécurité pendant l'examen, attitude des personnes accompagnant le prisonnier, déclarations menaçantes à l'égard de l'examinateur, etc.); tout autre facteur pertinent;

b) Contexte – compte rendu détaillé des renseignements fournis par le sujet durant l'entretien, y compris la forme des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués, le moment où ceux-ci auraient été infligés et toute mention de symptômes physiques et psychologiques;

c) Observations physiques et psychologiques – compte rendu détaillé des observations physiques et psychologiques effectuées lors de l'examen clinique, y compris les tests de diagnostic utilisés et, si possible, des photographies en couleurs de toutes les lésions;

d) Opinion professionnelle – interprétation de la relation probable entre les observations physiques et psychologiques et d'éventuelles tortures ou autres mauvais traitements; mention des traitements médicaux et psychologiques ou des examens complémentaires éventuellement recommandés;

e) Signature – le rapport doit mentionner clairement les auteurs de l'examen et doit être signé.

83. Le rapport devrait être confidentiel et communiqué à l'intéressé ou au représentant qu'il a désigné. Les opinions du sujet et de son représentant concernant le processus d'examen devraient être sollicitées et enregistrées dans le rapport. Le rapport devrait être fourni sous forme écrite, lorsqu'il y a lieu, à l'autorité chargée d'enquêter sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Il incombe à l'État concerné de veiller à ce que le rapport soit bien distribué aux parties intéressées. Le rapport ne devrait pas être communiqué à d'autres personnes, sauf avec le consentement du sujet ou l'autorisation d'une instance judiciaire compétente. (Pour plus de détails concernant les rapports écrits relatifs à des allégations de torture, se reporter au chapitre IV. Les chapitres V et VI décrivent quant à eux les procédures relatives aux évaluations physiques et, respectivement, psychologiques.)

C. – Procédure d'enquête sur la torture

1. *Identification de l'instance compétente*

84. Dans les cas où l'on soupçonne l'implication de fonctionnaires dans des actes de torture, y compris lorsque des ministres, leurs adjoints ou autres subordonnés, ou des officiers supérieurs de l'armée donnent l'ordre de recourir à la torture ou tolèrent un tel recours, la conduite d'une enquête objective et impartiale peut s'avérer impossible, sauf à établir une commission spéciale à cet effet. L'établissement d'une commission d'enquête peut également s'avérer nécessaire lorsque la compétence ou l'impartialité des enquêteurs est sujette à caution.

85. Ci-dessous, quelques facteurs pouvant suggérer que l'État est impliqué dans des actes de torture ou qu'il existe des circonstances réclamant la création d'un organe d'enquête impartial ad hoc :

a) La victime a été vue en bonne santé alors qu'elle se trouvait en garde à vue ou en détention;

b) Le *modus operandi* est caractéristique de méthodes de torture encouragées par l'État;

c) Des représentants de l'État ou des personnes associées à l'État ont tenté d'entraver l'enquête;

d) L'intérêt public apparaît mieux servi par une enquête indépendante;

e) L'enquête menée par des instances officielles est sujette à caution en raison d'un manque de compétence ou d'impartialité ou pour tout autre motif, y compris l'importance de l'affaire, des doutes quant à l'honnêteté de l'enquête ou des plaintes émanant de la victime.

86. Lorsqu'un État décide d'établir une commission d'enquête indépendante, il devrait respecter plusieurs conditions. Premièrement, les personnes soumises à enquête devraient bénéficier à tous les stades de l'enquête des sauvegardes de procédure minimales garanties par le droit international. Deuxièmement, les enquêteurs devraient bénéficier du soutien technique et administratif approprié et avoir accès à des conseils juridiques objectifs et impartiaux, afin d'assurer que les éléments d'information recueillis dans le cadre de l'enquête seront recevables au plan judiciaire. Troisièmement, les enquêteurs devraient bénéficier de tout l'éventail des ressources et compétences dont dispose l'État. Enfin, les enquêteurs devraient avoir la possibilité de recourir à l'aide de la communauté internationale des experts en droit et en médecine.

2. *Entretiens avec la victime présumée et les autres témoins*

87. En raison de la nature des cas de torture et des traumatismes qu'elle entraîne, notamment un sentiment d'impuissance dévastateur, il est capital de faire preuve de délicatesse vis-à-vis des victimes présumées et des éventuels témoins. L'État doit protéger les victimes présumées, les témoins et leurs familles contre toutes violences, menaces et autres formes d'intimidation auxquelles ils pourraient se trouver exposés du fait de l'enquête. Et les enquêteurs doivent informer clairement les témoins des conséquences de leur participation à l'enquête et de tout développement de l'affaire susceptible de les affecter.

a) *Consentement en connaissance de cause et autres protections en faveur de la victime présumée*

88. Dès le premier instant, la victime présumée devrait être informée, dans la mesure du possible, de la nature de la procédure, des raisons pour lesquelles son témoignage est sollicité, et de l'usage qui pourra éventuellement en être fait. Les enquêteurs devraient expliquer à l'intéressé quels éléments de l'enquête seront rendus publics et lesquels seront gardés confidentiels. La victime présumée a le droit de refuser de coopérer à tout ou partie de l'enquête. Aucun effort ne devrait être épargné afin de se conformer à ses souhaits et disponibilités. La victime présumée devrait être régulièrement informée de l'état d'avancement de l'enquête. Elle devrait être tenue au courant de tous les témoignages recueillis dans le cadre de l'affaire, de l'éventuelle arrestation du responsable présumé, ainsi que de tous les services d'assistance à sa disposition. Les enquêteurs devraient coopérer avec les associations et groupes locaux et nationaux engagés dans la lutte contre la torture afin de favoriser les échanges d'informations et d'expériences dans ce domaine.

b) *Choix de l'enquêteur*

89. Les autorités chargées de l'enquête doivent désigner une personne qui assumera la responsabilité première de l'entretien avec la victime présumée. Si cette dernière peut avoir besoin de discuter de son cas avec des professionnels du droit et de la santé, l'équipe chargée de l'enquête doit toutefois faire de son mieux pour éviter des répétitions inutiles de son témoignage. En choisissant l'enquêteur responsable, on s'efforcera de tenir compte des préférences exprimées par la victime concernant le sexe de l'enquêteur, ses origines culturelles ou son aptitude à communiquer dans la langue de l'intéressé. L'enquêteur responsable devrait avoir une formation ou une expérience des investigations liées à la torture et du travail avec les victimes de traumatismes, y compris la torture. Si l'enquêteur désigné ne possède pas de formation ou d'expérience dans ces domaines, il devra s'informer aussi complètement que possible sur la torture et ses conséquences physiques et psychologiques avant de s'entretenir avec la victime. Pour ce faire, il pourra recourir à différentes sources, au nombre desquelles le présent manuel, diverses publications spécialisées, des cours de formation et des conférences professionnelles. L'enquêteur devrait également avoir accès aux conseils et à l'assistance d'experts internationaux tout au long de la procédure.

c) *Contexte de l'enquête*

90. Les enquêteurs devraient étudier attentivement le contexte dans lequel s'inscrit leur travail, prendre toutes les précautions d'usage et veiller au respect des garanties applicables. S'ils sont appelés à interroger des personnes détenues ou se trouvant dans toute autre situation les exposant à d'éventuelles représailles, ils veilleront à ne pas les mettre en danger. Dans les cas où le fait de parler à un enquêteur risque de mettre quelqu'un en danger, des entretiens de groupe pourront être préférables aux entrevues

individuelles. Lorsque les entretiens ont lieu en privé, l'enquêteur choisira un lieu où le témoin puisse se sentir en confiance pour parler librement.

91. Les enquêtes s'inscrivent dans des contextes politiques variables, ce qui entraîne des différences notables dans la manière dont il convient d'opérer. Le cadre juridique dans lequel s'inscrit l'enquête est également déterminant. Par exemple, si l'enquête est destinée à aboutir au procès du coupable présumé, l'enquêteur devra recueillir des éléments de preuve beaucoup plus solides que si l'enquête vise à soutenir une demande d'asile politique dans un pays tiers. En bref, l'enquêteur doit adapter sa procédure en fonction de la situation particulière et du but de l'évaluation. Ci-dessous, quelques exemples de contextes influant sur le mode opératoire :

i) La victime présumée est détenue ou en prison dans son propre pays;

ii) Elle est détenue ou en prison dans un autre pays;

iii) Elle est en liberté dans son pays, mais dans un environnement hostile et oppressif;

iv) Elle est en liberté dans son pays, dans un environnement sûr et pacifique;

v) Elle se trouve dans un pays étranger, qui peut être amical ou hostile;

vi) Elle se trouve dans un camp de réfugiés;

vii) Elle comparaît devant un tribunal appelé à statuer sur des crimes de guerre, ou devant une commission d'établissement des faits.

92. Le contexte politique peut être hostile à l'égard de la victime et de l'enquêteur lorsqu'il s'agit, par exemple, d'interroger des personnes emprisonnées par leur propre gouvernement ou détenues par un gouvernement étranger en vue de leur expulsion. Lorsqu'il s'agit d'interroger des demandeurs d'asile dans un pays tiers afin d'établir la preuve de la torture, des considérations politiques peuvent entraîner une réticence des autorités à reconnaître le bien-fondé des allégations. La possibilité de mise en danger d'un détenu est très réelle et doit être prise en compte dans toute enquête. Même lorsque des victimes présumées de torture n'apparaissent pas menacées dans l'immédiat, les enquêteurs doivent faire preuve de la plus grande prudence dans leurs contacts avec elles. La langue utilisée par l'enquêteur et son attitude générale ont une influence considérable sur l'aptitude à communiquer de la victime présumée et sur sa confiance. L'enquêteur devrait choisir un lieu aussi sécurisant et confortable que possible – sans oublier de prévoir toilettes et rafraîchissements – et ménager suffisamment de temps pour l'entretien. Il ne faut pas s'attendre à recueillir un témoignage complet dès la première entrevue. Les questions d'ordre intime peuvent être très perturbantes pour la victime présumée. L'enquêteur devra faire preuve de délicatesse dans le ton, la formulation et l'enchaînement de ses questions, et informer le témoin de son droit d'interrompre l'entretien à tout instant pour faire une pause, ainsi que de refuser de répondre à la moindre question.

93. La victime présumée, les témoins et les membres de l'équipe d'enquête devraient, dans la mesure du possible, pouvoir recourir aux services de psychologues et de juristes spécialisés dans le travail avec les victimes de la torture. Le fait d'évoquer la torture subie peut donner à la victime l'impression de revivre l'expérience ou entraîner divers autres troubles et symptômes post-traumatiques (voir chap. IV, sect. H). Le fait d'entendre le récit d'actes de torture peut provoquer des symptômes de traumatisme induit chez les enquêteurs, aussi doivent-ils être encouragés à discuter ensemble de leurs réactions, tout en respectant leur obligation professionnelle de confidentialité. Dans la mesure du possible, ces discussions devraient avoir lieu en présence d'un facilitateur expérimenté. Par ailleurs, il existe pour l'enquêteur deux risques particuliers qui doivent être pris très au sérieux : d'une part, perdre son objectivité vis-à-vis du récit en s'identifiant avec la victime présumée; d'autre part, minimiser l'expérience vécue par le témoin par suite d'une accoutumance aux récits de torture.

d) *Sécurité des témoins*

94. L'État doit protéger les victimes présumées, les témoins et leurs familles contre toutes violences, menaces et autres formes d'intimidation auxquelles ils pourraient se trouver exposés du fait de l'enquête. Les personnes soupçonnées d'implication dans des actes de torture ou autres mauvais traitements devraient être démises de toute position leur permettant d'exercer, directement ou indirectement, un contrôle ou une influence quelconque sur les plaignants, les témoins ou leurs familles, ou sur les personnes chargées de l'enquête. Les enquêteurs doivent tenir compte en permanence des possibles conséquences de l'enquête sur la sécurité de la victime présumée de torture et des autres témoins.

95. Un des moyens de veiller à la sécurité des personnes interrogées, y compris de personnes détenues dans des pays en proie à une situation de conflit, consiste à prendre note de l'identité des personnes visitées, de manière à pouvoir s'assurer qu'elles n'ont pas subi de préjudices à l'occasion d'une visite ultérieure. Les enquêteurs doivent être autorisés à s'entretenir librement et en privé avec toutes les personnes qu'ils souhaitent entendre, et à répéter leurs visites à ces mêmes personnes (d'où la nécessité de prendre note de leur identité) si le besoin s'en fait sentir. Tous les pays n'acceptent pas ces conditions, aussi les enquêteurs pourront-ils éprouver parfois des difficultés à obtenir de telles autorisations. Dans les cas où les témoins s'exposent à des risques du fait de leur témoignage, l'enquêteur devrait s'efforcer de recueillir des preuves par d'autres moyens.

96. Les détenus sont plus exposés que les personnes en liberté, et leurs réactions peuvent varier selon les circonstances. Parfois, ils se mettent eux-mêmes en danger en parlant inconsidérément, parce qu'ils s'estiment protégés par la seule présence d'un enquêteur « extérieur » – ce qui n'est pas nécessairement le cas. D'autres fois, les enquêteurs se heurtent à un véritable « mur de silence », les prisonniers étant trop terrorisés pour faire confiance à qui que ce soit, même si on leur propose des entretiens en privé. Dans ce dernier cas, il peut s'avérer nécessaire de commencer par des entretiens de groupe, afin de pouvoir expliquer clairement le champ d'application et le but de l'enquête, puis de proposer dans un deuxième temps des entretiens en privé pour ceux qui souhaitent témoigner. Lorsque la crainte de représailles, justifiée ou non, est trop forte, il peut s'avérer nécessaire d'interroger tous les pri-

sonniers détenus dans un lieu donné, afin d'éviter d'attirer l'attention sur telle ou telle personne. Lorsqu'une enquête débouche sur des poursuites judiciaires ou autre forme de divulgation publique des faits, l'enquêteur devrait recommander l'application de mesures propres à garantir la sécurité de la victime présumée. De telles mesures pourront consister, par exemple, à retirer des dossiers publics le nom de cette dernière ainsi que toute autre information permettant de l'identifier, ou à lui offrir la possibilité de témoigner par le truchement de procédés audiovisuels empêchant l'identification de la personne interrogée, ou fonctionnant en circuit fermé. Ces mêmes mesures doivent être conformes aux droits de l'accusé.

e) *Emploi d'interprètes*

97. Dans le cadre d'une enquête relative à des allégations de torture, il n'est pas facile de travailler avec un interprète, même professionnel. Faute d'avoir à disposition des interprètes maîtrisant les différents dialectes et langues employés, il faut parfois se résoudre à recourir aux services de parents ou autres proches de la victime présumée. Mais cette solution n'est guère satisfaisante. Pour la victime présumée, il peut être embarrassant d'avoir à évoquer son expérience par le truchement de personnes de connaissance. Dans l'idéal, l'interprète devrait faire partie de l'équipe d'enquête et être familiarisé avec la question de la torture (voir chap. IV, sect. I, et chap. VI, sect. C.2).

f) *Informations à recueillir auprès de la victime présumée*

98. L'enquêteur devrait s'efforcer de recueillir la plus grande partie possible des informations ci-après par le témoignage de la victime présumée (voir chap. IV, sect. E) :

i) Circonstances ayant conduit à la torture, y compris arrestation, enlèvement et internement;

ii) Dates et heures approximatives des actes de torture, y compris le cas le plus récent. Il peut s'avérer difficile d'établir avec précision ces éléments, en raison, notamment, de la multiplicité des lieux et des auteurs présumés. On devra parfois recueillir des récits séparés pour les différents lieux. Il faut s'attendre à des inexactitudes, voire des confusions dans la chronologie – la notion du temps est souvent difficile à maîtriser pour les personnes qui ont été torturées. Les recoupements entre les divers récits relatifs aux différents lieux pourront aider à se faire une idée d'ensemble plus précise. Souvent, les victimes ignorent où elles ont été emmenées, car elles avaient les yeux bandés ou n'étaient qu'à moitié conscientes. En rassemblant des témoignages convergents, on pourra établir un « tableau » des lieux, des méthodes et même des responsables de la torture;

iii) Description détaillée des personnes ayant participé à l'arrestation, à l'internement et à la torture (le témoin connaissait-il l'une ou l'autre d'entre elles auparavant ?) – vêtements, cicatrices, taches de naissance, tatouages, taille et poids (le témoin pourra fournir ces dernières indications en se référant à sa propre morphologie), particularité anatomique, langue et accent, comportements particuliers (ébriété), etc.;

iv) Propos tenus et questions posées au témoin – cela pourra aider à localiser des lieux de détention secrets ou inconnus;

v) Description de la routine du lieu de détention et de la nature des mauvais traitements;

vi) Description des actes de torture, y compris les méthodes employées. L'évocation de tels faits étant souvent très dure, les enquêteurs ne doivent pas s'attendre à une réponse exhaustive dès la première entrevue. Il est important de recueillir des informations précises, mais les questions liées à des sévices et humiliations intimes sont généralement très traumatisantes;

vii) Violences de nature sexuelle. Pour la plupart des gens, violence sexuelle est synonyme de viol ou de sodomie. Les enquêteurs doivent être conscients que les injures à connotation sexuelle, le déshabillage, les attouchements, les comportements lubriques ou humiliants, de même que les chocs électriques sur les parties génitales, ne sont généralement pas assimilés à des violences sexuelles. Or, tous ces actes violent l'intimité de l'individu et doivent donc être regardés comme telles. Très souvent, les victimes de violences sexuelles gardent le silence, voire nient avoir subi de tels actes. Dans bien des cas, c'est seulement après deux ou trois visites qu'elles consentiront à évoquer ces formes de violence, à condition encore que l'enquêteur fasse preuve d'empathie et de sensibilité à la culture et à la personnalité de la victime;

viii) Lésions physiques subies du fait de la torture;

ix) Description des armes et autres instruments employés;

x) Identité des témoins des actes de torture. L'enquêteur veillera à protéger la sécurité des témoins, éventuellement en notant leur identité sous forme codée ou en gardant leur nom séparément de son procès-verbal d'entretien.

g) *Déclaration de la personne alléguant la torture*

99. L'enquêteur devrait enregistrer une déclaration détaillée de la victime présumée et la faire transcrire. Cette déclaration devrait se baser sur les réponses fournies à des questions non tendancieuses. Par questions non tendancieuses, il faut entendre des questions exemptes de suggestions ou d'affirmations et permettant à la personne interrogée de fournir le témoignage le plus complet et le moins biaisé possible. Par exemple, on demandera au témoin : « Que vous est-il arrivé et où ? » plutôt que : « Avez-vous été torturé en prison ? », cette dernière question suggérant à la fois la nature des faits et le lieu où ils se sont déroulés. De même, on évitera de formuler des questions à choix, car cela pourrait amener le témoin à donner des réponses inexactes par défaut. L'enquêteur doit laisser la possibilité à la personne interrogée de faire sa propre présentation des faits, en l'aidant par des questions destinées à préciser certains points. Il devrait encourager l'intéressé à faire appel à tous ses sens pour décrire ce qui lui est arrivé, en lui demandant ce qu'il a vu, senti, entendu et éprouvé. C'est particulièrement important dans les cas

où la victime présumée portait un bandeau sur les yeux ou se trouvait dans l'obscurité au moment des faits.

h) *Déclaration de l'auteur présumé*

100. Dans la mesure du possible, les enquêteurs devraient interroger les auteurs présumés des actes de torture. Ils leur fourniront alors toutes les protections légales garanties par le droit international et national.

3. *Recherche et préservation de la preuve matérielle*

101. L'enquêteur devrait recueillir autant de preuves matérielles qu'il est possible pour étayer une allégation ou une présomption de torture. L'un des aspects les plus importants d'une enquête approfondie et impartiale sur la torture réside dans la collecte et l'analyse des preuves matérielles. Les enquêteurs devraient documenter soigneusement les modalités de prélèvement et de conservation des preuves matérielles de la torture en vue de leur utilisation future dans le cadre de la procédure, y compris d'éventuelles poursuites judiciaires. La plupart des actes de torture sont commis dans des lieux où les victimes sont soumises à une forme ou une autre de détention. Il est généralement très difficile, voire impossible d'y accéder librement, à plus forte raison d'y préserver d'éventuelles preuves matérielles. Les enquêteurs devraient être habilités par l'État à obtenir le libre accès à tout lieu de détention et à placer sous surveillance les lieux où sont réputés s'être produits les actes de torture présumés. Toutes les personnes ayant compétence pour enquêter devraient conjuguer leurs efforts afin d'examiner tous les lieux en question. Elles devraient avoir accès sans restriction aucune à tous les endroits où les actes de torture présumés sont censés avoir été commis, qu'il s'agisse de bâtiments, de véhicules, de bureaux, de cellules de prison ou de quelque autre emplacement que ce soit.

102. L'accès à tout bâtiment ou autre lieu visé par l'enquête devrait être réservé aux enquêteurs et à leurs collaborateurs afin d'éviter la disparition ou la destruction de preuves matérielles. Celles-ci doivent être recueillies, manipulées, emballées et étiquetées avec le plus grand soin et mises en sécurité de manière à prévenir tout risque d'altération ou de disparition, volontaire ou involontaire. On recueillera, relèvera et traitera avec le même soin d'éventuels échantillons de fluides corporels (sang ou sperme, par exemple), empreintes digitales, cheveux, fibres et fils si les actes de torture présumés sont suffisamment récents pour que de tels éléments de preuve soient utilisables. Tout objet susceptible d'avoir été utilisé pour infliger la torture, qu'il soit conçu ou non à cette fin, sera également recueilli et conservé comme il convient. On effectuera un croquis à l'échelle des lieux où les actes de torture sont censés avoir été commis en y faisant figurer tous les détails pertinents – étages, salles, portes d'accès, fenêtres, ameublement, terrain environnant, etc. – et on prendra des photographies en couleurs de ces mêmes éléments. On enregistrera l'identité de toutes les personnes présentes sur les lieux, ainsi que leurs coordonnées complètes (adresse, numéro de téléphone et tout autre renseignement utile). Si possible et pour autant que les faits allégués soient assez récents pour le justifier, on fera tester par un laboratoire des échantillons des vêtements de la victime présumée, en vue d'y découvrir d'éventuelles traces de fluides corporels et autres preuves matérielles. On interrogera toutes les personnes présentes sur les lieux visés par l'enquête afin d'établir si elles ont été témoins des actes de torture allégués. Tous les dossiers, notes manuscrites et autres documents trouvés sur place seront recueillis aux fins d'établissement de preuves matérielles et d'analyse graphologique.

4. *Preuve médicale*

103. L'enquêteur devrait faire procéder à un examen médical de la victime présumée. À cet égard, le facteur temps est particulièrement important. Un examen médical devrait être effectué quel que soit le laps de temps écoulé depuis la torture, mais, si celle-ci est censée avoir eu lieu dans les six dernières semaines, il devrait intervenir le plus rapidement possible, avant que les traces les plus évidentes ne s'estompent. L'examen devrait comporter une évaluation des besoins éventuels du sujet en matière de soins pour blessures et maladies, de soutien psychologique, de conseil et de suivi (voir chapitre V pour une description de la procédure d'examen). Une évaluation psychologique de la victime présumée est également indispensable. Elle peut avoir lieu dans le cadre de l'examen physique ou séparément (voir chapitre VI pour une description de l'évaluation psychologique).

104. Pour établir l'existence de preuves physiques et psychologiques d'actes de torture, il importe d'envisager les six questions ci-dessous :

a) Les observations physiques et psychologiques sont-elles cohérentes avec les actes de torture allégués ?

b) Quelles sont les observations cliniques constitutives du tableau clinique ?

c) Les observations psychologiques attendues et les réactions typiques à un stress aigu ont-elles leur place dans l'environnement culturel et social du sujet ?

d) Étant donné que les troubles mentaux associés à un traumatisme évoluent avec le temps, quelle est la chronologie des faits ? À quel stade le patient se trouve-t-il dans cette évolution ?

e) Quels autres facteurs traumatisants affectent le sujet (par exemple, persécution, déracinement forcé, exil, perte de la famille et du statut social) ? Quel est leur impact sur la victime ?

f) Le tableau clinique suggère-t-il une fausse allégation de torture ?

5. *Photographie*

105. L'enquêteur devrait prendre ou faire prendre des photographies des blessures des personnes alléguant des actes de torture, des lieux (intérieur et extérieur) où ceux-ci sont censés avoir été commis, ainsi que de toute preuve matérielle éventuellement découverte sur ces mêmes lieux. Un mètre à ruban ou autre élément de référence sera inclus dans le cadre afin d'indiquer l'échelle de la photographie. Les photographies doivent être prises dans les meilleurs délais, même au moyen d'un appareil rudimentaire, car certaines traces matérielles s'estompent

rapidement ou peuvent être délibérément altérées ou escamotées. Les photographies à développement instantané ont tendance à s'effacer avec le temps. Si on y a recouru faute de mieux dans un premier temps, il est recommandé d'employer dès que possible des appareils autorisant la conservation des images. De préférence, on utilisera des appareils 35 mm équipés d'un dispositif de datation automatique. Les modalités de conservation des films, négatifs et épreuves doivent être soigneusement documentées.

D. – Commission d'enquête

1. *Définition du champ d'application de l'enquête*

106. Les États et organisations qui instituent une commission d'enquête doivent préciser le champ d'application de l'enquête en dotant ladite commission d'un mandat bien défini. Un tel mandat peut optimiser les chances de succès de l'enquête en assoyant la légitimité de la commission, en favorisant le consensus parmi ses membres quant à la finalité de leur travail, et en établissant la recevabilité de son rapport final. Ci-dessous, quelques recommandations à prendre en compte dans la définition du mandat d'une commission d'enquête :

a) Le mandat devrait être formulé en des termes neutres, exempts de tout présupposé quant à l'issue de l'enquête. Cette exigence de neutralité implique que le mandat ne doit en aucune façon limiter les compétences de la commission, même là où ses investigations pourraient mettre en lumière la responsabilité de l'État dans des actes de torture;

b) Le mandat devrait établir clairement les faits et questions qui doivent être couverts par l'enquête et traités dans le rapport final de la commission;

c) Il devrait ménager une certaine flexibilité dans le champ d'application de l'enquête, afin que les investigations de la commission ne soient pas entravées par des instructions trop restrictives ou, à l'inverse, excessivement larges. Cette flexibilité peut, par exemple, revêtir la forme d'une clause autorisant la commission à amender son mandat selon les besoins. Si la commission fait usage d'une telle clause, elle devra rendre publique toute modification de son mandat.

2. *Pouvoirs de la commission*

107. Les « principes » énoncent dans leurs grandes lignes les pouvoirs qui doivent être attribués à une commission d'enquête. Celle-ci doit, notamment, être habilitée :

a) À obtenir tous les renseignements nécessaires à l'enquête, y compris en citant à comparaître tout témoin et en exigeant la production de tout document, dossiers officiels et rapports médicaux inclus, ainsi qu'à assurer la protection des témoins, la famille de la victime présumée et toute autre source;

b) À rendre publiques ses conclusions;

c) À visiter tous les lieux où l'appellent les nécessités de l'enquête, y compris ceux où les actes de torture sont censés avoir été commis;

d) À recueillir des preuves auprès de témoins et organisations se trouvant à l'extérieur du pays.

3. *Critères de sélection des membres*

108. Les membres de la commission d'enquête devraient être choisis pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance, ces critères étant définis comme suit :

a) Impartialité. Les membres de la commission ne devraient pas avoir de liens étroits avec un quelconque individu, organisme d'État, parti politique ou autre organisme potentiellement impliqué dans les faits soumis à enquête. Ils ne devraient pas avoir de liens trop étroits avec une organisation ou un groupe dont la victime présumée est membre, car cela risquerait de nuire à la crédibilité de la commission. L'existence de tels liens ne devrait toutefois pas servir de prétexte pour exclure de la commission des personnes appartenant à de grandes organisations dont la victime est également membre, ou des personnes associées à des organisations qui se consacrent à aider les victimes de la torture;

b) Compétence. Les membres de la commission doivent être capables d'évaluer et peser des éléments de preuve, et posséder de solides capacités de discernement. Dans la mesure du possible, les commissions d'enquête devraient inclure des personnes possédant des compétences reconnues dans le domaine juridique, en médecine et dans d'autres domaines pertinents;

c) Indépendance. Les membres de la commission devraient être reconnus au sein de leur communauté pour leur droiture et leur loyauté.

109. L'objectivité de l'enquête et des conclusions de la commission pourra dépendre, entre autres choses, du nombre des membres de cette dernière. De manière générale, il est préférable qu'une commission d'enquête se compose de trois personnes ou davantage, plutôt que d'un ou deux membres. Par principe, une enquête relative à des allégations de torture ne devrait pas être confiée à une seule personne, car l'étendue des investigations s'en trouverait inévitablement restreinte et il lui serait difficile de prendre sereinement les importantes décisions que comporte sa mission. En outre, un enquêteur unique sera beaucoup plus vulnérable aux pressions de l'État et d'autres parties.

4. *Le personnel de la commission*

110. Les commissions d'enquête devraient disposer des services de juristes-conseils impartiaux. Lorsque l'enquête porte sur des allégations de mauvais traitements impliquant l'État, il est préférable de faire appel à des conseils indépendants du ministère de la justice. Le juriste-conseil principal de la commission devrait être libre de toute influence politique, qu'il s'agisse d'un représentant du ministère public ou d'un avocat indépendant. La conduite d'une enquête réclame souvent l'avis

d'experts-conseils. La commission devrait avoir accès aux services d'experts dans des domaines comme la pathologie, la médecine légale, la psychiatrie, la psychologie, la gynécologie et la pédiatrie. Pour que les investigations soient vraiment efficaces et impartiales, les enquêteurs de la commission doivent dans la plupart des cas suivre des pistes et rechercher des éléments de preuve par leurs propres moyens. La crédibilité de l'enquête dépend en bonne partie de la mesure dans laquelle la commission peut s'appuyer sur ses propres enquêteurs.

5. *Protection des témoins*

111. L'État doit protéger les plaignants, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et leurs familles contre toutes violences, menaces et autres formes d'intimidation auxquelles ils pourraient se trouver exposés du fait de l'enquête (voir sect. C.2.*d* ci-dessus). Si la commission estime qu'il y a des risques qu'un témoin ou un témoin potentiel subisse persécution, harcèlement ou autre préjudice, elle pourra choisir de l'entendre à huis clos, de garder son identité confidentielle, de n'utiliser que des éléments de preuve ne permettant pas l'identification du témoin, ou prendre toute autre précaution appropriée.

6. *Délibérations*

112. Selon les normes générales régissant les procédures judiciaires, les audiences doivent être conduites en public, à moins que le huis clos soit nécessaire aux fins de protéger la sécurité du témoin. Les délibérations à huis clos devraient être enregistrées et les comptes rendus d'audience non publiés déposés en lieu sûr. Dans certains cas, le secret total pourra être nécessaire afin d'obtenir un témoignage. La commission pourra alors décider d'entendre le témoin en privé, dans un cadre informel et sans enregistrer sa déclaration.

7. *Avis d'enquête*

113. L'établissement d'une commission et les faits visés par son enquête devraient bénéficier d'une diffusion aussi large que possible. L'avis d'enquête devrait être accompagné d'une invitation à fournir toute information et déclaration utiles à la commission, ainsi que d'instructions à l'intention des personnes souhaitant présenter un témoignage spontané. Il pourra être diffusé par le biais de la presse écrite, de la radio, de la télévision, de tracts et d'affiches.

8. *Rassemblement des preuves*

114. Les commissions d'enquête devraient avoir le pouvoir d'obliger tout témoin à comparaître et à produire des documents, y compris les fonctionnaires soupçonnés de participation à des actes de torture. Cette autorité devrait être assortie du pouvoir d'infliger des amendes ou autres sanctions en cas de refus d'obtempérer. La première mesure à prendre pour tenter de rassembler des preuves devrait consister à inviter tout témoin potentiel à déposer devant la commission ou à lui fournir une déclaration écrite. Lorsque des témoins ont peur ou sont empêchés pour une quelconque raison de se présenter à une audience, les déclarations par écrit peuvent constituer une source appréciable d'éléments de preuve. Les commissions d'enquête devraient prendre en considération toute autre procédure permettant de recueillir des informations utiles.

9. *Droits des parties*

115. Les victimes présumées de torture et leurs représentants légaux devraient être informés de toute audience et y avoir accès ainsi qu'à toute information touchant l'enquête, et ils devraient avoir la possibilité de produire d'autres éléments de preuve. Le fait de reconnaître ainsi à la victime présumée la qualité de partie à la procédure reflète l'importance particulière accordée à la protection de ses intérêts dans la conduite de l'enquête. Cela étant, toutes les autres parties intéressées devraient également avoir la possibilité d'être entendues. L'instance chargée de l'enquête doit avoir le pouvoir d'obliger tout témoin à comparaître et à produire des documents, y compris les fonctionnaires soupçonnés de participation à des actes de torture. Tous les témoins devraient avoir la possibilité de recourir à un conseil juridique si l'enquête risque de leur porter préjudice – par exemple, lorsque leur témoignage est susceptible de les exposer à des poursuites. Aucun témoin ne peut être contraint de témoigner contre lui-même. La commission devrait avoir la possibilité d'interroger sans restriction tout témoin. Les parties à l'enquête devraient être autorisées à soumettre des questions par écrit à la commission.

10. *Évaluation des preuves*

116. La commission doit évaluer toutes les informations et éléments de preuve qui lui sont fournis afin d'en déterminer la fiabilité et l'exactitude. Pour apprécier un témoignage oral, elle devrait être attentive au comportement et à l'attitude générale du témoin en question, en tenant compte du fait que ceux-ci sont influencés par des facteurs sociaux et culturels. Le recoupement d'éléments de preuve émanant de sources différentes accroît la valeur des témoignages en question et le crédit qui peut être accordé aux dépositions sur la foi d'autrui. En l'absence d'autres éléments concluants, ces dernières doivent toutefois être envisagées avec précaution, de même que les témoignages non recoupés. Les témoignages à huis clos qui sont conservés sous le sceau du secret ou ne sont pas enregistrés du tout font rarement l'objet de recoupements et doivent par conséquent être envisagés eux aussi avec toutes les précautions d'usage.

11. *Rapport de la commission*

117. La commission devrait établir un rapport public dans un délai raisonnable. Lorsque ses conclusions n'ont pas recueilli l'unanimité de ses membres, les membres minoritaires devraient également publier leurs propres conclusions. Les rapports des commissions d'enquête devraient inclure au moins les éléments suivants :

a) Le champ d'application de l'enquête et le mandat de la commission;

b) La procédure et les méthodes d'évaluation des éléments de preuve;

c) La liste exhaustive des témoins précisant leur âge et sexe, sauf pour ceux dont l'identité est tenue secrète pour raisons de sécurité ou qui ont témoigné à huis clos, ainsi que des éléments de preuve recueillis;

d) Les lieu et date de chaque audience (ces informations peuvent être données en annexe);

e) Le contexte général de l'enquête (par exemple, situation sociale, politique et économique);

f) Les événements constatés et les éléments de preuve sur lesquels s'appuient les constatations;

g) Le cadre juridique dans lequel a opéré la commission;

h) Les conclusions de la commission au regard du droit applicable et des faits constatés;

i) Les recommandations de la commission fondées sur ses constatations.

118. L'État concerné devrait répondre publiquement au rapport de la commission et, lorsqu'il y a lieu, indiquer les mesures qu'il compte prendre pour y donner suite.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES POUR LES ENTRETIENS

119. Lorsqu'on interroge une victime présumée d'actes de torture, il convient de tenir compte de certains éléments et considérations pratiques. Cela vaut pour toutes les personnes appelées à s'entretenir avec elle, qu'il s'agisse d'avocats, de médecins, de psychologues, de psychiatres, de défenseurs des droits de l'homme ou de membres de toute autre corporation. Le présent chapitre passe en revue ces « considérations générales » en les situant dans les divers contextes qu'on pourra rencontrer dans le cadre d'enquêtes sur la torture et d'entretiens avec des victimes.

A. – But de l'enquête, de l'examen et de la documentation

120. Le but général de l'enquête consiste à établir les faits se rapportant à des allégations de torture (voir chap. III, sect. D). Les examens médicaux peuvent constituer d'utiles éléments de preuve lorsqu'il s'agit :

a) D'identifier les auteurs d'actes de torture et de les déférer à la justice;

b) De soutenir des requêtes d'asile politique;

c) D'établir les conditions dans lesquelles de faux aveux ont pu être obtenus par des fonctionnaires de l'État;

d) D'établir des pratiques régionales de torture. Les examens médicaux peuvent également servir à déterminer les besoins thérapeutiques des victimes et à étayer des dossiers relatifs aux droits de l'homme.

121. Le témoignage oral ou écrit du médecin sert à fournir un avis autorisé sur la mesure dans laquelle les observations médicales corroborent les allégations de mauvais traitements formulées par le patient et à transmettre au pouvoir judiciaire ou autre autorité compétente les observations et appréciations du médecin. En outre, le témoignage du médecin contribue souvent à éclairer les représentants du pouvoir judiciaire et autres fonctionnaires du gouvernement, ainsi que les communautés locale et internationale, sur les séquelles physiques et psychologiques de la torture. La personne chargée de l'examen médical devrait être apte à :

a) Constater d'éventuelles blessures et autres symptômes de mauvais traitements, même en l'absence d'allégations particulières de la part du sujet ou de représentants des forces de l'ordre ou du pouvoir judiciaire;

b) Établir les preuves physiques et psychologiques des blessures et autres symptômes de mauvais traitements;

c) Évaluer la corrélation entre les constatations médicales et les traitements dénoncés par la victime;

d) Évaluer la corrélation entre les constatations médicales et les informations disponibles concernant les méthodes de torture éventuellement pratiquées dans la région en question et leurs séquelles;

e) Fournir une opinion professionnelle sur les conclusions d'examens médico-légaux ainsi que sur de possibles causes d'abus lors d'audiences relatives à des demandes d'asile, de procès criminels et d'actions civiles;

f) Utiliser les informations obtenues de la manière appropriée pour faciliter l'établissement des faits et les investigations ultérieures concernant la torture.

B. – Garanties procédurales vis-à-vis des détenus

122. L'examen médico-légal d'un détenu devrait être effectué sur la base d'une demande officielle écrite présentée par le ministère public ou autre autorité compétente. Les demandes d'examen médical formulées par des fonctionnaires chargés de l'application de la loi seront réputées invalides si elles ne sont pas étayées par une requête écrite du représentant du ministère public. Le détenu lui-même, son avocat ou sa famille, a toutefois le droit de réclamer un examen médical en vue d'établir la preuve de la torture ou autres mauvais traitements. Le détenu devrait être accompagné à l'examen médico-légal par des fonctionnaires n'appartenant pas aux forces armées ni à la police. En effet, les actes de torture et autres mauvais traitements allégués étant susceptibles d'avoir été commis sous le contrôle de ces dernières, leur présence constituerait pour le détenu et le médecin un facteur de pression inacceptable. Les fonctionnaires escortant le détenu devraient être rattachés au ministère public et non pas aux services chargés de l'application de la loi. L'avocat du détenu devrait être présent lors de la présentation de la requête et pendant le transfert du détenu à l'issue de l'examen. Les détenus ont le droit de bénéficier d'un deuxième examen ou d'un contre-examen effectué par un médecin qualifié pendant et après la période d'internement.

123. Les détenus doivent être examinés en privé. Aucun policier ni autre fonctionnaire chargé de l'application de la loi ne devrait être présent dans la salle d'examen. Cette garantie procédurale ne devrait être levée que dans

le cas où le médecin chargé de l'examen est lui-même intimement convaincu que le détenu représente une menace sérieuse pour la sécurité du personnel de santé. Dans de telles circonstances, toutefois, c'est le personnel de sécurité de l'établissement médical, et non pas la police ni un autre service chargé de l'application de la loi, qui devrait assister à l'examen. Ce même personnel devrait rester hors de portée de la voix du patient (autrement dit, n'assurer qu'une surveillance oculaire). L'examen du détenu devrait être effectué à l'endroit jugé le plus approprié par le médecin. Dans certains cas, il peut s'avérer préférable d'exiger que l'examen se déroule dans un établissement médical officiel, plutôt qu'à la prison ou dans la cellule. Parfois, cependant, les détenus préfèrent être examinés dans la relative sécurité de leur cellule, par crainte, par exemple, que l'établissement médical proposé soit placé sous surveillance. Le choix de l'endroit dépend de nombreux facteurs, mais, quoi qu'il en soit, les enquêteurs devraient veiller à ce que les détenus ne soient pas contraints d'accepter un lieu qui ne leur convient pas.

124. Si, pour une raison ou une autre, des policiers, soldats, employés de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi sont présents dans la salle d'examen, cela devra être mentionné dans le rapport officiel du médecin. La présence de policiers, soldats, employés de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi pendant l'examen pourra constituer un motif de réfutation d'un rapport médical négatif. L'identité et les titres et fonctions des autres personnes présentes à l'examen doivent également être mentionnés dans le rapport. Lors de tout examen médico-légal d'un détenu, on devrait utiliser un formulaire standard de rapport médical (voir annexe IV).

125. Le rapport devrait être transmis directement à l'instance qui a demandé l'examen, en général le ministère public. Lorsqu'un détenu ou son représentant légal réclame un rapport médical, celui-ci devra lui être communiqué. Le médecin qui a procédé à l'examen conservera une copie de son rapport. Une association médicale nationale ou une commission d'enquête pourra décider de vérifier les rapports médicaux afin de s'assurer que les garanties procédurales et autres règles pertinentes ont bien été respectées, en particulier lorsque les médecins sont des fonctionnaires de l'État. Les rapports devraient être systématiquement fournis à un tel organe, sous réserve de l'application des règles d'indépendance et de confidentialité qui s'imposent. Les rapports médicaux ne devraient en aucune circonstance être communiqués à des fonctionnaires chargés de l'application de la loi. Tout détenu doit obligatoirement faire l'objet d'un examen médical au moment où il est placé en détention ainsi qu'au moment où il est libéré[70]. Il devrait également pouvoir disposer des services d'un avocat au moment de l'examen. Lorsque l'examen se déroule en milieu carcéral, la présence d'une personne extérieure à l'établissement est souvent impossible. Dans de tels cas, il devrait être stipulé que le médecin de la prison respecte rigoureusement la déontologie professionnelle, et ledit médecin doit être capable de remplir ses fonctions professionnelles sans être influencé en aucun façon par une tierce partie. Lorsque l'examen médico-légal corrobore l'allégation de torture, le détenu ne devrait pas être reconduit sur son lieu de détention, mais transféré devant le procureur ou le juge afin de statuer sur son cas[71].

C. – Visites officielles aux centres de détention

126. Les visites de détenus ne doivent pas être prises à la légère. Dans certaines circonstances, il peut être très difficile de les conduire d'une manière objective et professionnelle, notamment dans les pays où la torture demeure une pratique courante. Les visites uniques, exemptes de suivi pour s'assurer de la sécurité des personnes interrogées, peuvent être dangereuses. Dans certains cas, elles sont même pires que l'absence de visite. Les enquêteurs animés des meilleures intentions peuvent commettre de lourdes erreurs en visitant une prison ou autre lieu de détention sans savoir exactement ce qu'ils font. Ils risquent de se faire une idée incomplète, voire trompeuse, de la réalité, et de mettre en danger des détenus qu'ils ne reverront peut-être jamais. Ils peuvent en outre fournir bien involontairement un alibi à d'éventuels tortionnaires, qui pourront arguer du fait que des enquêteurs indépendants ont visité leur établissement sans rien y constater de répréhensible.

127. Les visites de détenus devraient être confiées à des enquêteurs capables de les conduire et d'assurer le suivi nécessaire avec professionnalisme, et armés de garanties procédurales bien rôdées. Le principe selon lequel un élément de preuve est toujours bon à prendre est sans valeur lorsqu'on a affaire à des détenus qui risquent d'être en danger du fait de leur témoignage. Les visites de lieux de détention par des personnes bien intentionnées représentant des institutions publiques et non gouvernementales peuvent s'avérer difficiles, voire contre-productives. En l'espèce, il convient de distinguer entre une visite de bonne foi nécessaire à l'enquête, laquelle ne saurait être mise en question, et une visite non indispensable à l'enquête qui, effectuée par des personnes non spécialisées, risque de faire plus de mal que de bien dans un pays où la torture est couramment pratiquée. Les commissions indépendantes formées de juristes et de médecins devraient être habilitées à visiter périodiquement les prisons et autres lieux de détention.

128. Les entretiens avec des personnes en détention, et éventuellement aux mains de leurs tortionnaires, sont à l'évidence très différents de ceux qui sont menés dans le cadre privé et sécurisant d'un établissement médical extérieur. On ne saurait trop insister sur l'importance de gagner la confiance des témoins dans de tels contextes. Toutefois, il est plus important encore de ne pas trahir cette confiance, même involontairement. Toutes les précautions devraient être prises pour éviter que les détenus ne se mettent eux-mêmes dans une situation dangereuse. En particulier, il convient de demander aux prisonniers qui ont subi la torture si leur témoignage peut être utilisé et de quelle manière. Par crainte de représailles, certains pourront refuser que leur identité soit mentionnée. Enquêteurs,

[70] Voir les Règles minima pour le traitement des détenus (chap. I, sect. B).

[71] Anonyme, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal, *Lancet*, 1991, 337:647-648.

professionnels de la santé et interprètes sont liés par les engagements pris auprès des détenus.

129. Un sérieux dilemme peut se présenter lorsqu'il apparaît clairement que de nombreux prisonniers ont subi la torture dans un lieu donné, mais que tous refusent que les enquêteurs fassent état de leurs témoignages par peur de représailles. Confrontés à l'alternative de devoir trahir la confiance des prisonniers pour tenter de mettre un terme à la torture ou de garder le silence sur cette pratique, les enquêteurs devront chercher une solution permettant de concilier leurs diverses obligations. Si, dans de telles circonstances, on observe sur de nombreux détenus des signes évidents de flagellations, coups, lacérations et autres marques de violence, on pourra envisager d'organiser une « inspection de santé » collective dans une cour ou autre lieu de rassemblement. En parcourant les rangs des prisonniers et en observant directement les traces manifestes de mauvais traitements, le médecin-enquêteur pourra ainsi dresser un rapport mentionnant ses constations sans avoir à citer le témoignage des victimes. Une telle procédure contribuera à mettre les prisonniers en confiance en prévision des futures visites de suivi.

130. Bien entendu, cette formule ne peut pas s'appliquer à des formes plus « discrètes » de torture, notamment psychologique et sexuelle. Dans de tels cas, les enquêteurs devront peut-être se résoudre à s'abstenir de tout commentaire pendant une ou plusieurs visites, jusqu'à ce que les victimes, encouragées par les circonstances ou l'évolution du climat, consentent à ce qu'il soit fait état de leurs témoignages. Le médecin et l'interprète doivent systématiquement décliner leur identité et expliquer leur rôle. Les professionnels de la santé qui participent à des enquêtes sur la torture doivent être des praticiens dûment autorisés à exercer et familiarisés avec le domaine particulier de la torture. Les connaissances dans ce domaine peuvent être acquises par le biais de publications, de cours de formation, de conférences et par l'expérience pratique. Ils devraient également être au courant des pratiques locales en matière de torture et autres mauvais traitements, car une telle information pourra éventuellement corroborer les témoignages recueillis. La pratique des entretiens et des examens visant à recueillir des éléments de preuve physique et psychologique de torture ainsi que de l'appréciation desdits éléments devrait être acquise sous la supervision de cliniciens expérimentés.

131. Il arrive que des personnes détenues manifestent une confiance excessive alors que l'enquêteur ne peut absolument pas leur garantir qu'elles sont à l'abri de toutes représailles, à moins qu'une visite de suivi n'ait été négociée et officiellement acceptée par l'autorité compétente, ou que leur identité n'ait pas été enregistrée. C'est pourquoi il importe de prendre toutes les précautions nécessaires afin que de telles personnes ne s'exposent pas d'elles-mêmes à des risques inutiles, fût-ce en vertu d'une naïve confiance dans la capacité de l'enquêteur à assurer leur protection.

132. Dans l'idéal, les interprètes participant à des visites de détenus devraient être étrangers à la communauté locale, ceci afin d'éviter qu'eux-mêmes ou les membres de leur famille ne soient exposés à d'éventuelles pressions de la part d'autorités curieuses de savoir quelles informations ont été communiquées aux enquêteurs. Le choix de l'interprète peut s'avérer délicat lorsque les détenus n'appartiennent pas au même groupe ethnique que leurs geôliers. Faut-il alors recourir à un interprète appartenant au même groupe ethnique que les détenus afin de gagner leur confiance, mais au risque de susciter la défiance des autorités qui pourraient tenter de l'intimider – sans compter que l'interprète pourra se montrer réticent à travailler dans un environnement hostile ? Ou bien faut-il faire appel à un interprète du même groupe ethnique que les geôliers de manière à gagner la confiance de ces derniers, mais au risque de s'aliéner celle des détenus sans pour autant exclure de possibles tentatives d'intimidation de la part des autorités ? À l'évidence, la solution idéale doit être recherchée en dehors de cette alternative : l'interprète devrait si possible être étranger à la région et pouvoir être regardé comme aussi indépendant que les enquêteurs.

133. Une personne interrogée à 8 heures du soir mérite autant d'attention qu'une personne interrogée à 8 heures du matin. Les enquêteurs devraient s'organiser de façon à disposer de suffisamment de temps et à ne pas s'épuiser. Il n'est pas juste d'écourter le témoignage d'une personne interrogée à 8 heures du soir, d'autant qu'elle a patienté toute la journée pour s'exprimer. De même, le énième témoignage de *falanga* mérite la même attention que le premier. Certains prisonniers n'ont jamais eu l'opportunité d'évoquer leur sort devant des personnes de l'extérieur – et il est erroné de croire que les détenus s'entretiennent constamment de la torture entre eux. Les détenus qui n'ont aucun élément nouveau à apporter à l'enquête doivent recevoir autant d'attention que les autres.

D. – Techniques d'interrogation

134. Plusieurs règles de base doivent être respectées (voir chap. III, sect. C.2.*g*). L'information est certes importante, mais la personne interrogée l'est plus encore. De même, l'écoute est primordiale : si on ne fait que poser des questions, tout ce qu'on obtient en retour, ce sont des réponses. Pour le détenu, il peut être plus important de parler de sa famille que de la torture. C'est pourquoi il convient de ménager du temps pour l'évocation de préoccupations personnelles. La torture, notamment sexuelle, est un sujet très intime qui ne sera parfois pas abordé avant une seconde visite, voire plus tard encore. On ne devrait jamais forcer les victimes à parler de la torture si elles ne se sentent pas en confiance.

E. – Étude du contexte

1. *Profil psychosocial et pré-détention*

135. Lorsque la victime présumée est en liberté, l'enquêteur devrait s'intéresser à sa vie quotidienne, à ses relations avec ses parents et amis, à son travail, à ses études et autres activités, à ses intérêts, à ses projets d'avenir, à son éventuelle consommation d'alcool, médicaments et autres drogues. Il devrait également s'efforcer d'établir son profil psychosocial. Lorsque la victime présumée est toujours en détention, la conversation touchant à ces divers aspects sera nécessairement plus limitée. En revan-

che, il est essentiel de s'informer des traitements à base de médicaments éventuellement suivis par le patient, car les personnes placées en détention peuvent se voir privées des médicaments prescrits, au risque de sérieuses conséquences pour leur santé. Les questions touchant aux activités politiques, croyances et opinions ne sont pertinentes que dans la mesure où elle jouent un rôle dans l'internement ou la torture de l'intéressé. Il est quoi qu'il en soit préférable de les formuler de façon indirecte, en demandant à la personne concernée quelles accusations ont été prononcées à son encontre ou pourquoi elle pense avoir été internée et torturée.

2. *Résumé de la détention et des sévices*

136. Avant d'entrer dans les détails, l'enquêteur devrait s'efforcer d'obtenir un résumé des événements, y compris dates, lieux et durée de la détention, fréquence et durée des séances de torture. Un tel résumé l'aidera par la suite à employer efficacement le temps à disposition. Souvent, les personnes qui ont été torturées à de multiples reprises se souviennent des faits, mais sont incapables de préciser les lieux et les dates. Dans de tels cas, il peut s'avérer préférable de solliciter un récit par méthodes de torture plutôt qu'un compte rendu chronologique, tout en s'efforçant d'établir le plus clairement possible où ont été commis tels ou tels actes. Les lieux de détention étant administrés par différents services de sécurité, de la police ou de l'armée, le recoupement de ces informations permettra de se faire une idée globale des pratiques de torture et pourra faciliter considérablement l'enquête.

3. *Circonstances de l'arrestation*

137. Exemples de questions : Quelle heure était-il ? Où étiez-vous ? Que faisiez-vous ? Qui était présent ? De quoi avaient l'air les individus qui vous ont arrêté, était-ce des militaires ou des civils, étaient-ils en uniforme ou en civil, quel genre d'armes portaient-ils ? Quelles phrases ont été prononcées ? Y avait-il des témoins ? Était-ce une arrestation officielle, un internement administratif, un enlèvement ? A-t-on recouru à la violence, aux menaces ? Y a-t-il eu une quelconque interaction avec des membres de la famille ? Prendre note également de l'éventuel usage d'entraves ou d'un bandeau, des moyens de transport ainsi que de la destination et de l'identité des personnes impliquées, lorsqu'elles sont connues.

4. *Lieu et conditions de détention*

138. Déterminer les conditions de détention en ce qui concerne la nourriture et la boisson, les sanitaires, l'éclairage, le chauffage et la ventilation, les contacts avec la famille, les avocats et les professionnels de la santé, l'espace vital (cellules communes ou isolement), en recherchant si possible d'autres témoignages pour corroborer les informations. On pourra poser les questions suivantes : Que s'est-il passé au début ? Où avez-vous été emmené ? Y a-t-il eu une procédure d'identification (enregistrement d'informations personnelles, empreintes digitales, photographies) ? Vous a-t-on demandé de signer un quelconque document ? Pouvez-vous décrire la cellule ou autre lieu de détention (dimensions, autres personnes présentes, éclairage, ventilation, température, présence d'insectes et rongeurs, literie, nourriture, boisson, sanitaires) ? Que pouviez-vous voir, entendre et sentir ? Aviez-vous des contacts avec l'extérieur et accès à des soins de santé ? Quelle était la disposition des lieux où vous étiez détenu ?

5. *Méthodes de torture et autres sévices*

139. Lorsqu'on s'emploie à recueillir des informations sur la torture et autres mauvais traitements, il convient d'être très circonspect dans la formulation des questions. En mentionnant telle ou telle forme particulière de torture dans l'énoncé de la question, on risque d'inciter la personne interrogée à déformer les faits; d'un autre côté, l'obtention de réponses négatives peut contribuer à établir la crédibilité du témoin. En règle générale, toutefois, on formulera les questions de manière à susciter un compte rendu narratif cohérent. L'enquêteur pourra, par exemple, poser les questions suivantes : Où et quand les sévices ont-ils eu lieu, combien de temps ont-ils duré ? Aviez-vous les yeux bandés ? Savez-vous qui était présent ? Pouvez-vous décrire le local ? Avez-vous remarqué des objets particuliers ? Demandez au témoin de décrire si possible avec précision chaque instrument de torture; pour la torture électrique, indiquer le voltage, l'appareil employé, le nombre et la forme des électrodes. Interrogez-le sur son habillement; a-t-il été dévêtu, a-t-on changé ses vêtements ? Prenez note des paroles prononcées pendant l'interrogatoire; injures et insultes à l'égard de la victime, conversation entre les tortionnaires.

140. Pour chaque méthode de torture, on notera : la position du corps, les entraves, la nature du contact – y compris durée, fréquence et localisation anatomique – ainsi que la partie du corps affectée. Y a-t-il eu hémorragie, blessure à la tête, perte de conscience ? En cas de perte de conscience, celle-ci a-t-elle résulté du traumatisme à la tête, de l'asphyxie, de la douleur ? L'enquêteur devrait également demander à l'intéressé comment il se sentait à la fin de la « séance ». Pouvait-il marcher ? Est-ce qu'il a fallu l'aider ou le porter pour le retour en cellule ? A-t-il pu se lever le jour suivant ? Combien de temps les pieds sont-ils restés enflés ? Ce genre de questions permet de se faire une idée plus complète des effets de la torture qu'une simple « liste de contrôle » de la méthode employée. Le témoignage devrait préciser les dates et la durée des séances de torture, ainsi que, pour les sévices de type positionnel, la position et les instruments. Dans les cas de torture par suspension, on indiquera également le matériel utilisé (corde, fil métallique et tissu laissent des marques différentes sur la peau). S'agissant de la durée des séances indiquée par la victime, l'enquêteur doit garder à l'esprit le fait que la torture altère communément les notions de temps et d'espace. Le témoin a-t-il fait l'objet d'agressions sexuelles, y compris verbales ? Lors des séances de torture électrique des parties génitales, les tortionnaires affirment couramment à la victime qu'elle sera désormais impuissante, par exemple. (Se reporter au chapitre V, section D.8, pour plus de détails sur l'évaluation des allégations de torture sexuelle.)

F. – Évaluation du contexte

141. Différentes raisons font qu'il peut s'avérer difficile d'obtenir une relation précise d'actes de torture. En voici quelques-unes parmi les plus notables :

a) La victime était aveuglée, droguée ou inconsciente pendant la torture;

b) Le témoin craint de mettre sa sécurité ou celle d'autres personnes en danger;

c) Le témoin ne fait pas confiance à l'enquêteur ou à l'interprète;

d) La lucidité du témoin est affectée par l'impact psychologique de la torture – par exemple, crises d'hyperémotivité ou troubles de la mémoire consécutifs à la dépression ou au syndrome de stress post-traumatique;

e) Le témoin souffre de troubles de la mémoire de nature neuropsychiatrique, suite à un traumatisme à la tête, à l'étouffement ou à la suffocation, à l'inanition;

f) Le témoin active des mécanismes de défense – négation, évitement;

g) Le témoin est soumis à des interdits culturels limitant à des interlocuteurs spécifiques l'évocation d'expériences traumatisantes[72].

142. Chacun de ces facteurs peut entraîner des incohérences dans le témoignage de l'intéressé. Dans la mesure du possible, l'enquêteur devrait s'efforcer de clarifier les points douteux avec le témoin. À défaut, il devrait rechercher d'autres éléments de preuve confirmant ou infirmant ces mêmes points. Un faisceau d'indices concordants pourra corroborer et éclairer le récit du témoin. Et, même si ce dernier ne peut pas fournir tous les détails souhaités par l'enquêteur (dates et fréquence des séances de torture, identité exacte des tortionnaires, etc.), les grandes lignes de son témoignage demeureront valables et serviront à terme la finalité de l'enquête.

G. – Étude des méthodes de torture

143. Une fois recueilli le récit détaillé des événements, il est conseillé de passer en revue d'autres méthodes possibles de torture, ceci en vue d'approfondir sa connaissance des pratiques régionales et de modifier en conséquence les directives locales. Par ailleurs, les questions relatives à certaines formes particulières de torture peuvent s'avérer utiles dans les cas suivants :

a) Les souvenirs sont embrouillés par des symptômes psychologiques;

b) Le traumatisme a entraîné une altération des facultés sensorielles;

c) Possibilité de lésions organiques du cerveau;

d) Témoignage limité par des facteurs éducatifs et culturels.

144. La distinction entre torture physique et psychologique est artificielle. Ainsi, la torture sexuelle cause généralement des symptômes tant physiques que psychologiques, même s'il n'y a pas eu d'agression physique. La liste ci-dessous vise à mettre en lumière différentes catégories possibles de torture. Elle n'est pas destinée à servir de liste de contrôle pour l'enquêteur ni de modèle pour répertorier les méthodes de torture dans son rapport. Une approche fondée sur l'utilisation d'une liste peut être contre-productive, car le tableau clinique complet des conséquences de la torture va bien au-delà de la simple addition des lésions qui peuvent être énumérées sur un tel document. Au demeurant, l'expérience a montré que, confrontés à une telle approche, les tortionnaires se focalisent souvent sur une méthode particulière et s'efforcent de réfuter sa qualification comme forme de torture. Voici quelques formes de torture courantes ainsi que des exemples non exhaustifs :

a) Coups de poing, de pied, gifles, coups infligés au moyen d'un fouet, de fil électrique, d'une matraque et autres traitements causant des meurtrissures, comme de faire tomber la victime à terre;

b) Tortures positionnelles, consistant à suspendre le sujet, à attacher ses membres en extension, à lui imposer de manière prolongée un mouvement particulier ou une position inconfortable;

c) Brûlures au moyen de cigarettes, d'instruments portés à haute température, de liquide bouillant ou de substances caustiques;

d) Chocs électriques;

e) Asphyxie par noyade, suffocation, étouffement ou inhalation de produits chimiques;

f) Blessures par écrasement – des doigts, ou des cuisses ou du dos au moyen d'un rouleau, par exemple;

g) Blessures pénétrantes – à l'arme blanche, par balle, ou causées par l'introduction d'un fil de fer sous les ongles;

h) Brûlures causées par l'application de sel, piment, essence ou autres substances sur des plaies ou des muqueuses;

i) Violences sexuelles – coups sur les parties génitales et autres brutalités touchant les organes sexuels, viol;

j) Blessures par broiement ou arrachage de doigts ou de membres;

k) Amputation et ablation chirurgicales de doigts, membres ou organes;

l) Torture pharmacologique par administration de doses toxiques de sédatifs, neuroleptiques, produits paralysants, etc.;

m) Conditions de détention cruelles ou dégradantes – cellules minuscules ou surpeuplées, isolement, insalubrité et manque d'hygiène, nourriture et boisson insuffisantes

[72] R. F. Mollica et Y. Caspi-Yavin, "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, éd., Cambridge, Cambridge University Press, 1992:38-55.

ou contaminées, températures extrêmes, promiscuité, nudité forcée;

n) Privation ou manipulation des stimuli sensoriels normaux, déni ou restriction des besoins naturels – son, lumière et éclairage, notion du temps, isolement, besoins physiologiques, sommeil, eau, nourriture, hygiène, mobilité, soins médicaux, contacts sociaux à l'intérieur du lieu de détention et avec le monde extérieur (les victimes sont souvent maintenues en isolement afin d'éviter l'établissement de liens de solidarité et de favoriser un attachement névrotique au tortionnaire);

o) Humiliations verbales et physiques;

p) Menaces de mort, de violences contre la famille, de tortures supplémentaires, d'emprisonnement, simulacres d'exécutions;

q) Menaces d'agressions par des animaux tels que chiens, chats, rats ou scorpions;

r) Tortures psychologiques visant à détruire la personnalité – en forçant la victime à trahir, en la confrontant à son impuissance, en l'exposant à des situations ambiguës, en lui adressant des messages contradictoires;

s) Violation de tabous;

t) Contrainte comportementale – le fait d'obliger le sujet à violer les préceptes de sa propre religion (par exemple, forcer un musulman à manger du porc), à infliger à d'autres la torture ou autres mauvais traitements, à détruire des biens, à trahir d'autres personnes en les mettant en danger, à assister à des tortures ou autres atrocités infligées à d'autres personnes;

u) Le fait d'obliger un individu à assister à des tortures ou atrocités infligées à d'autres.

H. – Risque de re-traumatisation des personnes interrogées

145. Étant donné que les lésions peuvent varier en nature et en gravité en fonction des méthodes de torture, les données recueillies dans le cadre de l'enquête et de l'examen médical devraient être recoupées au moyen de tests de laboratoire et d'examens radiologiques appropriés. À chaque étape du processus, il importe de fournir toutes les informations et explications utiles (voir chap. VI, sect. B.2.*a*).

146. À cause des séquelles psychologiques de la torture, en particulier les diverses manifestations du syndrome de stress post-traumatique, les victimes risquent de revivre leur expérience à l'occasion d'un entretien, d'un examen médical ou d'un quelconque test de laboratoire. C'est pourquoi il importe de bien leur expliquer à l'avance ce à quoi elles s'exposent éventuellement. Les victimes de la torture qui restent dans leur pays sont souvent hantées par la peur d'une nouvelle arrestation, et elles sont souvent contraintes de passer dans la clandestinité pour y échapper. Quant aux exilés et réfugiés, ils sont souvent coupés de leurs racines – langue, culture, famille, amis, travail et tout ce qui leur était familier.

147. Les réactions individuelles des victimes de la torture face à l'enquêteur et face à l'éventuel interprète peuvent avoir une incidence notable sur le déroulement de l'entretien ainsi que, par extension, sur le résultat de l'enquête. Cela vaut également pour les réactions personnelles de l'enquêteur vis-à-vis de la personne interrogée. Il importe d'être conscient des entraves à la communication et la compréhension que peuvent susciter ces réactions réciproques. L'enquêteur devrait réexaminer en permanence le processus des entretiens et de l'enquête en consultant des collègues qui possèdent une solide expérience de l'évaluation psychologique et des contacts avec les victimes de la torture. De telles discussions représentent un moyen efficace de remettre en perspective le déroulement des entretiens et de l'enquête et de surmonter les obstacles susceptibles d'entraver la communication (voir chap. VI, sect. C.2).

148. En dépit de toutes les précautions, les examens physiques et psychologiques, en sollicitant des souvenirs et impressions douloureux, risquent de provoquer ou d'exacerber chez le sujet des troubles de stress post-traumatique (voir chap. VI, sect. B.2). Les questions touchant à la détresse psychologique et, plus encore, au domaine de la sexualité, se heurtent à des interdits dans la plupart des sociétés traditionnelles, et le fait d'aborder ces sujets est considéré comme un manque de respect, voire une insulte. Les victimes de tortures sexuelles sont parfois irrémédiablement atteintes dans leur intégrité morale, religieuse, sociale ou psychologique. C'est pourquoi il est de la plus extrême importance pour le succès d'un entretien avec de telles personnes de faire montre d'une compréhension respectueuse et d'une totale transparence concernant la confidentialité – et ses limites – du témoignage. L'enquêteur doit s'efforcer de déterminer dans quelle mesure les objectifs de la procédure justifient son éventuelle insistance pour obtenir des détails, surtout lorsque la victime manifeste d'évidents signes de détresse pendant l'entretien.

I. – Services d'interprètes

149. Les services d'un interprète sont généralement indispensables pour permettre à l'enquêteur de comprendre pleinement les déclarations du témoin. Même lorsque l'enquêteur possède des notions de la langue de ce dernier, les informations recherchées sont souvent trop importantes pour risquer d'éventuelles erreurs de compréhension. Les interprètes doivent être dûment avertis que tout ce qu'ils entendent et traduisent dans le cadre d'un entretien est strictement confidentiel. Ce sont eux qui obtiennent toute l'information de première main, sans aucune censure. Les témoins doivent avoir l'assurance que ni l'enquêteur, ni l'interprète ne mésuseront de cette information (voir chap. VI, sect. C.2).

150. Lorsque l'interprète n'est pas un professionnel, il y a toujours un risque que l'enquêteur perde le contrôle de l'entretien. Témoin et interprète peuvent se laisser entraîner dans une conversation qui s'écarte des objectifs de l'enquête, et l'interprète risque de prendre par un biais quelconque la direction de l'entretien ou de déformer les réponses du témoin. Lorsqu'on a recours aux services d'un interprète, on perd inévitablement des éléments d'information, certains pertinents, d'autres accessoires.

Dans ces cas extrêmes, il peut s'avérer nécessaire pour les enquêteurs de s'abstenir de prendre des notes pendant les entretiens et de fragmenter ceux-ci en plusieurs séances de courte durée, en vue de transcrire les informations les plus significatives dans l'intervalle des séances.

151. L'enquêteur devrait toujours adresser ses questions directement au témoin en maintenant un contact visuel avec ce dernier, plutôt que se tourner vers l'interprète. De même, il devrait utiliser la deuxième personne dans l'énoncé de ses questions – « Qu'avez-vous fait ensuite », par exemple, plutôt que : « Demandez-lui ce qu'il a fait ensuite ». Trop souvent, les enquêteurs écrivent pendant que l'interprète traduit la question ou pendant que le témoin y répond. Certains donnent l'impression de ne pas suivre vraiment l'entretien, parce que celui-ci se déroule dans une langue qu'ils ne comprennent pas. L'enquêteur devrait toujours être attentif, non seulement aux paroles, mais aussi au langage corporel, aux expressions faciales, au ton de la voix et aux gestes du témoin, tous ces éléments étant essentiels pour se former une opinion. Il devrait en outre se familiariser avec le vocabulaire de la torture dans la langue du témoin, de manière à pouvoir montrer qu'il sait de quoi il est question. Le fait de manifester une réaction, plutôt que de rester inexpressif, en entendant un mot comme *submarino* ou *darmashakra*, par exemple, ajoutera à sa crédibilité.

152. Dans le cadre des visites de détenus, il est préférable de ne pas recourir à des interprètes locaux s'il y a le moindre risque qu'ils suscitent la défiance des personnes interrogées. C'est préférable également pour les interprètes eux-mêmes, car les autorités locales peuvent être tentées d'essayer de leur soutirer des renseignements ou, faute d'y parvenir, de les intimider. Mieux vaut donc utiliser les services d'interprètes indépendants, n'entretenant aucun lien avec la communauté locale. À défaut de maîtriser parfaitement la langue des personnes interrogées, il convient autant que possible de faire appel à des interprètes chevronnés et compétents, sensibilisés au problème de la torture et à la culture locale. Par principe, on s'abstiendra de solliciter les services de codétenus, sauf si le témoin lui-même choisit une personne en qui il a une entière confiance. S'agissant des témoins qui ne sont pas en détention, beaucoup de ces règles de base restent valables, mais il est généralement plus facile d'obtenir les services d'une personne extérieure.

J. – Problèmes liés au sexe

153. Dans l'idéal, toute équipe d'enquête devrait inclure des spécialistes des deux sexes, de façon à permettre aux victimes présumées de tortures de choisir le sexe de leur interlocuteur, y compris l'interprète. C'est particulièrement important lorsque le témoin est une femme qui a été détenue dans un environnement où le viol est une pratique courante, même si l'intéressée ne s'est pas plainte de tels sévices. Même en l'absence de violence sexuelle caractérisée, la plupart des pratiques de torture comportent une dimension sexuelle (voir chap. V, sect. D.8). Si une femme est invitée à évoquer des sévices de nature sexuelle par une personne dont la conformation physique lui rappelle ses tortionnaires – dans la plupart des cas, ces derniers sont des hommes – son traumatisme risque d'être réactivé. Dans certaines cultures, il est au demeurant exclu qu'un enquêteur de sexe masculin interroge une victime de sexe féminin –, et cette règle doit être respectée. En dehors de ces cultures, toutefois, beaucoup de femmes préféreront s'entretenir avec un médecin de sexe masculin plutôt qu'avec une femme appartenant à une autre corporation, afin de pouvoir bénéficier de conseils et informations spécialisés. Dans un tel cas, cependant, il est essentiel que l'éventuel interprète soit une femme. Certaines personnes préfèrent en outre que l'interprète soit étranger à leur communauté, à la fois pour que sa présence ne réveille pas des souvenirs associés à la torture et pour des raisons de confidentialité (voir chap. IV, sect. I). Lorsqu'il n'y a pas besoin de recourir à un interprète, une femme membre de l'équipe d'enquête devrait quoi qu'il en soit être présente pour rassurer le témoin au moins pendant l'examen physique et, si le témoin le souhaite, pendant tout l'entretien.

154. Lorsque la personne interrogée est un homme victime de sévices sexuels, la situation est plus complexe, lesdits sévices étant essentiellement commis par des hommes dans ce cas-là aussi. Certains préféreront raconter les événements à une femme par peur et défiance des hommes en général, d'autres se refuseront à évoquer des faits de cette nature devant une femme.

K. – Recours à d'autres services

155. Lorque c'est possible, les examens visant à documenter des actes de torture devraient être assortis d'une évaluation d'autres besoins éventuels, comme le recours aux services de médecins spécialisés, de psychologues, de physiothérapeutes ou d'assistants sociaux. Les enquêteurs devraient être informés des possibilités locales dans ces domaines et ne devraient pas hésiter à insister pour qu'il soit procédé à des consultations ou examens complémentaires si cela apparaît nécessaire. La recherche des éléments de preuve médicale de la torture et autres mauvais traitements ne dispense pas les médecins de leurs obligations morales. C'est pourquoi toute personne dont l'état semble nécessiter d'autres soins spécialisés devrait être orientée vers les services appropriés.

L. – Interprétation des éléments d'enquête et conclusions

156. Les symptômes physiques de la torture varient en fonction de l'intensité, de la fréquence et de la durée des violences, de la capacité de la victime à se préserver et de sa condition physique antérieure. Certaines formes de torture ne laissent pas de traces physiques, mais certains symptômes peuvent leur être associés a posteriori. Ainsi, les coups à la tête ayant entraîné une perte de connaissance peuvent entraîner des crises d'épilepsie ou un dysfonctionnement organique du cerveau. De même, les tortures par privation – nourriture inadéquate, hygiène insuffisante – peuvent entraîner des symptômes d'avitaminoses.

157. Certaines formes de torture sont étroitement associées à des séquelles particulières. Par exemple, les coups à la tête suivis de perte de conscience jouent un rôle

important dans le diagnostic du dysfonctionnement organique du cerveau, et les sévices génitaux sont fréquemment associés à des dysfonctionnements sexuels.

158. Par ailleurs, il importe de ne pas oublier que les tortionnaires tentent parfois de masquer leurs actes. Ainsi, afin d'éviter les marques physiques que peuvent produire les coups, ils recourent à des objets larges et contondants, et couvrent la victime d'une couverture – ou, dans le cas de la *falanga*, de chaussures – afin de répartir l'impact des coups. Les tortures par étirement, écrasement ou asphyxie sont d'autres méthodes destinées à causer un maximum de douleur et de souffrance pour un minimum de traces. C'est dans le même but qu'on utilise couramment des serviettes humides dans la torture électrique.

159. Le rapport doit indiquer les qualifications et l'expérience de l'enquêteur. Si possible, il mentionnera le nom du témoin ou patient. Si cette indication comporte un risque sérieux pour l'intéressé, on pourra utiliser un pseudonyme ou autre code permettant à l'équipe d'enquête et à elle seule d'identifier la personne. Le rapport doit également mentionner l'identité de toute autre personne présente dans la salle pendant tout ou partie de l'entretien. Il doit relater en détail les informations recueillies, en éviter les ouï-dire, et, lorsqu'il y a lieu, les conclusions des enquêteurs. Il doit être signé, daté et inclure toute déclaration requise par la juridiction dans le cadre de laquelle il est établi (voir annexe IV).

CHAPITRE V

PREUVES PHYSIQUES DE LA TORTURE

160. Les déclarations des témoins et des victimes constituent des éléments indispensables de toute procédure de documentation de la torture. Lorsqu'il existe des preuves physiques de la torture, celles-ci apportent une confirmation importante desdites déclarations. Toutefois, l'absence de telles preuves ne devrait pas être invoquée pour nier la torture, car de nombreuses formes de sévices ne laissent pas de traces et encore moins de cicatrices permanentes.

161. Une évaluation médicale à des fins légales doit être conduite avec objectivité et impartialité. Elle doit être fondée sur la compétence clinique et l'expérience professionnelle du médecin. Celui-ci est tenu par ses obligations morales vis-à-vis de tout patient de faire preuve de la plus grande rigueur et impartialité, de manière à promouvoir et consolider le crédit de la profession. Dans la mesure du possible, les cliniciens appelés à examiner des détenus devraient avoir une formation de base dans le domaine de la documentation légale de la torture et autres formes de sévices physiques et psychologiques. Ils devraient être familiarisés avec l'environnement carcéral et les méthodes de torture pratiquées dans la région où le patient a été emprisonné, ainsi qu'avec les effets secondaires courants de la torture. Leur rapport médical devrait être factuel et rédigé avec soin, en évitant le jargon et en définissant les termes médicaux d'une manière compréhensible par les profanes. Le médecin ne devrait pas tenir pour acquis que tous les éléments matériels pertinents ont été communiqués par le fonctionnaire qui a réclamé l'évaluation médico-légale. C'est au médecin qu'il incombe de recueillir ces éléments et d'en rendre compte, même si certains d'entre eux peuvent être jugés hors de propos, voire contraires à ses intérêts, par la partie qui a réclamé l'examen. Les éléments qui corroborent la torture et autres mauvais traitements ne devraient en aucune circonstance être écartés du rapport.

A. – Structure de l'entretien

162. Ces remarques s'appliquent plus spécialement aux entretiens avec des personnes qui ne sont plus en détention. Le lieu de l'entretien et de l'examen devrait être aussi sûr et confortable que possible. Il importe de ménager suffisamment de temps pour permettre un entretien et un examen approfondis. Un entretien de deux à quatre heures peut s'avérer insuffisant pour évaluer les éléments de preuve physique ou psychologique de la torture. À tout moment, des facteurs spécifiques à la situation, comme la dynamique de l'entretien, la gêne éprouvée par le patient face au dévoilement de son intimité, sa crainte de persécutions futures, ses sentiments de honte ou de culpabilité vis-à-vis des événements passés, peuvent raviver le souvenir d'une expérience de torture, accentuant ainsi son angoisse et sa réticence à révéler certaines informations. Un deuxième, voire un troisième entretien peut alors s'avérer nécessaire pour achever l'évaluation.

163. Si l'on veut obtenir un récit fidèle d'actes de torture, la confiance est essentielle. Écoute active, rigueur dans la communication, courtoisie, empathie sincère et honnêteté sont indispensables pour gagner la confiance d'une personne qui a subi la torture ou autres mauvais traitements. Les médecins doivent être capables de créer un climat de confiance propice à la divulgation d'informations cruciales, mais souvent douloureuses. Ils doivent être conscients que les faits révélés sont parfois des secrets très intimes, dévoilés peut-être pour la première fois. En plus d'offrir au patient un lieu aussi sécurisant et confortable que possible – sans oublier de prévoir toilettes et rafraîchissements – et de ménager suffisamment de temps pour l'entretien, le médecin devrait expliquer à l'intéressé ce qu'il peut attendre de l'évaluation. Il doit aussi être attentif au ton, à la formulation et à l'enchaînement de ses questions (les questions délicates ne devraient être posées qu'une fois établi un certain degré de confiance) et respecter l'éventuel souhait du patient de faire une pause ou son refus de répondre à la moindre question.

164. Médecins et interprètes ont le devoir de garder confidentielles les informations recueillies et de ne les divulguer qu'avec l'accord du patient (voir chap. III, sect. C). Ce dernier doit être examiné en privé et doit être informé de toute restriction quant à la confidentialité de l'évaluation qui peut être imposée par l'État ou les pouvoirs judiciaires. Le but de l'entretien doit lui être clairement expliqué, ainsi que les conséquences tant positives que négatives à attendre de l'évaluation médicale. Le patient ayant le droit de refuser ladite évaluation, le médecin doit obtenir son consentement en connaissance de cause, ainsi que l'assurance qu'il donne son accord en toute liberté, sans y avoir été contraint par d'autres parties, notamment des représentants des autorités chargées de l'application de la loi ou des autorités judiciaires. En cas de refus, le médecin doit en établir le motif. Lorsque la personne concernée est un détenu, le rapport doit être signé par son avocat et par un autre professionnel de la santé dûment habilité.

165. Dans certains cas, les patients craignent que les informations divulguées dans le cadre de l'évaluation ne puissent être gardées hors de portée des autorités responsables de leur persécution. La crainte et la défiance peu-

vent être particulièrement aiguës lorsque des médecins ou autres professionnels de la santé ont participé à la torture. Souvent, l'évaluateur appartient à une ethnie ou autre communauté dominante, alors que le patient fait partie d'un groupe minoritaire. Une telle circonstance est susceptible de conforter chez ce dernier le sentiment, justifié ou non, du déséquilibre du pouvoir et d'accentuer ses sentiments de peur, de défiance et de sujétion.

166. Empathie et contact humain peuvent représenter pour les personnes en détention les apports les plus précieux de leur participation à une enquête. Sur le plan pratique, elles n'ont généralement pas de bénéfice particulier à en attendre, car elle intervient la plupart du temps après que la torture a cessé. La maigre consolation de savoir que l'information fournie pourra contribuer à améliorer à terme les conditions de détention aura beaucoup plus de poids si l'enquêteur manifeste une sincère empathie. Bien que cela puisse sembler évident, il n'est que trop fréquent que les enquêteurs, obnubilés par la recherche d'informations, négligent le besoin de compassion des détenus.

B. – Profil médical

167. Il convient d'obtenir un profil médical complet de la personne interrogée, incluant ses antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, ainsi que toute éventuelle blessure antérieure à l'internement, de même que ses possibles séquelles. L'entretien devrait être conduit de manière à favoriser une relation libre et chronologique des événements survenus dans le cadre de la détention.

168. Une connaissance générale des pratiques de torture sera utile pour établir le lien entre les méthodes employées dans la région et les allégations des victimes présumées. Description des instruments de torture, de la position du corps, des entraves, des lésions aiguës et chroniques, des tortionnaires et des lieux de détention sont autant d'exemples d'informations précieuses pour le succès de l'enquête. Toutefois, s'il est essentiel de recueillir des informations précises concernant l'expérience du témoin, celui-ci devrait pouvoir s'exprimer librement, en utilisant ses propres mots. Si le témoin n'arrive pas à verbaliser son expérience et ses symptômes, on pourra dans certains cas recourir à des listes de contrôle ou à des questionnaires répertoriant diverses formes de traumatismes. Il convient cependant de noter qu'il n'existe pas de listes de contrôle ou questionnaires spécifiquement destinés aux victimes d'actes de torture. Toute plainte exprimée par une personne ayant subi la torture doit être prise en compte, même lorsqu'elle n'est pas étayée par les observations cliniques. De même, tous les symptômes et infirmités aigus et chroniques associés à des formes particulières de torture et aux processus de guérison devraient être enregistrés.

1. *Symptômes aigus*

169. Le patient devrait être invité à décrire toute lésion ou trouble ayant pu résulter d'une forme particulière de torture – hémorragie, contusion, tuméfaction, plaie ouverte, lacération, fracture, dislocation, affection articulaire, hémoptysie, pneumothorax, perforation du tympan, lésions du système génito-urinaire, brûlures (couleur, coque ou nécrose selon le degré), lésions consécutives à des décharges électriques (taille et nombre, couleur, caractéristiques superficielles), lésions par torture chimique (couleur, nécrose), douleurs, engourdissement, constipation, vomissements, etc. – en indiquant l'intensité, la fréquence et la durée de chaque symptôme. L'éventuelle apparition de lésions cutanées subséquentes devrait également être mentionnée, en précisant si elles ont laissé ou non des cicatrices. On interrogera en outre le patient sur son état de santé au moment de sa libération. Pouvait-il marcher ? A-t-il dû s'aliter ? Dans l'affirmative, pour combien de temps ? Combien de temps les blessures ont-elles mis à guérir ? Étaient-elles infectées ? Le patient a-t-il reçu des soins ? Par un médecin ou un guérisseur traditionnel ? Ne pas oublier que la capacité du détenu à répondre à de telles questions peut avoir été altérée par la torture ou par ses effets secondaires. Le cas échéant, il convient d'en prendre note.

2. *Symptômes chroniques*

170. Demandez au patient de mentionner les troubles physiques qu'il pense être associés aux actes de torture et autres mauvais traitements subis. Prenez note de la gravité, de la fréquence et de la durée des divers symptômes, de leurs éventuels effets invalidants, ainsi que des soins médicaux ou psychologiques requis pour leur traitement. Certaines conséquences physiques de sévices peuvent être observées après des mois, voire des années – cicatrices de brûlures électriques ou thermiques, déformations osseuses, fractures mal réduites, problèmes dentaires, chute des cheveux, myofibrose, par exemple. Quelques symptômes somatiques parmi les plus courants : maux de tête et de dos, troubles gastro-intestinaux, dysfonctionnements sexuels et douleurs musculaires; psychologiques : dépression, anxiété, insomnie, cauchemars, troubles de la mémoire (voir chap. VI, sect. B.2).

3. *Résumé d'un entretien*

171. Les victimes de la torture peuvent présenter des lésions relativement atypiques. Si les lésions aiguës peuvent être caractéristiques des sévices allégués, la plupart guérissent dans un délai de six semaines environ en moyenne, sans laisser de traces significatives. Cela tient dans bien des cas au fait que les tortionnaires utilisent des méthodes destinées à éviter ou à limiter les marques visibles des blessures infligées. Dans de telles circonstances, l'examen physique pourra dégager un bilan apparemment normal, mais on ne saurait en inférer l'absence de sévices. Le compte rendu détaillé du témoignage du patient concernant ses lésions aiguës et le processus de guérison constitue souvent une source importante d'éléments de preuve à l'appui d'allégations spécifiques d'actes de torture et autres mauvais traitements.

C. – Examen physique

172. Une fois l'entretien terminé et moyennant le consentement en connaissance de cause du patient, un médecin qualifié procédera à un examen approfondi. Dans la mesure du possible, le patient devrait avoir la possibilité de choisir le sexe du médecin et de l'éventuel interprète.

Si le médecin n'est pas du même sexe que le patient, l'examen devrait se dérouler en présence d'une personne du même sexe que le patient, sauf si ce dernier s'y oppose. Le patient doit bien comprendre qu'il reste libre à tout moment de limiter le champ de l'examen ou d'y mettre un terme (voir chap. IV, sect. J).

173. La présente section fait souvent référence au recours à des spécialistes ou à des examens complémentaires. À moins que le patient ne soit en détention, il importe que les médecins aient accès à des services de soins physiques et psychologiques aptes à répondre aux besoins de suivi éventuellement identifiés. Dans bien des cas, certains tests de diagnostic ne sont pas disponibles, mais cela ne doit en aucune façon invalider le rapport. (Pour plus de détails sur les tests diagnostiques, voir annexe II.)

174. Losqu'il existe des allégations d'actes de torture récents et que le patient a gardé sur lui les vêtements qu'il portait pendant la torture, on devrait mettre ceux-ci de côté sans les laver en vue de leur examen ultérieur, et fournir au patient des vêtements de rechange. La salle d'examen devrait être dotée d'un éclairage suffisant et de tout l'équipement médical requis pour l'examen. Toute carence dans ce domaine devrait être notée dans le rapport. Le médecin devrait enregistrer toutes les observations pertinentes, tant positives que négatives, en usant de schémas anatomiques pour indiquer l'emplacement et la nature de toutes les blessures (voir annexe III). Certaines formes de torture, comme les chocs électriques et les contusions, indétectables dans un premier temps, pourront être révélées par des examens complémentaires. Bien qu'il soit rarement possible de photographier les lésions de patients se trouvant encore aux mains de leurs tortionnaires, le recours aux photographies devrait constituer un élément de routine de tout examen. Faute de mieux, on prendra des photographies même de mauvaise qualité, mais on s'efforcera de les doubler le plus rapidement possible par des clichés de qualité professionnelle (voir chap. III, sect. C.5).

1. *Peau*

175. L'examen devrait englober tout le corps afin de détecter les éventuels signes d'affections généralisées de la peau, comme les avitaminoses A, B et C, ainsi que les lésions antérieures et/ou consécutives à la torture – abrasions, contusions, lacérations, piqûres, brûlures, alopécie, ongles arrachés, etc. Pour les lésions associées à la torture, on devrait indiquer l'emplacement, la forme, la taille, la couleur, l'aspect (squameux, croûteux, ulcéreux) ainsi que la démarcation et le niveau vis-à-vis de la peau environnante. Il est essentiel de faire des photographies quand c'est possible. À l'issue de l'examen, le médecin devra émettre une opinion quant à l'origine des lésions : infligées par des tiers ou auto-infligées, accidentelles ou consécutives à un processus morbide[73,74].

[73] O. V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin*, supplément 37, 1990, 1:1-88.

[74] R. Bunting, "Clinical examinations in the police context", *Clinical Forensic Medicine*, W. D. S. McLay, éd., Londres, Greenwich Medical Media, 1996:59-73.

2. *Visage*

176. Les tissus faciaux devraient être palpés afin de détecter d'éventuels signes de fracture, crépitation, tuméfaction ou douleur. Les composantes motrices et sensorielles de tous les nerfs crâniens devraient être examinées, de même que le goût et l'odorat. Le scanner, de préférence à la radiographie traditionnelle, est le meilleur moyen de diagnostiquer et d'établir les caractéristiques de fractures faciales, de vérifier les alignements osseux et de détecter les lésions et complications associées des tissus mous. Ne pas oublier que les lésions crâniennes et de la colonne cervicale sont souvent associées à des traumatismes faciaux.

a) *Yeux*

177. Il existe de nombreuses formes de lésions des yeux, parmi lesquelles les hémorragies conjonctivales, subhyaloïdes, rétro-oculaires et rétiniennes, le déplacement du cristallin et la perte de champ visuel. Étant donné les graves conséquences potentielles d'une absence de traitement ou d'un traitement inadéquat, on devrait réclamer une consultation ophtalmologique à chaque fois qu'on soupçonne un traumatisme ou une maladie oculaire. Le scanner est le meilleur moyen de diagnostiquer une éventuelle fracture orbitale et des lésions des tissus mous au niveau du globe ou de l'arrière-globe. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut utilement compléter la tomographie pour la détection des lésions des tissus mous, et la technique des ultrasons à haute résolution offre une bonne alternative pour l'évaluation des traumatismes du globe oculaire.

b) *Oreilles*

178. Les traumatismes de l'appareil auditif, notamment la rupture du tympan, sont un symptôme courant de coups violents. Le médecin devrait examiner attentivement les canaux de l'oreille et le tympan et décrire les éventuelles lésions constatées. Une méthode courante de torture, connue sous le nom de *teléfono* en Amérique latine, consiste à asséner de violents coups sur les oreilles avec la paume de la main. Elle provoque une rapide augmentation de la pression dans le canal de l'oreille qui entraîne à son tour la rupture de la membrane du tympan. L'examen doit intervenir très rapidement pour détecter les lésions ainsi causées au tympan; d'un diamètre inférieur à 2 mm, elles se cicatrisent en effet dans les 10 jours. On pourra observer parfois un écoulement de fluide dans l'oreille médiane ou externe. Si l'otorrhée est confirmée par les analyses de laboratoire, il convient de recourir à l'IRM ou au scanner afin de localiser l'emplacement de la fracture. Les éventuelles pertes d'acuité auditive pourront être détectées au moyen de simples tests d'évaluation. Si nécessaire, on pourra procéder à des mesures audiométriques sous la conduite d'un technicien qualifié. Pour diagnostiquer les fractures de l'os temporal ou la rupture de la chaîne des osselets, on recourra de préférence au scanner, puis à la tomographie hypocycloïdale, enfin à la tomographie linéaire.

c) *Nez*

179. Dans l'examen du nez, on sera attentif à l'alignement et à d'éventuels signes de crépitation et de déviation du septum nasal. Pour les fractures simples, les radiographies simples suffiront dans la plupart des cas. Pour les fractures complexes et en cas de déplacement du septum, il faudra procéder à une tomographie assistée par ordinateur. En cas de rhinorrhée, il est recommandé de recourir au scanner ou à l'IRM.

d) *Mâchoire, oropharynx et nuque*

180. Les fractures et dislocations des mandibules peuvent être le résultat de coups. Le syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire est une conséquence fréquente de coups sur le bas du visage et la mâchoire. On sera attentif également à d'éventuels signes de crépitation de l'os hyoïde ou du cartilage laryngé pouvant résulter de coups sur la nuque. Les observations relatives à l'oropharynx, notamment les lésions par brûlure pouvant résulter de chocs électriques, devraient être notées de manière détaillée, de même que les éventuelles hémorragies gingivales et autres affections des gencives.

e) *Cavité buccale et dents*

181. L'examen par un dentiste devrait faire partie des contrôles de santé routiniers pour les détenus. Souvent négligé, un tel examen constitue un élément important de leur évaluation médicale. Il arrive que l'on prive délibérément les détenus de soins dentaires à seule fin de favoriser l'aggravation de caries, gingivites et abcès dentaires. Le responsable de l'évaluation médicale devrait demander au patient un compte rendu complet de ses antécédents dentaires et, lorsqu'il existe un dossier dentaire, demander à le consulter. Dents arrachées ou fracturées, plombages disloqués et prothèses brisées sont autant de conséquences potentielles de coups ou de tortures électriques. Il convient de prendre note de toute carie ou gingivite. Le mauvais état de la dentition peut être le résultat des conditions de détention ou antérieur à celle-ci. La cavité buccale doit être soigneusement examinée. Langue, gencives et lèvres peuvent avoir été mordues par le sujet sous l'effet de décharges électriques et celles-ci peuvent avoir provoqué diverses lésions à l'intérieur de la bouche, de même que l'introduction forcée d'objets ou substances. La radiographie ou l'IRM permettent de déterminer l'étendue d'éventuelles lésions des tissus mous, des mandibules et des dents.

3. *Poitrine et abdomen*

182. Lors de l'examen du tronc, on sera attentif, outre aux éventuelles lésions de la peau, à la présence de zones de douleur, de sensibilité ou de gêne qui pourraient être les signes de lésions des muscles, des côtes ou des organes abdominaux. Le médecin doit envisager notamment la possibilité d'hématomes intramusculaires, rétropéritonéaux et intra-abdominaux, ainsi que de lacérations ou ruptures d'organes internes. Lorsque c'est possible, on recourra aux ultrasons, au scanner et à la scintigraphie en vue de confirmer de tels diagnostics. L'examen de routine du système cardiovasculaire, des poumons et de l'abdomen devrait être effectué selon la procédure habituelle. La détention peut causer des troubles respiratoires et aggraver ceux qui existaient préalablement.

4. *Système musculo-osseux*

183. Les victimes de la torture se plaignent très couramment de douleurs musculo-osseuses[75]. Celles-ci peuvent résulter de coups répétés, de la torture par suspension ou autres tortures positionnelles, ou encore des conditions générales de la détention[76]. Elles peuvent aussi être d'origine somatique (voir chap. VI, sect. B.2). Bien que non spécifiques, elles devraient être documentées. La physiothérapie donne généralement de bons résultats dans ces cas[77]. L'examen du squelette devrait inclure le contrôle de la mobilité des articulations, de la colonne vertébrale et des extrémités. Il importe également de noter toute sensation de douleur associée au mouvement, à la contraction et à la pression, ainsi que l'éventuelle présence d'un syndrome de loge, de fractures avec ou sans déformation et de dislocations. Les probables dislocations, fractures et ostéomyélites devraient être radiographiées. Dans le cas des ostéomyélites, la radiographie devrait être complétée par une scintigraphie osseuse à trois phases. L'IRM est la meilleure façon d'évaluer les lésions des tendons, des ligaments et des muscles, mais l'arthrographie donne également de bons résultats. Au stade aigu, elle permet de détecter d'éventuelles hémorragies et déchirures musculaires. Les lésions musculaires guérissent généralement sans laisser de traces cicatricielles, aussi l'imagerie médicale sera-t-elle négative si l'examen est trop tardif. Avec l'IRM et le scanner, les muscles dénervés et le syndrome chronique de loge sont révélés sous forme de fibromes. Les écrasements osseux peuvent être détectés au moyen de l'IRM ou de la scintigraphie. Ces lésions ne laissent généralement pas de traces.

5. *Système génito-urinaire*

184. L'examen gynécologique ne devrait être effectué qu'avec le consentement exprès du patient et différé si nécessaire à une séance ultérieure. Une personne du même sexe que le patient doit être présente si le médecin est, lui, du sexe opposé. (Pour plus de détails, se reporter au chapitre IV, section J, et à la section D.8 du présent chapitre pour les examens de victimes de sévices sexuels.) On pourra recourir aux ultrasons et à la scintigraphie dynamique pour détecter d'éventuels traumatismes génito-urinaires.

6. *Système nerveux central et périphérique*

185. L'examen neurologique devrait inclure les nerfs crâniens, les organes des sens et le système nerveux périphérique, en vue de détecter d'éventuelles neuropathies motrices et sensorielles pouvant résulter de traumatismes, d'avitaminoses ou de maladies. Il convient d'évaluer également les facultés cognitives et l'état mental (voir

[75] Voir note 73.

[76] D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6 1999:4-13.

[77] Voir note 73.

chap. VI, sect. C). Chez les patients qui font état de torture par suspension, on sera particulièrement attentif aux possibles symptômes de plexopathie brachiale (dissymétrie de la force manuelle, affaissement du poignet, faiblesse du bras accompagnée de variations des réflexes sensoriels et tendineux). Radiculopathies et autres neuropathies, déficits des nerfs crâniens, hyperalgésie, paresthésies, hyperesthésie, modification de la posture, altération de la sensibilité à la chaleur, de la fonction motrice, de la démarche et de la coordination sont autant de phénomènes pouvant résulter de la torture. Chez les patients faisant état de vertiges et de vomissements, on procédera à un examen de l'appareil vestibulaire et on notera toute manifestation de nystagmus. Sur le plan radiologique, on recourra si possible à l'IRM ou au scanner. La première technique est préférable pour l'évaluation radiologique du cerveau et des fosses postérieures.

D. – Examen et évaluation relatifs à des formes particulières de torture

186. On trouvera ci-après un survol, non exhaustif mais relativement complet, des principaux problèmes médicaux pouvant résulter de certaines des formes les plus courantes de torture. Pour chaque lésion observée, le médecin devrait indiquer le degré de compatibilité avec la forme de torture dénoncée par le patient. Ces indications sont généralement formulées comme suit :

a) Non compatible – la lésion ne peut pas avoir été causée par le traumatisme mentionné;

b) Compatible – la lésion pourrait avoir été causée par le traumatisme mentionné, mais elle n'est pas spécifique et il existe nombre d'autres causes possibles;

c) Très compatible – la lésion pourrait avoir été causée par le traumatisme mentionné, et il existe peu d'autres causes possibles;

d) Typique – la lésion est couramment associée au traumatisme mentionné, mais il existe d'autres causes possibles;

e) Spécifique – la lésion ne peut avoir été causée que par le traumatisme mentionné.

187. En dernier ressort, toutefois, l'examen a pour objet d'évaluer globalement l'ensemble des lésions constatées et non pas la compatibilité de chaque lésion avec une forme particulière de torture. (Le chapitre IV, section G, fournit une liste des principales méthodes de torture.)

1. *Coups et autres formes de contusions*

a) *Lésions de la peau*

188. Les lésions aiguës sont souvent caractéristiques de la torture, car elles se présentent sous des formes particulières qui les distinguent des lésions accidentelles (contours, répétition, répartition sur le corps). La plupart des lésions guérissant dans un délai de six semaines environ, sans laisser de cicatrices ou autres marques, une description convaincante du témoin concernant lesdites lésions et leur évolution jusqu'à la guérison constitue dans certains cas l'unique élément de preuve à l'appui d'allégations de torture. Les modifications permanentes de la peau par suite de contusions sont rares, non spécifiques et généralement dépourvues de valeur diagnostique. La présence prolongée de liens serrés autour du bras ou de la jambe, le plus souvent au niveau du poignet ou de la cheville, peut néanmoins laisser des séquelles, sous la forme d'une alopécie cicatricielle. Il n'existe pas à cet égard de diagnostic pouvant suggérer une maladie spontanée de la peau, et il n'y a guère d'apparences qu'un traumatisme de cette nature puisse se produire dans des circonstances normales.

189. Parmi les lésions aiguës, les abrasions de la peau peuvent se présenter sous la forme de griffures, de brûlures par frottement, d'écorchures et autres excoriations. Dans certains cas, leurs contours peuvent fournir une indication de l'instrument utilisé. Des abrasions répétées ou profondes peuvent créer des zones d'hypo ou d'hyperpigmentation, selon le type de peau. On peut observer de telles zones, par exemple, à l'intérieur des poignets lorsque les mains ont été attachées par des liens très serrés.

190. Les contusions et autres meurtrissures sont des symptômes d'hémorragies des tissus mous dues à la rupture de vaisseaux sanguins par suite de coups. Leur étendue et leur gravité dépendent non seulement de la violence des traumatismes, mais aussi de la structure et de la vascularité des tissus contusionnés. On les observe surtout dans les zones où une fine couche de peau recouvre les os et dans les zones graisseuses. De nombreux problèmes de santé, notamment les avitaminoses et les carences nutritionnelles, favorisent aussi l'apparition d'hématomes ou de purpura. Les contusions et abrasions indiquent qu'une violente pression a été exercée sur la zone lésée – mais leur absence ne permet pas de conclure à l'absence d'une telle pression. La forme des contusions permet parfois d'identifier l'instrument qui les a causées. Ainsi, une meurtrissure en forme de rail peut être associée à un coup donné au moyen d'une matraque ou d'une canne, par exemple. À mesure que les hématomes se résorbent, ils passent par toute une gamme de couleurs allant du bleu foncé, pourpre ou cramoisi au violet, au vert, au jaune foncé puis au jaune pâle, avant de disparaître. Il est néanmoins très difficile de fixer avec précision le moment où s'est produit le traumatisme. Avec certains types de peau, les contusions provoquent une hyperpigmentation qui peut se prolonger durant plusieurs années. Par ailleurs, les hématomes qui se forment dans les tissus sous-cutanés n'apparaissent parfois que plusieurs jours après le choc, le temps pour le sang extravasé de parvenir jusqu'à la surface. En cas d'allégation de coups mais en l'absence de contusion, le patient devrait donc être réexaminé après quelques jours. Dans un tel cas, il importe de ne pas perdre de vue que la localisation et la forme finales des meurtrissures ne constituent pas nécessairement des indications du traumatisme originel, et que certaines lésions peuvent s'être estompées dans l'intervalle[78].

[78] S. Gürpinar et S. Korur Fincanci, "Insan Haklari Ihlalleri ve Hekim Sorumlulugu" [Violations des droits de l'homme et responsabilité du médecin], *Birinci Basamak Için Adli Tip El Kitabi* [Manuel de médecine légale pour médecins généralistes], Ankara, Turkish Medical Association, 1999.

191. Les lacérations, déchirures ou écrasements de la peau et des tissus mous sous-jacents s'observent plus facilement lorsque les coups et autres pressions violentes touchent des parties protubérantes du corps, la peau étant alors comprimée entre l'objet qui exerce la pression et la surface de l'os. Toutefois, une pression violente peut provoquer de telles lésions sur n'importe quelle partie du corps. Les cicatrices dissymétriques ou situées à des endroits où il est rare d'en rencontrer, de même que la présence de marques diffuses sont autant d'indications de blessures infligées délibérément[79].

192. Les cicatrices laissées par la flagellation se présentent communément sous la forme de boursouflures dépigmentées entourées d'étroites bandes de peau hyperpigmentée. Le seul diagnostic alternatif est la dermatite plantaire, mais celle-ci se caractérise par l'hyperpigmentaton et par des marques plus courtes. En revanche, les dépigmentations linéaires, symétriques et atrophiques de la peau de l'abdomen, des aisselles et des jambes, parfois imputées à la torture, sont en réalité des symptômes de distension striée et ne sont normalement pas liées à la torture[80].

193. La torture par brûlure est celle qui laisse le plus fréquemment des cicatrices permanentes. Parfois, les marques observées permettent de poser le diagnostic. Les brûlures de cigarettes laissent souvent des macules circulaires ou ovoïdes de 5 à 10 mm de long, caractérisées par un centre hyper ou hypopigmenté et une périphérie hyperpigmentée aux contours relativement flous[81]. Les brûlures infligées au moyen d'objets portés à haute température provoquent des atrophies marquées de la peau dont les contours permettent parfois d'identifier la nature de l'objet employé; ces marques sont entourées d'étroites zones hypertrophiées ou hyperpigmentées délimitant la zone de brûlure initiale. On peut les observer, par exemple, après des brûlures causées au moyen d'une barre de métal chauffée à l'électricité ou d'un briquet à gaz. La présence d'un grand nombre de marques similaires tend à confirmer le diagnostic de torture, d'autant que les brûlures accidentelles sont généralement exemptes des caractéristiques zones marginales et n'entraînent que rarement une perte importante de tissus. Les cicatrices des brûlures par frottement se distinguent généralement par la présence d'hypertrophies ou de chéloïdes.

194. En cas de brûlure de la matrice de l'ongle, la croissance ultérieure est caractérisée par un ongle strié, fin et déformé, parfois brisé en segments longitudinaux. Suite à un arrachage, on peut observer une surcroissance tissulaire au niveau du pli proximal, donnant lieu à la formation d'un ptérygion. Les altérations de l'ongle causées par *Lichen planus* constituent l'unique diagnostic alternatif, mais elles sont généralement accompagnées d'importantes lésions cutanées. En outre, les infections fongiques se caractérisent par des ongles épais, jaunâtres et friables qui les distinguent des symptômes décrits plus haut.

195. Les lésions traumatiques pénétrantes de la peau peuvent résulter de blessures infligées au moyen d'un objet acéré tel que couteau, baïonnette ou morceau de verre brisé. Le diagnostic est habituellement plus facile à établir au stade aigu, les cicatrices ultérieures présentant des contours déformés qui ne sont pas toujours spécifiques. La présence d'un ensemble de petites traces d'incisions aux contours réguliers peut être due à l'intervention de guérisseurs traditionnels[82]. L'application de poivre ou autres substances délétères sur des plaies ouvertes peut provoquer l'hypertrophie des cicatrices. La dissymétrie et la taille variable des cicatrices constituent des indications probantes de la torture.

b) *Fractures*

196. Les fractures consécutives à des chocs mécaniques entraînent une perte de l'intégrité osseuse. Les fractures directes se situent au point d'impact du choc. L'emplacement, le contour et autres caractéristiques d'une fracture fournissent des indications sur la nature et la direction du choc. L'aspect de la lésion révélé par l'imagerie radiologique permet parfois de distinguer entre une fracture accidentelle et une fracture résultant d'un acte délibéré. La datation des fractures relativement récentes devrait être confiée aux soins d'un traumato-radiologue expérimenté. Il est préférable de s'abstenir de tout jugement spéculatif quant à la nature et à l'âge des lésions osseuses d'origine traumatique, celles-ci pouvant varier en fonction de l'âge du patient, de son sexe, de ses caractéristiques tissulaires, de son état de santé et de la gravité du traumatisme. Ainsi, les jeunes gens jouissant d'une bonne santé et d'une musculation robuste résistent mieux aux chocs que les personnes âgées de constitution fragile.

c) *Traumatismes de la tête*

197. Les coups à la tête constituent l'une des formes de torture les plus répandues. Les traumatismes répétés, même peu importants, peuvent entraîner une atrophie corticale et des dommages axonaux diffus. Dans les traumatismes consécutifs à des chutes, on observe parfois des lésions cérébrales par contrecoup (dans la zone opposée à celle du choc); en cas de traumatisme direct, les éventuelles contusions cérébrales seront situées dans la zone du choc. Les hématomes du cuir chevelu sont souvent indétectables à l'œil nu, à moins qu'il n'y ait formation d'œdème. Chez les individus à peau sombre, l'œdème lui-même est difficile à distinguer, mais on peut le détecter par palpation.

198. Les personnes victimes de coups à la tête pourront se plaindre de maux de tête permanents. Ceux-ci sont souvent somatiques, mais peuvent aussi avoir une origine cervicale (voir section C du présent chapitre). Il arrive que les patients se plaignent de douleurs à la palpation, laquelle permettra aussi de détecter des déformations diffuses ou localisées, ou des zones d'induration. Des cicatrices pourront être observées à la suite de lacérations du cuir chevelu. Les maux de tête peuvent constituer le symptôme initial d'un hématome sous-dural en expansion. Ils peuvent être associés à une altération foudroyante de l'état mental : il importe de procéder d'urgence à un scanner. En général, les œdèmes et les hémorragies des tissus mous

[79] Voir note 73.

[80] L. Danielsen, "Skin changes after torture", *Torture*, supplément 1, 1992:27-28.

[81] Voir note 80.

[82] Voir note 76.

peuvent être détectés au moyen du scanner ou de l'IRM. Dans certains cas, il peut être approprié d'organiser également un examen psychologique ou neuropsychologique (voir chap. VI, sect. C.4).

199. La torture consistant à infliger au sujet de violentes secousses peut causer des lésions cérébrales sans laisser de traces externes, à la possible exception de contusions en haut de la poitrine ou sur les épaules, aux endroits où la victime a été saisie. Dans les cas extrêmes, ce traitement peut provoquer des dommages similaires à ceux observés dans le syndrome du « bébé secoué » : œdème cérébral, hématome sous-dural et hémorragies rétiniennes. Le plus souvent, les victimes se plaignent de maux de tête, de désorientation ou de modifications de l'état mental. Les séances de torture par secousse ne durent généralement pas plus de quelques minutes, mais elles peuvent être répétées de nombreuses fois pendant plusieurs jours ou semaines.

d) *Traumatismes de la poitrine et de l'abdomen*

200. Les fractures des côtes sont une conséquence courante de coups à la poitrine. Le déplacement des côtes peut entraîner des lacérations des poumons et un possible pneumothorax. Les coups peuvent également causer des fractures des pédicules vertébraux.

201. En cas de traumatisme abdominal aigu, on recherchera d'éventuelles traces de lésions des organes abdominaux et de l'appareil urinaire, bien que l'examen donne souvent des résultats négatifs. Une hématurie abondante constitue le symptôme le plus probant d'une contusion du foie. Un lavement péritonéal peut révéler une hémorragie abdominale occulte. Les épanchements abdominaux détectés par le scanner à la suite d'un lavement péritonéal peuvent toutefois provenir indifféremment du lavement ou d'une hémorragie et ne permettent donc pas de confirmer un tel diagnostic. Une éventuelle hémorragie abdominale aiguë révélée par le scanner est généralement iso-intense ou à la même densité que l'eau, contrairement à une hémorragie aiguë du système nerveux central, qui est hyperdense. Les lésions organiques peuvent se manifester par la présence d'air, de fluide extraluminal ou de zones de faible atténuation, ce qui peut indiquer un œdème, une contusion, une hémorragie ou une lacération. L'œdème péripancréatique est un des signes de la pancréatite aiguë traumatique et non traumatique. L'imagerie par ultrason est particulièrement indiquée pour détecter les hématomes subcapsulaires de la rate. Des coups violents et répétés peuvent entraîner une défaillance rénale consécutive à un syndrome de broiement. L'hypertension rénale peut être une complication postérieure à une lésion rénale.

2. *Coups sur les pieds*

202. *Falanga* est le terme le plus usité pour désigner l'application répétée de coups sur les pieds (plus rarement sur les mains ou les hanches), généralement au moyen d'une matraque, d'un segment de tuyau ou autre instrument similaire. La complication la plus sérieuse de la *falanga* est le syndrome de loge, lequel peut entraîner la nécrose musculaire, l'obstruction vasculaire ou la gangrène de la portion distale du pied ou des orteils. Les déformations permanentes du pied sont rares, mais elles peuvent se produire, de même que les fractures des carpes, métacarpes et phalanges. Les lésions étant habituellement confinées aux tissus mous, scanner et IRM constituent les meilleures techniques d'examen radiologique, mais l'examen physique à la phase aiguë est primordial. La *falanga* peut entraîner des infirmités chroniques. La marche peut s'avérer douloureuse et difficile. Les os tarsiens peuvent être soudés (spasmodiques) ou anormalement mobiles. La pression sur la plante du pied peut être douloureuse, de même que la flexion du gros orteil. À la palpation, l'aponévrose plantaire peut se révéler anormalement molle sur toute sa longueur et ses attaches distales peuvent être déchirées, en partie à la base des phalanges proximales, en partie au niveau de la peau. Dans un tel cas, l'aponévrose ne se tendra pas normalement, ce qui rendra la marche difficile et pourra entraîner une fatigue musculaire. L'extension passive du gros orteil peut permettre de détecter si l'aponévrose a été déchirée. Si elle est intacte, on devrait sentir sa mise en tension en palpant l'orteil fléchi selon un angle de 20 degrés, l'extension maximale étant normalement de 70 degrés environ. Des valeurs supérieures suggèrent une lésion des attaches de l'aponévrose[83,84,85,86]. Par ailleurs, une flexion limitée et une douleur à l'hyperextension du gros orteil sont des symptômes de *Hallux rigidus*, résultant d'un ostéophyte dorsal sur la première tête métatarsienne et/ou à la base de la phalange proximale.

203. De nombreux syndromes et complications peuvent se présenter :

a) Syndrome de loge. C'est la plus sérieuse complication. Un œdème dans un compartiment clos peut provoquer une obstruction vasculaire et une nécrose musculaire, laquelle peut entraîner à son tour un fibrome, une contracture ou la gangrène du pied ou des orteils distaux. Ce syndrome est généralement diagnostiqué par la mesure des pressions dans le compartiment.

b) Écrasement des coussinets. Les coussinets souples situés sous le calcanéum et sous les phalanges proximales sont écrasés par la *falanga*, soit directement, soit par l'œdème consécutif au traumatisme. De même, les lamelles de tissus conjonctifs qui traversent les tissus adipeux et connectent l'os à la peau sont déchirés. Le tissu adipeux, privé d'irrigation sanguine, s'atrophie. L'effet de coussin est perdu et les pieds n'absorbent plus les chocs provoqués par la marche.

c) Cicatrices rigides et irrégulières dans la peau et les tissus sous-cutanés du pied après la *falanga.* Dans un pied normal, les tissus dermiques et hypodermiques sont connectés à l'aponévrose plantaire par des bandes serrées de tissu conjonctif. Mais ces bandes peuvent être partiellement ou totalement détruites par des œdèmes consécutifs à la *falanga*.

[83] G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, éd., Cambridge, Cambridge University Press, 1992:38-55.

[84] Voir note 76.

[85] K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*, Copenhague, IRCT, 1995.

[86] F. Bojsen-Moller et K. E. Flagstad "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy*, 121 1976:599-611.

d) Rupture de l'aponévrose plantaire et des tendons du pied. Un œdème consécutif à la *falanga* peut également provoquer la rupture de ces structures. Lorsque la fonction de soutien de la voûte plantaire disparaît, la marche devient plus difficile et les muscles du pied, notamment le *quadratus plantaris longus*, sont soumis à des contraintes extrêmes.

e) Fasciite plantaire. La fasciite peut constituer une complication ultérieure de la rupture de l'aponévrose. La *falanga* provoque couramment une irritation de toute l'aponévrose pouvant entraîner une inflammation chronique. Des études ont révélé l'existence de zones d'hyperactivité dans le calcanéum ou dans les métatarses chez des prisonniers libérés après 15 années de détention qui s'étaient plaints d'avoir subi la *falanga* au moment de leur arrestation[87].

204. Les procédés radiologiques comme l'IRM, le scanner et les ultrasons permettent souvent de confirmer des traumatismes consécutifs à la *falanga.* Mais les observations radiologiques positives peuvent aussi être associées à d'autres maladies ou traumatismes. Il est recommandé de procéder à des radiographies de routine dès l'examen initial. L'IRM est la technique la plus efficace pour détecter les lésions des tissus mous. IRM et scintigraphie permettent de détecter des lésions osseuses traumatiques qui pourraient échapper aux examens de routine par radiographie ou scanner[88].

3. *Suspension*

205. Très répandue, la torture par suspension peut causer des douleurs extrêmes, mais ne laisse que peu, voire pas de traces visibles. Une personne en détention pourra craindre de faire état de tels traitements par peur des représailles, mais l'observation de défaillances neurologiques périphériques indiquant une plexopathie brachiale constitue en soi une indication très sérieusement fondée de torture par suspension. Celle-ci peut revêtir différentes formes :

a) Suspension « en croix ». Les bras sont écartés et attachés à une barre horizontale;

b) Suspension « du boucher ». Les mains sont attachées au-dessus de la tête, soit ensemble, soit séparément;

c) Suspension « du boucher » renversée. La victime est suspendue par les pieds, la tête en bas;

d) Suspension « palestinienne ». La victime est suspendue les avant-bras liés ensemble derrière le dos et fixés à une barre horizontale, les coudes formant un angle de 90 degrés. Autre variante : la victime est suspendue à une corde attachée autour des coudes ou des poignets, les bras derrière le dos.

e) Suspension « du perchoir ». La victime est accrochée par le pli interne des genoux à une barre horizontale, les poignets étant généralement attachés aux chevilles.

206. Les séances de suspension peuvent durer de 15-20 minutes à plusieurs heures. La suspension « palestinienne » peut entraîner rapidement des lésions permanentes du plexus brachial. Le « perchoir » peut provoquer des déchirures des ligaments croisés des genoux. Les victimes sont fréquemment battues ou soumises à d'autres formes de mauvais traitements pendant la suspension. En phase chronique, on observe couramment des douleurs et une sensibilité des articulations des épaules qui peuvent se prolonger des années durant, suite à l'excès de charge et aux mouvements de rotation endurés. Adynamie des bras ou des mains, douleur et paresthésie, engourdissement, insensibilité au toucher, douleur superficielle et perte des réflexes tendineux sont quelques-unes des complications couramment constatées en phase aiguë. Une douleur profonde intense peut être le signe d'une adynamie qui peut persister en phase chronique et évoluer en atrophie musculaire. Le fait de lever les bras ou des poids peut provoquer douleur, engourdissement ou adynamie. Outre les lésions neurologiques, il peut se produire des déchirures des ligaments des articulations de l'épaule, des luxations de l'épaule, et des lésions musculaires dans la région scapulaire. L'examen visuel du dos permet d'observer une « omoplate ailée » (bordure vertébrale proéminente) en cas de lésion du nerf thoracique long ou de luxation de l'épaule.

207. Les lésions neurologiques sont généralement dissymétriques dans les bras. Les lésions du plexus brachial se manifestent par des dysfonctionnements moteurs, sensoriels et réflexes.

a) Examen moteur. Une adynamie dissymétrique, plus marquée au niveau distal, est le symptôme le plus communément observé. Une douleur aiguë peut rendre difficile l'interprétation des tests de force musculaire. Si la lésion est grave, on pourra observer une atrophie du muscle en phase chronique.

b) Examen sensoriel. La perte totale de sensibilité ou la paresthésie le long du parcours des nerfs sensoriels est un symptôme courant. Il convient d'évaluer la perception positionnelle, la discrimination à deux points, la réaction à la piqûre d'aiguille et la sensibilité au froid et à la chaleur. Si, au moins trois semaines après les sévices, on constate des défaillances dans l'un ou l'autre de ces domaines, des examens électrophysiologiques appropriés devraient être effectués par un neurologue expérimenté.

c) Examen des réflexes. La torture par suspension peut provoquer la perte, la diminution ou la dissymétrie des réflexes. Dans la suspension « palestinienne », bien que les deux plexus brachiaux subissent des traumatismes, une plexopathie dissymétrique peut se développer du fait de la position dans laquelle les bras sont placés (l'un au-dessus de l'autre) et selon la manière dont ils sont attachés. Si la recherche suggère que les plexopathies brachiales sont habituellement unilatérales, cela ne s'applique pas au contexte de la torture, où les lésions bilatérales sont courantes.

208. Parmi les tissus de la région scapulaire, le plexus brachial est la structure la plus vulnérable aux lésions par

[87] V. Lök, M. Tunca, K. Kumanglioglu *et al.*, "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *Lancet*, 337(8745) 1991:846-847; voir aussi M. Tunca et V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *Lancet*, 352(9143) 1998:1859.

[88] Voir notes 76 et 83; voir aussi V. Lök *et al.*, "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture", *Treatment and Rehabilitation Center Report of HRFT*, Ankara, 1994:91-96.

traction. La suspension « palestinienne » inflige des dommages aux plexus brachiaux à cause de l'extension forcée des bras dans le dos. Dans la forme classique de la suspension « palestinienne », où la victime est suspendue avec les bras en hyperextension postérieure, ce sont généralement les fibres inférieures du plexus qui sont d'abord lésées, puis, si la traction est suffisamment violente, les fibres médianes et enfin supérieures. Si la victime est suspendue « en croix », mais sans hyperextension, ce sont les fibres médianes du plexus qui sont les plus susceptibles d'être lésées en premier, par suite d'une hyperabduction. Les lésions du plexus brachial peuvent être caractérisées comme suit :

a) Lésions inférieures. Les déficiences sont localisées au niveau de l'avant-bras et des muscles de la main. Des déficiences sensorielles peuvent être observées au niveau de l'avant-bras et des quatrième et cinquième doigts de la main en cas d'atteinte du nerf cubital.

b) Lésions médianes. L'avant-bras, le coude et les muscles extenseurs des doigts sont affectés. La pronation de l'avant-bras et la flexion radiale de la main peuvent être diminuées. On pourra observer des déficiences sensorielles dans l'avant-bras et sur le dos du premier, du deuxième et du troisième doigts de la main en cas d'atteinte du nerf radial. Les réflexes au niveau du triceps peuvent être perdus.

c) Lésions supérieures. Les muscles scapulaires sont particulièrement touchés. L'abduction de l'épaule, la rotation axiale et la pronation-supination de l'avant-bras peuvent être défaillantes. On pourra constater des déficiences sensorielles dans la région deltoïde ainsi que dans le bras et dans les zones extérieures de l'avant-bras.

4. *Autres tortures positionnelles*

209. Il existe une grande variété de tortures positionnelles, qui toutes se caractérisent par le fait de maintenir la victime dans une position non naturelle, en contorsion ou en hyperextension, entraînant des souffrances aiguës et pouvant causer des lésions aux ligaments, aux tendons, aux nerfs et aux vaisseaux sanguins. En règle générale, ces formes de torture ne laissent que peu, voire par du tout de traces visibles à l'œil nu ni détectables par des moyens radiologiques, en dépit des infirmités chroniques qu'elles peuvent provoquer.

210. Toutes les tortures positionnelles visent les tendons, les articulations et les muscles. Outre les méthodes déjà mentionnées, on peut citer, parmi bien d'autres, la station debout sur les deux pieds ou sur un seul pied, les membres pouvant être attachés le long du corps ou les bras étirés en hauteur contre un mur, la position accroupie, ou l'immobilisation forcée dans une cage. Douleurs dans une région particulière du corps, perte de mobilité articulaire, maux de dos, douleurs dans les mains, cervicalgies ou jambes enflées sont les symptômes les plus courants selon la position imposée. Les recommandations de base pour l'examen neurologique et musculo-osseux sont les mêmes que pour la torture par suspension. L'IRM est le procédé radiologique le plus efficace pour évaluer les lésions associées aux différentes formes de torture positionnelle.

5. *Chocs électriques*

211. Dans la torture électrique, le courant est transmis par le biais d'électrodes qui peuvent être disposées sur n'importe quelle partie du corps. Les emplacements les plus courants sont les mains, les pieds, les doigts et les orteils, les oreilles, les mamelons, la bouche, les lèvres et les organes génitaux. La source du courant peut être une dynamo manuelle ou une génératrice, une prise murale, un aiguillon pour le bétail ou tout autre instrument électrique. Le courant emprunte le chemin le plus court entre les deux électrodes, caractéristique qui se reflète dans les symptômes observés. Ainsi, si les électrodes sont placées sur un orteil du pied droit et dans la région génitale, on notera, outre une souffrance intense dans cette zone, des douleurs, contractions musculaires et crampes dans la cuisse et le mollet droits. Tous les muscles situés sur le trajet du courant électrique étant tétanisés, une décharge d'intensité moyenne pourra entraîner une luxation de l'épaule et des radiculopathies lombaires et cervicales. Toutefois, l'examen physique de la victime ne permet pas d'établir avec certitude la méthode ni le moment précis de la torture, pas plus que la force de la décharge électrique infligée. Les tortionnaires utilisent couramment de l'eau ou des gels afin d'accroître l'effet de la torture, de dilater le point d'entrée du courant électrique dans le corps et d'empêcher l'apparition de marques visibles. Les brûlures électriques provoquent en général des lésions circulaires brun-rouge de 1 à 3 mm de diamètre, normalement exemptes d'inflammation, qui peuvent laisser une cicatrice hyperpigmentée. La surface de la peau doit être soigneusement examinée, car ces lésions sont souvent très difficiles à distinguer. Le recours à la biopsie pour établir l'origine de lésions récentes est sujet à controverse. Il arrive que les brûlures électriques provoquent des modifications spécifiques de la structure tissulo-cellulaire, mais ce n'est pas toujours le cas et l'absence de telles modifications ne saurait en elle-même infirmer un diagnostic de brûlure électrique. Il convient donc de décider au cas par cas si la douleur et la gêne associées à une biopsie de la peau justifient les résultats potentiels d'un tel examen (voir annexe II, sect. 2).

6. *Torture dentaire*

212. La torture dentaire peut consister à casser ou arracher des dents, ou à leur infliger des décharges électriques. Elle peut entraîner, outre des dents perdues ou cassées, les symptômes suivants : tuméfaction des gencives, hémorragie, douleur, gingivite, stomatite, fracture des mâchoires ou perte de plombages et autres amalgames. Le syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire entraîne une douleur articulaire, une diminution de la mobilité de la mâchoire et, dans certains cas, une subluxation de l'articulation consécutive aux spasmes musculaires résultant d'une décharge électrique ou de coups au visage.

7. *Asphyxie*

213. La quasi-asphyxie par suffocation est une méthode de torture de plus en plus courante. Elle ne laisse normalement pas de traces et le rétablissement est rapide.

Cette méthode a été si largement employée en Amérique latine que son nom espagnol – *submarino* – est devenu partie intégrante de la terminologie des droits de l'homme. La respiration normale peut être entravée en couvrant la tête au moyen d'un sac en plastique, en obturant la bouche et le nez, en comprimant la nuque ou en contraignant la victime à inhaler de la poussière, du ciment, du piment et autres substances pulvérulentes. C'est la variante « à sec » du *submarino*. Elle peut entraîner diverses complications, au nombre desquelles pétéchies, saignements du nez et des oreilles, congestion faciale, infections de la bouche et défaillances respiratoires aiguës ou chroniques. La variante « liquide » consiste à immerger de force la tête de la victime dans de l'eau, souvent souillée d'urine, de fèces, de vomi et autres impuretés. Elle peut entraîner la quasi-noyade ou la noyade. L'aspiration d'eau dans les poumons peut provoquer une pneumonie. La pendaison et autres formes d'asphyxie par ligature laisse souvent des traces d'abrasion ou de contusion sur la nuque. L'os hyoïde et le cartilage du larynx peuvent être fracturés par suite d'un étranglement partiel ou de coups sur la nuque.

8. *Sévices sexuels y compris le viol*

214. La torture sexuelle commence avec la nudité forcée, laquelle est une constante des situations de torture dans de nombreux pays. Un individu ne se sent jamais aussi vulnérable et impuissant que lorsqu'il est nu. La nudité exacerbe l'impact psychologique de toute forme de torture en faisant planer la menace permanente de violences sexuelles, jusqu'au viol et à la sodomie. Les menaces, moqueries et autres agressions verbales à connotation sexuelle relèvent également de la torture sexuelle, car elles accentuent l'humiliation. S'agissant des femmes, les attouchements sont toujours traumatisants et doivent être systématiquement tenus comme des actes de torture.

215. Les formes et les conséquences de la torture sexuelle varient selon qu'elle est infligée à des hommes ou à des femmes, mais il existe certains aspects communs aux deux sexes. Le viol comporte toujours le risque de contamination par des maladies sexuellement transmissibles, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)[89]. Actuellement, l'unique prophylaxie efficace contre le VIH doit être administrée dans les heures qui suivent l'exposition – et elle est rarement disponible dans les pays où la torture est pratiquée de façon routinière. La torture sexuelle est le plus souvent associée à d'autres formes de torture, mais elle peut aussi être pratiquée *per se*. Chez les hommes, décharges électriques et coups visent très couramment les organes génitaux. Ces sévices sont parfois associés à des tortures anales et presque toujours accompagnés d'agressions verbales qui exacerbent le traumatisme. Les tortionnaires menacent très souvent les hommes de la perte de leur virilité et d'une consécutive déchéance sociale. Les détenus peuvent être mis nus en présence de membres de leur famille, d'amis ou de parfaits étrangers, en violation des tabous culturels. Ce déni de la dignité humaine peut être aggravé par l'absence d'intimité dans la satisfaction des besoins naturels. Il arrive également qu'on force des détenus à des violences sexuelles mutuelles, ce qui peut être particulièrement traumatisant sur le plan émotionnel. Chez les femmes, la peur du viol, eu égard à la flétrissure sociale qui l'accompagne, peut ajouter au traumatisme, de même que la crainte d'une possible grossesse, de la perte de la virginité et de la crainte de ne pas pouvoir porter des enfants (même si le viol peut éventuellement être caché à un époux potentiel et au reste de la communauté).

216. Lorsqu'une victime de sévices sexuels ne veut pas que ceux-ci soient divulgués en raison des pressions socioculturelles ou pour des motifs personnels, le médecin chargé de l'examen, les enquêteurs et les tribunaux sont tenus de respecter l'anonymat de l'intéressé. Les contacts avec des victimes de la torture qui ont récemment subi des sévices sexuels requièrent une formation et un soutien psychologiques spécialisés. Toute action susceptible d'exacerber le traumatisme psychologique de la victime devrait être évitée. Avant d'entreprendre un examen quelconque, il importe d'obtenir l'autorisation de la personne concernée et cette autorisation doit être renouvelée systématiquement pour les aspects les plus intimes de l'examen. Le patient doit être informé clairement et de manière compréhensible de l'importance de l'examen et de ses possibles résultats.

a) *Inventaire des symptômes*

217. Un récit circonstancié des sévices allégués devrait être enregistré en suivant les indications données plus haut (voir section B du présent chapitre). Toutefois, certaines questions s'appliquent spécifiquement aux allégations de sévices sexuels. Elles visent à établir des symptômes résultant de violences récentes – hémorragies, écoulements vaginaux ou anaux, douleurs, contusions ou écorchures localisées. Lorsque les faits allégués sont anciens, on orientera les questions sur des symptômes chroniques tels que fréquence des mictions, incontinence ou dysurie, irrégularité des menstrues, grossesse, avortement ou hémorragie vaginale suite à un viol, problèmes liés à l'activité sexuelle, y compris rapports sexuels, douleur anale, hémorragies, constipation ou incontinence.

218. Dans l'idéal, il faudrait pouvoir disposer des services de psychiatres, psychologues, gynécologues et infirmières expérimentés, dûment équipés et spécialement formés pour examiner et traiter les victimes de sévices sexuels. L'examen des personne soumises à de tels sévices doit s'accompagner du soutien, des conseils et du réconfort appropriés en ce qui concerne, notamment, les maladies sexuellement transmissibles et, dans le cas des femmes, la grossesse. Les tortionnaires affirmant couramment à leurs victimes que leurs fonctions sexuelles seront à jamais altérées, il convient d'évoquer également ce sujet afin d'éviter autant que possible qu'une telle menace ne s'accomplisse par autosuggestion.

b) *Examen d'un patient victime de sévices récents*

219. Il est rare qu'on remette en liberté une personne victime d'un viol dans le cadre de séances de torture tant qu'il en subsiste des traces manifestes. Et, lorsque c'est le cas, de nombreux facteurs peuvent entraver l'évaluation

[89] D. Lunde et J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, éd., Cambridge, Cambridge University Press, 1992:310-331.

médicale. Les victimes de sévices sexuels récents sont souvent très perturbées et répugnent à faire appel à une aide médicale ou juridique. Dans de telles circonstances, le médecin doit expliquer au patient toutes les options médicales et juridiques qui s'offrent à lui et agir en conformité avec ses souhaits. Il doit obtenir son consentement en connaissance de cause avant tout examen, enregistrer tous les éléments de preuve médicale de sévices sexuels et s'efforcer de faire des prélèvements en vue d'analyse médico-légales. Dans la mesure du possible, l'examen devrait être effectué par un médecin familiarisé avec les conséquences des sévices sexuels. À défaut, le médecin devrait consulter un spécialiste ou un document de base sur la médecine clinique légale[90]. Lorsque le médecin appartient au sexe opposé, la victime devrait avoir la possibilité d'exiger la présence d'une personne de son sexe dans la salle. Si les services d'un interprète sont nécessaires, celui-ci pourra éventuellement assumer également ce rôle de chaperon. Compte tenu du caractère particulièrement délicat de tout entretien ou examen portant sur des sévices sexuels, un membre de la famille de la victime n'est en général pas la personne idéale pour assumer ce rôle (voir chap. IV, sect. I). Le patient devrait se sentir à l'aise et détendu avant l'examen. Le médecin devra procéder à un examen physique approfondi et noter méticuleusement toutes les éventuelles marques de sévices en précisant leur taille, leur emplacement et leur couleur. Dans la mesure du possible, ces marques seront photographiées et on prélèvera des échantillons adéquats aux fins d'analyse.

220. L'examen physique ne devrait pas être axé d'emblée sur la zone génitale. On examinera avec une attention particulière la peau, en recherchant de possibles lésions cutanées pouvant résulter de sévices sexuels, telles que meurtrissures, lacérations, ecchymoses ou pétéchies consécutives à des suçons ou des morsures. Cette phase initiale pourra contribuer à détendre le patient en vue de l'examen de la zone génitale. En outre, en l'absence de lésions significatives des parties génitales, les lésions sur d'autres parties du corps sont parfois les traces les plus manifestes des sévices sexuels. Même lorsque l'examen des organes génitaux féminins a lieu immédiatement après un viol, on constate des dommages probants dans moins de 50 % des cas seulement, et ce pourcentage tombe à moins de 30 % pour les sodomies, qu'elles soient infligées à des hommes ou à des femmes. Bien entendu, ces mêmes pourcentages augmentent sensiblement lorsqu'on s'est servi d'objets de grande taille pour pénétrer le vagin ou l'anus.

221. S'il existe sur place un laboratoire de médecine légale, il convient de se mettre en contact avec ses responsables avant l'examen, afin de s'entendre sur les échantillons à prélever et sur la façon de les recueillir. De nombreux laboratoires fournissent tout le matériel nécessaire pour de tels prélèvements. En l'absence d'un laboratoire d'analyses, le médecin pourra procéder à des prélèvements humides qu'il fera ensuite sécher à l'air. Ces échantillons pourront servir ultérieurement à des tests d'ADN. Le sperme reste identifiable jusqu'à cinq jours avec des prélèvements vaginaux profonds et jusqu'à trois jours avec des prélèvements rectaux. Les précautions les plus rigoureuses doivent être prises afin de prévenir toute allégation de contamination croisée lorsqu'on prélève des échantillons sur plusieurs victimes ou auteurs présumés de sévices sexuels. Le plus grand soin doit être apporté à la préservation des échantillons et à la documentation de la procédure de conservation.

c) *Examen d'un patient victime de sévices datant de plus d'une semaine*

222. Lorsque les sévices allégués remontent à plus d'une semaine et qu'on ne constate aucune trace de contusion ou de lacération, l'examen pelvien ne revêt plus un caractère d'urgence. On peut alors prendre le temps de rechercher la personne la plus qualifiée pour l'examen et les conditions les mieux appropriées pour le patient. Dans la mesure du possible, il est conseillé toutefois de prendre des photos des éventuelles lésions résiduelles.

223. Le médecin prendra note du contexte et des antécédents conformément à la procédure décrite plus haut, puis des observations et constatations de l'examen. En présence de femmes ayant eu des enfants avant et, plus encore, après un viol, les chances sont minces de découvrir des signes pathognomoniques. Toutefois, une femme médecin chevronnée peut tirer de nombreux enseignements de la manière dont une patiente raconte son expérience[91]. Il peut s'écouler un certain temps avant qu'une victime consente à évoquer les aspects de la torture qu'elle juge les plus embarrassants, et certains patients préfèrent remettre à une consultation ultérieure les éléments les plus intimes de l'examen.

d) *Suivi*

224. De nombreuses affections, au premier rang desquelles les maladies sexuellement transmissibles, peuvent être transmises lors de sévices sexuels : blennorragie, chlamydia, syphilis, VIH, hépatites B et C, herpès et *Condyloma acuminatum*, des vulvovaginites comme *Trichomonas*, *Moniliasis vaginitis*, *Gardnerella vaginalis* et *Enterobius vermicularis*, ainsi que des infections de l'appareil urinaire.

225. Des analyses de laboratoire et des traitements appropriés devraient être prescrits dans tous les cas de sévices sexuels. Pour la blennorragie et la chlamydiose, on doit envisager de possibles infections concomitantes de l'anus ou de l'oropharynx. Les dysfonctionnements sexuels sont fréquents chez les victimes de la torture, surtout, mais pas exclusivement, chez les victimes de viols et autres sévices sexuels. Les principaux symptômes, qui peuvent avoir une origine physique ou psychologique, ou combinée, sont les suivants :

i) Aversion vis-à-vis des personnes du sexe opposé ou diminution de la libido;

ii) Appréhension des rapports sexuels par crainte d'être repoussé par un partenaire informé des sévices endurés ou par crainte d'avoir subi des

[90] Voir J. Howitt et D. Rogers, "Adult sexual offenses and related matters", *Clinical Forensic Medicine,* W. D. S. McLay, éd., Londres, Greenwich Medical Media, 1996:193-218.

[91] G. Hinshelwood, *Gender-based persecution*, Toronto, United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution, 1997.

dommages fonctionnels. Les tortionnaires menacent couramment leurs victimes de tels dommages et instillent la peur de l'homosexualité chez les hommes victimes de sodomie. Il arrive que des hommes hétérosexuels aient une érection, voire un orgasme lors de rapports anaux non consentis. Il convient de les rassurer en leur expliquant qu'il s'agit d'une réaction physiologique;

iii) Inaptitude à faire confiance à un partenaire sexuel;

iv) Troubles de la stimulation sexuelle et de l'érection;

v) Dyspareunie (rapports sexuels douloureux chez la femme) ou stérilité consécutive à une maladie transmise par voie sexuelle, à un traumatisme des organes reproducteurs ou à un avortement mal exécuté après une grossesse résultant d'un viol.

e) *Examen génital des femmes*

226. Dans de nombreuses cultures, il est totalement inacceptable de pénétrer le vagin d'une femme vierge avec quoi que ce soit, y compris un spéculum, un doigt ou tampon d'ouate. Si l'examen externe révèle des signes évidents de viol, on peut, dans de tels cas, se dispenser d'un examen interne. L'examen génital pourra faire apparaître les symptômes suivants :

i) Petites lacérations ou déchirures de la vulve. Ces lésions peuvent être aiguës; elles résultent d'un étirement excessif des tissus. Normalement, elles guérissent complètement, mais une éventuelle répétition peut laisser des cicatrices;

ii) Abrasions causées par le contact avec des corps rugueux tels qu'ongles ou bagues;

iii) Lacérations vaginales. Elles sont rares et peuvent parfois être associées à une atrophie des tissus ou à une intervention chirurgicale antérieure. On ne peut pas les différencier des incisions causées par l'insertion d'objets coupants.

227. Il est rare de découvrir des traces physiques probantes lorsque l'examen génital intervient plus d'une semaine après les sévices sexuels allégués. Plus tard encore, quand la femme a pu avoir à nouveau des activités sexuelles, consenties ou non, ou donner naissance à un enfant, l'origine d'éventuels symptômes peut s'avérer pratiquement impossible à établir. C'est pourquoi l'élément le plus déterminant d'un examen médical peut consister dans l'évaluation par le médecin des informations à sa disposition (corrélation entre des allégations de sévices et les lésions aiguës constatées) et du comportement de la patiente, en tenant compte du contexte culturel.

f) *Examen génital des hommes*

228. Les hommes qui ont subi des actes de torture dans la région génitale, y compris écrasement, torsion ou étirement du scrotum et coups dans cette même région, se plaignent généralement de douleurs et de sensibilité en phase aiguë. Hyperémie, tuméfaction et ecchymoses font partie des symptômes les plus couramment observés. On pourra constater également une augmentation sensible du nombre d'hématies et de leucocytes dans l'urine. Lorsqu'on détecte la présence d'une masse, il convient de déterminer s'il s'agit d'une hydrocèle, d'une hématocèle ou d'une hernie inguinale. Dans les deux premiers cas, la palpation permet normalement de sentir le cordon spermatique au-dessus de la masse, ce qui n'est pas le cas avec une hernie. Une hydrocèle résulte d'une accumulation excessive de fluide dans la tunique vaginale par suite de l'inflammation du testicule et de ses annexes ou d'une diminution du drainage consécutive à une obstruction lymphatique ou veineuse du cordon ou dans la zone rétropéritonéale. Une hématocèle consiste dans une accumulation de sang dans la tunique vaginale par suite d'un traumatisme. À la différence de l'hydrocèle, elle ne produit pas de transillumination.

229. Un traumatisme au scrotum peut également provoquer une torsion testiculaire qui, en obstruant le flux sanguin, entraîne de violentes douleurs et un gonflement du testicule. Ce cas réclame une intervention chirurgicale immédiate. Si l'organe n'est pas rapidement réduit, il s'ensuivra une infiltration du testicule. Lorsque cette lésion se produit en détention, où les soins médicaux peuvent faire défaut, des séquelles pourront être observées.

230. Les individus qui ont subi des sévices au niveau du scrotum souffrent parfois d'infections chroniques de l'appareil urinaire, de troubles de l'érection ou d'atrophie des testicules. Les symptômes de stress post-traumatique sont relativement courants. En phase chronique, il est possible de distinguer entre une pathologie scrotale consécutive à la torture et celle résultant d'autres processus morbides. Lorsqu'un examen urologique approfondi n'a pas mis en évidence d'anomalies physiques, symptômes urinaires, impuissance ou autres problèmes sexuels peuvent avoir une origine psychologique. Les cicatrices sur le scrotum et le pénis étant souvent très difficiles à observer, leur absence ne permet en aucune façon de conclure à l'absence de sévices. Par opposition, la présence de marques visibles suggère un traumatisme important.

g) *Examen de la région anale*

231. La sodomie forcée ou l'insertion d'objets dans l'anus peut provoquer chez les victimes de l'un ou l'autre sexe des douleurs et des hémorragies se prolongeant parfois pendant plusieurs jours ou semaines. Souvent, de tels sévices entraînent également la constipation, laquelle peut être aggravée en détention par un mauvais régime alimentaire. Des symptômes gastro-intestinaux et urinaires peuvent également se présenter. En phase aiguë, tout examen autre que visuel pourra réclamer une anesthésie locale ou générale et devrait être confié à un spécialiste. En phase chronique, divers symptômes peuvent persister, qu'il convient de passer en revue. La présence de cicatrices anales inhabituelles par leur taille ou leur emplacement doit être notée avec précision. Les fissures anales peuvent persister pendant de nombreuses années, mais il est en général impossible de différencier celles résultant de la torture de celles causées par d'autres mécanismes. Lors de l'examen de l'anus, on sera attentif aux points suivants :

i) Fissures. Les fissures ne présentent pas un caractère suffisamment spécifique, car elles peuvent se produire dans des circonstances « normales » (constipation, manque d'hygiène). Observées en phase aiguë (dans les 72 heures), toutefois, elles peuvent être considérées comme des symptômes probables de pénétration;

ii) Déchirures rectales, avec ou sans hémorragie;

iii) Surfaces de peau anormalement lisse en forme d'éventail. La présence de telles cicatrices en dehors de la ligne médiane peut être l'indication d'un traumatisme de pénétration;

iv) Excoriations consécutives à des traumatismes de cicatrisation;

v) Écoulements purulents. En cas d'allégation de pénétration, prélever systématiquement des échantillons en vue du dépistage de la blennorragie et de chlamydia, même en l'absence d'écoulement.

E. – Tests diagnostiques spécialisés

232. Les tests diagnostiques ne représentent pas un élément essentiel de l'évaluation clinique des victimes présumées de la torture. La plupart du temps, un compte rendu des antécédents médicaux et un examen physique sont suffisants. Dans certains cas, toutefois, de tels tests peuvent constituer d'utiles éléments de preuve, par exemple lorsqu'une action est intentée contre des représentants de l'autorité ou en vue d'obtenir des dédommagements. Un test positif pourra alors décider de l'issue de l'affaire. Si, par ailleurs, des tests sont effectués pour des motifs thérapeutiques, leurs résultats devraient être inclus dans le rapport clinique. Comme pour les observations physiques, l'absence d'un résultat probant lors d'un test diagnostique ne permet pas d'inférer l'absence de torture. De même, il existe de nombreuses circonstances où les tests diagnostiques ne peuvent être effectués pour des raisons techniques, mais leur absence ne saurait invalider un rapport convenablement rédigé. Lorsque les capacités des services de diagnostic sont limitées, les besoins cliniques devraient toujours avoir la priorité sur les utilisations à des fins strictement juridiques. (Voir annexe II pour plus de détails.)

CHAPITRE VI

PREUVES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE

A. – Considérations générales

1. *Le rôle central de l'évaluation psychologique*

233. La torture est généralement reconnue comme une expérience extrême, susceptible de causer un large éventail de souffrances physiques et psychologiques. La plupart des cliniciens et chercheurs admettent qu'elle a de par sa nature même le pouvoir d'entraîner des conséquences mentales et émotionnelles, indépendamment de la condition psychique antérieure de la victime. Toutefois, l'impact psychologique de la torture dépend du système de pensée et de valeurs de l'individu, de son développement personnel et de facteurs sociaux, politiques et culturels. C'est pourquoi on ne saurait affirmer que toutes les formes de torture entraînent les mêmes effets. Ainsi, les conséquences psychologiques d'un simulacre d'exécution ne sont pas les mêmes que celles de sévices sexuels, et l'isolement carcéral ne produit pas les mêmes effets que la torture physique. De même, les effets de la détention et de la torture ne sont pas nécessairement identiques chez un adulte et chez un enfant. Néanmoins, on a pu constater certaines constances dans les symptômes et réactions psychologiques des victimes de la torture.

234. Les tortionnaires justifient volontiers leurs actes par la nécessité d'obtenir des informations. Cette thèse occulte la nature même de la torture, qui a pour objet et pour effet de réduire la victime à un état de détresse et d'impuissance extrêmes pouvant aboutir à une détérioration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales[92]. Autrement dit, la torture constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de l'individu. Elle vise à briser non seulement l'intégrité physique de la victime, mais aussi sa personnalité. Le tortionnaire s'applique à détruire les liens qui rattachent la victime à une famille et à une communauté en tant qu'être humain porteur de rêves, d'espoirs et d'aspirations pour l'avenir. En déshumanisant sa victime et en brisant sa volonté, il pervertit gravement les relations futures qui s'établiront entre la victime et son entourage. C'est ainsi que la torture peut, par contrecoup, miner le fonctionnement et la cohésion de communautés tout entières.

235. Il convient de noter que toutes les victimes de tortures ne développent pas de maladies mentales diagnostiquables. Cependant, la plupart éprouvent de profonds bouleversements émotionnels et psychologiques. Les principaux troubles psychiatriques observés sont le syndrome de stress post-traumatique et la dépression majeure. Bien que ces troubles soient présents au sein de toute communauté humaine, leur prévalence est nettement plus élevée parmi les populations traumatisées. L'impact culturel, social et politique de la torture varie selon les individus et influe sur leur aptitude à évoquer et à décrire les faits. Divers facteurs jouent un rôle déterminant pour l'impact psychologique et social de la torture, lesquels doivent être pris en compte lors de l'évaluation d'un individu appartenant à une autre culture que l'examinateur. La recherche interculturelle montre que les méthodes phénoménologiques ou descriptives constituent les approches les plus rationnelles pour tenter d'évaluer des troubles psychologiques ou psychiatriques. Certains comportements considérés comme pathologiques dans une culture donnée peuvent être tenus pour parfaitement normaux dans une autre culture[93,94,95]. Depuis la seconde guerre mondiale, de gros progrès ont été enregistrés dans la compréhension des conséquences psychologiques de la violence, grâce notamment à l'observation et à la documentation de divers symptômes et groupes de symptômes manifestés par des victimes de la torture et autres mauvais traitements.

236. Ces dernières années, le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été appliqué à un éventail de plus en plus large d'individus exposés à des formes de violence extrêmement variées. Bien que la validité de ce diagnostic dans les cultures extra-occidentales ne soit pas établie, l'expérience suggère l'existence de taux élevés de troubles de stress post-traumatique et de dépression parmi des populations de réfugiés d'origines ethniques et culturelles très diverses[96,97,98]. L'étude transculturelle de la dépres-

[92] G. Fischer et N. F. Gurris, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", *Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, W. Senf et M. Broda, éd., Stuttgart, Thieme, 1996.

[93] A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", étude présentée au symposium régional de l'Association mondiale de psychiatrie sur la psychiatrie et les disciplines connexes en 1986.

[94] H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H. T. Englehardt et S. F. Spicker, éd., Dordrecht, D. Reidel Publishing, 1975:125-141.

[95] J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, 142(7) 1985:798-805.

[96] R. F. Mollica, K. Donelan, S. Tor *et al.*, "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:581-586.

[97] J. D. Kinzie *et al.*, "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, 147(7) 1990:913-917.

[98] K. Allden *et al*., "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health*, 86 1996:1561-1569.

sion réalisée par l'Organisation mondiale de la santé fournit d'utiles renseignements[99]. Si certains symptômes peuvent se retrouver parmi des cultures différentes, ce ne sont pas nécessairement ceux qui revêtent le plus d'importance pour l'individu.

2. *Le contexte de l'évaluation psychologique*

237. Les évaluations s'inscrivent dans des contextes politiques variables, ce qui entraîne des différences notables dans la manière dont il convient de procéder. Le médecin ou le psychologue devra adapter les directives ci-après à la situation particulière et au but de l'évaluation (voir chap. III, sect. C.2).

238. La décision de poser ou non certaines questions dépendra de la mesure dans laquelle la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Ainsi, un examen conduit dans une prison par un médecin visiteur et dont la durée est limitée à 15 minutes suivra par définition un cours très différent de celui d'un examen de médecine légale effectué dans un local privé et se prolongeant pendant plusieurs heures. Par ailleurs, on se heurtera inévitablement à certaines difficultés lorsqu'il s'agira de déterminer si tel ou tel symptôme psychologique ou comportemental est de nature pathologique ou adaptative. Lorsque le sujet est examiné en détention ou dans tout autre contexte fortement menaçant ou oppressif, certains symptômes pourront être de type adaptatif. Par exemple, des manifestations d'indifférence, de détachement ou d'aliénation n'auront rien d'étrange chez un individu placé en isolement. De même, hypervigilance et comportement d'évitement peuvent être nécessaires pour des individus vivant dans des sociétés répressives[100]. En dépit des contraintes liées à certains contextes particuliers, on s'appliquera néanmoins à suivre le plus fidèlement possible les directives établies dans le présent manuel. Dans des circonstances difficiles, il est particulièrement important que les gouvernements et les autorités concernés se sentent étroitement liés à ces normes.

B. – Conséquences psychologiques de la torture

1. *Avertissement*

239. Avant d'en venir à la description technique des symptômes et des classifications psychiatriques, il convient de noter que ces dernières sont généralement considérées comme étant des concepts médicaux occidentaux et que leur application à des populations non occidentales présentent, implicitement ou explicitement, certaines difficultés. Ainsi, on pourra arguer que les cultures occidentales médicalisent à l'excès les processus psychologiques. L'idée selon laquelle une souffrance mentale est l'indice d'une perturbation identifiable par un ensemble de symptômes caractéristiques est jugée irrecevable par de nombreux membres de sociétés non occidentales. Néanmoins, il existe suffisamment d'éléments établissant l'existence de modifications biologiques liées à l'état de stress post-traumatique, lesquelles constituent autant de symptômes relevant d'un traitement du point de vue tant biologique que psychologique[101]. Dans la mesure du possible, le médecin ou psychologue chargé d'une évaluation devrait s'efforcer de rattacher les souffrances mentales aux croyances et à la culture du sujet. Cela comporte de respecter le contexte politique, culturel et religieux. Eu égard à la gravité de la torture et de ses conséquences, il est par ailleurs préférable d'adopter une attitude ouverte basée sur le dialogue et l'écoute du patient, plutôt que de s'empresser de diagnostiquer et classifier. Dans l'idéal, le patient devrait avoir le sentiment que ses plaintes et souffrances sont reconnues comme réelles et parfaitement normales compte tenu des circonstances. Une attitude empathique contribuera à atténuer le sentiment d'aliénation souvent éprouvé par les victimes de la torture.

2. *Réactions psychologiques courantes*

a) *Re-traumatisation*

240. Les victimes de la torture peuvent être sujettes à des images ou souvenirs récurrents qui leur font revivre leur expérience à l'état d'éveil ou, sous forme de cauchemars, à l'état de sommeil. Le sentiment de détresse associé à tout ce qui peut symboliser ou rappeler le traumatisme se manifeste souvent par la méfiance et la peur vis-à-vis des représentants de l'autorité, médecins et psychologues compris. Dans des pays ou situations où l'autorité est impliquée dans des violations des droits de l'homme, la méfiance et la peur vis-à-vis des représentants de l'autorité ne devraient pas être regardées comme pathologiques.

b) *Comportement d'évitement et torpeur émotionnelle*

i) Rejet de toute pensée, conversation, activité, lieu ou personne susceptible d'éveiller un souvenir du traumatisme;

ii) Profonde torpeur émotionnelle;

iii) Désintérêt vis-à-vis de soi-même et de la société;

iv) Inaptitude à se remémorer un aspect important du traumatisme.

c) *Hypervigilance*

i) Difficulté à s'endormir ou à rester endormi;

ii) Irritabilité, accès de colère;

iii) Difficulté à se concentrer;

iv) Hypervigilance, réaction de sursaut exagérée;

v) Anxiété généralisée;

vi) Souffle court, sueur, bouche sèche, vertiges, troubles gastro-intestinaux.

[99] N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression", *Psychopathology*, 19(2) 1987:6-11.

[100] M. A. Simpson, "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", *Beyond Trauma-Cultural and Societal Dynamics*, R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R Gersons., éd., New York, Plenum Press, 1995:188-210.

[101] M. Friedman et J. Jaranson, "The Applicability of the post-traumatic concept to refugees", *Amidst Peril and Pain : The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella *et al.*, éd., Washington, American Psychological Association, 1994:207-227.

d) *Symptômes de dépression*

241. Voici quelques-uns des symptômes de dépression les plus courants : humeur déprimée, anhédonie (désintérêt ou émoussement du plaisir dans certaines activités), modification de l'appétit ou perte de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue et manque d'énergie, sentiments d'inutilité ou de culpabilité, difficulté à fixer son attention, à se concentrer ou à mobiliser ses souvenirs, idées de mort, idéation suicidaire, tentatives de suicide.

e) *Sentiment d'irréparable*

242. Le sujet est convaincu d'avoir subi des dommages irréparables et un changement irréversible de sa personnalité[102]. Il a le sentiment que son avenir est irrémédiablement compromis, sans perspectives de carrière, de mariage, de paternité/maternité ou autres caractéristiques d'une vie normale.

f) *Dissociation, dépersonnalisation et comportements atypiques*

243. La dissociation est une rupture de l'unité psychique se caractérisant par l'incapacité à rattacher à soi certaines de ses actions ou par le sentiment d'être deux, comme si le sujet s'observait de l'extérieur. La dépersonnalisation est l'impression de ne plus être soi-même, en tant que personne physique et personnalité psychique. La difficulté à contrôler ses impulsions entraîne des comportements que le sujet peut regarder comme totalement atypiques au regard de sa personnalité antérieure. Ainsi, un individu autrefois très prudent pourra adopter des comportements à haut risque.

g) *Symptômes somatiques*

244. Les symptômes somatiques tels que maux de tête et autres douleurs, étayés ou non d'observations cliniques, sont courants parmi les victimes de la torture. La douleur est parfois l'unique plainte exprimée et sa localisation comme son intensité peuvent varier. Les symptômes somatiques peuvent être une conséquence directe de la torture, ou avoir une origine purement psychologique. Au nombre des plus typiques figurent les douleurs dorsales et musculo-osseuses ainsi que les maux de tête. Ces derniers, souvent consécutifs à des coups à la tête, sont particulièrement fréquents chez les victimes de la torture et ils deviennent facilement chroniques. Ils peuvent également être provoqués ou exacerbés par la tension et le stress.

h) *Dysfonctionnements sexuels*

245. Les dysfonctionnements sexuels sont également très répandus, surtout chez les personnes qui ont subi des viols ou autres sévices sexuels, mais pas exclusivement (voir chap. V, sect. D.8).

i) *Psychoses*

246. Les différences culturelles et linguistiques peuvent être à l'origine de diagnostics erronés de troubles psychotiques. Avant de poser un tel diagnostic, il importe d'évaluer les symptômes dans le contexte culturel particulier du sujet. Les comportements psychotiques peuvent être de brève durée ou prolongés, et les symptômes peuvent se présenter pendant la détention ou la torture, ou à un stade ultérieur. Ci-dessous, quelques-uns des symptômes les plus communément observés :

i) Idées délirantes;

ii) Hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou olfactives;

iii) Idéations et comportements étranges;

iv) Illusions et autres distorsions de la perception pouvant prendre la forme de pseudo-hallucinations et s'approcher d'états véritablement psychotiques. Les distorsions de la perception qui se manifestent en phase d'endormissement ou d'éveil sont communes à l'ensemble des individus et ne constituent pas des symptômes psychotiques. Quant aux victimes de la torture, il leur arrive d'avoir des hallucinations auditives (cris, appel de leur nom) ou visuelles (ombres) sans pour autant présenter de signes ou symptômes probants de psychose.

v) Paranoïa et délire de la persécution;

vi) Chez les individus qui ont des antécédents de maladies mentales, on pourra observer une récurrence de troubles psychotiques ou de troubles de l'humeur, avec manifestations psychotiques. Les personnes qui ont des antécédents de troubles bipolaires, de dépressions récurrentes avec caractéristiques psychotiques, de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs, notamment, pourront connaître des épisodes de ces mêmes troubles.

j) *Abus de substances toxiques*

247. Les personnes qui ont subi la torture deviennent souvent dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances toxiques qui les aident à refouler des souvenirs traumatisants, à rééquilibrer leurs affects et à contrôler leur anxiété.

k) *Altérations neuropsychologiques*

248. La torture provoque parfois des traumatismes physiques susceptibles d'entraîner des lésions cérébrales. Coups sur la tête, suffocation et malnutrition prolongée peuvent avoir des conséquences neurologiques et neuropsychologiques à long terme indétectables dans le cadre d'un examen médical. Comme toutes les lésions cérébrales, de tels dommages échappent en effet aux procédés d'imagerie radiologique et autres procédures médicales. Seule une évaluation neuropsychologique peut éventuellement faire apparaître des symptômes spécifi-

[102] N. R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", *Caring for Victims of Torture*, J. M. Jaranson et M. K. Popkin, éd., Washington, American Psychiatric Association, 1998:107-113.

ques. Dans bien des cas, cependant, ces mêmes symptômes peuvent être imputables à l'état de stress post-traumatique ou à la dépression. Ainsi, les troubles de l'état de conscience, de l'orientation, de la capacité d'attention et de concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives peuvent avoir des origines aussi bien fonctionnelles qu'organiques. Pour distinguer entre les unes et les autres, il faut donc à la fois disposer de compétences spécialisées dans le domaine de l'évaluation neuropsychologique et avoir conscience des dimensions culturelles qui influent sur la validité des normes et instruments d'évaluation neuropsychologique (voir section C.4 du présent chapitre).

3. *Classification des symptômes*

249. Si les symptômes et observations enregistrés parmi les individus victimes de la torture varient considérablement, en relation avec l'expérience personnelle du sujet et avec son contexte culturel, social et politique particulier, il importe néanmoins que les évaluateurs se familiarisent avec les troubles les plus communément diagnostiqués. Il n'est pas rare que plusieurs troubles se manifestent en concomitance, du fait de la corrélation marquée qui unit les troubles mentaux post-traumatiques. Au premier rang des symptômes associés à la torture figurent diverses manifestations d'anxiété et de dépression, aussi la symptomatologie décrite plus haut est-elle fréquemment rattachée à ces catégories de troubles. Les deux principaux systèmes de classification sont la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) – Troubles mentaux et du comportement de l'Organisation mondiale de la santé et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association[103,104]. Le lecteur y trouvera des descriptions complètes des différentes catégories de symptômes. Nous nous en tenons ici aux diagnostics les plus couramment associés à des traumatismes : dépression majeure, syndrome de stress post-traumatique et modifications durables de la personnalité.

a) *Troubles dépressifs*

250. Pratiquement toutes les personnes qui ont subi la torture souffrent d'états dépressifs. Lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences de la torture, on va au-devant de sérieuses difficultés en considérant le syndrome de stress post-traumatique et la dépression majeure comme deux entités pathologiques séparées possédant des caractéristiques étiologiques bien distinctes. Les troubles dépressifs englobent les troubles de dépression majeure à épisode unique ou récurrents (plusieurs épisodes). Ils peuvent être accompagnés ou non de symptômes psychotiques, catatoniques, mélancoliques ou atypiques. D'après la classification DSM-IV, un diagnostic d'épisode dépressif grave ne peut être posé que si cinq au moins des symptômes ci-après sont observés pendant une même période de deux semaines et s'ils représentent un changement par rapport à l'état antérieur du patient (et le symptôme 1 ou 2 doit en faire partie) : 1) humeur dépressive; 2) émoussement marqué de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités; 3) perte de poids ou modification de l'appétit; 4) insomnie ou hypersomnie; 5) agitation ou ralentissement psychomoteur; 6) fatigue et manque d'énergie; 7) sentiments d'inutilité ou de culpabilité; 8) difficulté à fixer son attention ou à se concentrer; 9) idées récurrentes de mort ou de suicide. Pour poser ce diagnostic, il faut encore que les symptômes causent une détresse significative ou qu'ils altèrent la vie sociale ou professionnelle, qu'ils n'aient pas une origine physiologique et qu'ils ne s'expliquent pas par un autre diagnostic selon la classification DSM-IV.

b) *Syndrome de stress post-traumatique*

251. Le diagnostic le plus fréquemment associé aux conséquences psychologiques de la torture est le stress post-traumatique. L'association entre la torture et ce diagnostic est aujourd'hui très présente à l'esprit des professionnels de la santé, des instances s'occupant de réfugiés et autres migrants, ainsi que du public informé. Il en résulte le sentiment simpliste et erroné que l'état de stress post-traumatique est la principale conséquence psychologique de la torture.

252. La définition du stress post-traumatique que donne la classification DSM-IV repose fortement sur la présence de troubles de la mémoire associés à un traumatisme – reviviscences envahissantes, cauchemars, inaptitude à se remémorer des aspects importants du traumatisme. Ainsi, un individu pourra être incapable de se rappeler avec précision certains détails des séances de torture, mais se souvenir des aspects les plus marquants de son expérience. S'agissant, par exemple, de sévices sexuels, la victime se souviendra avoir été violée à plusieurs reprises, sans pouvoir fournir d'indications précises quant aux dates, aux endroits, aux locaux ou aux tortionnaires. Dans de telles circonstances, l'inaptitude à se remémorer des détails renforce plutôt qu'elle ne diminue la crédibilité du témoin qui, généralement, ne variera pas dans les grandes lignes de son récit au cours d'entretiens successifs. Le diagnostic du stress post-traumatique donné par la CIM-10 est très proche de celui de la classification DSM-IV. Selon cette dernière, les troubles de stress post-traumatique peuvent être aigus, chroniques ou différés. Ils doivent persister pendant plus d'un mois et doivent causer une détresse significative ou une altération manifeste du fonctionnement. Pour que puisse être posé un diagnostic de stress post-traumatique, le sujet doit avoir été exposé à un événement traumatisant qui a mis en danger la vie de la victime ou d'autres personnes et provoqué des sentiments de peur intense, d'impuissance ou d'épouvante. Ledit événement doit être revécu de manière persistante sous une ou plusieurs des formes suivantes : le sujet est en proie à l'intrusion récurrente de souvenirs perturbants ou de rêves pénibles liés à l'événement, il agit ou se sent comme si l'expérience se répétait, souffre d'hallucinations, de flash-back et autres illusions, éprouve une profonde détresse psychologique face à tout ce qui peut évoquer l'événement et a des réactions physiologiques en présence de tout ce qui peut rappeler ou symboliser des aspects de son expérience.

[103] Organisation mondiale de la santé, Genève, 1994.

[104] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington, 1994.

253. Le sujet doit manifester une tendance persistante à fuir les stimuli associés à son traumatisme ou un manque de réactivité général. Pour que le diagnostic de stress post-traumatique puisse être posé, il doit présenter au moins trois des symptômes suivants : 1) il évite systématiquement les pensées, sentiments ou conversations susceptibles d'éveiller un souvenir du traumatisme; 2) il évite de même les activités, lieux ou personnes lui rappelant son expérience; 3) il n'arrive pas à se remémorer un aspect important de l'événement; 4) il se désintéresse d'activités importantes; 5) il se sent étranger à lui-même ou aux autres; 6) son affect est restreint; 7) il n'espère rien de l'avenir. Selon la classification DSM-IV, un autre motif de poser un diagnostic de stress post-traumatique réside dans la persistance de symptômes d'hypervigilance qui n'existaient pas avant le traumatisme, motif qui sera confirmé par l'observation de deux au moins des signes suivants : difficulté à s'endormir ou à rester endormi; irritabilité, accès de colère; difficulté à se concentrer; hypernervosité, réaction de sursaut exagérée.

254. Les troubles de stress post-traumatique peuvent être chroniques ou fluctuer pendant des périodes prolongées. Dans certaines phases, les symptômes d'hypervigilance et d'irritabilité domineront le tableau clinique. Le sujet souffrira alors généralement d'une augmentation des épisodes de souvenirs intrusifs, cauchemars et autres manifestations récurrentes. À d'autres moments, il pourra apparaître relativement asymptomatique ou replié sur le plan émotionnel. Il convient de ne pas perdre de vue que l'absence de coïncidence avec les critères de diagnostic du stress post-traumatique ne signifie en aucun cas l'absence de la torture. Selon la CIM-10, l'état de stress post-traumatique peut, dans certains cas, suivre un cours chronique pendant de nombreuses années avant d'évoluer éventuellement vers une modification durable de la personnalité.

c) *Modification durable de la personnalité*

255. À la suite d'un stress extrême, dû à une cause soudaine ou prolongée, des troubles de la personnalité peuvent se développer chez des individus auparavant exempts de tels troubles. Au nombre des situations susceptibles d'entraîner de tels symptômes, on peut mentionner les expériences de camps de concentration, les catastrophes, la captivité prolongée sous la menace permanente d'être tué et autres situations dans lesquelles la vie est menacée, comme le fait d'être victime d'actes de terrorisme ou de torture. Selon la CIM-10, le diagnostic de modification durable de la personnalité ne devrait être posé qu'en présence d'indications permettant de conclure à un changement manifeste, significatif et persistant du mode de perception, de relation et de pensée du sujet à l'égard de son entourage et de lui-même, associé à des comportements rigides et inadaptés qui n'existaient pas avant le traumatisme. Le diagnostic exclut les changements résultant d'autres troubles mentaux ou qui constitueraient un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur, de même que les changements de personnalité et de comportement dus à une maladie, un dysfonctionnement ou une lésion du cerveau.

256. Toujours selon la CIM-10, il faut, pour poser un tel diagnostic, que le changement persiste pendant au moins deux années après le traumatisme initial, et le stress doit être extrême au point que la vulnérabilité individuelle du sujet n'entre pas en ligne de compte. Une modification durable de la personnalité se caractérise par une attitude hostile ou méfiante vis-à-vis du monde extérieur, par un repli social, par des sentiments de vide ou de perte d'espoir, l'impression chronique d'avoir « les nerfs à vif », comme sous l'effet d'une menace permanente, et un sentiment de détachement.

d) *Abus de substances toxiques*

257. Les cliniciens ont observé que les personnes qui ont subi la torture deviennent souvent dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances toxiques qui les aident à refouler des souvenirs traumatisants, à rééquilibrer leur affect et à gérer leur angoisse. Bien que la comorbidité des troubles de stress post-traumatique avec d'autres désordres soit courante, on a peu étudié le phénomène de la toxico-dépendance des victimes de la torture. La littérature relative aux populations souffrant de troubles de stress post-traumatique englobe des groupes qui peuvent avoir subi la torture – comme les réfugiés, les prisonniers de guerre et les vétérans de guerre – et fournit donc d'utiles indications dans ce domaine. Elle révèle, entre autres, que la prévalence de l'abus de substances toxiques varie en fonction de l'appartenance ethnique et culturelle. Les ex-prisonniers de guerre souffrant de troubles de stress post-traumatique apparaissent davantage exposés à l'abus de substances toxiques, et les anciens combattants présentent des taux élevés de comorbidité du syndrome de stress post-traumatique et d'abus de ces mêmes substances[105,106,107,108,109,110,111,112]. En bref, l'étude d'autres populations exposées au syndrome de stress post-traumatique suggère nettement que l'abus de substances toxiques constitue un diagnostic potentiel de comorbidité pour les victimes de la torture.

e) *Autres diagnostics*

258. Comme il ressort clairement du catalogue des symptômes décrits plus haut, d'autres diagnostics peuvent

[105] P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 1991:167-192.

[106] A. Dadfar, "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war", *Amidst Peril and Pain*, A. Marsella *et al.*, éd., Washington, American Psychological Association, 1994.

[107] G. W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners, II: Morbidity, disability, and malajustments, *American Journal of Epidemiology*, 101 1975:400-422.

[108] B. E. Engdahl *et al.*, "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war", *American Journal of Psychiatry*, 155 1998:1740-1745.

[109] T. M Keane et J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21,1) 1990:1776-1788.

[110] R. A. Kulka *et al.*, *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, New York, Brunner/Mazel, 1990.

[111] K. Jordan *et al.*, "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, 48(3) 1991:207-215.

[112] A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics*, 31(2) 1990:197-203.

être envisagés en plus du stress post-traumatique, des troubles dépressifs graves et de la modification durable de la personnalité (voir ci-dessus). En voici quelques-uns :

i) Anxiété généralisée – anxiété excessive vis-à-vis de divers événements ou activités, tension motrice, accroissement de l'activité neurovégétative;

ii) Trouble panique – accès récurrents et inattendus de peur intense ou de malaise, comportant des symptômes tels que sudation, suffocation, tremblement, accélération du rythme cardiaque, vertiges, nausées, frissons ou bouffées de chaleur;

iii) État de stress aigu – symptômes similaires aux troubles de stress post-traumatique, mais diagnostiqués dans le mois suivant le traumatisme;

iv) Troubles somatoformes – symptômes physiques non expliqués par une pathologie médicale;

v) Troubles affectifs bipolaires – épisodes maniaques ou hypomaniaques accompagnés d'une humeur expansive ou irritable, d'idées de grandeur, d'une diminution du besoin de sommeil, d'une fuite des idées, d'agitation psychomotrice et autres phénomènes psychotiques associés;

vi) Troubles dus à une condition médicale générale prenant souvent la forme d'un dysfonctionnement cérébral – fluctuations ou défaillances de l'état de conscience, de l'orientation, des capacités d'attention et de concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives;

vii) Phobies – phobie sociale et agoraphobie.

C. – Évaluation psychologique/psychiatrique

1. *Considérations éthiques et cliniques*

259. Les évaluations psychologiques peuvent fournir de précieux éléments de preuve dans le cadre des enquêtes sur des allégations de torture, ceci pour plusieurs raisons : la torture provoque souvent des troubles psychologiques dévastateurs; les méthodes de torture sont souvent conçues de manière à ne pas laisser de traces physiques; les traces physiques laissées par la torture peuvent se résorber ou manquer de spécificité.

260. Les évaluations psychologiques sont très utiles également dans le cadre des enquêtes relatives aux droits de l'homme, des examens médico-légaux et des demandes d'asile politique ainsi que pour déterminer les conditions dans lesquelles ont été obtenus des aveux, elles font progresser la connaissance des pratiques régionales dans le domaine de la torture et aident à établir les besoins thérapeutiques des victimes. La finalité d'une évaluation psychologique consiste à déterminer le degré de cohérence entre le témoignage d'une victime présumée de la torture et les observations psychologiques effectuées dans le cadre de l'évaluation. À cet effet, l'évaluateur devrait établir un rapport détaillé sur les antécédents du sujet, procéder à un examen de son état mental, évaluer son fonctionnement social et rédiger une synthèse de ses propres impressions cliniques (voir chap. III, sect. C, et chap. IV, sect. E). Il devrait également poser un diagnostic psychiatrique lorsqu'il y a lieu. Compte tenu de la fréquence très importante de symptômes psychologiques chez les victimes de la torture, toute enquête sur des allégations de torture devrait inclure une évaluation psychologique.

261. L'évaluation de l'état mental et l'établissement d'un diagnostic clinique devraient toujours prendre en compte le contexte culturel. Pour conduire un entretien et formuler une impression et des conclusions cliniques, l'évaluateur doit impérativement être familiarisé avec les syndromes spécifiques à la culture du patient ainsi qu'avec les modes idiomatiques d'expression des symptômes. Si l'évaluateur n'a qu'une connaissance limitée de la culture du patient, le concours d'un interprète est indispensable. Ce dernier devrait connaître non seulement la langue, mais aussi les coutumes, les pratiques religieuses et autres croyances du pays dont la victime est originaire. Il n'est pas rare qu'un entretien suscite des réactions de peur et de méfiance chez la victime, par identification avec des interrogatoires antérieurs. Pour limiter les risques de re-traumatisation, il importe que le clinicien manifeste une certaine empathie avec l'expérience vécue par le sujet et avec son environnement culturel. La stricte « neutralité clinique » en usage dans certaines formes de psychothérapie n'est pas de mise dans un tel contexte. Plutôt que de se tenir sur la réserve, le clinicien doit s'efforcer de faire sentir au patient qu'il est non pas un juge, mais un allié.

2. *Déroulement de l'entretien*

262. Le clinicien devrait expliquer en détail le déroulement de l'entretien (questions sur les antécédents psychosociaux, récit des tortures subies, état psychologique actuel) de façon à préparer le sujet aux réactions émotionnelles parfois pénibles que celui-ci pourra susciter. Le patient doit avoir la latitude de faire des pauses, d'interrompre à tout instant l'entretien et de partir si le stress devient insupportable, avec la possibilité d'un rendez-vous ultérieur. Le clinicien doit faire preuve de tact et d'empathie dans la formulation et le ton de ses questions, tout en restant objectif dans son évaluation clinique. Il doit par ailleurs être attentif à de possibles réactions personnelles vis-à-vis du patient et des évocations de la torture, lesquelles risquent d'influer sur ses perceptions et son jugement.

263. L'entretien pourra ranimer chez le patient le souvenir d'interrogatoires subis pendant la torture. C'est pourquoi il peut arriver que des sentiments violents et négatifs se manifestent à l'égard du clinicien – colère, rage, répulsion, impuissance, confusion, panique ou haine. Le clinicien devrait ménager la possibilité au patient d'exprimer et d'expliquer de tels sentiments, et montrer qu'il comprend la situation difficile dans laquelle se trouve le patient. Par ailleurs, il ne doit pas perdre de vue la possibilité que ce dernier soit toujours l'objet de persécutions ou autres formes d'oppression. Eu égard à cette possibilité, il est parfois préférable de s'abstenir de poser des questions touchant à des activités illégales. Le clinicien ne doit pas non plus perdre de vue les motifs qui sont à l'origine de l'évaluation psychologique, car ce sont eux qui déterminent le degré de confidentialité auquel il est tenu. Lorsqu'une évaluation de la crédibilité d'une victime présumée de la torture est requise dans le cadre d'une

procédure judiciaire mise en œuvre par l'État ou en son nom, l'intéressé doit être informé que cela entraîne la levée du secret médical pour toutes les informations portées dans le rapport. Si, en revanche, la demande d'évaluation psychologique émane de la victime présumée, le secret médical sera respecté.

264. Les cliniciens qui effectuent des évaluations physiques ou psychologiques doivent être conscients que l'évocation de traumatismes graves peut induire chez l'évaluateur et le patient des réactions émotionnelles de transfert et de contre-transfert. Méfiance, peur, honte, colère et culpabilité sont des réactions typiques chez les victimes de la torture, en particulier lorsqu'on leur demande de relater ou de se remémorer des détails de leur expérience. On parle de transfert lorsque le patient reporte sur la personne du clinicien des sentiments liés à son traumatisme. Le contre-transfert, qui consiste dans la réaction émotionnelle du clinicien vis-à-vis du patient, peut également affecter l'évaluation psychologique. Transfert et contre-transfert sont interdépendants et interactifs.

265. L'impact potentiel des réactions de transfert sur le processus d'évaluation devient manifeste dès l'instant où il apparaît qu'un entretien ou un examen comportant l'évocation d'une expérience traumatisante expose le patient à des souvenirs, pensées et sentiments néfastes et non désirés. Même si la victime d'actes de torture consent à l'évaluation dans l'espoir d'en tirer profit, celle-ci risque alors de réactiver son traumatisme.

266. Les réactions de transfert peuvent revêtir différentes formes. Les questions de l'évaluateur peuvent être perçues comme une contrainte apparentée à un interrogatoire. L'évaluateur peut être suspecté de voyeurisme ou de sadisme et le patient peut se poser à son égard des questions telles que : Pourquoi me pousse-t-il à révéler tous les détails les plus terribles de mon expérience ? Pourquoi une personne normale choisirait-elle d'écouter des histoires comme la mienne pour gagner sa vie ? Quelle peut bien être la motivation cachée de l'évaluateur ? La victime peut aussi avoir un préjugé défavorable à l'encontre de l'évaluateur du simple fait que celui-ci n'a pas été emprisonné ni torturé, et en conclure qu'il est dans le camp de l'ennemi.

267. L'évaluateur est perçu comme une personne occupant une position de pouvoir – ce qui est souvent le cas – et, de ce fait, la victime pourra juger risqué de lui confier certains détails de son expérience. À l'inverse, certains sujets – notamment ceux qui sont toujours en détention – manifestent une confiance excessive alors que l'évaluateur n'est pas en position de garantir leur sécurité. Dans de telles circonstances, l'évaluateur doit tout faire pour éviter qu'un détenu ne se mette lui-même en danger. Les victimes de la torture peuvent douter de la capacité de l'évaluateur à empêcher l'accès des autorités persécutrices aux informations fournies dans le cadre de l'évaluation. Peur et méfiance peuvent être particulièrement aiguës lorsque des médecins ou autres professionnels de la santé ont participé à la torture.

268. Souvent, l'évaluateur appartient à une ethnie ou autre communauté dominante, alors que le patient fait partie d'un groupe minoritaire. Une telle circonstance est susceptible de conforter chez ce dernier le sentiment, justifié ou non, du déséquilibre du pouvoir et d'accentuer ses sentiments de peur, de défiance et de sujétion. Dans certains cas, notamment lorsque le patient est encore en détention, l'antagonisme socioculturel s'applique davantage à l'interprète qu'à l'évaluateur. C'est pourquoi l'interprète devrait autant que possible être recruté en dehors de la communauté locale, de manière à ce que toutes les parties puissent le considérer comme neutre. Bien entendu, il est fortement déconseillé de recourir aux services d'un membre de la famille de la victime, en raison des pressions qui pourraient être exercées sur lui par des autorités curieuses de savoir quelles informations ont été divulguées dans le cadre de l'entretien.

269. Lorsque l'évaluateur et la victime sont du même sexe, l'entretien risque d'être plus facilement assimilé à une situation de torture. Ainsi, une femme qui a subi en prison un viol ou d'autres sévices de la part d'un homme est davantage susceptible d'éprouver des sentiments de détresse, de méfiance et de peur face à un évaluateur du sexe masculin. En revanche, les hommes qui ont subi des sévices sexuels peuvent être gênés d'évoquer certains détails en présence d'une femme. Toutefois, l'expérience a montré, s'agissant en particulier de victimes encore en détention, que dans toutes les sociétés à l'exception des plus fondamentalistes, où il est exclu qu'un homme interroge une femme – sans parler de l'examiner –, l'aptitude de l'évaluateur à renseigner et conseiller la victime importe généralement beaucoup plus que son sexe. De fait, il arrive que des femmes victimes de viol refusent de se confier à des femmes sans qualifications médicales et exigent de parler à un médecin, fût-il de sexe masculin, de façon à pouvoir lui poser des questions spécifiques. Celles-ci peuvent porter sur les possibles séquelles du viol, notamment la grossesse, l'aptitude ultérieure à procréer ou les futures relations sexuelles entre époux. Dans le cadre d'évaluations conduites à des fins juridiques, l'attention accordée aux détails et la précision des questions peuvent être perçues comme des signes de méfiance ou de doute de la part de l'examinateur.

270. En raison des pressions psychologiques mentionnées plus haut, les victimes de la torture peuvent être re-traumatisées et accablées par des souvenirs éprouvants, et affecter ou mobiliser par réaction des défenses très fortes qui se traduisent pas un comportement de retrait et de repli affectif durant l'examen ou l'entretien. Un tel comportement pose de sérieuses difficultés, car les victimes sont alors dans l'incapacité de communiquer pleinement leur expérience et leurs souffrances, ce qui est préjudiciable à la fois pour les patients et pour le bon déroulement de l'enquête.

271. Les réactions de contre-transfert sont souvent inconscientes et, lorsqu'un évaluateur n'a pas conscience d'un contre-transfert, cela devient problématique. Il n'est pas anormal d'éprouver des sentiments à l'écoute de patients évoquant des actes de torture et, bien que ces sentiments puissent interférer avec le travail du clinicien, le risque est moindre si ce dernier en a conscience. Dans l'ensemble, les médecins et psychologues qui se consacrent à l'examen et au traitement de victimes de la torture admettent que la conscience et la compréhension des réactions typiques de contre-transfert sont cruciales, car le contre-transfert peut limiter de façon sensible l'aptitude à établir et à évaluer les conséquences physiques et psychologiques de la torture. Un travail efficace d'investigation de la torture et autres mauvais traitements réclame une

conscience claire des motivations personnelles qui poussent à travailler dans ce domaine. Il est généralement admis que les professionnels qui mènent continuellement ce genre d'investigation devraient être encadrés par des collègues également spécialisés dans ce domaine. Ci-dessous, quelques-unes des réactions de contre-transfert les plus courantes :

i) Comportement d'évitement, repli sur soi et indifférence défensive pour se protéger contre des informations perturbantes. Une telle réaction peut conduire à négliger des détails et à sous-estimer la gravité des problèmes physiques et psychologiques de la victime;

ii) Désenchantement, impuissance, désespoir et suridentification. Cela peut entraîner des symptômes de dépression ou de traumatisation par procuration tels que cauchemars, anxiété ou angoisse;

iii) Sentiment de toute-puissance et de grandiosité. Le sujet se prend pour un sauveur, pour *le* grand spécialiste du traumatisme, pour l'ultime chance du patient de recouvrer la santé;

iv) Sentiment de ne pas être « à la hauteur ». Le sujet doute de sa capacité à répondre aux attentes de la victime ou remet en question ses compétences par référence abusive à des normes médicales idéalisées;

v) Culpabilité. Le sujet se sent coupable de ne pas partager la souffrance de la victime ou solidairement responsable du mal que lui a fait la société; il peut en résulter une approche excessivement sentimentale ou idéalisée du patient;

vi) Colère et rage vis-à-vis des tortionnaires. Ces sentiments risquent de miner l'aptitude du sujet à rester objectif et peuvent devenir chroniques;

vii) Colère ou répulsion vis-à-vis de la victime. Un tel sentiment peut se développer en réaction au fait d'être exposé à un degré inhabituel d'anxiété, ou parce que, doutant de la véracité du témoignage, le sujet a l'impression d'être utilisé par la victime;

viii) Réactions liées aux origines culturelles. Lorsque le clinicien appartient à un groupe ethnique différent de celui de la victime, il peut être influencé par des préjugés, avoir une attitude condescendante et sous-estimer le patient. À l'inverse, un clinicien appartenant au même groupe ethnique que la victime pourra se sentir solidaire de son patient et perdre de son objectivité.

272. La plupart des cliniciens considèrent toutefois que le contre-transfert peut aussi constituer dans bien des cas une précieuse source d'information sur l'état psychologique de la victime. L'efficacité du clinicien risque surtout d'être compromise s'il réagit au contre-transfert plutôt que d'y réfléchir. C'est pourquoi il est vivement recommandé à tous les cliniciens se consacrant à l'évaluation et au traitement de victimes de la torture d'analyser toute réaction de contre-transfert et, dans la mesure du possible, de se faire encadrer par des collègues.

273. Parfois, les circonstances exigent l'intervention d'un interprète (voir chap. IV, sect. I). Il existe alors deux formules possibles, chacune présentant des avantages et des inconvénients : l'évaluateur peut s'en tenir à une traduction littérale, ou adopter une approche biculturelle consistant à travailler en équipe avec l'interprète, qui lui fournira alors des clefs pour apprécier les facteurs culturels, religieux et sociaux influant sur la perception et l'expression des événements et des symptômes. Dans le premier cas de figure, le clinicien se privera éventuellement d'éléments de compréhension importants. Dans le second cas, on ne peut pas exclure le risque que l'interprète influence les réponses du patient ou qu'il en altère le sens. Quelle que soit l'approche choisie, la personnalité de l'interprète, ses origines ethniques et culturelles, de même que ses sympathies politiques, revêtent une grande importance. La victime doit pouvoir se fier à lui pour comprendre ses propos et les transmettre fidèlement au clinicien. L'interprète ne devrait en aucune circonstance être un fonctionnaire chargé de l'application de la loi ou autre employé de l'État, pas plus qu'un parent de la victime, pour des raisons évidentes de confidentialité. Il devrait toujours être indépendant.

3. *Éléments de l'évaluation psychologique/ psychiatrique*

274. L'introduction devrait indiquer la source de référence principale, les sources collatérales (dossiers médicaux, juridiques et psychiatriques, par exemple) et décrire les méthodes d'évaluation utilisées (entretiens, inventaire des symptômes, listes de contrôle, tests neuropsychologiques).

a) *Récit circonstancié des événements*

275. L'évaluateur devrait faire tout son possible pour obtenir un récit circonstancié des actes de torture, persécutions et autres expériences traumatisantes subies par le patient (voir chap. IV, sect. E). Cette partie de l'entretien est souvent très éprouvante pour la victime, aussi peut-il s'avérer nécessaire de la fragmenter en plusieurs séances. Avant d'entrer dans les détails, on demandera au patient de fournir un résumé des principaux événements. L'évaluateur doit être conscient des enjeux juridiques, car ceux-ci détermineront la nature et le volume des informations requises.

b) *État psychologique présent*

276. L'appréciation de l'état présent de la victime sur le plan psychologique constitue l'élément clef de l'évaluation. Étant donné que 80 à 90 % des prisonniers de guerre soumis à de violents sévices et des victimes de viols souffrent de troubles de stress post-traumatique permanents, il importe de poser des questions se rattachant spécifiquement aux trois grandes catégories de troubles énoncées dans la classification DSM-IV – reviviscence de l'événement traumatique, comportement d'évitement ou émoussement de la réactivité (y compris amnésie), hypervigilance[113,114]. Les symptômes affectifs, cognitifs et

[113] B. O. Rothbaum *et al.*, "A prospective examination of post-traumatic stress disorder rape victims", *Journal of Traumatic Stress*, 5 1992:455-475.

[114] P. B. Sutker, D. K. Winstead, Z. H. Galina, "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry*, 148 1991:62-72.

comportementaux devraient être décrits en détail. On devrait également indiquer la fréquence des cauchemars, hallucinations et réactions de sursaut, si possible avec des exemples concrets. L'éventuelle absence de symptômes peut s'expliquer par la nature épisodique et souvent différée des troubles de stress post-traumatique ou par la négation des symptômes, considérés comme honteux par la victime.

c) *Situation générale après la torture*

277. Cet élément de l'évaluation consiste à recueillir des informations sur la situation générale du patient au moment de l'entretien. On s'enquerra notamment des actuelles causes de stress, comme la séparation ou la perte d'êtres aimés, la fuite du pays d'origine et les conditions d'existence en exil. L'évaluateur devrait également s'efforcer de déterminer la capacité du sujet à être productif, à gagner sa vie et à prendre soin de sa famille, et s'informer des services sociaux à sa disposition.

d) *Situation générale avant la torture*

278. Le rapport devrait contenir des renseignements sur l'enfance, l'adolescence et la jeunesse de la victime, sur son environnement familial et les éventuelles maladies de famille, sur son bagage éducatif et professionnel, sur les éventuels traumatismes passés – sévices sexuels pendant l'enfance, traumatismes de guerre, violence domestique – ainsi que sur son milieu culturel et religieux.

279. Ces divers éléments permettront de se faire une idée de l'état mental et de la situation psychosociale du sujet avant la torture et aideront ainsi à déterminer l'impact de cette expérience. Pour évaluer ces informations de base, il convient toutefois de tenir compte des divers facteurs qui influent sur la durée et l'intensité des réactions traumatiques, à savoir, notamment : les circonstances de la torture, la perception et l'interprétation de la torture par la victime, le contexte social avant, pendant et après la torture, le soutien communautaire, les valeurs et attitudes vis-à-vis des expériences traumatisantes, le contexte politique et culturel, la gravité et la durée des sévices, les vulnérabilités génétiques et biologiques, l'âge, le niveau de développement et la personnalité de la victime, les éventuels traumatismes antérieurs. Souvent, le manque de temps et d'autres contraintes font qu'il peut être difficile de recueillir toutes ces informations. Néanmoins, il est essentiel d'obtenir un maximum de renseignements sur l'état mental et la situation psychosociale du sujet avant la torture, afin d'être en mesure de discerner dans quelle mesure celle-ci a contribué aux problèmes psychologiques actuels.

e) *Profil médical*

280. Le profil médical synthétisera l'état de santé avant le traumatisme, l'état de santé actuel, les symptômes physiques et somatiques, les médicaments consommés et leurs effets secondaires, les informations sexuelles pertinentes, les interventions chirurgicales subies et autres données utiles (voir chap. V, sect. B).

f) *Profil psychiatrique*

281. L'évaluateur s'enquerra des antécédents mentaux et psychologiques, de la nature des éventuels problèmes et des suites thérapeutiques qui leur ont été données, y compris l'internement psychiatrique et la consommation de psychotropes.

g) *Consommation de substances toxiques*

282. Le clinicien interrogera le patient sur son éventuelle consommation de substances toxiques avant et après la torture, sur l'évolution d'une telle consommation et sur les raisons qui la justifient (par exemple, pour lutter contre l'insomnie ou pour surmonter des problèmes psychologiques/psychiatriques). Parmi ces substances figurent non seulement l'alcool, le cannabis ou l'opium, mais aussi de nombreux autres produits à usage localisé comme le bétel.

h) *Évaluation de l'état mental*

283. L'évaluation de l'état mental commence dès la prise de contact du clinicien avec le sujet. L'évaluateur devrait être attentif à l'apparence générale du patient et prendre note d'éléments tels que les signes de malnutrition, le manque de propreté, les modifications de l'activité motrice en cours d'entretien, l'aptitude à communiquer et les modes de communication (parole, regard, etc.). Tous les aspects de l'examen de l'état mental devraient être inclus dans le rapport, y compris : apparence générale, activité motrice, communication verbale, état d'esprit, affect, pensées et mode de raisonnement, idées suicidaires ou homicides, fonctions cognitives (orientation, mémoire à long, moyen et court terme).

i) *Évaluation de la fonction sociale*

284. La torture et autres expériences traumatisantes peuvent affecter directement et indirectement l'aptitude des individus à fonctionner. La torture peut également entraîner indirectement une infirmité, si ses conséquences psychologiques compromettent la capacité du sujet à prendre soin de lui-même, à gagner sa vie, à soutenir sa famille ou à poursuivre des études ou autre formation. L'évaluateur devrait s'efforcer d'établir le niveau de fonctionnement social du patient en s'informant de ses activités quotidiennes, de son statut social, de ses loisirs, de sa santé. Il devrait demander au sujet d'évaluer son propre état de santé, en signalant l'éventuelle présence de sensations de fatigue chronique, et de mentionner tout changement constaté dans son fonctionnement général.

j) *Tests psychologiques, listes de contrôle et questionnaires*

285. Il existe peu de données sur l'utilisation des tests psychologiques (tests projectifs et objectifs de la personnalité) dans le cadre de l'évaluation des victimes de la torture. Ces tests manquent par ailleurs de validité interculturelle, ce qui en limite sensiblement l'utilité dans ce contexte particulier. Des tests neuropsychologiques pourront toutefois s'avérer utiles en cas de lésions cérébrales résultant de la torture (voir chap. VI, sect. C.4). Les victimes de la torture peuvent avoir des difficultés à exprimer par des mots leur expérience et leurs symptômes. Dans certaines circonstances, on pourra donc recourir avec pro-

fit à des listes de contrôle ou à des questionnaires sur les expériences traumatisantes et les symptômes. L'évaluateur aura alors le choix entre divers outils, dont aucun cependant ne s'applique spécifiquement aux victimes de la torture.

k) *Impression clinique*

286. Pour formuler une impression clinique aux fins d'établir des éléments de preuve psychologique d'actes de torture, il convient de se poser les questions suivantes :

i) Les observations psychologiques sont-elles cohérentes avec les sévices allégués ?

ii) Les symptômes observés constituent-ils des réactions prévisibles ou typiques d'un stress extrême dans le contexte culturel et social du sujet ?

iii) Eu égard au caractère fluctuant des troubles mentaux d'origine traumatique, à quand remonte la torture ? À quel stade de l'évolution des symptômes se trouve le patient ?

iv) Quels sont les facteurs de stress concomitants (par exemple, persécution persistante, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social) ? Quel est leur impact sur le sujet ?

v) Quels facteurs médicaux interviennent dans le tableau clinique (en particulier, les éventuelles blessures à la tête infligées pendant la torture ou la détention) ?

vi) Le tableau clinique suggère-t-il une fausse allégation de torture ?

287. L'évaluateur devrait se prononcer sur la cohérence des observations psychologiques et sur la mesure dans laquelle elles corroborent les sévices allégués, et décrire l'état émotionnel du sujet pendant l'entretien. Il devrait dresser l'inventaire de ses symptômes, et synthétiser les éléments d'information recueillis au sujet de la torture et de la détention, ainsi que sur la situation du sujet avant ces événements. Il devrait noter également des renseignements concernant le moment où sont apparus des symptômes liés au traumatisme, la spécificité d'observations psychologiques particulières et le mode de fonctionnement psychologique du sujet. D'autres facteurs, comme la migration forcée, la réinstallation, les problèmes d'intégration culturelle et linguistique, le chômage, la perte du foyer, de la famille et du statut social, seront également pris en compte. Certains problèmes physiques, comme les traumatismes de la tête ou les lésions cérébrales, devront peut-être faire l'objet d'examens complémentaires. L'évaluateur pourra aussi recommander dans certains cas des examens neurologiques et neuropsychologiques.

288. Si le sujet présente des symptômes coïncidant avec un diagnostic défini dans les classifications DSM-IV ou CIM-10, cela devra être mentionné. Il peut arriver que plusieurs diagnostics soient applicables. Encore une fois, il faut insister sur le fait que l'absence d'un diagnostic corroborant des allégations de torture ne permet pas de conclure à la fausseté de ces allégations. Il arrive que des victimes de la torture présentent des symptômes ne correspondant pas exactement à l'un ou l'autre des diagnostics décrits dans les classifications DSM-IV ou CIM-10. Dans tous les cas, les symptômes et les sévices allégués par le sujet doivent quoi qu'il en soit être envisagés comme un tout. L'évaluateur précisera dans son rapport la relation et la cohérence entre les événements relatés et les symptômes observés.

289. Différentes raisons, personnelles ou politiques, peuvent pousser un individu à faire des allégations mensongères de torture ou à exagérer la gravité d'un incident. L'évaluateur devrait toujours envisager cette possibilité, en s'efforçant de déterminer les raisons potentielles pour le sujet d'agir ainsi. Toutefois, il ne faut pas oublier que, pour être capable d'abuser un spécialiste, il faut une connaissance des symptômes associés aux traumatismes que peu d'individus possèdent. Par ailleurs, des incohérences dans un témoignage peuvent aussi avoir des explications parfaitement naturelles. Elles peuvent résulter, par exemple, d'altérations de la mémoire consécutives à des lésions du cerveau, de manifestations de confusion mentale ou de dissociation, de différences culturelles dans la perception du temps, ou encore du rejet partiel ou total de souvenirs traumatisants. Pour établir solidement des éléments de preuve psychologique en relation avec des allégations de torture, le clinicien doit être capable de repérer les éventuelles inconsistances du témoignage. En cas de doute, il devrait organiser des entretiens supplémentaires et consulter éventuellement des parents ou amis susceptibles de corroborer certains faits. Si, en dépit d'une investigation approfondie, il conserve encore des soupçons quant à la véracité des informations données, il devrait faire évaluer le patient par un collègue et demander son opinion à ce dernier. Lorsqu'il existe un doute, celui-ci devrait être mentionné dans le rapport, avec l'opinion de deux cliniciens.

l) *Recommandations*

290. Les recommandations énoncées à l'issue de l'évaluation psychologique dépendront de l'origine et de la formulation de la demande d'enquête, les questions posées pouvant être liées à des procédures légales ou judiciaires, à des demandes d'asile ou à des problèmes strictement médicaux. Selon les cas, l'évaluateur pourra ainsi recommander des examens complémentaires (tests neuropsychologiques, par exemple), des traitements médicaux ou psychiatriques, des mesures visant à garantir la sécurité du sujet, ou l'acceptation de sa demande d'asile.

4. *Évaluation neuropsychologique*

291. La neuropsychologie clinique est une science appliquée qui s'intéresse aux manifestations comportementales des dysfonctionnements cérébraux. L'évaluation neuropsychologique consiste plus spécialement à mesurer et à classifier les troubles du comportement liés à des lésions organiques du cerveau. On a depuis longtemps reconnu l'utilité de cette discipline lorsqu'il s'agit de distinguer entre des problèmes neurologiques et psychologiques ainsi que pour déterminer le traitement à appliquer aux patients souffrant de symptômes consécutifs à des lésions cérébrales. Les évaluations neuropsychologiques des victimes de la torture sont relativement rares et, à ce jour, il n'existe aucune étude neuropsychologique spécifiquement consacrée à ces mêmes personnes. Les remarques qui suivent se limitent par conséquent à évoquer les

principes généraux sur lesquels les professionnels de la santé pourront s'appuyer pour comprendre l'utilité et les indications d'une évaluation neuropsychologique d'une victime présumée de la torture. Avant d'en venir à l'utilité et aux indications d'une telle évaluation, il est toutefois essentiel d'évoquer ses limitations.

a) *Limitations de l'évaluation neuropsychologique*

292. Il existe différents facteurs qui limitent de façon générale l'évaluation des victimes de la torture. Ces facteurs, décrits dans d'autres parties du présent manuel, s'appliquent aussi bien à l'évaluation neuropsychologique qu'aux évaluations médicale et psychologique. L'évaluation neuropsychologique peut être limitée par d'autres facteurs encore, au nombre desquels le manque d'études spécifiques, les différences culturelles et linguistiques, et le risque de re-traumatisation des patients.

293. La littérature consacrée à l'évaluation neuropsychologique des victimes de la torture est très pauvre, les seuls documents pertinents traitant de diverses formes de traumatismes de la tête et de l'évaluation neuropsychologique des troubles de stress post-traumatique en général. Aussi les remarques ci-après – et les interprétations subséquentes des évaluations neuropsychologiques – se fondent-elles par nécessité sur des principes généraux s'appliquant à d'autres catégories de personnes.

294. L'évaluation neuropsychologique développée et pratiquée dans les pays occidentaux repose largement sur une approche actuarielle, laquelle consiste essentiellement à comparer les résultats d'une batterie de tests standard à des normes correspondant à une population type. Bien que l'interprétation normative des évaluations neuropsychologiques puisse être complétée par une approche fondée sur l'analyse qualitative comme celle développée par Luria, notamment lorsque la situation clinique l'exige, l'approche actuarielle reste prédominante[115,116]. Au demeurant, on s'appuie davantage sur les résultats des tests lorsque le dysfonctionnement cérébral est relativement bénin, ou lorsque les défaillances neuropsychologiques sont imputées à un trouble psychiatrique.

295. Les différences culturelles et linguistiques peuvent limiter considérablement l'utilité et l'applicabilité de l'évaluation neuropsychologique des victimes présumées de la torture. Ainsi, lorsqu'il n'existe pas de traduction des tests dans la langue du sujet et lorsque le clinicien ne maîtrise pas parfaitement cette même langue, l'évaluation orale est impossible. Seuls peuvent alors être effectués des tests non oraux, ce qui interdit toute comparaison entre les facultés verbales et non verbales et rend plus difficile l'analyse de la latéralisation (ou de la localisation) des déficits. Or, cette analyse est souvent très utile du fait de l'organisation asymétrique du cerveau, dont l'hémisphère gauche joue un rôle prépondérant dans la parole. Si, par ailleurs, on ne dispose pas de normes de référence spécifiques au groupe culturel et linguistique auquel appartient le sujet, l'évaluation neuropsychologique n'a guère de sens. L'estimation du QI est l'un des critères principaux qui permettent la mise en perspective des résultats des tests. Aux États-Unis, par exemple, cette estimation est souvent dérivée des résultats de sous-ensembles de tests oraux utilisant les échelles de Wechsler (notamment la sous-échelle de l'information), parce que, en présence d'une défaillance organique du cerveau, les connaissances factuelles acquises sont moins menacées de dégradation que d'autres tâches et, par voie de conséquence, plus représentatives que d'autres mesures de la capacité d'apprentissage antérieure. Les estimations peuvent également être basées sur le bagage éducationnel et professionnel et sur des données démographiques – des considérations qui ne peuvent évidemment pas s'appliquer à des populations pour lesquelles on ne dispose pas de normes de référence. Dans ces cas-là, seules des estimations très grossières des capacités intellectuelles antérieures au traumatisme peuvent être effectuées. Il s'ensuit que l'interprétation d'une défaillance neuropsychologique de faible gravité pourra s'avérer très difficile.

296. Une évaluation neuropsychologique peut re-traumatiser une personne qui a subi la torture. Il convient de prendre toutes les précautions possibles à toutes les phases du processus d'enquête afin d'éviter que cela ne se produise (voir chap. IV, sect. H). Pour citer un exemple de risque spécifique à l'évaluation neuropsychologique, il serait à l'évidence très risqué de soumettre une telle personne à la procédure de Halstead-Reitan – en particulier au test d'évaluation tactile – et de lui placer un bandeau sur les yeux. Le sentiment d'impuissance inhérent à une telle expérience serait en effet très traumatisant pour tout individu ayant subi ce procédé durant la détention et la torture, et même pour une personne torturée sans que ses yeux aient été bandés. En fait, n'importe quel test neuropsychologique est potentiellement traumatisant pour de telles personnes, quel que soit l'instrument utilisé. Le simple fait d'être observé, invité à déployer de gros efforts pour accomplir une tâche souvent incompréhensible et à remplir un rôle plutôt que de dialoguer peut s'avérer très stressant ou raviver des souvenirs de la torture.

b) *Indications de l'évaluation neuropsychologique*

297. Dans le cadre de l'évaluation des troubles du comportement chez des victimes présumées de la torture, il existe deux indications principales pour l'évaluation neuropsychologique : lésions cérébrales et syndrome de stress post-traumatique avec les diagnostics afférents. Si les unes et les autres se recoupent par certains aspects et présentent de nombreux points communs, seules les lésions cérébrales constituent cependant une application typique et traditionnelle de la neuropsychologie clinique, le syndrome de stress post-traumatique représentant à cet égard un champ d'investigation relativement récent, mal connu et assez problématique.

298. Les lésions du cerveau et les dommages cérébraux qu'elles entraînent peuvent résulter de différents types de traumatismes de la tête et de désordres métaboliques consécutifs à la persécution, à la détention et à la torture : blessures par balle, empoisonnement, malnutrition due au manque de nourriture ou à l'ingestion forcée de substances nocives, hypoxie ou anoxie consécutive à l'asphyxie ou à la quasi-noyade, et, surtout, coups à la tête. Les coups à la tête sont une pratique courante dans les

[115] A. R. Luria et L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology, *American Psychologist*, 32(11) 1977:959-968.

[116] R. J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist,* 33(8) 1978:766-767.

situations de détention et de torture. Une étude portant sur un échantillon de victimes de la torture a révélé que les coups à la tête venaient en deuxième position dans les violences corporelles (45 %), derrière les coups au corps (58 %)[117]. Le potentiel de dommages cérébraux est très élevé parmi les victimes de la torture.

299. Les lésions internes de la tête entraînant des désordres durables de gravité faible à moyenne représentent probablement la cause la plus fréquemment observée de troubles neuropsychologiques. Si les blessures peuvent parfois laisser des cicatrices, les lésions cérébrales sont généralement indétectables par les procédés d'imagerie médicale. Il peut arriver que des professionnels de la santé mentale ignorent ou sous-estiment des dommages cérébraux bénins ou modérés parce que leur attention est focalisée sur des symptômes de dépression ou d'état de stress post-traumatique. Les victimes de la torture se plaignent communément de difficultés à fixer l'attention et à se concentrer ainsi que de problèmes de mémoire à court terme, autant de symptômes qui peuvent résulter aussi bien de désordres cérébraux que du stress post-traumatique. Or, comme ces mêmes personnes souffrent très couramment de stress post-traumatique, on néglige parfois de les interroger sur une éventuelle lésion de la tête.

300. Dans la phase initiale de l'examen, le diagnosticien doit s'appuyer sur les informations disponibles concernant le traumatisme de la tête et l'évolution des symptômes. Comme c'est habituellement le cas pour les sujets souffrant de lésions cérébrales, le témoignage de tierces parties – en particulier des membres de la famille – peut s'avérer précieux. En effet, les patients éprouvent souvent de grosses difficultés à évaluer et à formuler leurs troubles, parce qu'ils sont eux-mêmes « au cœur » du problème. Un examen de la chronicité des symptômes peut constituer un point de départ utile pour tenter d'établir si ceux-ci résultent d'un dysfonctionnement organique du cerveau ou du stress post-traumatique. Lorsque les problèmes d'attention, de concentration et de mémoire fluctuent avec le temps et en relation avec l'anxiété et la dépression, il y a de bonnes chances qu'on soit en présence du syndrome de stress post-traumatique. À l'inverse, lorsque les troubles apparaissent permanents et d'une intensité constante, l'hypothèse d'un dysfonctionnement organique doit être envisagée sérieusement, même si l'existence d'un traumatisme de la tête n'est pas clairement établie.

301. Lorsqu'il soupçonne une telle possibilité, l'évaluateur devrait aussitôt faire procéder à un examen neurologique approfondi par un médecin. Selon ses observations, celui-ci pourra consulter à son tour un neurologue ou ordonner des tests diagnostiques. Un check-up médical complet, une consultation neurologique spécifique et une évaluation neuropsychologique figurent au nombre des possibilités à envisager. Le recours à l'évaluation neuropsychologique est généralement indiqué lorsque le trouble neurologique est relativement peu important, lorsque les symptômes sont de nature essentiellement cognitive ou lorsqu'un diagnostic différentiel entre dysfonctionnement cérébral et stress post-traumatique doit être posé.

302. Le choix des tests et procédures neuropsychologiques étant sujet aux limitations mentionnées plus haut, l'utilisation de batteries de tests standard est exclue. Il faudra donc adopter une approche au cas par cas, adaptée aux caractéristiques du sujet, ce qui exige de la part de l'évaluateur une solide expérience, de vastes connaissances et une grande finesse. Comme indiqué plus haut, l'éventail des méthodes sera souvent limité aux tests non oraux et, en l'absence de normes de référence pour la population à laquelle appartient le sujet, la validité des résultats psychométriques de n'importe quelle série de tests standardisée sera presque inévitablement affectée. Par ailleurs, l'absence de tests oraux constitue en soi une sérieuse limitation à la valeur de l'évaluation. En effet, de nombreux domaines de la fonction cognitive s'expriment à travers la parole, et la comparaison systématique entre diverses procédures orales et non orales est souvent indispensable pour déterminer la nature des défaillances.

303. À cela s'ajoute le fait que la signification de certains tests non oraux varie sensiblement d'un groupe à l'autre, même au sein de cultures relativement proches. On a, par exemple, comparé les résultats d'une petite batterie de tests neuropsychologiques entre 118 sujets anglophones et autant de sujets hispanophones, choisis au hasard parmi des échantillons de population similaires[118]. Si les résultats des tests oraux ont été pratiquement identiques, les sujets hispanophones ont obtenu des résultats sensiblement inférieurs dans presque tous les tests non oraux. On peut en conclure que la plus grande circonspection est de rigueur lorsqu'on applique à des sujets non anglophones des tests oraux et non oraux élaborés pour des sujets anglophones.

304. Le choix des instruments et procédures d'évaluation neuropsychologique pour les victimes présumées de la torture doit être laissé à la sagacité du clinicien, qui se déterminera en fonction des besoins et possibilités. L'utilisation de tests neuropsychologiques réclame une expérience et des connaissances approfondies des relations entre le cerveau et le comportement. Il existe des listes exhaustives des procédures et tests neuropsychologiques qui précisent leurs applications respectives[119].

c) *Syndrome de stress post-traumatique*

305. Il a été clairement souligné ci-dessus que les plus grandes précautions sont de mise dans l'évaluation neuropsychologique des dysfonctionnements cérébraux de victimes présumées de la torture. Ces précautions s'imposent plus impérativement encore lorsqu'il s'agit d'évaluer d'éventuels troubles de stress post-traumatique. Même s'il existe des normes de référence pour la population à laquelle appartient le sujet, les difficultés sont considérables. Le stress post-traumatique est un désordre psychiatrique et il n'entre pas dans le champ d'application traditionnel de l'évaluation neuropsychologique. Par ailleurs, il ne se prête pas à l'application du modèle clas-

[117] H. C. Traue, G. Schwarz-Langer, N. F. Gurris, "Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer", *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1 1997:41-62.

[118] D. M. Jacobs *et al.*, "Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(3) 1997:331-339.

[119] O. Spreen et E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests*, 2e éd., New York, Oxford University Press, 1998.

sique de l'analyse de lésions cérébrales identifiables pouvant être confirmées par des techniques médicales. Récemment, les modèles neuropsychologiques ont été mis à contribution plus souvent que par le passé en raison de l'intérêt accru manifesté pour les mécanismes biologiques associés aux troubles psychiatriques et des progrès enregistrés dans la compréhension de ces mêmes mécanismes. Néanmoins, la littérature traitant du stress post-traumatique selon une perspective neuropsychologique reste peu abondante[120].

306. Les échantillons utilisés pour l'étude des mesures neuropsychologiques dans le cadre du stress post-traumatique sont très variables, ce qui explique peut-être en partie la variabilité des problèmes cognitifs identifiés. Certains auteurs ont souligné que les observations cliniques suggèrent une coïncidence particulièrement étroite des troubles de stress post-traumatique avec les domaines neurocognitifs de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives, ce que confirment les plaintes souvent exprimées par des victimes de la torture. De fait, celles-ci font couramment état de difficultés à se concentrer et d'une inaptitude à retenir des informations et à s'engager dans des activités planifiées et structurées.

307. Les méthodes d'évaluation neuropsychologique permettent en principe de détecter des défaillances neurocognitives associées au syndrome de stress post-traumatique, mais la spécificité de ces défaillances est plus difficile à établir. Certaines études ont confirmé par comparaison avec des examens généraux l'existence de telles défaillances chez certains sujets, mais les observations n'ont pas pu être confirmées au regard d'examens psychiatriques concomitants[121,122]. Autrement dit, il semble que les tests neuropsychologiques puissent faire ressortir des défaillances neurocognitives associées au stress post-traumatique, mais qu'ils ne suffisent pas à poser le diagnostic de stress post-traumatique. Comme pour bien d'autres types d'évaluation, l'interprétation des résultats des tests doit prendre en compte les informations recueillies dans le cadre des entretiens et d'éventuels tests de personnalité. Sous cette condition, les méthodes d'évaluation neuropsychologique pourront effectivement contribuer au diagnostic du syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles psychiatriques associés à des défaillances neurocognitives connues.

308. En dépit de ses notables limitations, l'évaluation neuropsychologique peut en conclusion s'avérer utile pour évaluer des individus suspectés de souffrir de lésions cérébrales et pour distinguer entre les symptômes de lésions cérébrales et les troubles de stress post-traumatique. Elle peut aussi servir à évaluer des symptômes particuliers comme les problèmes de mémoire résultant du stress post-traumatique et des troubles associés.

[120] J. A. Knight, "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder", *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, J. P. Wilson et T. M. Keane, éd., New York, Guilford, 1997.

[121] J. E. Dalton, S. L. Pederson, J. J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(3) 1989:121-124.

[122] T. Gil *et al.*, "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 3(1) 1990:29-45.

5. *Les enfants et la torture*

309. Chez les enfants, la torture peut avoir un impact direct ou indirect, selon qu'ils ont eux-mêmes subi la torture ou la détention, que leurs parents ou d'autres proches en ont été les victimes, ou qu'ils ont été les témoins d'actes de torture et autres formes de violence. Une étude approfondie de l'impact psychologique de la torture sur les enfants excède largement le cadre du présent manuel, qui ne prétend donc pas fournir des indications exhaustives pour leur éventuelle évaluation. Toutefois, on trouvera ci-dessous résumés certains points essentiels.

310. Tout d'abord, le clinicien appelé à évaluer un enfant susceptible d'avoir été victime ou témoin de tortures doit s'assurer que celui-ci bénéficie d'un soutien approprié et qu'il se sent en sécurité pendant l'entretien, éventuellement grâce à la présence à ses côtés d'un parent ou autre personne de confiance. Ensuite, le clinicien doit garder à l'esprit que les enfants expriment souvent leurs pensées et émotions associées à un traumatisme non pas verbalement, mais plutôt par leur comportement[123]. Le degré de verbalisation de la pensée et de l'affect dépend de l'âge, du stade de développement et d'autres facteurs familiaux, individuels et culturels.

311. Dans la mesure du possible, tout enfant victime de violences physiques ou sexuelles devrait être examiné par une personne spécialisée dans la maltraitance infantile. De même, l'éventuel examen génital, potentiellement traumatisant, devrait être effectué par un clinicien ayant l'expérience des enfants. Dans certains cas, il peut s'avérer judicieux de filmer l'examen afin que d'autres experts puissent donner leur opinion sans avoir à imposer un nouvel examen à l'enfant. Lorsqu'un examen génital ou anal complet est nécessaire, il sera parfois préférable de recourir à une anesthésie générale. Enfin, l'évaluateur doit être conscient que l'examen lui-même risque de réveiller par analogie le souvenir des sévices et d'entraîner un phénomène de décompensation ou autre réaction violente.

a) *Remarques liées au stade de développement*

312. Les réactions d'un enfant à la torture dépendent de son âge, de son stade de développement et de ses capacités cognitives. Plus jeune est l'enfant, plus son expérience et sa compréhension des événements seront influencées par les réactions et attitudes de son entourage immédiat[124]. Chez les enfants de moins de 3 ans qui ont subi la torture ou en ont été les témoins, l'entourage joue un rôle crucial de protection et de réconfort[125]. Les réactions des très jeunes enfants à des expériences traumatisantes incluent des manifestations d'hypernervosité (agitation, troubles du sommeil, irritabilité), d'hypervigilance et d'évitement. Les enfants de plus de 3 ans marquent une

[123] C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture", 1999. (Inédit)

[124] S. von Overbeck Ottino, « Familles victimes de violences collectives et en exil : Quelle urgence, quel modèle de soins ? Le point de vue d'une pédopsychiatre », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 14 1998:35-39.

[125] M. Grappe, « La guerre en ex-Yougoslavie : un regard sur les enfants réfugiés », *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, M. R. Moro et S. Lebovici, éd., Paris, Presses universitaires de France, 1995.

tendance au repli sur soi et refusent souvent d'aborder directement le sujet. L'aptitude à l'expression verbale augmente avec l'âge. Une évolution sensible se produit vers 8 à 9 ans, âge où l'enfant devient capable de fournir une chronologie fiable des événements. Cette évolution coïncide avec le développement des capacités de concrétisation temporelle et spatiale[126]. Mais ces nouvelles capacités restent fragiles et ce n'est généralement pas avant le stade pleinement opérationnel (12 ans) que les enfants manifestent de façon constante l'aptitude à un récit cohérent. L'adolescence est une phase de grandes perturbations, durant laquelle les effets de la torture peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Chez certains, une telle expérience pourra entraîner des modifications importantes de la personnalité et se traduire par des comportements antisociaux[127]. Chez d'autres, l'impact pourra être similaire à celui observé chez de plus jeunes enfants.

b) *Considérations cliniques*

313. Des troubles de stress post-traumatique peuvent se manifester chez les enfants. Ils peuvent être similaires à ceux observés chez les adultes, mais le clinicien devra toutefois se fonder davantage sur l'observation du comportement de l'enfant que sur sa communication verbale[128,129,130,131]. Si, par exemple, l'enfant revit son traumatisme, cela pourra se manifester par un jeu monotone et répétitif illustrant certains aspects particuliers des événements, par des souvenirs visuels des événements dans le cadre et en dehors du jeu, par des questions ou des déclarations répétitives et par des cauchemars récurrents. Énurésie nocturne, perte de contrôle des fonctions intestinales, repli social et affectif, changement d'attitude vis-à-vis de soi-même et des autres, perte de la notion d'avenir, hypernervosité, terreurs nocturnes, peur d'aller au lit, troubles du sommeil, attitude défensive, irritabilité, problèmes d'attention et de concentration, manifestations de peur et d'agressivité vis-à-vis des camarades, des adultes ou des animaux, peur du noir, peur d'aller seul aux toilettes et autres phobies sont autant de réactions possibles chez les enfants exposés à des événements traumatisants. Il arrive aussi qu'ils adoptent des comportements sexuels inadaptés à leur âge, qu'ils manifestent des réactions somatiques, des symptômes d'anxiété – peur excessive des étrangers, d'être séparé des proches, panique, agitation, accès de colère ou de larmes – et des problèmes d'ordre alimentaire.

c) *Rôle de la famille*

314. La famille joue un important rôle dynamique dans la symptomatologie persistante chez les enfants, notamment à travers des comportements dysfonctionnels et des transferts de rôles destinés à préserver la cohésion. Certains membres de la famille, souvent des enfants, se voient affecter le rôle de patients et développent des troubles sérieux. Parfois, on surprotège les enfants ou on leur cache des faits importants relatifs au traumatisme. D'autres fois, on les investit de rôles d'adultes et on attend d'eux qu'ils veillent sur leurs propres parents. Lorsque les enfants ne sont pas des victimes directes de la torture, les adultes ont tendance à sous-estimer son impact sur leur psyché et leur développement. Pourtant, un enfant dont un proche a été persécuté, violé ou torturé ou qui a été témoin d'événements traumatisants risque de développer des sentiments dysfonctionnels, comme de se sentir coupable des événements ou responsable du fardeau de ses parents. Cela peut entraîner des troubles durables et entraver le développement personnel et l'évolution vers l'âge adulte.

[126] J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977.

[127] Voir note 125.

[128] L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview", *American Journal of Psychiatry*, 148 1991:10-20.

[129] National Center for Infants, Toddlers and Families, *Zero to Three*, 1994.

[130] F. Sironi, « On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique », *Enfances*, 4 1995:205-215.

[131] L. Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF, 1996.

ANNEXE I

Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits

En menant une enquête efficace sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ci-après dénommés torture ou autres mauvais traitements) et en établissant la réalité de ces faits, on entend notamment : clarifier les faits et établir et reconnaître la responsabilité des particuliers et de l'État envers les victimes et leur famille; recenser les mesures nécessaires pour éviter que ces faits ne se produisent de nouveau; faciliter l'engagement de poursuites ou, s'il y échet, punir ceux dont l'enquête a établi la responsabilité, et mettre l'accent sur la nécessité pour l'État d'accorder pleine et entière réparation, notamment une indemnité juste et adéquate et la fourniture de soins médicaux et de services de réadaptation[132].

Les États doivent faire en sorte qu'une enquête approfondie soit promptement ouverte au sujet des plaintes et informations faisant état de la torture ou de mauvais traitements. Même lorsqu'une plainte proprement dite n'est pas formulée, il y a lieu d'ouvrir une enquête s'il existe d'autres indications donnant à penser qu'on se trouve en présence de cas de torture ou de mauvais traitements. Les enquêteurs, qui doivent être indépendants vis-à-vis des suspects et de l'organe au service duquel ils sont affectés, doivent être compétents et impartiaux. Ils doivent être habilités à prendre connaissance des résultats des enquêtes menées par des experts médicaux impartiaux et autres experts, ou à ordonner de telles enquêtes. Les méthodes d'enquête doivent répondre aux normes professionnelles les plus exigeantes, et les conclusions doivent être rendues publiques.

L'autorité chargée de l'enquête doit être en mesure et est tenue d'obtenir tous les renseignements nécessaires à l'enquête[133]. Elle doit disposer de toutes les ressources budgétaires et techniques dont elle a besoin pour enquêter efficacement. Elle doit aussi avoir le pouvoir d'obliger les responsables dont on suppose qu'ils sont impliqués dans la torture ou des mauvais traitements à comparaître et à témoigner. La même règle s'applique en ce qui concerne les témoins. À cette fin, l'autorité chargée de l'enquête doit être habilitée à citer les témoins – y compris les fonctionnaires en cause – à comparaître, et à exiger que des preuves soient fournies. Les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et leur famille doivent jouir d'une protection contre les violences, les menaces de violence ou toute autre forme d'intimidation qui peut être liée à l'enquête. Les personnes pouvant être impliquées dans des actes de torture ou dans des mauvais traitements doivent être écartées de toute fonction leur permettant d'exercer une autorité, directe ou indirecte, sur les plaignants, les témoins et leur famille, ainsi que sur les personnes chargées de l'enquête.

Les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements et leurs représentants légaux doivent être informés de toute audience et y avoir accès, ainsi qu'à toute information touchant l'enquête; ils doivent pouvoir produire d'autres éléments de preuve.

Lorsque les procédures d'enquête établies sont inadéquates, soit que les compétences techniques ou l'impartialité nécessaires fassent défaut, soit que l'on se trouve manifestement en présence d'abus systématiques ou pour toute autre raison sérieuse, les États doivent veiller à ce que l'enquête soit menée par une commission d'enquête indépendante ou par un organe similaire. Les membres de cette commission doivent être choisis pour leur impartialité, leurs compétences et leur indépendance personnelle. Ils doivent, en particulier, être indépendants à l'égard de toute personne pouvant faire l'objet de l'enquête et des institutions ou organes au service desquels ils sont. La commission doit avoir tout pouvoir pour obtenir tout renseignement nécessaire à l'enquête, et elle doit mener l'enquête en application des présents principes[134].

Un rapport écrit doit être établi dans un délai raisonnable; il doit comporter une description de l'enquête et des procédures et méthodes utilisées pour apprécier les éléments de preuve, ainsi que des conclusions et recommandations fondées sur l'établissement des faits et le droit applicable. Sitôt établi, ce rapport doit être rendu public. Il doit exposer en détail les événements constatés et les éléments de preuve sur lesquels s'appuient ces constatations, et indiquer les noms des témoins ayant déposé, à l'exception de ceux dont l'identité n'a pas été révélée aux fins de leur protection. Les États doivent répondre dans un délai raisonnable au rapport de l'enquête et, le cas échéant, indiquer les mesures à prendre pour y donner suite.

Les experts médicaux intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, obtenir un consentement informé avant de procéder à tout examen. L'examen doit être conforme aux règles établies de la pratique médicale. En particulier, il doit se faire en privé, sous le contrôle de l'expert médical

[132] La Commission des droits de l'homme, dans sa résolution 2000/43 (20 avril 2000), et l'Assemblée générale, dans sa résolution 55/89, ont encouragé les gouvernements à réfléchir aux Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits en tant que moyen efficace de combattre la torture.

[133] Dans certains cas, la déontologie exigera que ces renseignements restent confidentiels. Cette exigence devra être respectée.

[134] Voir note 133.

et en dehors de la présence d'agents de la sécurité et autres responsables.

Les experts médicaux doivent élaborer sans retard un rapport écrit détaillé, qui devrait à tout le moins comporter les éléments suivants :

a) Noms de la personne examinée et des personnes présentes lors de l'examen; heure et date précises; emplacement, nature et adresse (y compris, le cas échéant, le local) de l'établissement où l'examen a lieu (par exemple, centre de détention, hôpital, maison privée); conditions dans lesquelles l'intéressé s'est trouvé lors de l'examen (par exemple, obstacles qu'il a rencontrés à son arrivée ou pendant l'examen, présence de forces de sécurité pendant l'examen, comportement des personnes accompagnant le détenu, déclarations menaçantes faites à l'encontre du médecin examinateur); tout autre facteur pertinent;

b) Compte rendu détaillé des faits rapportés par l'intéressé pendant l'examen, notamment les actes de torture ou les mauvais traitements allégués, le moment où ils se seraient produits et toute autre plainte faisant état de symptômes physiques ou psychologiques;

c) Compte rendu de toutes les conclusions d'ordre physique et psychologique tirées de l'examen clinique, y compris des tests de diagnostic appropriés, et, si possible, des photos en couleurs de toutes les lésions;

d) Considérations concernant le lien probable existant entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou de mauvais traitements. Une recommandation doit être faite sur tout traitement médical ou psychologique et/ou un examen ultérieur qui seraient nécessaires;

e) Le rapport doit indiquer clairement qui a procédé à l'examen et être signé.

Le rapport doit être confidentiel et communiqué à l'intéressé ou au représentant qu'il a désigné. Il faut demander à l'intéressé ou à son représentant ce qu'il pense du processus d'examen et rendre compte de cette opinion dans le rapport. Le texte de cette opinion doit, le cas échéant, être également communiqué à l'autorité chargée d'enquêter sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Il incombe à l'État de veiller à ce que ce document parvienne effectivement à cette autorité. Le rapport ne doit être communiqué à aucune autre personne, sauf avec le consentement de l'intéressé ou l'autorisation d'un tribunal habilité à cet effet.

ANNEXE II

Tests diagnostiques

Les tests diagnostiques évoluent continuellement. Ceux qui sont évoqués ci-après étaient considérés comme valables au moment de la rédaction de ce manuel. Toutefois, lorsque des éléments de preuve supplémentaires sont nécessaires, les enquêteurs devraient s'efforcer de mettre à jour leurs connaissances dans ce domaine, par exemple en prenant contact avec des centres spécialisés dans les enquêtes sur la torture (voir chap. V, sect. E).

1. – Imagerie radiologique

Dans la phase aiguë d'une lésion du squelette ou des tissus mous, diverses méthodes d'imagerie peuvent fournir de précieuses informations complémentaires. Une fois les lésions physiques de la torture guéries, en revanche, les éventuelles séquelles sont généralement indétectables par ces mêmes méthodes, même lorsque le patient continue de souffrir de douleurs ou d'infirmités consécutives à ses blessures. Nous avons déjà évoqué les différentes méthodes d'imagerie radiologique dans le chapitre V, consacré à l'examen du patient ou en relation avec différentes formes de torture. Ci-dessous, on trouvera un résumé des applications respectives de ces méthodes. Il convient de souligner cependant que la technologie la plus sophistiquée et la plus coûteuse n'est pas toujours accessible, en tout cas pour les sujets en détention.

Les méthodes d'imagerie radiologique comprennent la radiographie conventionnelle par rayons X, la scintigraphie radio-isotopique, la tomographie assistée par ordinateur (scanner), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'ultrasonographie. Chacune présente des avantages et des inconvénients. Les rayons X, la scintigraphie et le scanner utilisent des radiations ionisantes qui peuvent être contre-indiquées chez les femmes enceintes et les enfants. L'IRM utilise un champ magnétique comportant des effets biologiques potentiels sur les fœtus et les enfants, effets qui sont toutefois considérés comme négligeables. L'imagerie par ultrasons utilise des ondes sonores ne présentant aucun risque biologique connu.

Les appareils à rayons X sont très répandus. À l'exclusion du crâne, toutes les zones lésées devraient faire l'objet d'une radiographie conventionnelle. Bien que la radiographie permette de déceler les fractures faciales, le scanner offre un tableau plus complet à cet égard et révèle les éventuels déplacements de fragments osseux ainsi que les lésions et complications des tissus mous associées à ces fractures. Lorsqu'on suspecte des dommages périostéaux ou des fractures minimales, la radiographie devrait être complétée par une scintigraphie osseuse. Les examens aux rayons X sont parfois négatifs en cas de fracture aiguë ou d'ostéomyélite au stade initial. Certaines fractures guérissent sans laisser d'indice radiographique de la lésion causale, en particulier chez les enfants. La radiographie conventionnelle n'est guère appropriée à l'examen des tissus mous.

La scintigraphie est une méthode hautement sensible, mais peu spécifique. Elle constitue un moyen peu coûteux et efficace pour examiner tout le squelette en vue de détecter des processus pathologiques tels qu'ostéomyélite et traumatisme. Elle donne également de bons résultats en cas de torsion testiculaire, mais les ultrasons sont néanmoins plus performants dans ce cas particulier. La scintigraphie n'est pas adaptée à l'évaluation des lésions des tissus mous. Elle permet de détecter une fracture aiguë dans les 24 heures, mais il faut généralement compter deux à trois jours, voire une semaine ou davantage, en particulier chez les personnes âgées. L'image redevient en principe normale après deux ans, mais elle peut rester positive plus longtemps dans les cas de fractures et d'ostéomyélites guéries. L'utilisation de la scintigraphie osseuse pour détecter des fractures de l'épiphyse ou de la métadiaphyse (extrémité des os longs) chez les enfants est problématique en raison du captage des substances radiopharmaceutiques. En revanche, elle permet souvent de détecter des fractures des côtes qui échappent à la radiographie conventionnelle.

a) *Application de la scintigraphie osseuse au diagnostic de la* falanga

La scintigraphie peut être effectuée de deux façons : par images différées d'environ trois heures, ou par une procédure à trois phases (artérielle, veineuse et osseuse). Pour les patients examinés peu après la *falanga*, on devrait effectuer deux scintigraphies espacées d'une semaine. Une première image négative et une seconde image positive suggèrent que la torture a été infligée dans les jours précédant la première image. Dans les cas aigus, deux images négatives à une semaine d'intervalle ne signifient pas nécessairement l'absence de *falanga*, mais peuvent s'expliquer par le fait que la violence du traumatisme est inférieure au seuil de sensibilité de la scintigraphie. Dans la scintigraphie à trois phases, une augmentation initiale de la réponse aux phases artérielle et veineuse uniquement peut suggérer une hyperhémie compatible avec une lésion des tissus mous. Les traumatismes des os et des tissus mous des pieds peuvent également être détectés par IRM[135].

[135] Voir notes 76 et 83 au chapitre V; pour plus d'informations, se référer à la littérature concernant la radiologie et la médecine nucléaire.

b) *Ultrasons*

L'ultrasonographie est peu coûteuse et exempte de risques biologiques. La qualité de l'examen dépend de la compétence du technicien. À défaut de scanner, on peut utiliser les ultrasons pour évaluer un traumatisme abdominal aigu. L'ultrasonographie est également indiquée pour les tendonopathies et elle est très performante pour les anomalies testiculaires. Elle peut servir également à l'examen des épaules en phases aiguë et chronique après la torture par suspension. En phase aiguë, elle permet de détecter œdèmes et concentrations de fluides dans les articulations de l'épaule et à proximité, ainsi que des lacérations et hématomes dans les gaines des rotateurs. La disparition des signes lors d'un examen ultérieur tend à confirmer le diagnostic. Dans de tels cas, il est conseillé de procéder à des examens comparatifs par IRM, scintigraphie et autres procédés. Même en l'absence de résultats positifs par d'autres méthodes, les indices révélés par les ultrasons suffisent toutefois à établir la torture par suspension.

c) *Scanner*

Le scanner est un excellent moyen d'investigation pour les tissus mous comme pour les os, alors que l'IRM est plus performante pour les tissus mous que pour les os. L'IRM permet de détecter une fracture occulte avant qu'elle ne puisse être révélée par la radiographie conventionnelle ou la scintigraphie. L'utilisation de scanners ouverts et d'une sédation contribuera à atténuer l'anxiété et la claustrophobie qui affectent très couramment les victimes de la torture. Le scanner est excellent pour diagnostiquer et évaluer les fractures, en particulier des os temporaux et faciaux, ainsi que pour contrôler l'alignement et déceler les déplacements de fragments osseux, notamment dans les fractures de la colonne, du bassin et de l'épaule. Il ne permet pas toutefois de détecter les écrasements osseux. Le scanner avec ou sans infusion intraveineuse d'un agent de contraste devrait être le premier recours pour toutes les lésions aiguës, subaiguës et chroniques du système nerveux central. Si les résultats sont négatifs, équivoques ou non probants au regard des plaintes ou symptômes du sujet, on recourra ensuite à l'IRM. Le scanner avec fenêtres osseuses et examen pré- et post-contraste devrait également être le premier recours lorsqu'on soupçonne une fracture du temporal. Les fenêtres osseuses pourront révéler aussi bien les fractures que les ruptures de la chaîne ossiculaire. L'examen pré-contraste pourra faire apparaître la présence de fluides et de cholestéatomes, et l'examen contrasté est recommandé en raison de la fréquence des anomalies vasculaires. Pour la rhinorrhée, on injectera un agent de contraste dans le canal vertébral. L'IRM pourra faire apparaître la lésion responsable de l'épanchement de fluide. Lorsqu'on suspecte une rhinorrhée, il convient de procéder à un scanner du visage avec fenêtres « parties molles » et fenêtres « os », puis à un nouveau scanner après injection d'un agent de contraste dans le canal vertébral.

d) *Imagerie par résonance magnétique (IRM)*

L'IRM est plus apte que le scanner à détecter les anomalies du système nerveux central. Une hémorragie du système nerveux central se décompose en phases immédiate, hyperaiguë, subaiguë et chronique dont chacune présente une réaction spécifique à l'examen. Ainsi, l'IRM permet d'estimer le moment où s'est produite la lésion et d'établir une corrélation avec les sévices allégués. Une hémorragie du système nerveux central peut se résorber complètement, ou laisser des dépôts d'hémosidérine en quantité suffisante pour avoir une image positive au scanner après plusieurs années. Les hémorragies des tissus mous, notamment des muscles, se résorbent en général complètement. Cependant, il peut se produire quelquefois un phénomène d'ossification hétérotrophique, ou *Myosotis ossificans*, détectable au scanner.

2. – Biopsie des lésions de choc électrique

Les lésions de choc électrique présentent parfois des modifications microscopiques spécifiques, dont l'absence dans un spécimen de biopsie ne permet toutefois nullement de conclure à l'absence de torture électrique. Malheureusement, si un tribunal exige d'un plaignant alléguant une telle torture qu'il se soumette à une biopsie en vue de confirmer ses allégations, le refus de se conformer à cette injonction ou un résultat négatif à l'examen risque d'avoir une influence défavorable sur la cour. Par ailleurs, l'expérience clinique du diagnostic par biopsie des lésions dues à la torture électrique est limitée, et le diagnostic peut le plus souvent être posé avec suffisamment d'assurance à partir des informations recueillies dans le cadre de l'enquête et de l'examen physique du patient.

Il est donc préférable de limiter le recours à la biopsie aux besoins de la recherche clinique. En outre, toute personne invitée à donner son consentement à un tel examen devrait être clairement informée de l'incertitude des résultats et pouvoir peser en connaissance de cause les avantages potentiels et les risques pour son état mental déjà perturbé.

a) *Analyse raisonnée de la biopsie*

Des chercheurs ont étudié de manière approfondie les effets des chocs électriques sur la peau de cochons anesthésiés[136,137,138,139,140,141]. L'examen au microscope de prélèvements a révélé l'existence de modifications histologiques spécifiques aux lésions électriques, découverte qui pourrait ouvrir d'intéressantes perspectives sur le plan

[136] H. K. Thomsen *et al.*, "Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study", *Forensic Science International*, 17 1981:133-143.

[137] H. K. Thomsen *et al.*, "The effect of direct current, sodium hydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study", *Acta path. microbiol. immunol. Scand.*, sect. A 91 1983:307-316.

[138] H. K. Thomsen, "Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy", Université de Copenhague, FADL 1984:1-78.

[139] T. Karlsmark *et al.*, "Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pig skin", *Nature*, 301 1983:75-78.

[140] T. Karlsmark *et al.*, "Electrically-induced collagen calcification in pig skin: a histopathologic and histochemical study", *Forensic Science International*, 39 1988 :163-174.

[141] T. Karlsmark, "Electrically-induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy", Université de Copenhague, *Danish Medical Bulletin*, 37 1990:507-520.

clinique. Toutefois, une discussion plus approfondie de ces recherches sortirait du cadre du présent manuel. (Pour plus d'informations, nous invitons le lecteur à consulter les travaux cités.)

Il existe également quelques études d'histologie en relation avec la torture électrique sur les humains[142,143,144,145]. Dans un cas seulement, où les lésions ont été excisées vraisemblablement sept jours après la torture, on a imputé au choc électrique des altérations de la peau (dépôt de sels de calcium sur des fibres dermales dans des tissus viables proches des tissus nécrosés). Dans d'autres cas, des lésions excisées quelques jours après la torture alléguée ont révélé des modifications segmentales ainsi que des dépôts de sels de calcium sur des structures cellulaires, mais ces altérations, quoique très compatibles avec l'hypothèse électrique, n'ont pas permis de poser le diagnostic en l'absence de dépôts de sels de calcium sur des fibres dermales. Une biopsie effectuée un mois après une torture électrique alléguée a révélé une cicatrice conique de 1 à 2 mm, une augmentation des fibroblastes et la présence de fibres collagènes étroitement serrées parallèlement à la surface. Là encore, les observations ont été jugées cohérentes avec l'hypothèse électrique, mais sans valeur de diagnostic.

b) *Méthode*

Une fois obtenu le consentement en connaissance de cause du patient, et avant de procéder à la biopsie, la lésion doit être photographiée conformément aux normes de la médecine légale. Sous anesthésie locale, on fera alors un prélèvement de 3 à 4 mm qui sera conservé au moyen d'une solution de formol ou autre fixatif. La biopsie devrait être effectuée aussitôt que possible après l'événement, car les lésions électriques, généralement confinées à l'épiderme et aux couches superficielles du derme, peuvent s'estomper très rapidement. On peut éventuellement faire des prélèvements sur différentes lésions, mais il convient de tenir compte de la possible détresse du patient[146]. Les prélèvements doivent être examinés par des pathologistes possédant une solide expérience en dermatopathologie.

c) *Éléments de diagnostic des chocs électriques*

Observations diagnostiques des chocs électriques : noyaux vésiculaires dans l'épiderme, les glandes sudoripares et les parois des vaisseaux (seul diagnostic différentiel : lésions dues à des solutions basiques), et dépôts de sels de calcium nettement localisés sur les fibres collagènes et élastiques (le diagnostic différentiel, *Calcinosis cutis*, est un désordre extrêmement rare, observé 75 fois seulement sur un total de 220 000 biopsies consécutives, et les dépôts sont généralement diffus)[147].

Autres observations typiques, mais n'ayant pas valeur de diagnostic, des chocs électriques : lésions sur les segments coniques, d'une largeur de 1 à 2 mm le plus souvent; traces de fer ou de cuivre sur l'épiderme (déposées par l'électrode); cytoplasme homogène dans l'épiderme, les glandes sudoripares et les parois des vaisseaux. On pourra également observer des dépôts de sels de calcium sur des structures cellulaires dans des lésions segmentales.

[142] L. Danielsen *et al.*, "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case", *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 12 1991:222-226.

[143] F. Öztop *et al.*, "Signs of electrical torture on the skin", *Treatment and Rehabilitation Centers Report 1994*, Human Rights Foundation of Turkey, HRFT Publication, 11 1994:97-104.

[144] L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture", *Rom. J. Leg. Med.*, 5 1997:15-20.

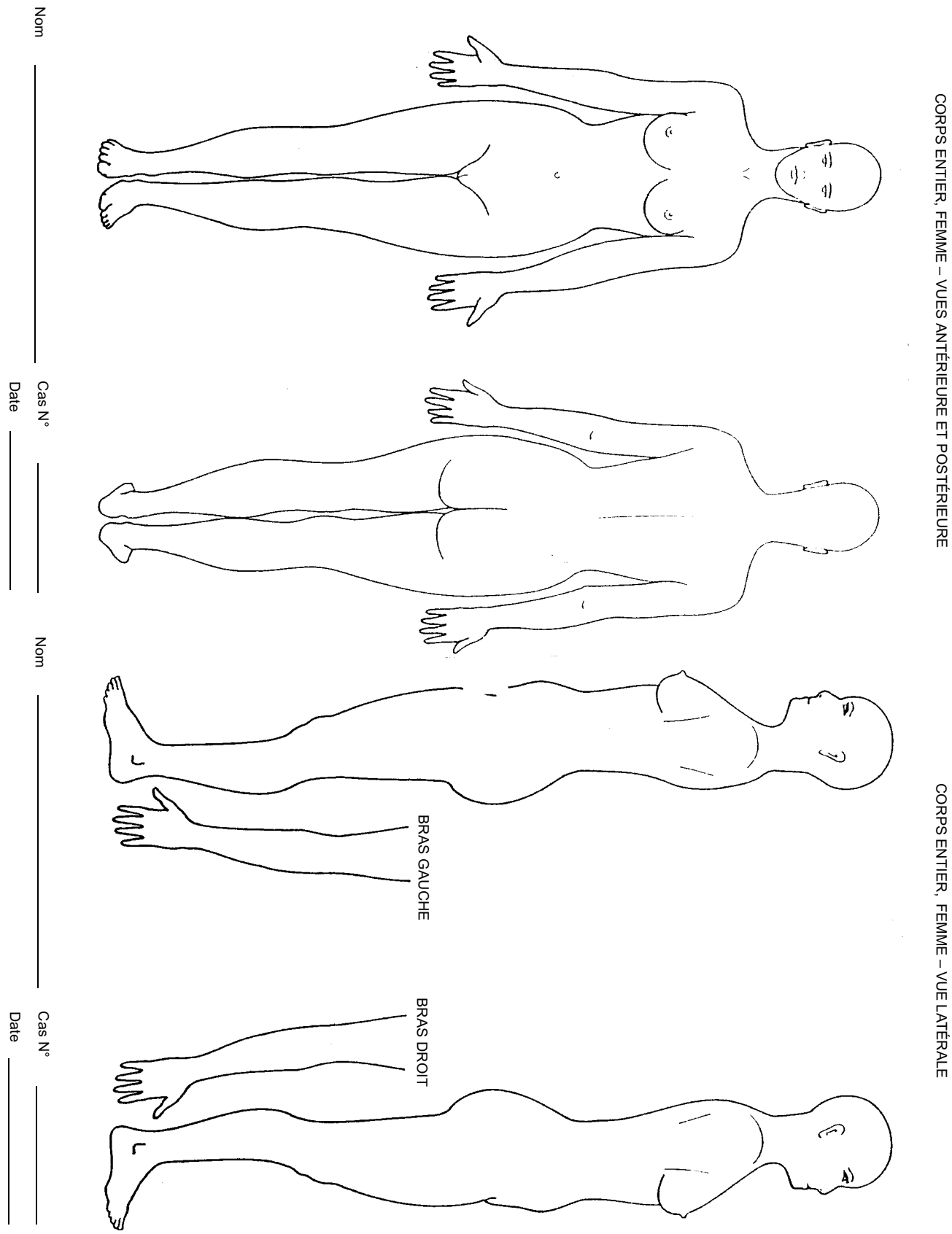
[145] H. Jacobsen, "Electrically induced deposition of metal on the human skin", *Forensic Science International*, 90 1997:85-92.

[146] S. Gürpinar et S. Korur Fincanci, "Insan Haklari Ihlalleri ve Hekim Sorumlulugu" [Violations des droits de l'homme et responsabilité du médecin], *Birinci Basamak Için Adli Tip El Kitabi* [Manuel de médecine légale pour médecins généralistes], Ankara, Turkish Medical Association, 1999.

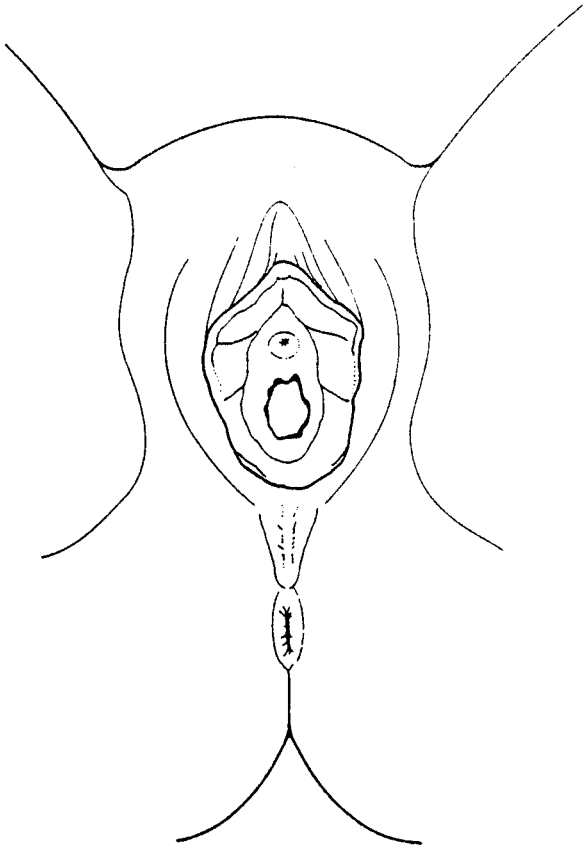
[147] L. Danielsen *et al*., 1991.

ANNEXE III

Schémas anatomiques pour la documentation de la torture et autres mauvais traitements



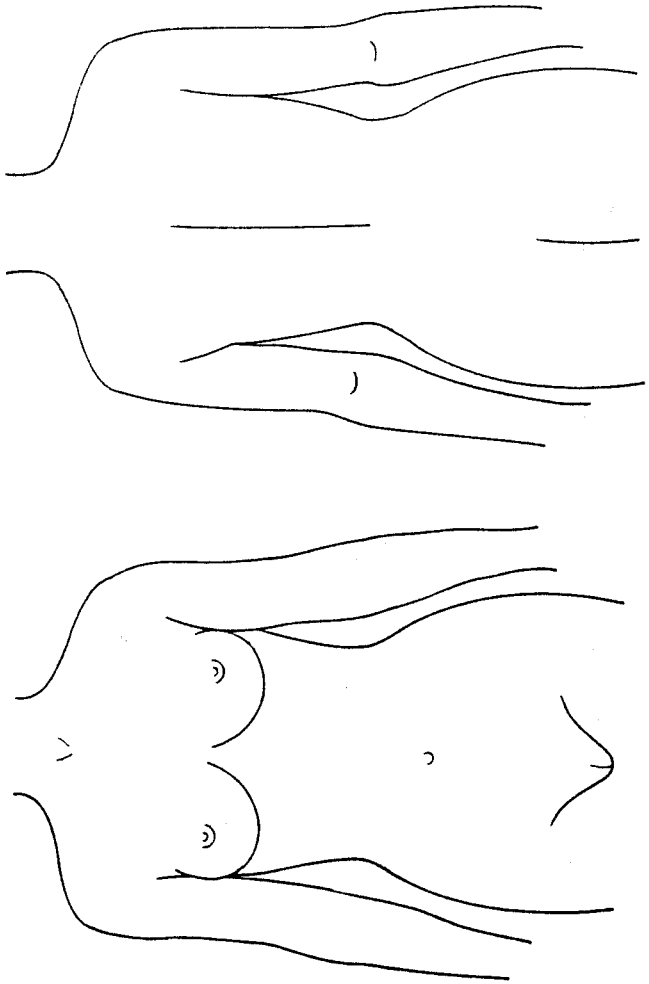
PÉRINÉE – FEMME



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

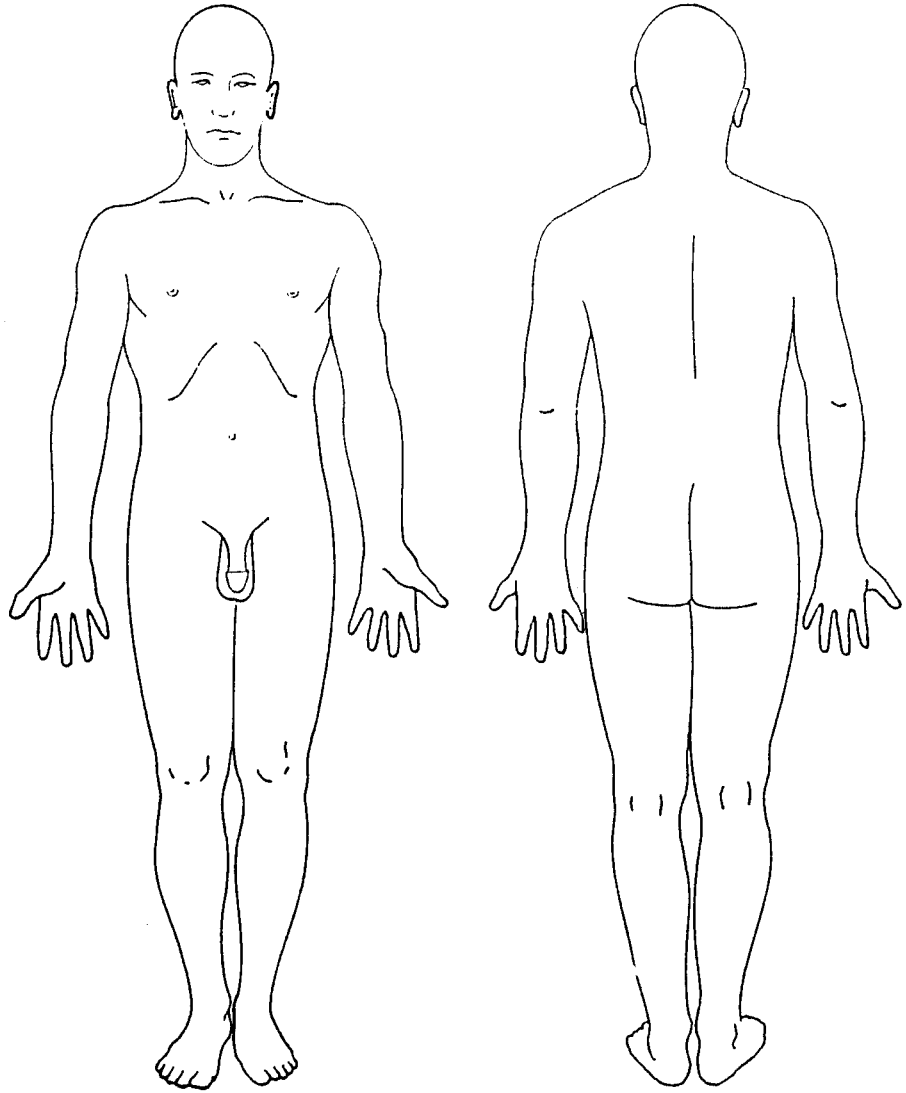
THORAX/ABDOMEN, FEMME – VUES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

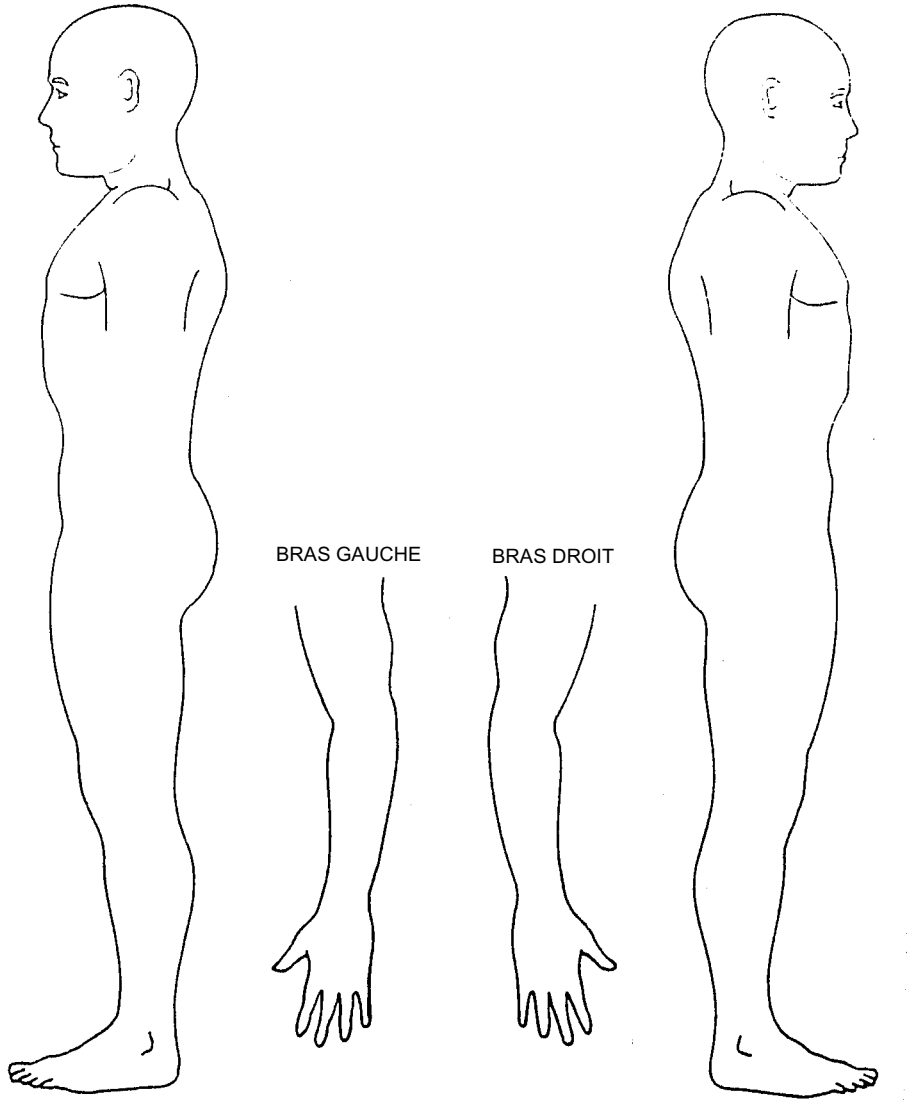
CORPS ENTIER, HOMME – VUES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

CORPS ENTIER, HOMME – VUE LATÉRALE



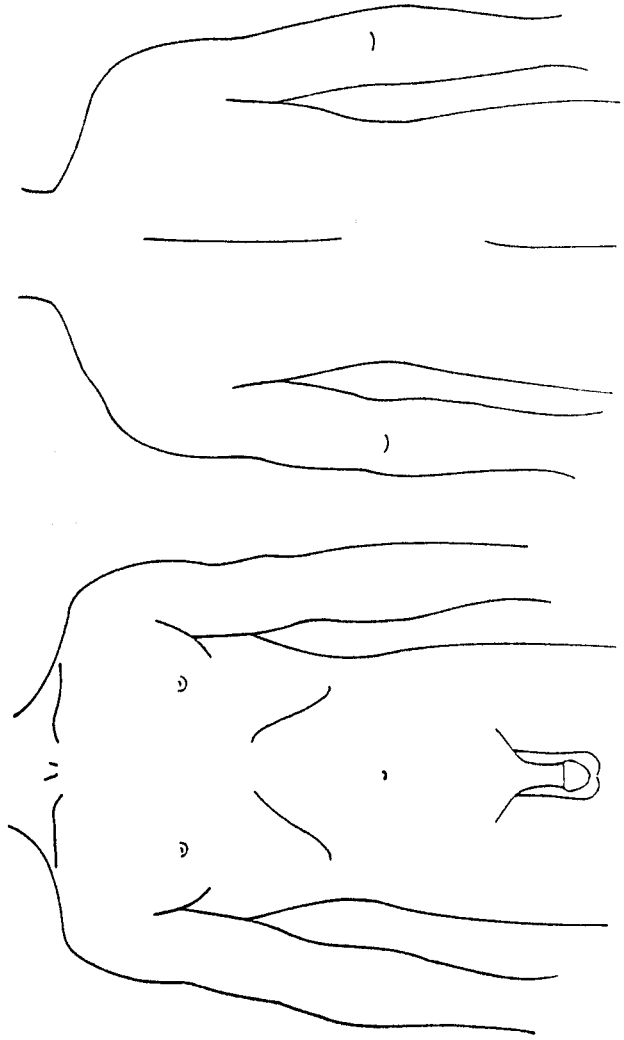
BRAS GAUCHE

BRAS DROIT

Nom _____ Cas N° _____

Date _____

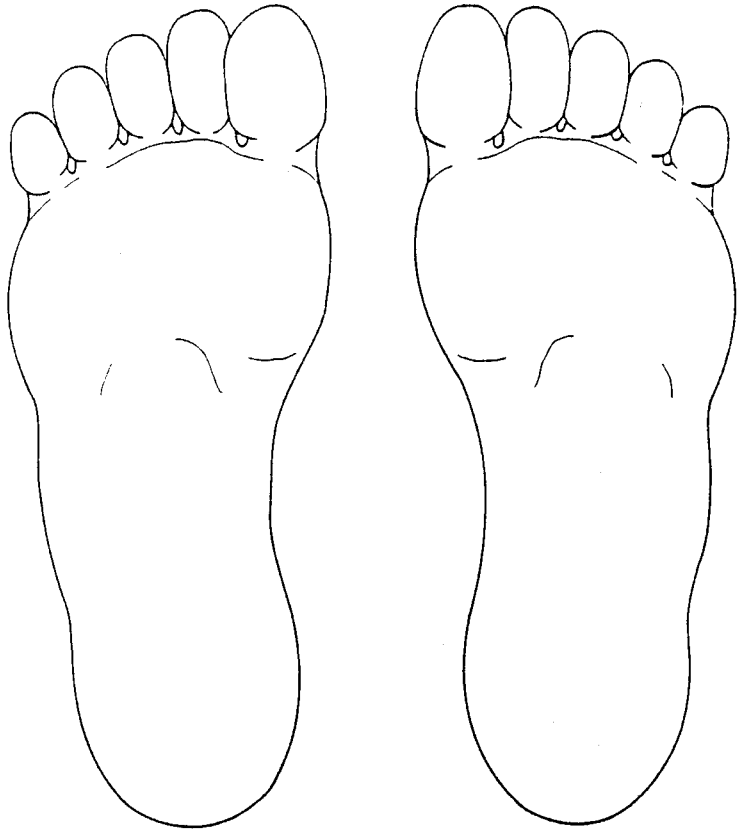
THORAX/ABDOMEN, HOMME – VUES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

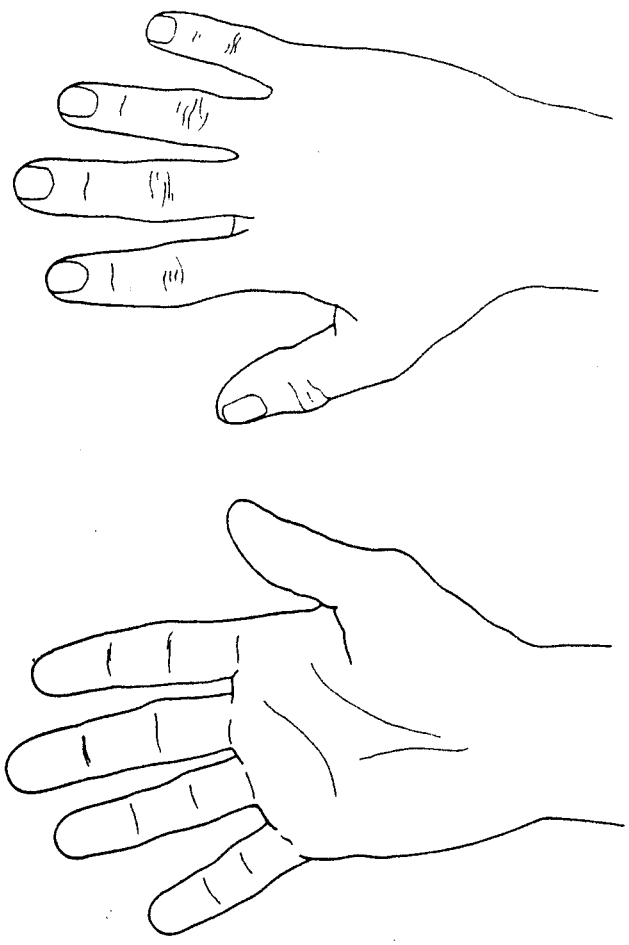
PIEDS – SURFACES PLANTAIRES GAUCHE ET DROITE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

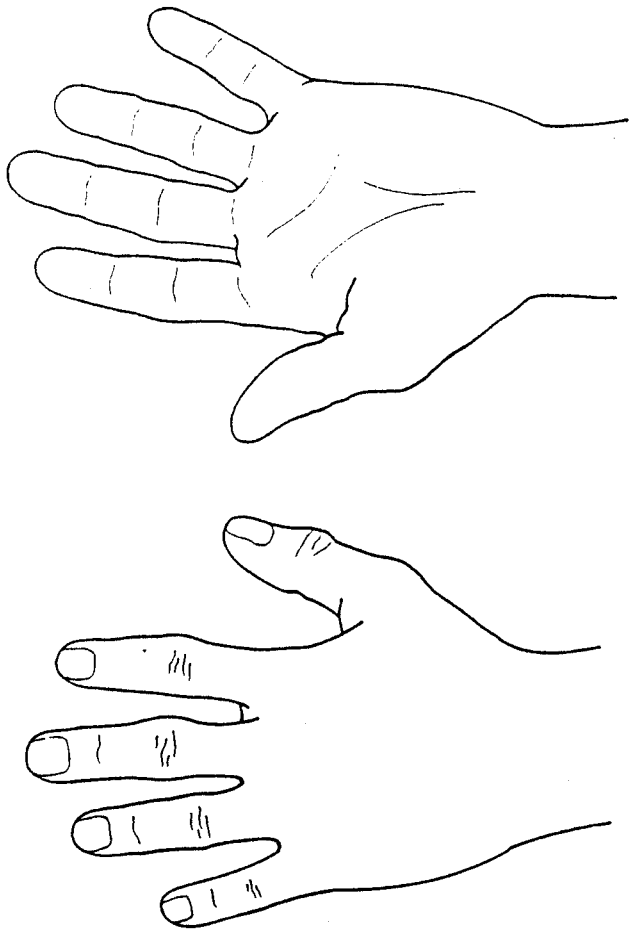
MAIN DROITE – FACES DORSALE ET PALMAIRE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

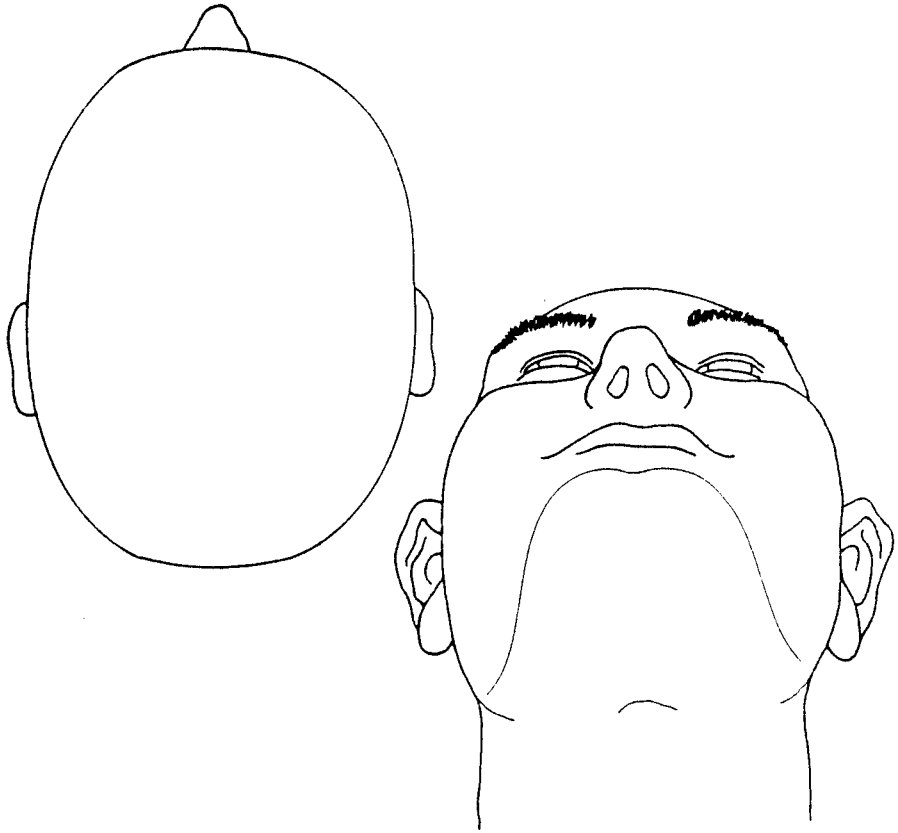
MAIN GAUCHE – FACES DORSALE ET PALMAIRE



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

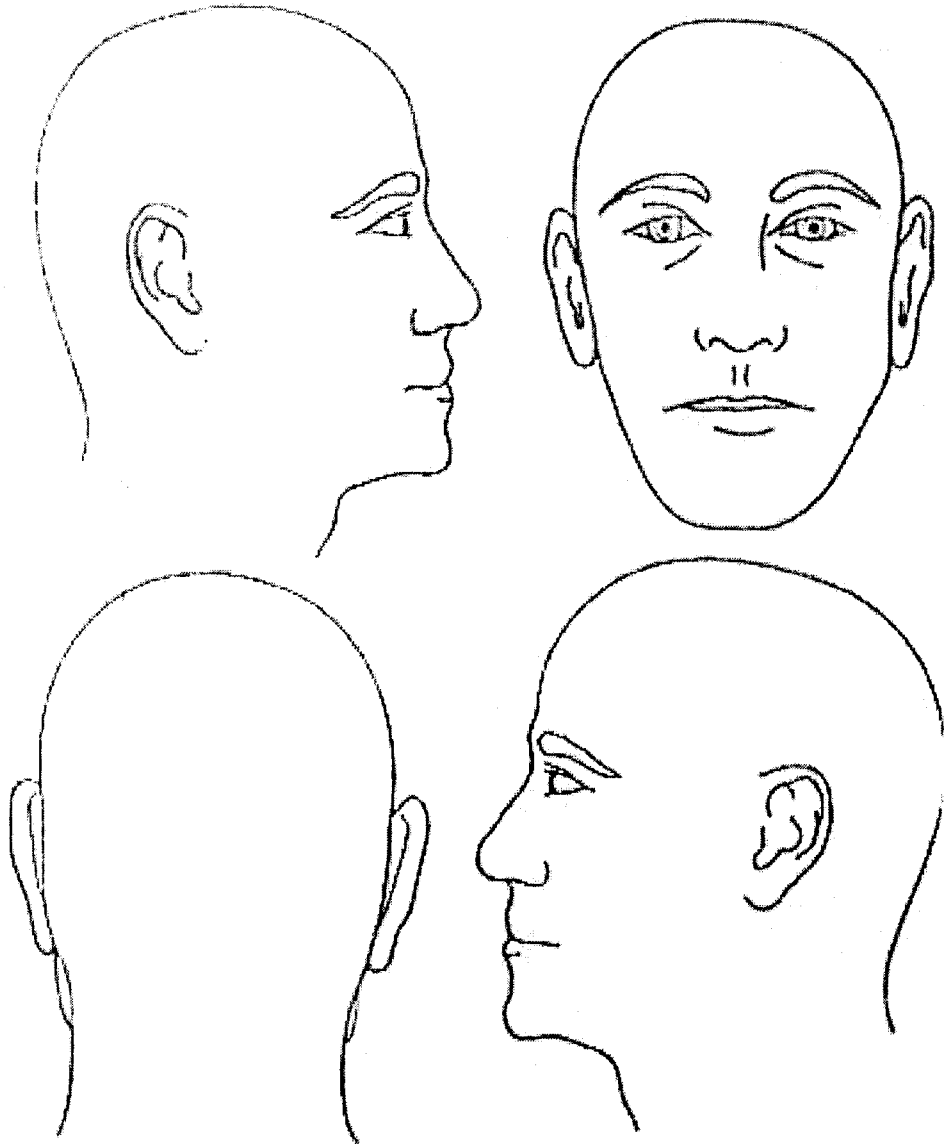
TÊTE – VUES SUPÉRIEURE (CRÂNE) ET INFÉRIEURE (COU)



Nom _____ Cas N° _____

Date _____

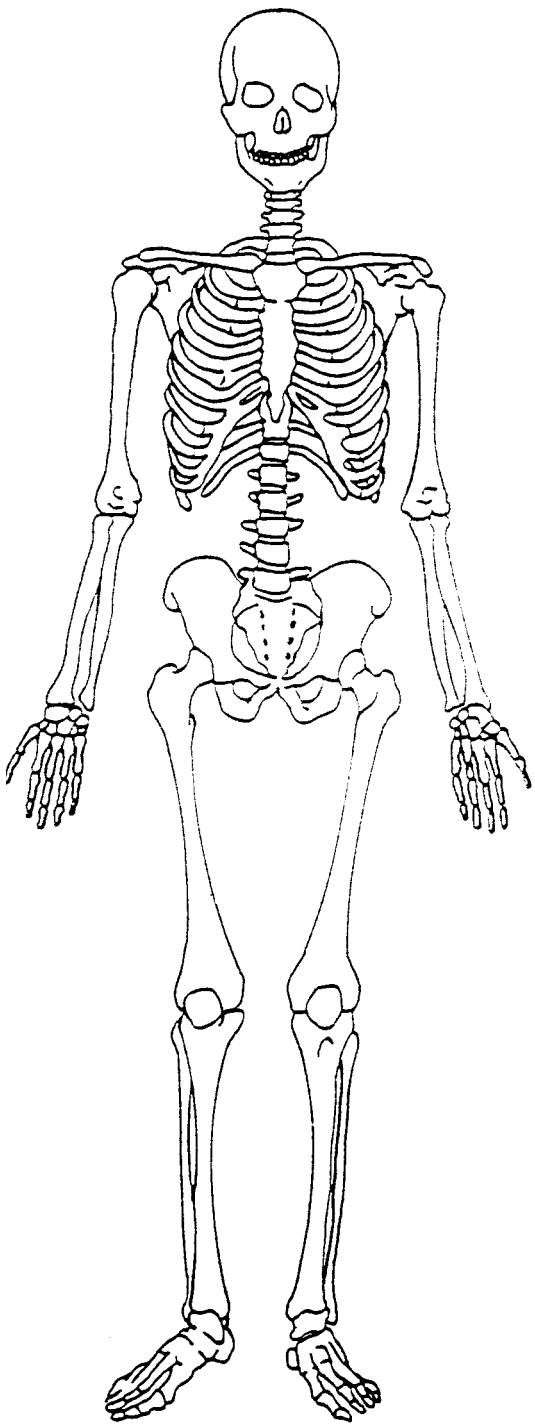
TÊTE – VUES LATÉRALES, ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE

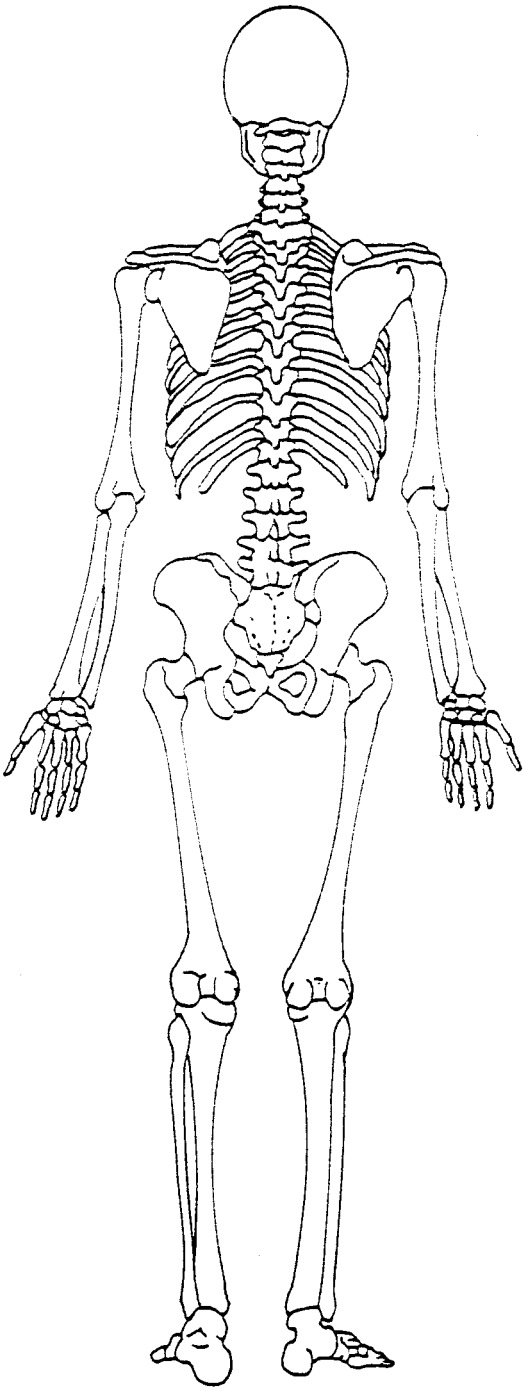


Nom _____ Cas N° _____

Date _____

SQUELETTE – VUES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE





Nom _____ Cas N° _____

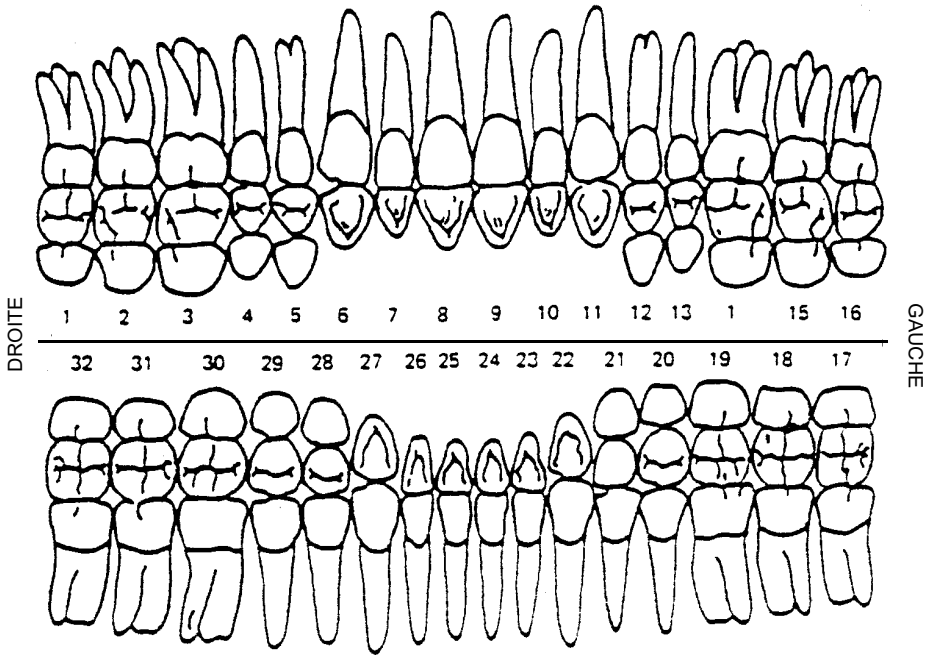
Date _____

INDIQUER SUR CE SCHÉMA TOUTES LES RESTAURATIONS ET DENTS MANQUANTES

Âge estimé _____

Sexe _____

Race _____



Entourer ce qui convient

Prothèses présentes

Maxillaire

- Dentition complète
- Dentition partielle
- Bridge

Mandibule

- Dentition complète
- Dentition partielle
- Bridge

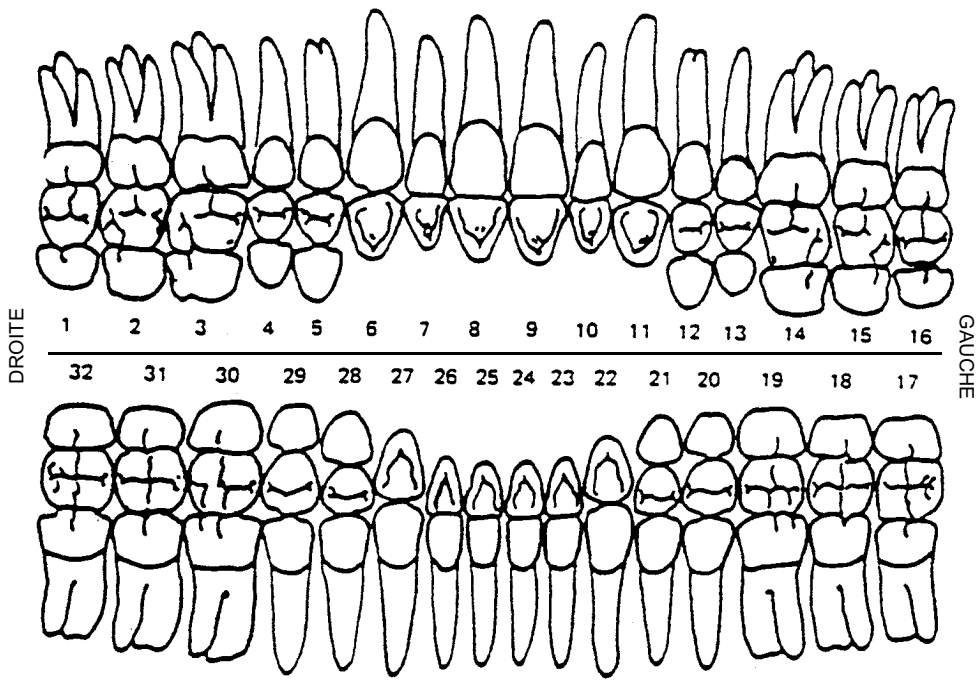
Décrire en détail tous les bridges et autres prothèses _____

Taches sur les dents

- Légères
- Modérées
- Prononcées

INDIQUER TOUTES LES CARIES SUR CE SCHÉMA

Signaler toutes les caries et marquer d'une croix les dents manquantes



Entourer ce qui convient

Alignement

- Normal
- Prognathe
- Supraclusion

État du parodonte

- Excellent
- Moyen
- Médiocre

Dépôts calcaires

- Légers
- Modérés
- Importants

ANNEXE IV

Directives pour l'évaluation médicale de la torture et autres mauvais traitements

Les présentes directives se fondent sur le *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Protocole d'Istanbul)*. Elles ne doivent pas être appliquées de façon rigide, mais en tenant compte du but de l'évaluation et des ressources disponibles. L'évaluation des éléments de preuve physique et psychologique de la torture et autres mauvais traitements pourra être effectuée par un ou plusieurs cliniciens, en fonction de leurs qualifications respectives.

I. – Informations générales

Date de l'examen : . . . . . Examen demandé par (nom/fonction) : . . . . . .

Numéro du cas ou rapport : . . . . . Durée de l'évaluation : . . . . . heures . . . . . minutes

Prénom du sujet : . . . . . Date de naissance : . . . . . Lieu de naissance : . . . . . .

Nom de famille du sujet : . . . . . Sexe : masculin/féminin . . . . . .

Motif de l'examen : . . . . . Numéro de passeport du sujet : . . . . . .

Nom du clinicien : . . . . . Nom de l'interprète : . . . . . .

Consentement en connaissance de cause : oui/non Sinon, pourquoi ? . . . . . .

Personne accompagnant le sujet (nom/fonction) : . . . . . .

Personnes assistant à l'examen (nom/fonction) : . . . . . .

Le sujet était-il soumis à une contrainte pendant l'examen ? oui/non . . . . . .

Dans l'affirmative, préciser la nature et la raison : . . . . . .

Rapport médical transmis à (nom/fonction/n° de passeport) : . . . . . .

Date et heure de la transmission : . . . . . .

Évaluation/enquête médicale conduite sans restrictions (pour les sujets en détention) ? oui/non

Dans la négative, préciser la nature des restrictions : . . . . . .

II. – Qualification du clinicien (pour témoignage judiciaire)

Études médicales et formation clinique

Formation psychologique/psychiatrique

Expérience des enquêtes sur la torture et autres mauvais traitements

Expérience dans le domaine des droits de l'homme s'appliquant à l'enquête

Publications, conférences et cours de formation pertinents

Curriculum vitae

III. – Déclaration concernant la véracité du témoignage (pour témoignage judiciaire)

Exemple : « J'ai personnellement connaissance des faits rapportés ci-dessous, à l'exception de ceux fondés sur des informations extérieures que je tiens pour véridiques et sur mon intime conviction. Je serais prêt à témoigner en justice sur la foi des faits établis et de mon intime conviction. »

IV. – Profil du sujet

Informations générales (âge, métier, études, situation familiale, etc.)

Antécédents médicaux

Examens médicaux antérieurs basés sur les allégations de torture et mauvais traitements

Profil psychosocial avant détention

V. – Allégations de torture et autres mauvais traitements

1. Description résumée de la détention et des sévices
2. Circonstances de l'arrestation et de la détention
3. Lieux de détention (chronologie, transferts, conditions de détention)
4. Récit des séances de torture (pour chaque lieu de détention)
5. Examen des méthodes de torture

VI. – Symptômes et infirmités physiques

Décrire les symptômes et infirmités aigus et chroniques, leur évolution et le processus de guérison.

1. Symptômes et infirmités aigus
2. Symptômes et infirmités chroniques

VII. – Examen physique

1. État général
2. Peau
3. Visage et tête
4. Yeux, oreilles, nez, gorge
5. Cavité buccale et dentition
6. Poitrine et abdomen (y compris signes vitaux)
7. Système génito-urinaire
8. Système musculo-osseux
9. Système nerveux central et périphérique

VIII. – Profil/examen psychologique

1. Méthodes d'évaluation
2. État psychologique actuel
3. Profil psychologique après la torture
4. Profil psychologique avant la torture
5. Antécédents psychologiques/psychiatriques
6. Usage et abus de substances toxiques
7. Examen de l'état mental
8. Évaluation des fonctions sociales
9. Tests psychologiques (voir chapitre VI, section C.1, pour les indications et limitations)
10. Tests neuropsychologiques (voir chapitre VI, section C.4, pour les indications et limitations)

IX. – Photographies

X. – Résultats des tests de diagnostic (voir annexe II pour les indications et limitations)

XI. – Consultations

XII. – Interprétation des observations

1. Éléments de preuve physique
   A. Établir le degré de cohérence des symptômes et infirmités physiques aigus et chroniques mentionnés avec les sévices allégués.
   B. Établir le degré de cohérence des résultats de l'examen physique avec les sévices allégués. (Note : L'absence d'observations physiques n'exclut pas la possibilité que les sévices allégués aient effectivement été infligés.)
   C. Établir le degré de cohérence des résultats de l'examen physique avec la connaissance des méthodes de torture employées dans la région et de leurs effets.
2. Éléments de preuve psychologique
   A. Établir le degré de cohérence des observations psychologiques avec les sévices allégués.
   B. Indiquer si les symptômes psychologiques constituent des réactions prévisibles ou caractéristiques d'un stress extrême dans le contexte socioculturel du sujet.
   C. Indiquer la chronologie et l'évolution des troubles mentaux liés au traumatisme (situation dans le temps par rapport aux événements, stade de guérison).
   D. Identifier les éventuels facteurs de stress concomitants (persistance de la persécution, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social, par exemple) et leur impact potentiel.
   E. Mentionner les problèmes physiques qui pourraient contribuer au tableau clinique, notamment les possibles lésions de la tête subies lors de la torture ou de la détention.

XIII. – Conclusions et recommandations

1. Formuler une opinion sur le degré de cohérence de tous les éléments de preuve mentionnés plus haut (observations physiques et psychologiques, informations recueillies, photographies, résultats des tests diagnostiques, connaissance des méthodes de torture régionales, rapports de consultations, etc.) avec les sévices allégués.
2. Rappeler les symptômes et infirmités qui continuent d'affecter le patient par suite des sévices allégués.
3. Signaler les examens complémentaires et traitements jugés nécessaires.

XIV. – Déclaration de bonne foi (pour témoignage judiciaire)

Exemple : « Le soussigné certifie, sous peine de sanction ou parjure aux termes des lois de ... (pays) que les déclarations qui précèdent sont exactes et véridiques. Fait le ... (date) à ... (lieu), ... (État ou province). »

XV. – Déclaration de restrictions à l'évaluation/investigation médicale (pour les sujets en détention)

Exemple : « Les cliniciens soussignés certifient qu'ils ont pu travailler librement et de manière indépendante et qu'ils ont été autorisés à s'entretenir avec le sujet et à l'examiner en privé, sans aucune restriction ni limitation, ni sans aucune forme de contrainte de la part des autorités de détention. »; ou : « Les cliniciens soussignés ont dû conduire leur évaluation avec les restrictions suivantes : ... »

XVI. – Signature du clinicien, date et lieu

XVII. – Annexes

Copie du curriculum vitae du clinicien, schémas anatomiques pour l'identification des actes de torture et autres mauvais traitements, photographies, rapports de consultations et résultats de tests de diagnostic, entre autres.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, s'adresser au : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse

Tél. : (+41-22) 917 90 00 *Fax :* (+41 22) 917 02 12

E-mail : webadmin.hchr@unog.ch *Internet :* www.unhchr.ch

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed at United Nations, Geneva
GE.01-41183–July 2001–4,395

United Nations publication
Sales No. F.01.XIV.1

HR/P/PT/8

ISBN 92-1-254134-8
ISSN 1020-4636