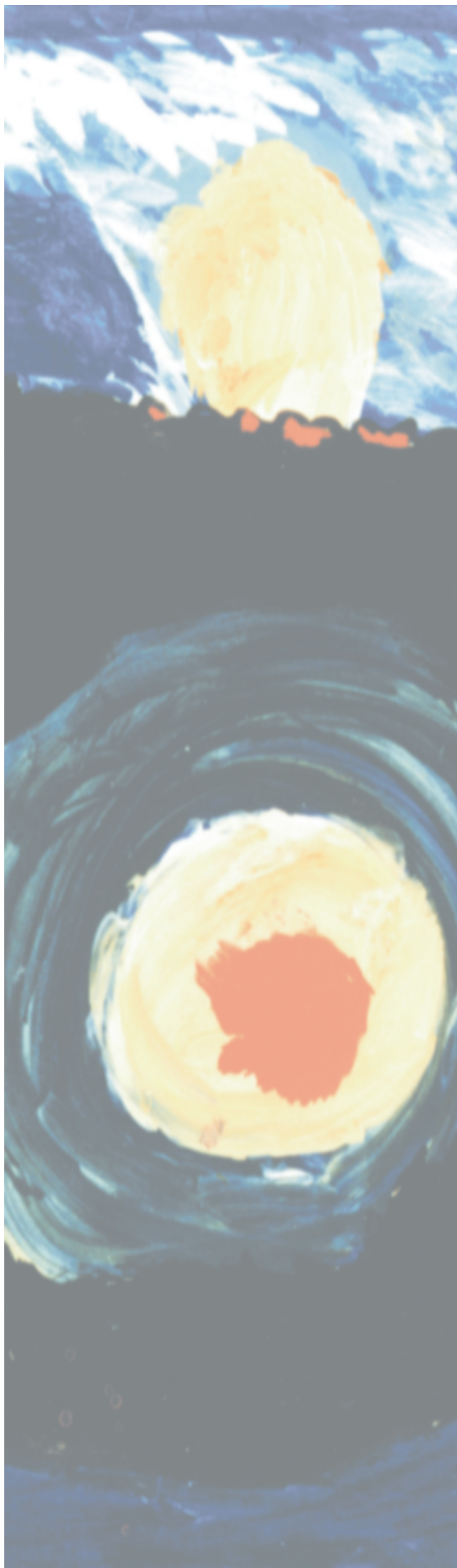


 **le praticien
face à une victime
de torture** 



**Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille**



La dignité humaine est inviolable.

Elle doit être respectée et protégée

(Charte européenne des Droits de l'homme, art.1^{er})

Ce guide a été réalisé grâce à l'appui technique et financier du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Direction Générale de la Santé.

Préface

“Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde”.

Déclaration universelle des droits de l'homme, § 1 du préambule

“Considérant que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité et que l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère, a été proclamé comme la plus haute aspiration de l'homme”.

Déclaration universelle des droits de l'homme, § 2 du préambule

“Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants”.

Déclaration universelle des droits de l'homme, article 5

Et pourtant...

Encore aujourd'hui, tant d'années après l'adoption le **10 décembre 1948 de la Déclaration universelle des droits de l'homme** par l'Assemblée Générale des Nations Unies, la torture, atteinte majeure à la dignité humaine, demeure un sujet de graves préoccupations qui concerne tous les membres de la communauté internationale. Elle ne se réduit pas à la seule agression physique, elle est aussi et surtout un processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle d'un individu.

Malgré le redoublement des efforts déployés au cours du demi-siècle écoulé par de nombreux gouvernements, des organisations non gouvernementales, des associations, des professionnels, de simples citoyens, pour éliminer le recours à la torture, celle-ci demeure encore largement répandue dans le monde.

Elle est actuellement pratiquée dans environ la moitié des pays du monde et les pays d'accueil de réfugiés se trouvent confrontés à des personnes vivant sur leur territoire avec des séquelles de souffrances de torture.

En France, on estime que 20 % des réfugiés, environ 150 000 actuellement, ont été soumis à la torture. La majorité des victimes sont ignorées et lorsque ces personnes expriment une demande de soins, elle est souvent indirecte, en tout cas toujours complexe et multiforme.

Cette demande exige pour s'exprimer un accueil particulier respectant le silence de la victime dû à la honte, à l'humiliation subie, à la violation de son intimité, et adoucissant la souffrance des réminiscences des atrocités vécues provoquées par la demande même. Elle nécessite également des conditions de consultation ne rappelant d'aucune manière les circonstances des sévices subis.

Derrière les mots du patient, souvent difficiles à dire parce qu'issus d'une expérience indicible d'horreur et de terreur, le médecin doit pouvoir dépister, identifier les troubles présents et leurs causes afin d'entreprendre la prise en charge médicale adaptée. Il doit également veiller à préserver et à contribuer à restaurer les liens de la victime avec son environnement social, professionnel et familial sans lesquels l'efficacité des soins resterait limitée. Mais le médecin est peu préparé à ce type de situations.

Car comment détecter, repérer et prendre en charge des souffrances et des troubles consécutifs à des actes de torture qui, par la nature même de leur origine, demeurent secrets ?

L'objectif de ce guide de bonnes pratiques : **“Le praticien face à une victime de torture”** qui s'adresse aux professionnels de santé et notamment aux médecins généralistes, est de tenter de répondre à ces difficultés en apportant au corps médical des éléments de repérage et de dépistage, de connaissances et de savoir-faire, dans la nécessaire prise en charge des victimes.

Cet ouvrage rassemble de manière simple et claire les connaissances médicales, étayées de l'expérience de praticiens de terrain, sur les troubles physiques et psychiques associés aux actes de torture. Outil facilitant la première consultation entre médecin et patient ou lors d'éventuels examens complémentaires, il apporte également des éléments de réflexions globaux.

La torture visant à briser non seulement l'intégrité physique de la personne mais aussi sa personnalité, à détruire les liens qui rattachent la victime à sa famille et à la communauté des êtres humains auquel elle appartient pour en faire un sujet isolé, il est essentiel que les professionnels de santé se mobilisent lorsque les victimes demandent “assistance” pour continuer et réapprendre à vivre après le traumatisme. Aujourd'hui, la réalisation de ce guide, qui est la première expérience tentée à ce jour, procède de cette volonté.

Fruit de l'expérience d'un groupe d'experts internationaux et nationaux que je tiens à remercier ici tout particulièrement, ce guide, dont le maître d'œuvre est l'AVRE, la plus ancienne association française à se consacrer à la prise en charge médicale en France et à l'étranger des victimes de torture, reflète la préoccupation et le souci du gouvernement français d'unir compréhension profonde et compétences chez les professionnels de santé appelés à prendre soins de citoyens très fragilisés, ceux dont l'intégrité corporelle et mentale a été délibérément massacrée et bafouée.



Philippe Douste-Blazy
Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Sommaire

Préface	3
Liste des experts	6
Introduction	7

Première partie : La torture

Chapitre 1 La torture, les victimes : définitions	13
Chapitre 2 Quelques données sur la torture	19
Chapitre 3 Typologie des formes de torture	27
Chapitre 4 Les séquelles	31

Deuxième partie : La victime de torture

Avant-propos	43
Chapitre 5 Face à la victime	45
Chapitre 6 Les aspects juridiques et déontologiques	63
Postface	69

Annexes

Annexe 1 Présentation de l'AVRE	73
Annexe 2 Communiqué de presse (Amnesty International)	75
Annexe 3 Exemples de certificat médical	77
Annexe 4 Bibliographie sommaire	81
Annexe 5 Adresses utiles	83
Annexe 6 Centres de soins spécialisés	89

Notes personnelles	93
Remerciements	96

Liste des experts

Dr Jean François Corbin, psychiatre, médecin des urgences psychiatriques du CHU Toulouse, Rangueil • Professeur, assistant à l'Université de Sherbrooke, Canada
Membre du CA de l'AVRE

Médecin Général Louis Crocq, psychiatre, fondateur de l'Association de Langue Française d'Etude du Stress Traumatique (ALFEST) • Membre du Comité national de l'Urgence Médico-psychologique de Paris

Me Desmaisons-Sallin, avocate • Membre de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'homme • Vice-présidente de l'AVRE

Pr Michel Detilleux, chef de service de Médecine interne, Hôpital Cochin, Paris

Pr Lionel Fournier, médecin légiste • Professeur adjoint du Pr Garnier, Urgences médico-judiciaires, Hôtel-Dieu, Paris

Dr Inge Genefke, fondatrice du RCT • Secrétaire Générale honoraire de l'International Council for the Rehabilitation of Victims of torture (IRCT), Copenhague

Pr Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace Ethique AP/HP, hôpital St Louis, Paris

Mme Simone Othmani-Lellouche représentant la Commission Santé d'Amnesty International, section française.

Dr Richard Retchman, psychiatre et anthropologue • Chercheur au Cesames (Inserm, Cnrs, Univ.Paris V) • Médecin-chef d'Etablissement, Institut Marcel Rivière, CHS la Verrière.

Pr Nigel Rodley, ancien Rapporteur spécial pour la torture • Membre du Comité des Droits de l'Homme de l'ONU • Professeur de Droit à l'Université d'Essex, UK.

Pr Bent Sorensen, chirurgien • Ancien vice-Président du Comité contre la torture de l'ONU, ancien Président du Comité de Prévention contre la Torture (CPT) du Conseil de l'Europe, IRCT Copenhague.

• **Le Ministère de la Justice** est représenté par :

Mme Martine Thuau, magistrate, chef du bureau de l'aide aux victimes et de la politique associative

Mme Claire Mallaterre, magistrate au bureau de l'aide aux victimes

M. Hervé Machi, adjoint au chef du bureau de l'aide aux victimes

• **Le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale** est représenté par :
la Direction des Populations et des Migrations, le **Dr Pierre-Vincent Comiti**, conseiller technique pour les questions de santé des migrants

• **Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille** est représenté par :
la Direction Générale de la Santé :

le **Dr Bernard Basset**, sous-directeur, Santé et Société,

Mme Marie-Hélène Cubaynes, adjointe au sous-directeur Santé et société,

le **Pr Frédéric Rouillon**, psychiatre, responsable de la cellule d'appui scientifique, chargé de mission dans le domaine de la psychiatrie,

le **Dr Sylvia Guyot**, chargée de l'organisation et de la qualité des soins au bureau de la santé mentale

M. Patrick Ambroise, chef du bureau Santé des Populations Précarité Exclusion le

Dr Zinna Bessa, adjointe au chef du bureau Santé des Populations Précarité Exclusion

Mme Chantal Froger, chargée des politiques en faveur des personnes victimes de violences au bureau Santé des Populations Précarité Exclusion

Coordnatrice des travaux

Dr Hélène Jaffé, fondatrice de l'AVRE avec la participation du Centre de soins de l'association

Introduction

Pourquoi, direz-vous, un tel manuel ?

Ici, on ne rencontre jamais de victimes de torture !

Pourtant, les probabilités pour qu'un praticien puisse être ou ait été confronté à un ensemble de pathologies qui relèvent des suites de torture sont importantes, et malgré cela, rien, dans les études médicales, n'y fait ne serait-ce qu'une allusion.

Il se trouve, en effet, en France, une population importante d'étrangers, ou d'origine étrangère : étudiants, universitaires, diplomates, réfugiés ou demandeurs d'asile, - voire parfois clandestins -, originaires de pays où torture et mauvais traitements sont pratiqués : 132¹ au monde, dont la moitié utilisent la torture de façon courante. Ces personnes ont donc été des victimes potentielles de cette pratique criminelle.

Pour n'envisager que le cas des réfugiés, de l'ordre de 150.000 sur notre territoire, on peut considérer qu'environ 20 % au moins ont été soumis à ces traitements cruels, inhumains, dégradants, éléments constitutifs, par leur sévérité, de l'acte de torture.

Il y a aussi des Français, souvent discrets sur leurs épreuves, qui y ont été soumis.

Bien plus, donc, que des personnes atteintes de ces maladies à noms propres dont on apprend les moindres signes dans les questions d'internat, affections que nous ne verrons que très rarement dans notre pratique quotidienne, si nous les voyons jamais...

On sait, depuis les années 70, à la suite des interventions de médecins danois auprès des victimes du régime des colonels grecs, que les survivants de tels sévices présentent des séquelles physiques et psychologiques sérieuses, quelquefois graves ou gravissimes, et que très peu d'entre elles peuvent en parler. Il faut donc savoir les y inciter par une attitude d'intérêt pour leurs souffrances et leurs antécédents, en posant quelques questions adéquates.

Et le silence qui l'entoure ne fait, bien souvent, qu'en pérenniser les effets. Silence des victimes à qui l'on a dit un jour "si tu en parles, on recommence", paroles qui restent, inconsciemment, comme une injonction à ne pas transgresser, injonction que les proches font leur, eux aussi. Silence, encore, de qui a vécu cette atteinte majeure à sa propre dignité et en éprouve un sentiment fait de honte, de stupeur, d'incompréhension d'avoir pu franchir ce point de rupture, voulu par les tortionnaires, où l'on ne se reconnaît plus soi-même comme un être humain, en tout cas, pas comme celui qu'on était "avant".

*La torture,
a-t-on pu dire,
torture longtemps après.*

¹ Chiffres du rapport annuel 2004 d'Amnesty International (cf. annexe 2 "communiqué de presse" publié à l'occasion de la parution du rapport).

Le silence imposé à une société sous terreur, muselée par des censures en tous genres, ne fait que renforcer le mutisme de celui que sa famille, ses amis accueillent mais bien souvent ne reconnaissent pas, tant dans son aspect physique que dans son comportement. Terrorisés par ce qu'ils pressentent d'horreurs subies, ils prodiguent les conseils d'oublier, de se taire. Ces "paroles lénifiantes", dites de bonne foi, visent aussi à soulager, dans une certaine mesure, les membres de l'entourage...

Arrivés dans un pays fier de sa liberté et qu'ils apprécient, c'est à notre propre silence, à notre envie de ne pas savoir, ou à notre "pas savoir comment savoir" que se trouvent souvent confrontés ces patients, qui se taisent, une fois de plus.

Une enquête menée par une psychiatre américaine, Yaël Danieli, auprès de personnes survivantes des camps de concentration nazis, ne conclut-elle pas que près de 60 % d'entre elles ont eu la sensation de n'être ni entendues, ni même, pour certaines, écoutées, lorsqu'elles évoquaient, devant un médecin, leur séjour là-bas.

*"N'écoutant
que mon courage
qui ne me disait rien,
je me gardais bien
d'intervenir."
écrivait Jules Romain !*

Alors, comment briser ce silence dans l'intimité d'une consultation ? Comment le faire sans ouvrir la boîte de Pandore de souvenirs enfouis et cependant passés par un travail d'élaboration ? Autrement dit, comment être utile sans nuire.

C'est en partant d'une expérience vieille de plus de vingt ans auprès de victimes de torture, rencontrées ici, en France, ou dans leurs pays d'origine d'une part, et d'autre part, après avoir reçu des patients allant de consultation en consultation, décontenancés par l'apparente indifférence à la cause première de leurs douleurs et souffrances, si bien intentionnés que soient leurs interlocuteurs, que la nécessité de ce manuel nous est apparue.

Or, la DGS, -Direction Générale de la Santé-, a mis sur pied un programme pédagogique pour les professionnels de santé, portant sur la prise en charge des victimes de violence. En incluant parmi ces dernières les victimes de torture, elle réalise là, à travers l'ouvrage confié à l'AVRE, une première mondiale dont on ne peut qu'être fier et reconnaissant : trop d'États ferment en effet les yeux sur ce triste phénomène et ses conséquences.

Il est probable que quels que soient leurs compétences, leur engagement personnel et le temps dont ils disposent, les médecins ne pourront que rarement assurer une prise en charge en profondeur.

L'essentiel est de penser que la raison de ces plaintes, multiples, changeantes d'un jour à l'autre, de ces états dépressifs larvés et tout leur accompagnement psychosomatique relève peut-être d'une cause qu'il faut savoir identifier, la torture. Puis, savoir aussi, par la suite, à quelles personnes plus disponibles, plus averties dans cette prise en charge particulière s'adresser ; ou encore, quel organisme saura servir de relais médico-social, et répondre à des questions pratiques qui peuvent, éventuellement, se poser.

Si écouter, entendre, deviner, susciter la parole, puis faire les gestes efficaces qui soulageront appartiennent à toute démarche médicale, aucune de nos stratégies classiques de prévention ne débouche sur l'éradication d'un tel fléau.

*C'est alors
qu'il faut penser
droit et justice*

Depuis 60 ans, la conscience internationale s'exprime dans le droit, de Nuremberg aux Tribunaux ad hoc et à la Cour pénale internationale.

Pour chaque praticien devient alors pertinents de connaître les éléments essentiels des dispositions légales prises sur le plan des Etats, en Europe, et sur le plan international, en faveur de cette catégorie de victimes.

Être **socialement** reconnues en tant que victimes, voir les responsables de leurs supplices désignés et condamnés, pouvoir obtenir une réparation pour elles-mêmes et leur famille font partie, aussi, de l'arsenal thérapeutique.

Aux médecins de savoir orienter et agir, si besoin, comme une courroie de transmission.

A cette occasion, quelques unes des questions déontologiques liées à la torture seront abordées.

Voilà quels sont les objectifs que se propose ce guide. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais a été rédigé avec l'espoir de mettre sur la piste diagnostique des confrères qui se trouvent en face de patients porteurs de pathologies difficiles à décrypter si on n'en connaît pas l'origine.

Pr Lionel Fournier

Dr Hélène Jaffé

Première partie

La torture

- 1** La torture, les victimes :
définitions
- 2** Quelques données
sur la torture
- 3** Typologie
des formes de torture
- 4** Les séquelles



La torture, les victimes

Chapitre 1

Définitions

La torture heurte universellement la conscience humaine et n'a cessé de faire l'objet de condamnations par la société civile et la communauté internationale mais demeure pourtant, comme cela a été mentionné dans l'introduction, largement pratiquée.

Face à ce double constat "pratiques - condamnations" des normes internationales, régionales et nationales ont été adoptées pour lutter contre une atteinte majeure à la dignité humaine.

Le mot "torture" évoque l'horreur de souffrances extrêmes infligées par des hommes à d'autres hommes, c'est une violation flagrante de l'intégrité physique et psychique d'un être humain.

C'est une atteinte manifeste à un droit qui se devrait, partout et par tous les temps, d'être intangible.

La torture

Des tentatives ont été faites pour en caractériser des éléments pathognomoniques. Mais leurs auteurs y ont, en définitive, renoncé.

Il s'agit d'un ensemble de traumatismes physiques, réunissant des symptômes qui empruntent à divers chapitres de la pathologie, rarement spécifiques de tel ou tel mode de sévices, et de traumatismes psychiques comme on en subit lors de ces événements particulièrement graves, qui sont du domaine de l'exception dans une vie (accident d'avion, tremblements de terre, certains actes de guerre, viol, par exemple).

Mais dans la torture, le traumatisme exceptionnel qu'elle représente est aggravé du fait qu'elle est pratiquée par un ou des hommes agissant intentionnellement et délibérément à l'instigation de personnes censées assurer protection et recours à la victime.

Torturer est le fait d'infliger intentionnellement une souffrance aiguë, physique ou morale, à une personne, soit par pure cruauté ou sadisme, soit pour l'effrayer ou l'intimider, soit enfin pour quelque motif que ce soit, notamment dans le but d'obtenir d'elle des renseignements ou une action.

Mais c'est vers les textes juridiques qu'il faut se tourner pour en trouver des éléments constitutifs.

Une définition de la pathologie relative à la torture est-elle possible ?

Convention internationale de l'ONU contre la torture adoptée le 10 décembre 1984

Article 1, paragraphe 1 :

“Aux fins de la présente Convention, le terme de **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 tout 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.”

Convention européenne des droits de l'homme

Article 3 :

“Nul ne peut être soumis à la torture ou à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.”

Code pénal français

Article 222-1, paragraphe 1 :

“Le fait de soumettre quelqu'un à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.”

Cette énumération des principaux textes dans le domaine n'est évidemment pas exhaustive et il convient de ne pas oublier les très importantes **Conventions de Genève du 12 août 1949 destinées à protéger les victimes de guerre** et les Protocoles additionnels à celles-ci relatifs d'une part à la protection des victimes des conflits armés internationaux et d'autre part à la protection des victimes des conflits armés non internationaux adoptés le 8 juin 1977.

Le mot "torture" évoque l'horreur de souffrances extrêmes infligées par des hommes à d'autres hommes. Toutefois, le terme a été largement banalisé dans le langage courant, et c'est à la suite de l'adoption de normes internationales que des éléments constitutifs en ont été définis.

Une définition juridique de la torture est-elle possible ?

En droit international, la Convention adoptée par l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 10 décembre 1984, qui érige la torture en infraction internationale, énonce à son article 1^{er}, §1 non pas une véritable définition de la torture mais plutôt la liste de ses éléments constitutifs.

Ces éléments comprennent :

- **des souffrances aiguës physiques ou mentales** à l'exclusion de la douleur ou des souffrances "résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elle" ;
- **infligées intentionnellement 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 ;**
- **dans un but précis.**

On ne peut parler de torture, sur la base de la Convention, que pour des actes répondant à ces trois éléments.

Et, si ces éléments sont réunis, la Convention Internationale fait obligation aux Etats Parties d'établir leur compétence, de la mettre en œuvre en poursuivant, en condamnant ou en extradant le présumé coupable de la violation.

Mais, outre ces dispositions à caractère répressif la Convention prévoit également les moyens d'obtenir réparation, pour la victime ou ses ayants cause, des préjudices subis (article 14, §1).

La Convention européenne, quant à elle, si elle interdit sans équivoque toute forme de torture et tout traitement inhumain ou dégradant, ne donne aucune définition de ces violations et c'est dans la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qu'il convient d'aller chercher les définitions et les éléments constitutifs de celles-ci.

Cette Cour revêt une très grande importance en raison de l'influence de sa jurisprudence sur le droit international de protection en général. Il s'agit là, de plus, d'une véritable juridiction que les particuliers peuvent saisir directement, après épuisement des voies de recours internes, à l'encontre des Etats.

Les Conventions qui viennent rapidement d'être évoquées sont des instruments destinés à réglementer la conduite des Etats.

Les Etats Parties doivent donc scrupuleusement veiller à leurs respects et, notamment, ne pas expulser, ni extraditer une personne vers un Etat où il y a de sérieux motifs de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture (article 3, §1 de la Convention des Nations Unies et jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme).

En droit interne : si les dispositions françaises sont beaucoup plus larges que les dispositions internationales et régionales en ce qu'elles visent aussi bien la torture infligée par un particulier que par un agent de l'Etat, elles ne donnent pas de définition de cette infraction.

Il faut donc se référer à la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui renvoie à la notion "d'intensité" étant précisé que selon la Cour "le caractère aigu des douleurs infligées est relatif par essence..."

Les Victimes

Cette partie vise à tenter de définir le terme "victime de torture". **Ce terme s'applique, en effet, non seulement à la personne directement concernée, mais aussi à ses proches.** Particulièrement dans le cadre de soins à des personnes ayant subi la torture, il est essentiel d'avoir à l'esprit le traumatisme dont a souffert son entourage.

Pour définir la notion de victime tant individuellement que collectivement, il convient de se reporter à la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 29 novembre 1985, et la décision cadre du Conseil de l'Union européenne du 15 mars 2001 va dans un sens analogue (*Cf. encadré*).

Au sein des textes juridiques internes, il n'y a pas de définition de la victime, le mot "victime" n'étant d'ailleurs apparu que très tardivement dans le corpus juridique français qui employait plus volontiers les mots de plaignant, de partie lésée ou de partie civile.

Pour autant, le droit interne appréhende aujourd'hui de façon satisfaisante la victime, le mouvement législatif s'étant accéléré à partir des années 1970 sous l'influence des victimes elles-mêmes, qui se sont regroupées en associations, et des services d'aide aux victimes qui n'ont cessé de se développer, pour aboutir à un statut qui s'affine continuellement devant les juridictions françaises.

Mais, les victimes de torture qui ne peuvent, dans leur grande majorité, saisir la justice française pour défaut de compétence (crime perpétré à l'étranger par un auteur présumé ne séjournant pas en France notamment), ont en réalité peu de possibilités de recours effectifs dans leurs pays, les défaillances des juridictions étant l'une des causes de l'impunité.

Devant cet état de fait, **la mise en place, le 1^{er} juillet 2002, de la Cour Pénale Internationale**, représente un espoir majeur pour ces milliers de victimes privées de parole ; et ce, d'autant plus que, pour la première fois, une juridiction internationale prévoit la possibilité pour les victimes de faire valoir leurs droits à réparation, cette juridiction portant créations d'une division d'aide aux victimes et d'un fonds qui leur est destiné.

**Déclaration
des principes
fondamentaux
de justice
relatifs aux
victimes de la
criminalité et aux
victimes d'abus
de pouvoirs,
adoptée par
l'assemblée
générale des
Nations-Unies
le 29 novembre
1985**

On entend par "victimes" des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un Etat Membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir.

Une personne peut être considérée comme une "victime", dans le cadre de la présente Déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient ses liens de parenté avec la victime. Le terme "victime" inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe et les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher la victimisation".

**Décision cadre
du Conseil
de l'Union
européenne
15 mars 2001**

Aux fins de la présente décision cadre on entend par "victime" : la personne physique qui a subi un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou une souffrance morale ou une perte matérielle, directement causée par des actes ou des omissions qui enfreignent la législation pénale d'un État membre.

Quelques données

sur la torture

Chapitre 2

La torture s'entoure de secrets : secret autour de l'acte, secret autour des lieux et des personnes qui la pratiquent ; et ces secrets sont longtemps gardés par les victimes elles-mêmes. Personne n'aime en parler.

Comment alors donner un aperçu épidémiologique, comment produire des statistiques et donner des chiffres dans le cas de victimes d'actes de torture ?

Le champ de la torture se prête mal à l'épidémiologie.

I – Des difficultés diverses de recueil des données

Les méthodes de torture ainsi que les séquelles sont multiples. Elles donnent lieu à un éventail de pathologies. Lorsqu'on parle de passage à tabac, expression banale correspondant à la forme la plus répandue de mauvais traitements et de torture, les victimes sont frappées à coup de poing, de bâton, de crosse de fusil, de fouet improvisé, de câbles électriques.... Elles souffrent d'hématomes, d'hémorragies, de fractures, de dents cassées, de lésions organiques et certaines meurent des suites de ces traitements.

La multiplicité des méthodes et des séquelles

Certaines méthodes de torture ne laissent pas de traces visibles mais provoquent des traumatismes d'ordre psychologique souvent plus graves et à plus long terme, sans compter certaines manifestations psychosomatiques.

En outre, une même personne peut être victime de torture une fois au cours de sa vie ou à de multiples reprises, ce qui n'a pas les mêmes conséquences physiques et psychiques.

Par ailleurs, la torture "légale" existe dans une trentaine de pays² où l'amputation, la flagellation et les châtiments corporels peuvent être infligés par les tribunaux.

² Parmi eux, l'Arabie Saoudite, les Bahamas, le Bangladesh, Brunei Darussalam, les Emirats arabes unis, l'Iran, le Nigeria, Singapour, le Soudan, ont pratiqué ces "châtiments" en 2003. (Source Amnesty International)

Il n'y a pas de règles définies pour faire la différence entre la torture et les autres traitements cruels, inhumains ou dégradants. Les victimes elles-mêmes pensent souvent que les coups et certains mauvais traitements sont des choses banales et ne s'en plaignent pas.

Une anecdote significative : un africain à qui l'on avait demandé s'il avait été torturé a répondu "non". Or, lorsqu'il décrivit par la suite ce qui lui était arrivé, il avait été violemment battu durant trois jours. Il s'agissait donc bien de torture. Sa réaction est en grande partie due au fait qu'il imaginait la torture comme quelque chose de sophistiqué au delà de ce qu'il connaissait. Recevoir des coups constituait quelque chose d'attendu.

La torture est le plus souvent pratiquée dans des lieux fermés ou partiellement fermés, comme les locaux de la police ou les locaux de la Sûreté ; quelquefois les victimes sont emmenées par la police dans des endroits secrets. De ce fait, il n'y a pas ou peu d'informations qui sortent de ces endroits. Les personnes torturées elles-mêmes sont souvent maintenues en détention après ces épisodes de torture et lorsqu'elles sortent de cet enfer, la plupart ne souhaitent qu'une chose : "ne pas en parler".

Il est, de plus, difficile de prendre en compte les victimes indirectes de la torture, -famille, enfants, proches...- pour lesquelles les séquelles psychologiques sont souvent importantes.

Lors d'un changement de régime, pour donner un exemple, les associations de Droits de l'homme ont été amenées à faire un recensement de type épidémiologique de la torture pratiquée auparavant. Il n'a pas été possible de mener l'opération à terme. La peur d'un retour à l'ancien régime, le désir de ne plus en parler évoqué plus haut, ont été les raisons données, surtout, mais non exclusivement, dans les zones éloignées des grands centres urbains.

Pour ces différentes raisons, les chiffres dont on peut disposer sont inférieurs à la réalité. Ce qui a d'ailleurs conduit Amnesty International, lors d'une grande campagne pour l'abolition de la torture en 2000 et 2001, à préférer ne pas fournir de statistiques avec des listes de pays et des chiffres de victimes, afin qu'ils ne soient pas considérés comme exhaustifs.

A travers les rapports publiés annuellement par Amnesty International, il est toutefois possible d'avoir un aperçu du phénomène. On dénombre ainsi 153 pays dans lesquels des actes de torture ou des mauvais traitements ont été recensés entre 1997 et 2000. Ces pays comprennent aussi bien les pays où la torture et les mauvais traitements sont une pratique largement répandue que ceux pour lesquels il n'y a qu'une ou quelques plaintes isolées³.

En 2003, 132 pays et territoires ont été recensés dans lesquels des personnes ont subi des actes de torture ou des mauvais traitements pratiqués par des membres des forces de sécurité, de police ou autres agents de l'Etat. Dans 18 pays ou territoires, les actes de torture ou les mauvais traitements ont été commis par des membres de groupes armés.

³ Parmi ces derniers, la France, l'Allemagne, l'Autriche, le Royaume Uni et même la Suède.

Dans 66 pays, la torture et les mauvais traitements sont de pratique courante, ce qui correspond à plus du tiers des pays de la planète (cf annexe 3).

II – Quelques données indicatives

Il est admis que c'est dans les populations réfugiées, mais non exclusivement, que se trouvent surtout les victimes de torture.

Au niveau international

Le Conseil international pour la réhabilitation des victimes de la torture (IRCT) a estimé que parmi ces réfugiés, 20 à 30 % ont été victimes de tortures⁴. Si l'on rapporte cette proportion à la population relevant du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (le HCR), à savoir 20 762 600 personnes au niveau mondial en 2002, on atteint une estimation de plus de **quatre millions de personnes victimes de torture dans le monde**.

À cela s'ajoute un nombre important de **personnes déplacées victimes de persécutions et de conflits**, obligées de fuir tout en restant dans leur propre pays et qui ne relèvent donc pas du HCR.

Le rapporteur du Secrétaire Général des Nations Unies pour la question des personnes déplacées dans leurs propre pays estime qu'ils sont au nombre de 20 à 25 millions dans le monde entier, avec une plus forte concentration au Soudan, en Angola, en Colombie, en République Démocratique du Congo (ex Zaïre), Afghanistan, Sri Lanka, Bosnie Herzégovine et les pays de l'ex-URSS. Le HCR aide environ 5,8 millions de ces personnes.

Une part de ces populations réfugiées parmi lesquelles on dénombre de 20 à 30 % de personnes ayant subi des faits de torture vient ou transite en France. Leur recensement direct est difficile, car certains restent clandestins, mais le phénomène peut être appréhendé pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes en zone d'attente.

En France

Nombre de personnes ayant le statut de réfugié

En France, le nombre de personnes ayant le statut de réfugié est de plus de 100 000. Il s'agit d'une estimation basée sur le nombre de certificats en cours de validité au 31 décembre 2003, issue de l'annexe XIV du rapport de l'OFPPRA⁵ (cf. encadré page 24).

Nombre de demandeurs d'asile

L'OFPPRA reçoit chaque année un peu plus de 60 000 demandes d'asile, dont 15 % seulement environ recevront une réponse favorable. Ainsi, en 2003, l'OFPPRA et la Commission de recours ont accordé le **statut de réfugié à 9790 personnes** venues de tous les continents, sur un total de **66 344** dossiers étudiés.

⁴ Estimation du Conseil international pour la réhabilitation des victimes de la torture (IRCT) Site <http://irct.org/about/torture.htm>

⁵ Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides.

En fait, il est important de connaître le nombre de demandeurs d'asile même si la plupart des demandes sont rejetées (pour la Chine par exemple, seules 39 personnes ont obtenu le statut de réfugié sur 5 307 demandes en 2002), car il s'agit de personnes amenées à rester plusieurs années en France, comme le précise l'OFPRA dans l'annexe IX de son rapport pour l'année 2002 : des dossiers rejetés en 1999 ont été acceptés en 2002, ce qui veut dire que ces personnes sont restées quatre à cinq années sur le territoire après leur première demande. D'autres, une fois déboutées du droit d'asile, ne verront pas d'autres solutions pour un temps plus ou moins long que de rejoindre les rangs des "sans papiers".

Pays d'origine

Il est intéressant aussi de savoir les principaux pays d'origine de la population réfugiée en France.

Selon le HCR, en 2003, les personnes qui demandent l'asile en France viennent pour la plupart, de la Turquie, la Chine, la République Démocratique du Congo, l'Algérie, la Mauritanie. Les fluctuations annuelles, en ce qui concerne l'origine des demandeurs d'asile, peuvent être plus ou moins sensibles selon la conjoncture politique, et font apparaître de nombreux autres pays.

Nombre de personnes en zones d'attente

En 2003, 15 498 étrangers ont été maintenus en zones d'attente pour une durée moyenne de 4 jours, selon les sources du ministère de l'intérieur. Parmi ces personnes, 5912 (38 %) ont pu déposer une demande d'asile et 4 068 (26 %) ont été admises.

Nombre de personnes ayant consulté dans les centres de soins et de soutien aux personnes victimes de torture

Les principaux centres de soins et de soutien aux personnes victimes de torture sont presque tous situés à Paris ou dans la région parisienne, et la quasi totalité des patients pris en charge résident en Ile de France.

Ce sont l'AVRE, le COMEDE et l'Association Primo Levi (*Cf annexe 6*).

Ces trois centres ont vu en 2003 près de 2 000 nouveaux patients victimes de torture, celles-ci ayant une diversité de statuts.

On observe par ailleurs dans l'ensemble de ces centres une tendance à l'augmentation du nombre d'enfants, d'adolescents et de mineurs isolés.

N.B : Des français ont pu être arrêtés dans des pays où se pratique la torture, ou en être victimes à une ou des générations de distance (*cf. le dernier cas exposé en fin du chapitre 5*).

III – Des chiffres

A retenir

Dans le monde

- **Sous-estimation du nombre des victimes de torture** aux niveaux national et international.
- Plus de **4 millions de personnes** victimes de torture.

En France

- Près de **2000 nouveaux patients victimes de torture** vus en consultation en 2003 dans les 3 principaux centres spécialisés.
- **Augmentation** du nombre des mineurs et de femmes isolées vus en consultation.

Demandes d'asile par nationalité en 2003, accords du statut de réfugié et pratique de la torture selon les pays d'après les derniers rapports d'Amnesty International

Sur les 24 pays d'origine de demandeurs d'asile pour lesquels le nombre d'accord est supérieur à 85, les $\frac{2}{3}$ sont identifiés par Amnesty International comme des pays où torture et mauvais traitements (MT) sont de pratique courante ou occasionnelle.

Nationalités	Demandes Hors mineurs A	Décisions** Hors mineurs A	Accords*** Hors mineurs A	Mineurs accompagnants	Torture et MT très répandus	Torture et MT occasionnels
Afghanistan	327	350	89	28	X	
Albanie	486	574	142	131		X
Algérie	2448	2830	226	363	X	
Arménie	852	1144	156	312		X
Angola	1079	2360	242	363	X	
Azerbaïdjan	385	538	221	162		X
Bangladesh	1029	738	96	43	X	
Bosnie Herz	763	767	377	433		X
Centrafrique	334	743	103	60	X	
Chine	5307	3453	39	36	X	
Congo	1818	3373	509	190		X
Côte d'Ivoire	1338	1397	220	91	X	
Géorgie	1400	2018	263	395		X
Guinée Conakry	798	1037	96	33		X
Haïti	1555	1471	296	85	X	
Irak	544	559	87	26	X	
Mauritanie	2456	4579	783	56	X	
RDC (ex Zaïre)	4625	8160	1141	686	X	
Rwanda	356	339	225	117		X
Russie	2219	2276	1058	1200	X	
Serbie Monténégro	1800	1975	534	949	X	
Sri Lanka	2258	2163	645	162	X	
Turquie	7345	9568	857	431	X	
Ukraine	737	819	94	71	X	

* Ce chiffre comprend les premières demandes et les réexamens, hors mineurs accompagnant, en 2003.

** Ce sont des décisions prises en 2003 qui peuvent concerner les demandes déposées avant 2003, étant donné les délais d'attente.

*** Décisions totales OFPRA + Commission de recours en 2003. Nous avons sélectionné les pays où le nombre d'accord est supérieur à 85 et la Chine en raison du grand nombre de demandes.

Chiffres extraits des rapports pour l'année 2003 des trois centres : l'AVRE, le COMEDE, Primo Levi

Centre	Nombre total de consultations de l'année 2003	Dont consultations de psychologie	File active nombre de consultants	Nouveaux patients 2003	Nombre de pays d'origine
AVRE	3 245	586	584	179	54
Association Primo Levi	3 722	1 612	340	160	28
COMEDE*	16 390	930	4 399	2 870	77
Total	23 184	3 558	5 323	3 209	-

* Pour le COMEDE, il s'agit des chiffres concernant l'ensemble des exilés consultants. En 2003, environ 60 % ont été victimes de torture ou de violences graves, ce qui concernerait 1 722 nouveaux patients.

LE COMEDE, Comité médical pour les exilés, créé en 1981, est un centre de santé pour tous les exilés. Bien que n'étant pas spécialisé dans les soins aux victimes de torture, plus de la moitié des nouveaux patients reçus en 2003 ont subi des formes de répression violente ou de torture (plus de 50 % en 2002 et 60 % en 2003).

L'AVRE, Association pour les Victimes de Répression en Exil, créée en 1984, et l'association Primo Levi, créée en 1995, sont toutes deux spécialisées dans les soins et le soutien aux victimes de torture et violences politiques.

a. Certificats de réfugiés en cours de validité au 31 décembre 2003, annexe XIV du rapport de l'Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides

Continent	Femmes		Hommes		Total
	Nb	%	Nb	%	
Europe	9 519	41 %	13 652	59 %	23 171
Asie	23 192	44 %	29 708	56 %	52 900
Afrique	8 173	38 %	13 428	62 %	21 601
Amériques	1 045	43 %	1 413	57 %	2 458
Apatrides et indéterminés	225	32 %	483	68 %	708
Total	42 154	42 %	58 684	58 %	100 838

b. Personnes relevant du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés* dans les diverses régions du monde, pour l'année 2002 et 2003

Pays d'asile par continent	Population totale sous mandat HCR en 2002	Population totale en 2003 (données provisoires)
Afrique	4 591 800	4 285 100
Amérique latine/Caraïbes	1 046 200	1 316 400
Amérique du nord	1 055 300	
Asie	9 425 400	6 187 800
Europe	4 564 900	4 268 000
Océanie	79 000	74 100
Total*	20 762 600	17 093 400

* En 2003, la forte baisse de la population dont le HCR a la charge, est due, surtout, au retour des afghans réfugiés en Iran et au Pakistan.

c. Demandes d'asile au niveau international pour l'année 2003 dans un certain nombre de pays industrialisés (seuls ont été retenus les pays recevant plus de 10 000 demandes/an)

Pays d'asile	Nbre de demandes	Principaux pays d'origine
Royaume Uni	61 050	Somalie/Irak/Chine/Zimbabwe/Iran
Etats Unis	60 670	Chine/Colombie/Haiti/Mexique/Indonésie
France	51 360	Turquie/Chine/RD Congo/Algérie/Mauritanie
Allemagne	50 450	Turquie/Serbie et Monténégro/Irak/Fédération de Russie/Chine
Autriche	32 340	Fédération de Russie/Turquie/Inde/Serbie et Montenegro/Afghanistan
Canada	31 860	Pakistan/Mexique/Colombie/Costa Rica/Chine
Suède	31 360	Serbie et Monténégro/Somalie/Irak/apatrides/Bosnie
Suisse	21 050	Serbie et Monténégro/Turquie/Irak/Algérie/Georgie
Belgique	16 940	RD Congo/Fédération de Russie/Serbie et Monténégro/Iran/Cameroun
Pays Bas	13 400	Irak/Iran/Afghanistan/Somalie/Libéria
Norvège	15 960	Serbie et Monténégro/Afghanistan/Fédération de Russie/Somalie/Irak

Typologie

des formes de torture

Chapitre 3

“Le monde de la torture est un monde tellement inhumain qu’il en devient inimaginable pour le commun des mortels (...) cette destruction du corps, cet avilissement dans l’ignoble, ce déchirement de tout l’être dans la souffrance sans limites, ne peuvent être ressentis à travers une description qui sera toujours pour le lecteur, abstraite, irréelle.”

A. Serfaty - Face aux tortionnaires - Les temps Modernes n° 477, avril 1986

La torture est souvent inaugurée par une “mise en condition” visant à amoindrir les défenses.

Les pires tortures, notamment par privations sensorielles, ne laissent pas de traces visibles sur le corps. Si l’imagination des tortionnaires est sans limites, ils opèrent toutefois dans un cadre stratégique dûment calculé. Il y a très souvent une connotation sexuelle, même en dehors de formes de torture appliquées aux organes génitaux.

Dans la plupart des cas, les séances de torture sont **inaugurées par une période d’épuisement destinée à amoindrir les résistances** de la victime : déshabillage forcé, attente en isolement strict, pas de nourriture ni d’eau, pas de toilettes, pas de réponses aux demandes d’explications sur les raisons de l’arrestation etc...

On ne peut donner de liste exhaustive des différentes formes de torture, les bourreaux sachant donner libre cours à leur imagination. Cependant on notera que la torture obéit à des règles, -inculquées par des “experts”-, visant à déstructurer un individu et que l’objectif de laisser un minimum de traces physiques semble se généraliser.

Bien qu’il existe des formes de torture dites “blanches”, qui font appel à des méthodes élaborées par des professionnels de santé la plupart du temps, dans le dessein de déstructurer les victimes sans laisser de traces physiques, **il est difficile de différencier des techniques de tortures exclusivement physiques d’autres qui seraient exclusivement psychologiques, tant les deux sont intriquées**. On peut affirmer que les tortures physiques s’accompagnent toujours d’une composante psychologique. Inversement, mais cette fois-ci de façon moins constante, les tortures psychologiques peuvent avoir un retentissement physique direct ou indirect, d’ordre psychosomatique.

Les coups

Ils vont du tabassage à coups de poings et pieds, de matraque, de ceinturon, tube de plastique, chicote, à des méthodes plus "raffinées", comme des coups répétés sur la plante des pieds (falanka), sur les mains, sur les crêtes tibiales, gifles sur les oreilles (téléfono). Ils représentent plus de 90 % des tortures dont se plaignent les victimes.

Les chocs électriques

Se font à fils dénudés ou électrodes placés sur des endroits sensibles, bouches, oreilles, mamelons, organes génitaux, etc. Ils entraînent des contractions musculaires brutales et violentes ainsi que des brûlures au point de fixation des électrodes, dont la gravité varie en fonction de l'intensité et du voltage du courant utilisé.

Les brûlures

Par cigarette ou cigare, brandon, pièce métallique portée au rouge, aspersion de liquide bouillant ou corrosif. L'utilisation de la poudre de piment (pili-pili) introduite dans les orifices naturels est signalée par des patients sri lankais notamment...

Méthodes de suffocation

Immersion de la tête dans de l'eau le plus souvent souillée, introduction de la tête dans un sac de plastique, bouche et nez obstrués par des chiffons, ingestion forcée de liquide ne permettant plus de respirer, constriction du thorax par des bandages ou linges mouillés qui rétrécissent en séchant.

Positions anti-physiologiques

Toutes sortes de suspension, par les poignets liés en avant ou dans le dos, par les pieds, suspension à une barre passée derrière les genoux, pieds et bras attachés dans le dos par une corde qui met la colonne vertébrale en hyper extension (arbatatchar) etc.

Obligation de garder la même position pendant de longues heures : debout, sur un pied, ou accroupi, sans pouvoir se reposer ni dormir.

Piqûres, coupures, "marquages"

Aiguille introduite sous les ongles, coupures, gravure au couteau de lettres ou caractères pouvant être choquants ou infamants.

Tortures sexuelles

Viols multiples, sodomie, introduction d'objet dans les orifices naturels, torsion, ligature des organes génitaux externes, rapports contre-nature.

Induction de peur panique, d'angoisse extrême, de culpabilité

Simulacre d'exécution, voisinage d'animaux tels que serpents, scorpions, torture ou menaces de torture de proches, obligation d'assister aux tortures d'autrui, voire d'y participer, reniement de valeurs considérées comme sacrées.

Exposition à des stimuli intenses

Tels que bruit assourdissant, lumière aveuglante, froid ou chaleur extrême, privation de toute nourriture et boisson ou distribution de nourriture immangeable (trop salée, présence de sable, verre, souillée, y compris par de l'urine ou des matières fécales).

Privation de tout stimulus (torture blanche)

Yeux bandés, oreilles bouchées, port de combinaison avec cagoule maintenant en état de sub-asphyxie (Uruguay : cette technique, dite de privation sensorielle, a été mise au point par des professionnels de santé).

L'isolement strict, prolongé, sans aucun échange avec quiconque est une des formes de torture qui cause le plus de dégâts psychologiques qui soit.

Toutes ces méthodes peuvent être associées, soit dans le temps soit simultanément.

Très souvent se pose la question de savoir pourquoi on est arrêté, torturé : question qui reste bien sûr sans réponse, et ne fait qu'aggraver le désarroi dans lequel est plongée la victime.

Il faut noter que si **les tortures proprement sexuelles** sont évoquées, il y a, toutefois, **très fréquemment, une connotation sexuelle dans la torture, que la victime soit un homme ou une femme** : la mise à nu, les remarques ironiques sur l'anatomie de la victime marquent profondément celui qui l'a vécues. Et cela, par la suite, pèsera sur la perception qu'il a de son image corporelle et sur sa vie sexuelle.

De même, la frayeur, l'épuisement, les chocs électriques peuvent amener à ne plus dominer ses sphincters : une humiliation de plus, qui perdure bien au-delà de la douleur physique, et s'impose en filigrane dans les rapports de l'individu avec son corps et n'est pas sans incidence sur sa sexualité.

Les séquelles

Chapitre 4

Une victime de torture est victime d'un polytraumatisme, avec des séquelles et physiques et psychiques. Plus de 90 % d'entre elles ont été soumises à des coups répétés dont les séquelles apparaîtront après un temps de latence plus ou moins long. Mais tous les chapitres de la pathologie peuvent être à considérer.

Les cicatrices relèvent rarement de la chirurgie réparatrice, à la déception des patients, car elles sont pour eux un rappel des souffrances endurées qu'ils voudraient voir disparaître. Mais elles constituent un élément de preuve, lorsque, par leurs aspects et situation, elles corroborent les dires de la victime, plaignant de demain éventuel.

C'est à une sommation de traumatismes physiques et psychiques qu'une victime de torture est soumise.

Si **détention** il y a eu, les mauvaises conditions de celle-ci, avec les multiples carences qu'elle détermine, que ce soit des carences vitaminiques, le manque d'eau, d'espace, de lumière, d'hygiène, ajoutent leur part aux séquelles proprement dites de la torture.

Une victime de torture est un polytraumatisé : Il conviendra de procéder à une analyse des séquelles qui, et à la différence de celles d'un autre polytraumatisé, un accidenté de la route par exemple, portent la signature, souvent peu lisible, mais réelle, de la délibération de l'acte.

Il faut également avoir à l'esprit que les personnes qu'on est amené à voir en France représentent en majorité les cas dont les séquelles sont relativement discrètes, au point de leur permettre de se lancer dans un voyage éprouvant, pour arriver dans un pays d'asile, incompatible avec des atteintes physiques majeures, telles qu'on peut en voir dans les pays où nous nous rendons et où restent des survivants lourdement handicapés, et ce, à vie.

I – Séquelles physiques

Il est exceptionnel que le patient à examiner se présente au stade aigu ; le traumatisme subi est loin dans le temps, et les séquelles sont chronicisées, voire fixées. Elles sont rarement spécifiques, mais compatibles toutefois avec les allégations du patient et empruntent à tous les chapitres de la pathologie.

Peuvent être considérées comme pathognomoniques de la torture les séquelles de falanka⁶, qui entraînent une désinsertion partielle de l'aponévrose plantaire, avec affaissement de la voûte plantaire et un syndrome des espaces clos, avec des troubles circulatoires qui ont pu aller jusqu'à la gangrène de l'avant-pied (cf. *iconographie page 60 à 62*). La plante a perdu sa résistance normale à la palpation (impression de pâte). On peut retrouver sur des clichés des arrachements osseux, une véritable désorganisation plantaire, qui rendra la marche pénible par la suite.

Plus que les cicatrices en elles-mêmes, leur disposition, qui obéit à une certaine logique, est caractéristique : les brûlures de cigarettes se retrouvent sur des endroits particulièrement sensibles, sexe, mamelon, lèvres. Quelquefois ces brûlures visent à faire lâcher prise, et par exemple, on en trouvera des traces sur un avant-bras avec lequel le supplicié a essayé de protéger son visage.

Les traces de coups de fouets peuvent s'effacer très vite, ou n'être visibles qu'à jour frisant, et prennent l'aspect de lignes qui se recoupent à angle aigu, au niveau du dos, des épaules, des fesses, des membres inférieurs. Les coups répétés sur les crêtes tibiales laissent des cicatrices étagées analogues, qui ne peuvent guère résulter d'un accident. De même, les traces de liens, dessinant leur trajet autour des membres, ne prêtent pas à confusion.

Les brûlures électriques sont identifiables par des examens biopsiques à l'ultramicroscope, mais cela relève plutôt de la médecine légale et c'est davantage un faisceau d'arguments cliniques et anamnestiques qui amène à la conviction diagnostique.

On donnera la liste appareil par appareil, de ce qu'on retrouve de façon significative, à partir d'une expérience de plus de 3 000 cas, sachant que les séquelles les plus fréquemment retrouvées touchent les appareils locomoteurs et nerveux.

1) La peau est porteuse, mais pas toujours, de cicatrices rapportées aux différentes techniques de torture. Sauf en cas de chéloïdes, fréquentes sur les peaux noires, qui peuvent entraîner une gêne fonctionnelle et un préjudice esthétique, les cicatrices ne font pas l'objet de plaintes en soi. Il faut savoir, cependant, qu'elles constituent un stigmate, rappel des sévices endurés, et donc cause de reviviscence. Des demandes de chirurgie réparatrice ne recevront pas, dans la grande majorité des cas, la réponse espérée. Il convient d'en avertir le patient.

⁶ Falaka, falanka, falanga désignent une forme de torture pratiquée surtout sur le bassin méditerranéen, qui consiste à donner des coups répétés sur la plante des pieds. La douleur devient vite insupportable, et les séquelles peuvent être graves.

La peau peut présenter de plus, des lésions chroniques de type eczéma atopique, névrodermite, lichen etc, qui nécessitent un traitement adapté, réponses psychosomatiques au traumatisme ou infections diverses qui peuvent être liées aux conditions d'incarcération.

2) Appareil locomoteur. Plus de 90 % des patients que nous voyons sont porteurs de séquelles de l'appareil locomoteur. En effet, coups multiples, positions anti-physiologiques, absence de soins immédiats et par la suite, s'il y a eu détention, carences alimentaires, restriction des mouvements, tous ces facteurs vont se conjuguer pour laisser des séquelles dont le degré de gravité est très variable. Ce sont :

- des suites de luxations ou subluxations, fractures plus ou moins bien consolidées. On pensera aux luxations partielles des mâchoires et leur cortège de douleurs cranio-faciales, fréquentes à la suite de coups portés au visage ;
- arthroses post-traumatiques, tendinites, déchirures musculaires ;
- contractures musculaires, témoins de souffrance de voisinage mais aussi d'une peur rémanente, traduisant un état d'hyper vigilance (*cf. séquelles psychiques*) ;
- modifications réflexes de la statique corporelle, comme dans les suites de falanka où le patient modifie son appui plantaire avec les conséquences que cela peut avoir sur les articulations sus-jacentes et la colonne vertébrale.

3) Séquelles neurologiques. Les troubles sensitivomoteurs liés à des atteintes nerveuses périphériques, dues à des souffrances des plexus ne sont pas rares. Le port de liens serrés peut laisser des dysesthésies des extrémités. À noter la fréquence relative des hernies discales, à tous les étages vertébraux, imposant en dernier lieu, le recours à la chirurgie.

Bien que les **traumatismes crâniens** avec ou sans perte de connaissance soient fréquemment rapportés, on a très peu souvent, par contre, été amené à déceler des séquelles épileptiques. Il convient de ne pas les confondre avec les crises dites "hystéro épileptiques" qui impressionnent l'entourage et conduisent aux services d'urgence des patients chez qui l'électroencéphalogramme rétablira le diagnostic. On en parlera dans les séquelles psychiques.

Par contre **vertiges et acouphènes, crises migraineuses**, sont couramment signalés. Les carences vitaminiques B associées, lorsqu'un régime pauvre a été imposé pendant une certaine durée, (ce qui arrive lorsque les séances de torture ont inauguré une incarcération de type concentrationnaire, entre autres), peuvent être génératrices de polynévrites qui ne régresseront pas toujours malgré un régime équilibré et des suppléments vitaminiques. Des transpositions musculaires seront alors éventuellement proposées, devant un steppage important, ce qui n'est pas exceptionnel.

4) Organes sensoriels. Les plaintes concernant la vue, l'audition doivent orienter vers un examen spécialisé. En effet, les coups sur les oreilles sont parfois à l'origine de perforations tympaniques, avec otorrhée persistante ou non, et baisse de l'ouïe par altération de l'oreille moyenne, voire de l'oreille interne, cette dernière au pronostic et moyens thérapeutiques plus limités.

Les yeux peuvent présenter des altérations de la cornée, du cristallin, de la rétine, un glaucome, qui eux aussi imposent l'avis d'un expert.

La perte du goût, de l'odorat ne doivent pas être négligées. Ils peuvent traduire l'existence d'une sinusite post traumatique, mais aussi des lésions des paires crâniennes ou cérébrales à explorer si besoin.

5) Troubles digestifs. Ulcère, colite entrent pour la plupart des cas dans la catégorie des affections psychosomatiques. Mais il faut se garder d'un étiquetage hâtif : des hématomes intra-péritonéaux peuvent avoir été engendrés par des coups directs, et l'eau absorbée étant rarement propre à la consommation, des pathologies parasitaires sont à exclure en premier lieu. Les hémorroïdes, les fissures anales font l'objet de plaintes discrètes, tant l'examen est redouté, et l'aveu implicite d'abus sexuel éventuel, humiliant.

6) Séquelles uro-génitales et dysfonctionnements sexuels. Les sévices appliqués à la zone uro-génitale peuvent entraîner des séquelles graves comme des perforations de l'urètre, fistules vesico-rectales, atrophie testiculaire uni ou bilatérale, infections transmissibles, inoculées de façon délibérée ou non. On rencontre fréquemment des lithiases rénales, dues au déséquilibre entre pertes et apports hydriques et ioniques.

Les dysfonctionnements sexuels peuvent prendre de multiples aspects, mais l'impuissance alléguée est bien souvent incomplète et réversible. Les paroles des bourreaux ont là leur responsabilité et agissent comme de véritables injonctions "à ne plus pouvoir", proférées devant une victime épuisée physiquement et mentalement, prête à se laisser convaincre qu'en effet, elle ne pourra plus avoir de vie sexuelle normale.

Même sans atteinte sexuelle proprement dite, la torture implique toujours une connotation sexuelle, ne serait-ce que par la mise à nu imposée devant plusieurs personnes, accompagnée de réflexions ironiques sur l'anatomie de celui qui est livré au regard du bourreau, homme ou femme.

La reprise d'une activité sexuelle peut alors avoir valeur de rappel de l'humiliation vécue et entraîne une reviviscence des séances de torture. Il faudra du temps et la complicité et compréhension du partenaire pour retrouver un fonctionnement sexuel satisfaisant.

7) Pathologie cardiaque et vasculaire. Angine de poitrine, voire infarctus, phlébite profonde ou superficielle, artérite, troubles circulatoires des extrémités, type maladie de Raynaud, voire, mais plus rare, anévrisme artério-veineux, traduisent l'intensité des traumatismes affligés. Il n'est pas exceptionnel de trouver des troubles circulatoires au niveau des pieds chez les patients qui ont été soumis à la falanka. Dans tous ces cas, un recours au cardiologue ou spécialiste des maladies vasculaires s'avèrera souhaitable.

L'hypertension artérielle est très présente, mais on se gardera, là plus qu'ailleurs, de conclure à une quelconque organicité, avant d'avoir revu le patient : le fait d'aborder le récit des sévices déclenche une crise émotionnelle telle que les chiffres tensionnels peuvent grimper très haut, pour se normaliser par la suite spontanément.

8) Séquelles de l'arbre respiratoire. Les coups sur la tête sont responsables de sinusites traumatiques, de déviation de la cloison nasale. Les séances de suffocations par immersion de la tête dans de l'eau souillée sont génératrices d'infections pulmonaires rebelles. Enfin, la détention est une occasion de contamination tuberculeuse à dépister systématiquement.

9) Pathologie psychosomatique. Hypertension, diabète, colite asthme, etc : le choc traumatique peut entraîner ou réactiver chaque élément de ce large chapitre.

Comme on le voit par ce rapide tour des séquelles les plus fréquemment rencontrées, tous les chapitres de la pathologie sont plus ou moins mis en cause. Il est donc, plus que dans tout autre circonstance, nécessaire de considérer l'individu dans son ensemble et d'essayer de donner une cohérence à une clinique qui peut parfois sembler disparate, pauvre, et qui l'est bien souvent : les tortionnaires ont le souci de ne pas laisser de traces "prouvant" la torture : dans le cas de la falanka, par exemple, toujours largement pratiquée, plusieurs méthodes de soins préventifs (bain de pied glacé, mouchetures, etc.) ont été utilisées, destinées à atténuer l'importance de l'œdème, générateur de graves troubles circulatoires, voire de gangrène.

II - Séquelles psychiques

Dans la population des sujets ayant subi un traumatisme psychique, ce sont les victimes de torture qui présentent les troubles psychiques séquellaires les plus graves et les plus durables. Car le traumatisme psychique qu'ils ont éprouvé n'était pas dû à la colère des éléments, ni à l'imprudence des hommes, ni même à la guerre aveugle, mais à la cruauté intentionnelle d'un agresseur dont ils ont croisé le regard et dont ils ont perçu, sur la mimique et dans tout le comportement, l'intention délibérée de faire souffrir et d'humilier. C'est cet aspect inhumain de l'agression, avec son déni de toute morale et de tout respect des valeurs humaines, qui constitue la spécificité du trauma par torture, au-delà de la perception de la mort et du néant.

On s'accorde, en prenant pour référence le système nosologique américain DSM-IV (IV^e révision du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994), à reconnaître que les séquelles psychiques des victimes de torture sont des états de stress post-traumatiques (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) sévères et durables. Mais ce diagnostic ne souligne pas assez l'altération de la personnalité de la victime, altération qui est explicitement reconnue dans le système nosologique international CIM-10 (*Classification Internationale des Troubles Mentaux*), sous le diagnostic de "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe". L'altération de la personnalité après impact du trauma était reconnue aussi dans l'ancien diagnostic de névrose traumatique, sous les vocables de "changement d'âme" (Simmel, 1918), "personnalité traumatique névrotique" (Crocq, 1969) et "transfiguration de la personnalité" (Shatan, 1974).

Les tableaux cliniques séquellaires des victimes de torture répondent en gros aux critères exigés par le DSM pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique, à savoir qu'il faut une combinaison de deux critères A, d'un au moins des critères B, de trois au moins des critères C, et de deux au moins des critères D :

Avoir été exposé - comme victime ou comme témoin - à un événement potentiellement traumatisant, avec menace pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique ; et surtout, avoir vécu cette expérience dans l'effroi, l'horreur ou le sentiment d'impuissance (tous sentiments intensément éprouvés par la victime de torture).

Critère A

Être sujet à des reviviscences involontaires et itératives de l'événement (syndrome de répétition), sous forme d'hallucinations visuelles, auditives, olfactives ou sensitives, de souvenirs forcés (flash-back), de ruminations mentales incoercibles sur l'événement, de vécus (détresse) ou d'agir (sursauts, recroquevillement, besoin d'en parler, jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait se reproduire, et surtout de cauchemars de répétition, intensément vécus plutôt que seulement contemplés. Toutes ces reviviscences sont vécues dans la détresse et l'orage neurovégétatif, et toutes peuvent surgir soit spontanément, soit en réponse à un stimulus qui évoque le trauma, soit facilitées par une baisse du niveau de conscience (moment de l'endormissement ou du réveil), ou effet d'une drogue.

Critère B

On notera que chez les victimes de torture, les phénomènes de reviviscences sont intenses et tenaces :

- **hallucinations** visuelles de la cellule, hallucinations auditives de la voix du tortionnaire, des bruits des coups et des cris de souffrance ;
- **sensation hallucinée** de ressentir à nouveau la torture physique, illusion d'apercevoir l'agresseur dans la silhouette d'un passant ;
- **flash-back** vécus sur le mode de la déréalisation et de la dépersonnalisation ;
- **interrogations incessantes** sur les causes de la méchanceté et de l'acharnement de l'agresseur ;
- **cauchemars** terrifiants accompagnés de perturbations neuro-végétatives intenses (sueur, tachycardie, spasmes viscéraux).

Présenter un évitement persistant de tout ce qui peut rappeler le trauma (pensées, souvenirs de certains détails du trauma, sentiments, conversations, lieux, personnes), et être sujet à un émoussement de la réactivité générale : impression d'un monde lointain, non familier, réduction de l'intérêt porté auparavant aux activités et loisirs motivants, impression d'avenir bouché, restriction des affects (dont l'incapacité à aimer les autres, qui paraissent étrangers ou incapables de comprendre et soutenir la victime).

Critère C

On retrouve ces conduites d'évitement et d'émoussement chez les victimes de torture, dont l'impression de ne plus pouvoir être compris (ils reviennent de l'enfer et personne ne peut imaginer ce que c'est), et l'impression de ne plus pouvoir établir de relations transparentes de réciprocité avec autrui ; le tout conduisant à un retrait social dans le silence et l'amertume, parfois après une période de dépendance régressive et de soif affective insatiable.

Un ensemble disparate de symptômes, comprenant des **difficultés d'endormissement et un sommeil léger (en fait, il s'agit d'une résistance désespérée et passionnée à l'endormissement)**, appréhendé comme zone de baisse de vigilance pouvant être mise à profit par n'importe quel agresseur et comme l'équivalent de la mort, tant il est vrai qu'Hypos et Thanatos sont jumeaux), de l'hyper vigilance (attitude d'alerte permanente), des **réactions de sursaut exagérées** (sursaut au bruit, ou si on entend quelqu'un marcher derrière soi), et comprenant aussi de la **difficulté de concentration, de l'irritabilité et des accès de colère**.

Critère D

Les victimes de torture présentent tous ou la plupart de ces symptômes, dont l'hypervigilance et les troubles du sommeil (le réveil angoissé au moindre frôlement évoque l'approche des gardiens et des agresseurs dans les couloirs de la prison).

Beaucoup de ces victimes présentent en outre ce que le DSM dénomme “**pathologie associée**”, et que le tableau de l'ancienne névrose traumatique comprenait comme “symptômes non spécifiques”, à savoir :

- une triple asthénie, **physique**, **psychique** (dont la baisse de l'attention et de la mémoire d'acquisition) et **sexuelle** (impuissance, frigidité) ;
- de l'**anxiété**, tant à l'état inter critique (appréhension anxieuse, recherche de sécurité et de réassurance) que sous forme de crises, ictus sidérés ou raptus agités ;
- des **superstructures phobiques** (phobies spécifiques des cellules et chambres exigües, des uniformes, des chiens de garde et des scènes de violence), hystériques (états seconds, crises agitées et symptômes de conversion intéressant les parties du corps qui ont été atteintes lors de la torture), ou **obsessionnelles** (rituels vérificateurs de protection, comme le rite de se relever plusieurs fois le soir pour vérifier la fermeture des portes et fenêtres, et crainte obsédantes de procréer des enfants mal formés) ;
- des **plaintes somatiques et troubles psychosomatiques** : ulcus gastrique, asthme, hypertension, angor, eczéma, psoriasis, alopecie, canitie, goitre et diabète ;
- des **troubles des conduites**, dont l'anorexie et la boulimie, les conduites addictives (alcool et drogues) et les conduites d'agressivité caractérielle (*répertoriées par le DSM dans les critères D*).

L'ensemble du tableau clinique est censé durer plus d'un mois, et au moins trois mois pour être qualifié de chronique. En fait, chez les victimes de torture, il se chronicise davantage, tant il est vrai qu'elles ont été déstabilisées par leur expérience d'être torturées, et que c'est toute leur personnalité qui est définitivement perturbée. Elles sont devenues craintives, pusillanimes, sans élan vital.

D'une manière générale, tout signe clinique de souffrance psychique d'apparition récente chez une victime de torture doit être pris en considération dans la démarche thérapeutique et considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme au moins partiellement consécutif à la torture elle-même.

C'est aussi une façon d'aborder le patient dans la globalité de son histoire sans pour autant limiter l'examen clinique et la prise en charge aux seules manifestations officiellement reconnues comme “traumatiques”. Ce point est essentiel dans la mesure où il vient souligner que chaque sujet réagit aussi de façon singulière devant des événements par ailleurs intolérables. Mais il est aussi essentiel pour bien distinguer ce qui va relever d'une démarche clinique visant à certifier la conséquence traumatique, où seul le PTSD est aujourd'hui reconnu, et une démarche thérapeutique dans laquelle c'est bien plus l'histoire singulière du patient qui prime, quelle que soit au fond, la symptomatologie qu'il va développer par la suite.

Beaucoup ont le sentiment d'avoir complètement changé de personnalité, avec la sensation d'un profond bouleversement physique et mental, proche de la dépersonnalisation. Beaucoup sont marquées du sceau de la honte, et même de la culpabilité, pour avoir cédé à la douleur et à la violence, pour avoir assisté impuissants à la torture d'un autre, et pour avoir survécu alors que leurs co-détenus sont morts. En résumé, ce sont des personnes qui ont dû établir un nouveau rapport au monde et à soi-même, une nouvelle manière de percevoir, de penser, de juger, d'aimer, de vouloir et d'agir.



Deuxième partie

La victime de torture

Avant –propos

5 Face à la victime

- Repérer
- Prendre en charge
- Orienter
- Problèmes administratifs et sociaux
- Situations particulières
- Faire face à quelques situations difficiles
- Quelques cas

6 Les aspects juridiques et déontologiques

- Certificats médicaux
- Témoignage
- Réquisition et signalement

Avant-propos

La prise en charge de telles victimes nécessite de faire appel surtout à ce que chacun porte en soi, à la fois, d'intuition, de compassion, de sens de l'observation, bref, d'aptitude à la découverte de l'autre.

C'est en quoi notre métier est, aussi et encore, un art, avec ce que cela implique, peut-être paradoxalement, de rigueur : il en faut pour déceler les séquelles et physiques et psychologiques d'un traumatisme que ce patient, victime de torture, -votre patient-, répugne souvent, consciemment ou non, à "présenter".

C'est pourquoi nous avons délibérément donné à cette partie du guide, un style qui ne soit pas une énumération de recettes prêtes à l'emploi : dans cette rencontre particulière, c'est à chacun d'inventer. Nous ne faisons que vous suggérer quelques pistes, à vous, nos confrères...



Face à la victime

Chapitre 5

Définitions

“La victime de torture a honte de faire l’aveu non pas seulement de sa peur, de ses cris de ses supplications, mais de cela même dont elle a souffert ...”

Paul Ricœur - Préface de “L’interdit ou la torture en procès”, Acat, Ed. du Cerf.

Il faut penser à la torture comme cause de malaises difficiles à rattacher à leur origine, chez certains patients. Mais il est toujours difficile pour celui qui l’a vécue de l’aborder. Il faut donc créer une situation où il se sente écouté avec attention, et mis en confiance. Le reste de la famille est également à prendre en considération : le couple, les enfants ont été eux aussi ébranlés par cet événement hors normes. Il faut pouvoir leur donner du temps, voire déléguer si cette prise en charge s’avère trop lourde.

I - Repérer

Parmi les patients qui se présentent en consultation, certains souffrent de séquelles de torture ou d’expériences traumatiques sévères, en particulier des personnes venant de pays étrangers et arrivées depuis peu en France. Il faut alors avoir à l’esprit que s’ils ont été victimes de torture, ils ont été interrogés bien des fois, et sans aménité : il est donc nécessaire de mener cet “interrogatoire de plus” avec délicatesse, et savoir s’arrêter lorsqu’une question paraît entraîner une réticence.

Une victime de torture peut avoir un début de grippe et vient consulter pour cette seule raison-là. **Mais bien souvent c’est par des plaintes détournées qu’elle va exprimer sa souffrance** : insomnies, maux de tête, douleurs diffuses et mal définies. **On a honte de dire qu’on a été torturé.**

Cependant, par quelques questions que vous allez poser, votre patient saura que vous vous intéressez aussi à **son passé** :

- d’où vient-il ?
- quelle était sa situation là-bas ?

Et maintenant quelle est sa situation en France ? réfugié ? demandeur d’asile ? autre ?

Quelles raisons l’ont amené à quitter son pays ?

Il a dû (pu) lui arriver des choses difficiles ?

**Quelle attitude adopter à leur endroit ?
Quelles questions leur poser pour les inciter à exprimer leur malaise ?**

Des difficultés économiques ou **des conflits avec les autorités ?**

S'il se trouve dans le deuxième cas :

- a-t-il été arrêté ? emprisonné ? maltraité ? très maltraité ?

Laissez-le alors parler.

Peut-être va-t-il se lancer dans son histoire, longue, bouleversante pour lui et pour vous.

- **Si la salle d'attente est pleine ou si une visite vous attend**, essayez de l'arrêter en lui expliquant que **vous voulez pouvoir l'écouter tranquillement**, et proposez de soulager ce qui le gêne le plus maintenant.
- **Selon lui, la raison de sa consultation, aujourd'hui, est-elle liée à ces éventuels mauvais traitements ou est-ce sans relation ? les symptômes décrits existaient-il auparavant ?**

Le fait de montrer de la curiosité par rapport à son passé va très vite **permettre à votre patient de sentir qu'il a trouvé "à qui parler"** aujourd'hui ou à une autre occasion.

- **La fois suivante**, vous avancerez, éventuellement, un peu plus loin dans la connaissance du vécu de ce patient, à relier aux symptômes présentés.
- **Ce n'est pas toujours facile** : les plaintes peuvent changer d'une fois à l'autre de façon déconcertante. Il ne faut pas se laisser abuser et la clinique permettra d'éliminer une atteinte organique. Demandez lui le pourquoi de telle ou telle douleur, telle plainte : il a, lui, peut-être une explication que la clinique n'a pas ! **La plainte doit être entendue comme une expression de la souffrance passée, de dépression souvent. Comme pour tout malade, en fait.**

Leila avait été torturée dix ans auparavant. Elle avait, disait-elle, très mal à un doigt, là, en montrant une petite cicatrice parallèle au bord de l'ongle. Elle avait présenté à la suite de l'introduction par son tortionnaire d'une aiguille sous l'ongle, un panaris, qui avait été ouvert. Chaque fois qu'elle voyait cette petite cicatrice, elle ressentait la douleur éprouvée pendant la torture.

- **Et s'il s'exprime très mal ?**

Sans doute est-il venu avec **un traducteur, ami ou enfant**. Il faut faire avec au début, mais **demandez à ce dernier de sortir quelques minutes** avant la fin de la consultation : vous verrez que ce patient se débrouille alors assez pour dire ce qu'il estime important, qu'il ne pouvait peut-être aborder devant un trop proche ou trop jeune. Ou qu'il vous fera, au moins, comprendre que ce n'est pas devant eux qu'il souhaite s'exprimer. Il faudra alors faire appel, la prochaine fois, si possible, à un **traducteur ayant la distanciation nécessaire**. À défaut de

traducteur, vous pouvez lui **montrer un schéma de corps humain** : il vous situera ce qui ne va pas. La tête, le sexe désigneront ces difficultés qu'on ne peut nommer devant un tiers, et pour lesquels, même dans sa propre langue, on a si peu de vocabulaire.

Ne pas oublier !

60 % des survivants de la Shoah interrogés par une psychiatre ont considéré qu'ils n'avaient pas été écoutés par le médecin qu'ils ont consulté, lorsqu'ils lui parlaient de leur expérience des camps nazis.

II – Prendre en charge

Il sera alors nécessaire de mettre en place une stratégie d'exams et de soins qui prennent en compte la démarche suivante :

- **établir la hiérarchie des plaintes** :
qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
que voudriez-vous qu'on soulage en premier ?
- **établir la hiérarchie des besoins thérapeutiques tels que la clinique le suggère** ;
- **composer entre les deux**.
Vous traitez d'emblée, bien sûr, la pathologie de conjoncture, mais votre patient sait qu'il peut compter sur votre capacité à l'écouter s'il le souhaite. Ou bien, vous avez saisi qu'il s'agit d'un ensemble de traumatismes physiques et psychologiques importants qui vont demander du temps. Il vous faudra vous organiser pour le lui donner ou passer la main éventuellement.

III – Orienter

En fonction de la clinique, des circonstances et du souhait du patient, une orientation peut s'avérer nécessaire.

Un recours spécialisé peut être indiqué. Il y a lieu alors de se poser la question de l'accompagnement de la personne dans cette démarche et de la transmission particulière d'information au praticien ou à l'équipe à qui est adressé le patient.

1) **Problèmes somatiques**

Une consultation psychiatrique peut s'avérer indispensable pour faire la part des manifestations liées au traumatisme de la torture et celles qui relèvent d'une pathologie de type psychotique, par exemple, sachant qu'un tel malade peut, de plus, avoir été torturé.

2) **Troubles psychiques**

Une aide psychologique pourra prévenir ou lever des difficultés liées à la fois aux séquelles des sévices subis et/ou à la vie familiale ou environnementale de la personne déracinée.

La question de l'accompagnement doit être également posée : avec un traducteur ? lequel ? un membre de la famille ?

IV – Problèmes administratifs et sociaux

L'amélioration de l'état de santé des personnes victimes de torture sera conditionnée en partie par les résultats des démarches entreprises afin de résoudre les problèmes administratifs et économiques auxquels elles sont confrontées, comme tout demandeur d'asile ou réfugié. La complexité de ces démarches, les attentes décourageantes, l'enjeu des résultats escomptés vont retentir sur les effets de toute prise en charge.

Ainsi, les demandeurs d'asile, avant d'obtenir la reconnaissance de leur statut de réfugié, doivent se livrer à un véritable parcours du combattant, en vue notamment :

- d'obtenir le droit de séjour en France, accordé par la Préfecture de Police ;
- de faire établir leur condition de réfugié, ce qui est le fait de l'Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), qui centralise toutes les demandes ;
- de saisir la Commission des Recours des Réfugiés (CRR) contre une décision négative de l'OFPRA ;
- de faire ouvrir leurs droits à une couverture sociale ;
- d'obtenir le versement par les Assedic, d'une somme modique qui leur sera attribuée pendant un an, à partir du moment où l'OFPRA aura accusé réception de leur demande ;
- de trouver un logement ;
- de faire venir leur famille, éventuellement...

Par ailleurs, la plupart des personnes victimes de torture se heurtent également à des difficultés d'hébergement et de ressources après que leurs économies ont fondu, et que l'hospitalité des compatriotes, qui ont bien voulu accepter de les loger pour un temps, a atteint ses limites.

Vous trouverez en annexe une liste d'organismes auxquels vous pouvez faire appel pour que le patient soit aidé, si besoin, dans le dédale des procédures administratives de demande d'asile, recherche de logement, de travail, de regroupement familial.

Il est important, en effet, si la personne est isolée ou si elle manque d'information, d'assurer le relais auprès d'un travailleur social ou d'une association compétente dans ce domaine.

Il est indispensable de travailler en partenariat avec de telles instances, pour mener de pair l'amélioration physique et psychologique avec une "installation" dans les droits aussi sécurisante que possible.

V – Situations particulières

Qu'en est-il des enfants ?

Quelques points à avoir à l'esprit :

1. Ils en savent toujours plus que leurs parents ne l'imaginent

Leur permettre de parler de leur expérience, de la façon dont ils ont vécu les faits, va donner une occasion de sortir d'une situation de non-dits : les parents pensent souvent que la réalité est insupportable pour leurs enfants, et seront soulagés de pouvoir aborder leur vécu dans sa version authentique. Et les enfants iront mieux.

2. La distribution des rôles dans la famille peut se trouver inversée

Les enfants deviennent les tuteurs de leurs parents. Leur acquisition rapide de la langue, par exemple, rend les parents dépendants de leurs jeunes traducteurs, qui trouvent là l'occasion de s'affirmer prématurément "en chef de famille".

3. L'existence d'un traumatisme psychique est à déceler

Celui-ci va se manifester par des troubles du caractère, de type régressif, anxieux ou dépressif (énurésie, terreur nocturne, bégaiement, isolement, ou au contraire hyperactivité etc...). Le recours à une aide psychologique avec prise en charge éventuelle de toute la famille est alors indispensable.

4. Les adolescents revendiquent un statut d'adulte, et s'opposent fréquemment à toute discipline imposée par leurs proches. Il peut y avoir des attitudes addictives, les produits employés les délivrant de leur angoisse.

Ils se trouvent brutalement dans une société de consommation : tout y est tentant, et entraînera des demandes que les parents ne peuvent satisfaire. D'où des tensions familiales qui vont aggraver la dévalorisation du père.

Diriger vers des activités sportives où le moniteur pourra, un temps, servir de référence, est un exemple de solution.

Mais souvent il faut faire appel à un soutien psychologique par un spécialiste de cette classe d'âge. Quelques séances suffisent à décriquer la situation, et l'on est surpris de voir alors les possibilités de ces jeunes, qu'ils sauront, par la suite investir dans l'édification de leur futur.

5. "à l'école, tout va très bien" ne signifie pas que tout aille bien :

un surinvestissement scolaire peut être une façon de se protéger d'une culpabilité trop lourde ou de difficultés affectives par exemple.

Qu'en est-il des femmes ?

Les viols sont de plus en plus fréquemment pratiqués et, dans certaines cultures, la femme est ensuite soumise à l'ostracisme familial, moins sévère toutefois, lorsqu'elles se trouvent loin de leur pays, hors de l'opprobre du champ social. Mais on comprendra qu'elles aient bien des difficultés à en parler. On peut les aider en leur disant qu'elles ont droit à leur "jardin secret", et aborderont le sujet avec leur mari le jour où elles se sentiront prêtes à en parler et leurs maris à l'entendre. Il peut falloir du temps.

La crainte d'une infection par VIH peut aussi les amener à taire le viol : la recherche d'infections sexuellement transmissibles doit être systématiquement proposée.* Et dans un nombre de cas les rassurera ou permettra si le test est positif, de mettre en route les mesures de prévention qui s'imposent et une thérapie adéquate, si nécessaire.

Enfin il faut penser que, femmes et victimes de torture, bien souvent, on leur aura prêté qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants ou de rapports sexuels satisfaisants. Injonctions ou réalité ?

Là aussi la clinique peut rassurer la plupart du temps. Cependant, des difficultés sexuelles, avec ou sans substrats physiques, doivent être prises en compte, pour ne pas fragiliser un couple déjà soumis, entre autres, aux épreuves de l'exil.

Il faut se garder, toutefois, de voir en chaque femme victime de torture, une femme violée qui ne veut pas l'admettre : si le déni de viol existe, l'absence de viol existe aussi.

Les femmes venues seules, veuves ou confrontées à la disparition de leur époux, ont une lourde charge, et outre un état d'épuisement physique, elles présentent souvent un état dépressif qui sera ressenti par les enfants, eux-mêmes porteurs des symptômes qui appartiennent en fait à la pathologie de leur mère.

Ces symptômes disparaîtront au fur et à mesure de l'amélioration de celle-ci.

* Les objets utilisés par les bourreaux peuvent être aussi contaminateurs...

Qu'en est-il des hommes ?

Contrairement à ce qui est couramment imaginé, les hommes sont aussi victimes de sévices sexuels, presque autant que les femmes. Mais ils ont encore plus de mal à en parler : parce qu'ils ont été ébranlés dans leur fierté d'homme, que les injures des bourreaux les ont marqués comme des injonctions incontournables, et parce qu'on ne leur tend pas la perche qui les mettrait sur la voie des confidences de cet ordre. Dans certaines sociétés, de plus, l'homosexualité est très sévèrement jugée et c'est une raison de plus à leur silence.

Ils se plaignent fréquemment d'hémorroïdes, de fissures anales, de douleurs du bas ventre, mais refusent l'examen proposé. C'est souvent un signe d'appel.

On n'insistera pas, mais il convient :

- **de les soulager** par un traitement symptomatique dans un premier temps ;
- **de montrer qu'on peut imaginer ce qui leur est arrivé**, et qu'ils peuvent en parler s'il le souhaitent ;
- **de proposer des examens à la recherche d'infections** sexuellement transmissibles, indispensables, pour eux et leurs épouses ;
- **de traiter une dépression** qui est génératrice de baisse de la libido, voire d'impuissance ;
- **d'opposer aux injonctions des tortionnaires, des "contre injonctions"** ("nous sommes médecins et on sait mieux qu'eux... rien ne vous empêchera d'avoir des enfants", par exemple).

Qu'en est-il de la famille ?

Si la famille est arrivée groupée ou à peu d'intervalle, il faudra que tous gèrent la confrontation entre fantasmes et réalités. Les uns y répondront par l'aggravation d'une dépression déjà existante, les autres par une fuite du noyau familial, resserré par les épreuves et vécu comme étouffant, d'autres encore par des troubles du comportement, avec conduites addictives par exemple. La curiosité pour un nouveau monde peut, cependant, et pour un temps, amener une accalmie dans les difficultés psychologiques.

Mais le silence sur ce que chacun a vécu va peser lourd sur l'ambiance de la famille : proposer une aide psychologique s'avèrera nécessaire à court terme, et habituellement pour une période brève. Ce sera l'occasion de voir qui a besoin d'un soutien plus suivi.

Si la famille, séparée des années plus tôt, fait l'objet d'un regroupement, il va falloir que ses membres réapprennent à vivre ensemble.

Il est donc nécessaire de préparer ce retour :

Par quelques phrases, le médecin peut mettre son patient en garde contre la surprise de voir les enfants tellement grands et indépendants, et la femme habituée à une autonomie dictée par les événements et à laquelle elle s'est accoutumée.

Le fait de se sentir devenu différent, prématurément vieilli, dans une situation matérielle médiocre, va exacerber angoisse et dépression. Il convient de les traiter pour un laps de temps encadrant les retrouvailles, qui vont représenter de plus, un facteur de reprise d'épisodes de reviviscence, qui peuvent impressionner l'entourage.

Le conseil

- de parler le plus simplement possible de ce qu'a été la vie des uns et des autres,
- de faire le point des acquis positifs, en matière de sécurité par exemple, permettra de passer le cap des premières semaines. De même que des consultations plus rapprochées permettront de débusquer les difficultés dès leur naissance.

L'appui d'un conseiller conjugal, d'un psychologue compétent en thérapie familiale sera, dans ces circonstances, souhaitable.

VI – Faire face à quelques situations difficiles

Difficultés	Parades
Langue	<p>“Tout est langage” - Françoise Dolto Dessin, mime : prenez-en l’initiative. Police est un mot qui se comprend dans toutes les langues. Observez les gestes, les mains crispées, tremblantes, qui démentent le calme apparent du visage, etc.</p>
Blocage du patient Il est en proie à une émotion intense, pleure, ne peut plus articuler un mot.	<p>Ne pas laisser un silence pesant s’installer, proposez de surseoir au récit, qui paraît si difficile, et demandez ce que le patient aimerait voir soulager en premier. Tenez-vous en à ce point, pour cette fois. Quelque chose dans votre cabinet lui évoque-t-il ce qu’il a subi (un électrocardiographe rappellera les chocs électriques...) Posez-lui la question.</p>
Si vous manquez de temps Si vous ne voulez pas vous engager dans une histoire que vous craignez ne pas savoir maîtriser, Si vous avez des réticences, éventuellement liées à vos propres expériences, personnelles ou familiales	<p>Délégez sans complexes, mais faites un examen clinique doux et attentif, en fonction des plaintes exprimées : un début de soulagement, votre patient n’en demande peut-être pas plus !</p>
S’il est confronté à des problèmes sociaux ou administratifs	<p>Voir en annexe, la liste des organismes auxquels il peut faire appel</p>

Que le déshabillage peut entraîner des réticences, car c'est ce qui a inauguré les séances de torture. Il faut en tenir compte. On peut, après tout, glisser un stéthoscope entre les boutons de chemise...

Que les plaintes peuvent être changeantes d'une fois sur l'autre : comment faire comprendre autrement que par elles, qu'on a vraiment eu mal partout ? que chaque reprise d'un épisode douloureux est un rappel de la torture, qui va réveiller d'autres douleurs etc.

Que donner un médicament "pour dormir" à qui n'a pas d'endroit où dormir risque de ne pas être très efficace...

Que la prescription de médicaments psychotropes doit se faire à doses prudentes, en expliquant bien les effets secondaires éventuels : ces patients se méfient de tout ce qui peut reproduire une sensation de dépersonnalisation, qu'ils ont connue naguère.

Que peintures, sculptures, écrits peuvent être conseillés pour exprimer ce pour quoi les paroles sont trop faibles, ou inadéquates pour décrire ce qu'on a subi.

Qu'un mannequin articulé (comme s'en servent les étudiants des Beaux Arts) permet de situer ce qui fait mal, ou à quelle position on a été soumis pendant la torture.



En nous apportant les sculptures ci-dessus, ce jeune homme a voulu nous montrer d'une part, son impuissance devant ses bourreaux (il n'a ni bras, ni jambes...) et la position qu'il adoptait entre deux séances de torture pour essayer de récupérer un peu et pouvoir résister par la suite.

Il n'est cependant pas nécessaire d'avoir du talent pour s'exprimer autrement que par des mots !



Le patient sur la photo ci-dessus, nous explique, par ce moyen comment ses tortionnaires ont lié ensemble ses chevilles et ses poignets dans son dos. Il souffre de lombalgies et des épaules. Les liens ont laissé des traces sous formes de cicatrices caractéristiques de cette forme de "traitement".

Quelques chiffres concernant les séquelles

Il n'existe pas, à l'échelle mondiale, ou en France, d'études globales : toutes sont parcellaires, le plus souvent rapportées à un groupe national donné. Nous donnerons un exemple, qui nous paraît extrapolable à la plupart des groupes de victimes de torture.

Il a été réalisé lors d'une mission mandatée par le gouvernement tchadien, après le départ d'Hissène Habré, pour évaluer l'état de santé des personnes torturées sous le régime précédent (données non publiées).

Séquelles physiques : N=301

Nombre de cas	Séquelles présentées	%
163*	Articulaires	56
147	Cardio-vasculaires/HTA	50
40	Neurologiques	13
29	Uro-génitales	9
25	Digestives	8

Il y a, en fait, plus de séquelles articulaires, mais elles ne sont pas toujours au premier plan de la symptomatologie, et apparaissent souvent après un temps de latence qui peut être de plusieurs années, comme dans bien des traumatismes.

Séquelles psychiques : N=301

Nombre de cas	Séquelles présentées	%
110*	PTSD	37
81	Dépression	27
93**	Path.psycho-somatique	31
5	Etats psychotiques	2
12	Pas de diagnostic	4

* Nous n'avons étiqueté "PTSD" que les cas pour lesquels nous avons pu remplir un questionnaire répondant aux critères du DSM4 (cf. chapitre 4 sur les séquelles psychiques).

** Les cas porteurs d'une pathologie psychosomatique ont répondu à un traitement anti-dépresseur et n'ont plus formulé de plaintes physiques par la suite.

Il faut rappeler que beaucoup de patients victimes de torture n'ont pas d'autre vocabulaire pour exprimer leurs souffrances psychiques que celui que leur offrent les plaintes somatiques. Ici ou ailleurs.

Il est donc intéressant de se pencher **sur les plaintes, et non plus sur les symptômes.**

Une étude des plaintes les plus fréquentes sur une population de victimes de tortures, originaires d'un même pays, montre que c'est, là aussi, extrapolable à la plupart de nos patients. Dans des situations extrêmes, il semble y avoir une réponse universelle, sans liens avec le niveau socio-culturel ou l'origine géographique.

Plaintes d'ordre physique :

- céphalées ;
- douleurs diffuses ;
- douleurs gastro-intestinales ;
- douleurs articulaires précises (lombaires, dorsales essentiellement).

Plaintes d'ordre psychologique :

- troubles du sommeil ;
- troubles de la mémoire et de l'attention ;
- troubles du comportement ;
- crises d'angoisse.

La peur de voir confirmer un diagnostic de "folie" fait omettre à ces patients de signaler les troubles pseudo-hallucinatoires, très fréquents. Ils n'y feront allusion que dans un deuxième temps, lorsqu'une relation de confiance s'est établie. Le médecin peut de lui-même les évoquer et il sera en mesure de rassurer son patient, tant on sait que ces symptômes sont des vestiges d'évènements, eux, fous, et qu'ils se soignent.

Quelques cas

M. A.. D..., nous est envoyé en raison de "crises" d'allure épileptique qui mettent à rude épreuve son entourage et le médecin du foyer où ils sont hébergés.

Lors de notre première rencontre, aucune allusion n'est faite à ces crises. Il se plaint de ne pas dormir plus que 3 heures, car il redoute les cauchemars qui lui font revivre les épisodes de torture. Il se plaint aussi d'une douleur de la hanche gauche, liée d'après lui aux chocs électriques, et de maux de têtes, "surtout quand il pense". Enfin, il n'a plus de mémoire et n'arrive pas à se concentrer sur un livre : il oublie ce qu'il lit au fur et à mesure.

Tous les examens pratiqués permettent d'éliminer de façon sûre l'existence d'un foyer épileptogène.

Il existe sur les clichés de hanches une petite tache circulaire sur la tête fémorale, non évolutive, qui s'avère sans relation avec le traumatisme décrit.

Par contre le rhumatologue à qui nous avons demandé avis penche pour une mialgie paroxystique, qui s'amendera au fil des mois.

Sa femme signale la transformation de leur relation : il est devenu infantile, irascible et manifeste par moments une violence à peine contenue.

Nous apprenons qu'il a fait de très nombreuses grèves de la faim, de longue durée qui doivent avoir leur responsabilité dans ses troubles mentaux.

Un jour, au décours d'une énième crise, il nous révèle qu'il a vécu toute une période à l'époque où il a été torturé où il ne savait plus s'il était mort ou vivant... Qu'avait-il pu dire à ce moment-là ?

Un des bénéfices tirés des crises est d'attirer une attention bienveillante qui le délivre un instant de l'insupportable question qu'il se pose depuis lors.

Divorce. Apprentissage d'un métier adapté à ses possibilités physiques et psychologiques, ces dernières dégradées sans doute par les longues périodes d'hypoglycémie.

Ce responsable syndical a été lourdement marqué.



Le jeune S.V..., est adressé par le foyer qui l'héberge en raison de son attitude apeurée, et des cris qu'il pousse la nuit et qui perturbent ses voisins.

Il se présente à nous après avoir remis son rendez-vous deux fois : il paraît pétrifié, saute au moindre bruit, parle à voix basse, entre ses dents.

Il nous explique qu'il a été soumis à une forme de torture qui consistait à le piquer avec une aiguille sur tout le corps, pendant dit-il, des heures.

Et qu'il a toujours l'impression qu'une piqûre de plus va lui être infligée. D'où sa vigilance constante et sa crispation.

Anxiolytiques et massages doux, d'abord uniquement sur les parties de son corps qu'il peut contrôler de ses yeux, puis petit à petit, la confiance revenant, sur l'ensemble du corps. Le sommeil s'améliore et il apprend à se décontracter.

En quelques mois, il retrouve sa sérénité.

Quelques cas

Mme DG..., a été arrêtée et soumise à la falanka, c'est à dire, à des coups répétés sur la plante des pieds.

À sa sortie de prison, elle a dû subir une greffe cutanée en raison d'une nécrose de la peau au niveau de la plante des deux pieds. Outre des insomnies, elle se plaint de douleurs des genoux et du dos dès qu'elle marche un peu.

Lorsque nous voulons examiner ses pieds, elle refuse.

Puis nous expliquera la fois suivante qu'elle ne peut les regarder, que c'est trop dur pour elle, parce qu'elle se retrouve alors comme devant ses tortionnaires.

Elle déforme ses chaussures au talon et au bord externe, et de fait esquivé l'appui en marchant sur le bord externe du pied.

La confection de semelles de soutien plantaire, et quelques séances de massage des pieds abordées avec beaucoup de douceur et une approche non agressive vont la soulager au point qu'elle envisage de reprendre son travail de dentiste, dont la station debout lui paraissait inenvisageable jusqu'alors.

M. M.N..., a été soumis lors de ses interrogatoires au supplice du jaguar.*

Depuis il souffre d'une épaule, et de la poitrine.

Il pense qu'ils "l'ont rendu cardiaque". Un ECG est normal, par contre la mise en tension contrariée des pectoraux réveille la douleur : il a une tendinite qui cèdera à des anti-inflammatoires. Au niveau de l'épaule, ébauche de rupture de la coiffe.

Une intervention éventuelle est prévue, mais pour plus tard, nous dit-il : il a encore trop peur d'une anesthésie "où l'on ne sait pas ce qu'on peut dire".

Confié à une psychologue, il mettra au clair pour lui-même ce que signifie cette crainte, qui, de fait, le hante.

** Supplice du jaguar : consiste à attacher pieds et poings de part et d'autre d'un bâton, comme on la fait pour transporter de grosses prises de chasse. Dans cette posture, coups et chocs électriques peuvent être infligés.*

M. X. D..., jeune homme d'une vingtaine d'année, français, a entrepris une psychanalyse en raison de difficultés éprouvées dans sa vie relationnelle.

Il nous demande un entretien car il vient d'apprendre par un membre de sa famille que son père a été torturé par les nazis devant ses grands-parents, résistants.

Le père avait alors une dizaine d'années.

Les grands-parents mourront en déportation.

L'enfance de X.D a été marquée par les accès de violence de son père, qui n'a jamais fait aucune allusion à ce qu'il a vécu lui-même dans sa propre enfance. X.D pense qu'il y a là une explication à son propre malaise, et nous lui proposons de dire à son père qu'il a été mis au courant des souffrances auxquelles celui-ci a été soumis.

Une nouvelle relation, sereine, se crée entre père et fils, et ce dernier est invité à participer à un pèlerinage que font des enfants de déportés résistants chaque année.

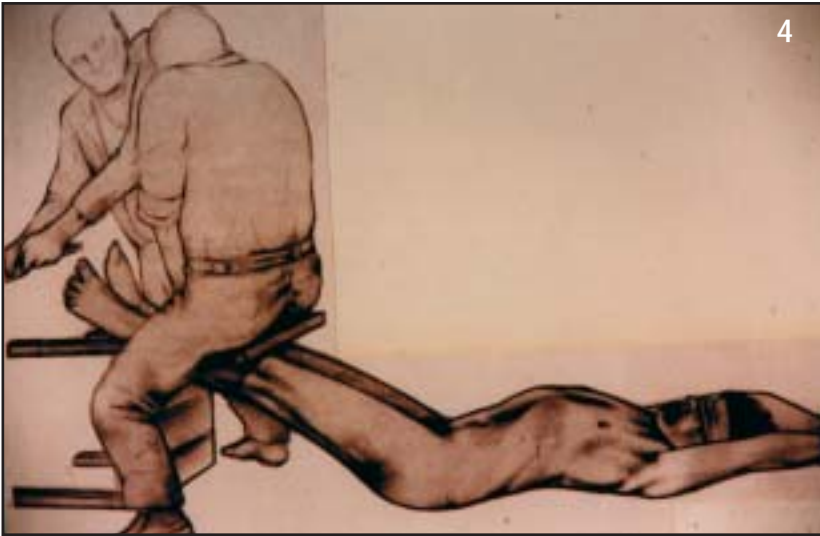
1 Traces de liens maintenant dans la jambe fléchie, une boîte de soda placée dans le creux poplité.



2 Traces de liens maintenant les bras serrés dans le dos.

3 Traces des liens maintenant les deux jambes (visibles sur les faces externes seulement).





4 Pratique de la falanka (dessin d'un patient iranien)

5 Affaissement de la voûte plantaire chez un patient soumis à cette forme de torture (Turquie)



6 Nécrose
des
orteils



7 Patient torturé 15 jours auparavant : traces de coups de fouet et de liens serrant les bras



8 Traces de bracelets métalliques par lesquels ce patient a été suspendu.



9 Coups portés sur la crête tibiale

Les aspects juridiques et déontologiques

Chapitre 6

Certificats médicaux, témoignage, réquisition et signalement

“Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu’il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances”.

Article 7 du Code de Déontologie Médicale

La prévention des séquelles de la torture passe par la reconnaissance du phénomène et de ses conséquences sur les victimes et leurs familles.

Mais c’est l’union de nos forces à celles des hommes de justice et du monde de l’éducation, qui opérera à la longue l’éradication de cette honte pour l’humanité.

Lors de son assemblée de Lisbonne, en 1983, **l’Association Médicale Mondiale** a réaffirmé *“l’obligation faite aux médecins d’agir toujours dans le meilleur intérêt du patient et a également reconnu aux patients le droit à l’autonomie et à la justice, soulignant surtout l’obligation pour les professionnels de santé de faire respecter ces droits”.*

Au sein du **Protocole d’Istanbul**⁷, il est souligné que les professionnels de santé ont la double obligation :

- servir en premier chef les intérêts de leurs patients, et,
- veiller au nom de la société dans son ensemble, au respect de la justice et des droits de l’homme.

⁷ *Le Protocole d’Istanbul est un guide publié par l’ONU contenant les directives pour mener à bien une enquête sur des cas de torture. Il a été conçu à l’initiative de Sir Nigel Rodley, alors Rapporteur spécial des Nations-Unies. Ce chapitre emprunte largement à cet ouvrage.*

Dans quelles circonstances pouvez-vous être appelé à collaborer avec ces nouveaux acteurs ?

- vous pouvez être sollicité pour produire un certificat médical ;
- vous pouvez être appelé à témoigner devant une instance juridique, voire à pratiquer un signalement ou être requis par les autorités judiciaires.

Rédiger un certificat médical implique de transmettre une information à caractère personnel à un tiers médecin ou non. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit le destinataire du certificat.

1- Certificats médicaux

L'article 76 du Code de Déontologie Médicale rappelle que le médecin est tenu juridiquement et déontologiquement de délivrer un certificat médical pour permettre à un patient de faire valoir ses droits.

Il est impératif de remettre le certificat à la personne elle-même après l'avoir examinée et c'est elle qui décide in fine de l'usage qu'elle souhaite en faire.

Fréquemment, vous serez sollicité afin d'établir un certificat médical destiné à l'**OFPPRA**, instance administrative, où la Commission des Recours des Réfugiés, instance judiciaire, chargées d'établir si le requérant répond aux critères d'admission à l'asile.

Pour une victime de torture, se voir reconnaître le bénéfice du statut de réfugié représente une étape importante dans sa re-socialisation mais, une non obtention de ce statut, est souvent ressentie comme un déni des souffrances subies et peut fréquemment entraîner une réactivation de l'angoisse et une aggravation du mal être psychologique.

Le certificat sollicité par une victime de torture s'apparente à un certificat de coups et blessures, c'est-à-dire au constat médical d'un acte de violence assorti d'une évaluation de la durée totale de l'incapacité temporaire.

Mais si ce type de certificat est habituellement rédigé dans les suites immédiates d'une agression et si le médecin sait analyser des lésions récentes (ecchymose, hématome, fracture, etc.), **la particularité des certificats pour les victimes de torture réside dans la fréquente disparité entre les signes somatiques objectifs qui sont, tels qu'on les voit en France, le plus souvent modérés voire absents du fait de leur ancienneté et le retentissement psychologique qui, lui, est bien présent.**

Cette disparité doit être analysée soigneusement et explicitée car elle est susceptible de constituer un argument en faveur de la réalité des faits de torture.

Il faut en effet se rappeler que ce certificat n'est pas un simple certificat de coups et blessures, sauf exception, mais bien un document **contribuant, à partir d'un faisceau d'indices, à étayer les allégations de torture ou de mauvais traitements invoqués par la personne concernée.**

Vous pouvez être confronté à cette demande de délivrance de certificat pour **la justice en général**, puisque actuellement, de nombreuses victimes dans le monde tentent de saisir les juridictions, malgré les obstacles, à l'encontre de leurs bourreaux et leurs commanditaires.

La mise en place de la Cour Pénale Internationale devrait vraisemblablement amener de plus en plus de victimes de torture, à souhaiter faire valoir leurs droits à **réparation et à réhabilitation**. À cet effet, elles vont demander à leurs médecins l'établissement d'un certificat constatant les dommages et les séquelles constatés.

Dès lors que l'on parle de séquelles, **il ne s'agit plus d'un constat simple, mais d'une analyse médico-légale explicitant les éléments de causalité susceptibles d'affirmer l'origine des séquelles constatées.**

Les **procédures étant fort longues**, entre le dépôt de plainte, l'instruction, l'inculpation et le jugement, **il est capital de pouvoir produire des constats précis faits, parfois, des années auparavant**. D'où l'importance d'établir des schémas des cicatrices, de prendre des photos, et de garder précautionneusement tout ce qui peut venir appuyer les allégations du plaignant.

Il peut être cependant préférable de s'adresser à un médecin ayant acquis une expertise dans l'évaluation de ce type de dommages et de séquelles.

Prudent : laisser au patient la responsabilité de ses dires.

Servir : il y a peu de traces véritablement probantes, mais vous avez acquis cette intime conviction qui fait que vous accordez foi aux propos entendus. Vous pouvez le faire passer dans votre écrit en expliquant sur quels motifs repose cette conviction (l'émotion avec laquelle les événements traumatisants ont été abordés, ou évités, jusqu'au moment où ils sont révélés, par exemple, etc.) sans oublier que le traumatisme psychologique est toujours présent, et qu'en dehors d'autres traumatismes exceptionnels dans l'existence du patient, seule la torture peut apporter une explication aux symptômes notés.

Ne pas desservir : enfin, il peut être utile de passer la main, surtout si vous avez des difficultés à établir un lien de causalité entre ce que vous avez appris, vu, et ce qui relève de "l'intime conviction", et les allégations de votre patient.

En cas de difficultés, il est souhaitable de faire appel à un service de médecine légale ou à un organisme rompu à ce type de certificat, quel que soit le motif de la demande

Il faut être prudent, servir, et ne pas desservir !

Le Code de Déontologie Médicale prévoit dans son article 7 que :

2- Témoignage

La jurisprudence française admet qu'un médecin puisse témoigner devant une juridiction, y compris en fournissant des informations médicales concernant l'état de santé d'une victime dès lors que celle-ci donne son accord préalablement.

Certaines personnes victimes de torture peuvent se retrouver en garde à vue. Selon les règles de la procédure pénale, un examen médical est proposé, afin de préciser si l'état de santé est compatible avec le maintien dans des locaux de police.

3- Réquisition lors d'un examen en garde à vue

Une telle situation, pour des personnes aussi fragilisées, peut avoir pour conséquence un effet de reviviscence, avec aggravation notable des troubles psychologiques, dont il faut tenir compte dans la décision à prendre.

Lors de cet entretien privé, le gardé à vue peut, en outre, révéler des informations mais refuser qu'elles soient divulguées par crainte de représailles.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge des personnes détenues a été confiée au service public hospitalier, affirmant ainsi le droit à un accès et à une qualité de soins équivalent à celui offert à la population en général. Cet objectif doit être poursuivi, les médecins exerçant en milieu pénitentiaire dans le plein respect du code de déontologie médicale, notamment en ce qui concerne la protection des données de santé.

4- Le signalement en milieu carcéral

L'article 226-13 du Code Pénal réprime la violation du secret professionnel et limite les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret :

- les cas où le praticien informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives des sévices ou privations, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- les cas où le médecin, **avec l'accord de la victime**, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Aucune de ces dérogations à l'obligation du secret ne vous autorise explicitement, hors le cas de minorité et hors le cas d'un accord de la victime, à déroger au secret médical dans le cas particulier de la torture, sauf à considérer d'emblée et systématiquement que les victimes de torture conserveraient un tel amoindrissement physique ou psychique que le secret

médical ne serait alors plus applicable. Ceci n'est pas satisfaisant, ce postulat portant en lui des risques de stigmatisation et d'enfermement psychologique des dites victimes.

Si les intéressés refusent qu'on les examine en vue d'un signalement, ou qu'on divulgue des informations recueillies lors de l'examen, en général par crainte de représailles à leur rencontre ou celle de leur famille, **les professionnels de santé vont alors se trouver écartelés entre deux responsabilités : celle qu'ils ont vis-à-vis de leurs patients et celle qu'ils ont vis-à-vis de la société dans son ensemble, dans l'intérêt de laquelle il importe que la justice soit rendue et les tortionnaires châtiés.**

Le Code de Déontologie Médicale n'autorise le médecin à informer l'autorité judiciaire des mauvais traitements qu'il constate **qu'avec l'accord de l'intéressé** (art.10), sauf, là encore, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (art. 44, alinéa 2).

Dans les cas où les intéressés ne consentent pas à ce que les faits soient divulgués les médecins doivent soigneusement peser les risques qui menacent la personne en cause au regard de l'intérêt de la société à empêcher la répétition de comportements abusifs (cf. *arrêt de la Cour européenne des Droits de l'Homme contre la France*).

Ils ne doivent donc pas s'abstenir de toute action, mais faire preuve d'une extrême prudence et n'envisager de communiquer les informations en question qu'à un organisme extérieur à la structure directement concernée et en tenant compte de l'intérêt de la personne en cause.

Il s'agit incontestablement d'une des fonctions des ONG reconnues par les instances officielles internationales (ACAT, OMCT, AMNESTY INTERNATIONAL, FIDH, etc⁸).

Toutefois, Il convient de remarquer qu'il existe pour tous les lieux d'enfermement, des mécanismes non judiciaires de contrôle à caractère préventif, tant au **niveau français** (IGAS⁹), qu'au **niveau européen** (Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, CPT) ou **onusien** (Protocole facultatif à la Convention Internationale contre la torture, adopté le 18 décembre 2002).

⁸ *Acacat* : Association des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture
OMCT : Organisation Mondiale Contre la Torture
FIDH : Fédération Internationale des Droits de l'Homme

⁹ *IGAS* : Inspection Générale des Affaires Sociales

1) **Je soussigné, Dr X, médecin généraliste ou spécialiste**, certifie avoir examiné (suivi) M. X... Y.. né le ... originaire de...(pays, si cette mention est portée sur un document officiel qu'il vous aura présenté ; sinon qui me dit être originaire de...) **qui sollicite un certificat médical à l'appui des allégations de torture dont il fait état dans sa demande d'asile déposée à l'OFPPRA (ou à la CRR) à telle date.**

2) **Déclarations du patient** : pour relater les faits qui sont exposés par le patient ; il est préférable de rédiger sous la forme narrative au présent en évitant à tout prix le conditionnel (disant avoir été victime etc.).

M. X déclare (avec ou sans l'aide d'un traducteur ?) : "j'ai été arrêté, etc..."

3) **Doléances** se rapportant aux événements énoncés dans la déclaration.

4) Examen

Notez l'attitude, les signes de décharges émotionnelles, l'absence ou la présence d'antécédents médicaux chirurgicaux, l'état de santé actuel.

Mais aussi, des éléments d'anamnèse : comment était-il après telle torture, quelle était la durée d'incapacité, quels soins a-t-il reçus ?

Les séquelles physiques, les cicatrices, leur organisation qui peut révéler une certaine logique, un acte délibéré.

Les séquelles psychologiques : troubles du sommeil, changement ou trouble du caractère attesté par l'entourage, dépression, an hédonisme, évitement de ce qui peut lui rappeler ce traumatisme, syndrome de reviviscence etc.

5) Discussion/conclusion

Faites votre propre contre-expertise ("on pourrait évoquer ceci mais...") et concluez en rapprochant les doléances des faits rapportés comme étant à leur origine.

Représentent -ils des preuves ou corroborent-ils les dires du patient ?

Quelques mots pourront faire passer votre conviction : les déclarations mesurées, l'émotion, le souci de la part du patient de faire la différence entre des traces d'accidents qui n'ont rien à voir avec ce pour quoi le certificat est demandé, sont des exemples de détails à signaler qui convaincront, aussi, le destinataire du document.

Datez et Signez

Postface

“La torture sous toutes ses formes où qu’elle se pratique doit être condamnée publiquement au plus haut niveau”

*Extrait des recommandations du rapporteur spécial sur la Torture des Nations Unies
(A/56/156-3 juillet 2001, §39/c)*

Pendant très longtemps la souffrance physique et morale des victimes n’a pas été reconnue et a même été méconnue.

Pour ces victimes, ainsi que pour tous ceux qui luttent depuis de très nombreuses années contre la torture, l’initiative prise par le gouvernement français de mettre en place ce guide, dont l’AVRE, sous la direction de sa Présidente Fondatrice le Docteur Hélène Jaffé, a eu l’honneur de se voir confier la responsabilité, ne peut en conséquence qu’être saluée.

Le droit d’accès aux soins médicaux est déterminant dans le processus de réinsertion psychologique des victimes et représente, en tant que tel, l’un des aspects importants de la réparation incontestablement due aux victimes de torture.

Dans le prolongement de ce guide, il nous paraîtrait donc très opportun d’instaurer, lors des études générales de médecine, un module de sensibilisation et de formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de torture et de violences extrêmes.

Toutefois, s’il est nécessaire dans ce domaine d’atteintes graves à des droits fondamentaux de tenter de soigner, sinon de guérir, il convient de ne pas se contenter de gérer en quelque sorte l’inacceptable et il faut alors inscrire le soin dans un processus de réadaptation global des victimes touchées directement ou indirectement par de tels actes.

Par voie de conséquence, la reconnaissance officielle par le corps social des victimes et des violations subies se révèle essentielle, parce que la torture porte aussi atteinte à la dimension collective d’une personne, parce que cette reconnaissance s’inscrit dans la lutte contre l’impunité dont bénéficient très fréquemment les auteurs de violations, et parce qu’elle contribue indubitablement au devoir de mémoire.

Il apparaît donc que si les médecins gardent un rôle central dans le repérage et le soin aux victimes et ont également un rôle important dans la prévention de la torture il résulte, qu’au regard des enjeux, ce guide “Le praticien face à une victime de torture”, révélateur d’une exigence au profit des victimes, revêt une importance considérable.

Nigel Rodley

Ancien rapporteur spécial pour la torture

Membre du Comité des Droits de l’Homme à l’ONU

Professeur de Droit à l’Université d’Essex, U.K

Annexes

Annexe 1

Présentation de l'AVRE

Annexe 2

Communiqué de presse
(Amnesty International,
sortie du Rapport annuel 2004)

Annexe 3

Exemples de certificat médical

Annexe 4

Bibliographie sommaire

Annexe 5

Adresses utiles

Annexe 6

Centres de soins spécialisés

Notes personnelles

Présentation

L'Association pour les Victimes de Répression en Exil a été créée en 1984. C'est une association loi 1901, reconnue association de bienfaisance. L'AVRE est membre de la Commission Consultative pour les Droits de l'homme auprès du Premier Ministre depuis 1987, et vice-présidente de la Coalition française pour la Cour Pénale Internationale.

L'AVRE a pour but

- de **gérer un centre de soins** destiné aux victimes de torture et autres traitements cruels, inhumains et dégradants commis dans le cadre d'une répression d'Etat ou de groupes organisés ;
- d'**aider** à la mise en route de centres de soins ou de politique de santé adaptée ;
- de **sensibiliser** les professionnels de santé à la réalité de la torture et à ses séquelles ;
- de **mandater des missions** à l'étranger pour évaluer les besoins des victimes, les moyens locaux d'y faire face, apporter des soins, former et aider les professionnels de santé en place ;
- de **porter témoignage** auprès du public et des instances gouvernementales, intergouvernementales et juridiques ;
- de **se porter partie civile** auprès des juridictions nationales, européennes et internationales.

Le Centre de soins

Ouvert depuis 1984, c'est en fin 2002 qu'il aménage dans ses locaux actuels, à Nanterre.

Une équipe médico-psychologique y reçoit des patients venus de tous les continents, victimes de torture et autres graves violences d'Etat.

Les prises en charge sont assurées sur un mode ambulatoire.

Pour éviter des erreurs d'orientation, le Centre reçoit uniquement sur rendez-vous pris par des intermédiaires tels que les organismes humanitaires, sociaux, les hôpitaux, etc.

Des interprètes interviennent à la demande quand cela s'impose.

Depuis 1999, l'AVRE a créé une nouvelle activité en accueillant tous les jours ouvrables, une quinzaine de patients isolés, traumatisés, afin de leur permettre de retrouver leurs repères dans une société nouvelle pour eux, par le biais d'activités de formation. L'association leur assure transport et repas de midi.

Des missions

La compétence de l'AVRE en matière de soins aux victimes de torture s'est étayée des informations et expériences acquises sur le terrain, dans les pays où se pratique (ou s'est pratiquée) la torture, au cours de missions à l'étranger.

Ces missions sont adaptées aux conditions locales et la formation des médecins est assurée sur place, si possible.

A ce jour, les équipes de l'AVRE sont allées en Guinée, en Mauritanie, en Turquie, au Maroc, aux Philippines, au Kurdistan d'Irak, au Tchad, en Slovénie, en Algérie, au Sénégal, au Bahreïn.

Dans certains pays, la répression a atteint une telle ampleur qu'elle pose un véritable problème de Santé publique. Le recours à la justice y paraît indispensable, et l'AVRE essaie de le promouvoir.

publié par Amnesty International
à l'occasion de la sortie du rapport 2004

Amnesty International
BULLETIN D'INFORMATION 112299N

page 1

RAPPORT 2004 D'AMNESTY INTERNATIONAL

Atteintes aux droits humains recensés en 2003 :
statistiques

Index AI : PGL 10/03/2004

Embargo : mercredi 26 mai 2004 (09 à 08 T.U.)

ANNONCE À L'ATTENTION DES MÉDIAS

EXÉCUTIONS EXTRAJUDICIAIRES OU HOMICIDES ILLÉGAUX

Des exécutions extrajudiciaires ont eu lieu dans 47 pays et territoires :

Afrique : Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Libéria, République démocratique du Congo, République centrafricaine, Rwanda.

Asie et Océanie : Cambodge, Corée du Nord, Inde, Indonésie, Malaisie, Népal, Thaïlande, Philippines.

Amériques : Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, République dominicaine, Venezuela.

Europe et Asie centrale : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Macédoine, Ouzbékistan, Portugal, Royaume-Uni, Russie, Turkménistan, Turquie, Ukraine.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Autorité palestinienne, Irak, Iran, Israël et Territoires occupés.

« DISPARITIONS »

Des personnes ont « disparu » dans 28 pays et territoires :

Afrique : Angola, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Libéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda.

Asie et Océanie : Inde, Indonésie, Népal, Pakistan, Philippines.

Amériques : Colombie, Mexique.

Europe et Asie centrale : Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Espagne, Russie.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Irak, Israël et Territoires occupés, Koweït, Libye, Syrie.

TORTURE ET MAUVAIS TRAITEMENTS

Des personnes auraient été torturées ou maltraitées par des membres des forces de sécurité, de la police ou d'autres agents de l'État dans 132 pays et territoires :

Afrique : Afrique du Sud, Angola, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Soudan, Swaziland, Tchad, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

Asie et Océanie : Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar,

Népal, Pakistan, Philippines, Salomon, Singapour, Sri Lanka, Taiwan.

Amériques : Argentine, Bahamas, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela.

Europe et Asie centrale : Albanie, Allemagne, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Espagne, Estonie, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Macédoine, Moldavie, Ouzbékistan, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Russie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovincie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Autorité palestinienne, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, Irak, Iran, Israël et Territoires occupés, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc et Sahara occidental, Qatar, Syrie, Tunisie, Yémen.

PRISONNIERS D'OPINION

Des prisonniers d'opinion ou des personnes susceptibles d'être considérées comme tels étaient détenus dans 44 pays et territoires :

Afrique : Burundi, Cameroun, Guinée, Guinée équatoriale, Érythrée, Libéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Tchad, Togo.

Asie et Océanie : Bhoutan, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Thaïlande, Viêt-Nam.

Amériques : Cuba, Mexique, Pérou.

Europe et Asie centrale : Arménie, Biélorussie, Finlande, Russie, Turkménistan, Turquie, Ukraine.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Égypte, Irak, Iran, Israël et Territoires occupés, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc et Sahara occidental, Syrie, Tunisie, Yémen.

DÉTENTIONS SANS INCULPATION NI JUGEMENT

Des personnes ont été arrêtées et placées arbitrairement en détention ou maintenues en détention sans inculpation ni jugement dans 58 pays et territoires :

Afrique : Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tunisie, Tchad, Togo, Zimbabwe.

Asie et Océanie : Afghanistan, Bangladesh, Brunei Darussalam, Chine, Corée du Nord, Inde, Malaisie, Maldives, Myanmar, Népal, Pakistan,

Papouasie-Nouvelle-Guinée, Singapour, Sri Lanka, Viêt-Nam.

Amériques : Colombie, Cuba, États-Unis d'Amérique, Jamaïque.

Europe et Asie centrale : Royaume-Uni.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Autorité palestinienne, Égypte, Émirats arabes unis, Irak, Iran, Israël et Territoires occupés, Liban, Libye, Maroc et Sahara occidental, Syrie, Tunisie, Yémen.

PEINE DE MORT

Au cours de l'année 2003, des condamnations à mort ont été prononcées dans 63 pays et territoires :

Afrique : Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Malawi, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Somalie, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Zambie.

Asie et Océanie : Bangladesh, Chine, Corée du Nord, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Malaisie, Myanmar, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Viêt-Nam.

Amériques : Bahamas, Belize, Cuba, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyane, Jamaïque, Mexique, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago.

Europe et Asie centrale : Arménie, Biélorussie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Qatar, Saoud, Tadjikistan.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Autorité palestinienne, Égypte, Émirats arabes unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc et Sahara occidental, Yémen.

Des exécutions ont eu lieu dans 28 pays et territoires :

Afrique : Botswana, Ouganda, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Tchad, Zimbabwe.

Asie et Océanie : Bangladesh, Chine, Corée du Nord, Japon, Mongolie, Pakistan, Singapour, Taïwan, Thaïlande, Viêt-Nam.

Amériques : Cuba, États-Unis d'Amérique.

Europe et Asie centrale : Biélorussie, Égypte, Kazakhstan, Ouzbékistan.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Arabie saoudite, Irak, Iran, Jordanie, Yémen.

EXACTIONS COMMISES PAR DES GROUPES D'OPPOSITION ARMÉS

Des groupes d'opposition armés ont commis à l'encontre de civils de graves atteintes aux droits humains telles que des actes de torture, des prises d'otages ou des enlèvements et des homicides délibérés et arbitraires dans 68 pays et territoires.

Des groupes armés ont perpétré des actes de violence et des homicides dans 34 pays et territoires :

Afrique : Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Libéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Somalie, Soudan.

Asie et Océanie : Afghanistan, Inde, Indonésie, Laos, Népal, Pakistan, Philippines, Salomon, Sri Lanka.

Amériques : Colombie, Haïti.

Europe et Asie centrale : Espagne, Macédoine, Royaume-Uni, Russie, Serbie-et-Monténégro, Turquie.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Arabie saoudite, Autorité palestinienne, Irak, Israël et Territoires occupés, Maroc et Sahara occidental.

Des groupes armés se sont rendus coupables d'actes de torture et de mauvais traitements dans 18 pays et territoires :

Afrique : Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, Libéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Somalie, Soudan.

Asie et Océanie : Afghanistan, Inde, Indonésie, Népal, Salomon, Sri Lanka.

Amériques : données non disponibles.

Europe et Asie centrale : Royaume-Uni.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Irak.

Des groupes armés ont effectué des prises d'otages et des enlèvements dans 16 pays et territoires :

Afrique : Burundi, Libéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Somalie, Soudan.

Asie et Océanie : Afghanistan, Indonésie, Népal, Philippines, Sri Lanka.

Amériques : Colombie, Pérou.

Europe et Asie centrale : données non disponibles.

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Irak. ●

Pour obtenir de plus amples informations, veuillez contacter le Service de presse d'Amnesty International à Londres, au +44 20 7413 5566, ou consulter le site <http://www.amnesty.org>

de certificat médical

Je soussigné, Dr X, certifie avoir examiné M. D., de nationalité, né le... 19.. à Y.

Les examens pratiqués ont eu lieu en 1998 et 2001, dans des circonstances fort différentes :

- en 1998, à l'occasion d'une mission dans ce pays, j'ai été sollicité par le président de B, pour apporter des soins médicaux à M. D., dont l'état était jugé préoccupant ;
- en 2001, en France, où il sollicite l'asile politique.

Un exemplaire de ce certificat est à joindre au dossier destiné à l'OFPRO, l'autre est à remettre aux instances juridiques devant qui M. D. entend porter plainte contre les autorités de son pays, en raison de ses allégations de tortures et de mauvais traitements subis dans le cadre de ses divers interrogatoires et détentions.

Déclaration de l'intéressé

M. D. déclare :

Avoir été arrêté le 12/10/19.., lors d'une manifestation de rue. Conduit au Palais des Nations, il est dit-il, violemment tabassé par les agents de l'arrestation, puis confié à la police criminelle où il est soumis à une semaine de "diète noire", c'est à dire, privation totale de nourriture et de boisson. Il ne doit la vie sauve qu'à la pitié d'un jeune officier qui lui fait boire du café. Il est ensuite interrogé avec brutalité, suspendu à une barre de fer, le bras droit attaché à la cheville gauche, et vice versa. Il est battu sur les jambes. Au bout de cinq jours, explique-t-il, il décide de "parler". Il restera un mois et demi au Palais, entendant les hurlements de ceux qui subissent les tortures.

Il est isolé dans une pièce minuscule, et le lit est infesté de vermine. Pas une fois, précise-t-il, il n'a la possibilité de se laver, et une personne croisée dans les couloirs ne pourra le reconnaître.

Déféré par la suite à la prison centrale, il décrit les conditions ignobles de vie qu'il y endure : le manque d'hygiène, l'écart des autres prisonniers qui lui est imposé, les visites de ses proches interdites, l'accès à l'eau trois fois par semaine, les morts en série.

C'est à une visite de Médecins du Monde qu'il devra, se souvient-il, de voir le soleil pour la première fois depuis des jours. La nourriture est telle que sans apport extérieur, les prisonniers présentent des œdèmes généralisés qu'il taxe de béri-béri.

Il précise qu'à la suite des séances de suspension, il perd complètement l'usage des mains, surtout la gauche.

Le .../19.., il est transféré à l'Hôpital B., en psychiatrie, façon déguisée, selon lui, de le faire mourir. Il crée alors un tel scandale que, devant la foule alertée par ses cris, les gardes chargés de le convoier le ramènent en prison.

Le .../19.., il échappe, toujours d'après ses dires, à une tentative d'empoisonnement, au cours de laquelle 6 sur les 7 occupants de sa cellule vont trouver la mort, c'est à dire tous sauf lui, bien qu'il les ait exhortés à ne pas se laisser tenter par ce repas qui lui avait paru suspect.

Il passera au cours des années suivantes, quatre mois dans la cellule disciplinaire, dite "cellule noire".

Exemple 1

Avec séquelles
physiques
et psychologiques

Le/19.., il est libéré, en raison des pressions extérieures, pense-t-il.

Le/19.., nouvelle arrestation, de nuit, tabassé et libéré par un "commando" de ses amis. Il quitte alors séance tenante la ... pour le ..., où il est hospitalisé pendant deux mois à l'Hôpital M.

En 19.., il rentre en ..., persuadé, précise-t-il, que c'est là qu'il faut se battre. Sa famille qui a été soumise à des harassements policiers refuse de le recevoir, c'est là que nous le rencontrons la première fois.

Doléances

A ce moment là, M. D. se plaint de douleurs diffuses, de gastralgies, de troubles de la marche et de l'équilibre, et d'un sommeil difficile à trouver, interrompu par des cauchemars.

Il nous est dit qu'il hurle la nuit et que son équilibre mental paraît bien fragile. Il est apeuré, et redoute les contacts.

Trois ans plus tard, et en France depuis 5 mois, ses plaintes se résument à une maladresse de la main gauche, et toujours des troubles du sommeil.

Episodiquement, il ressent des douleurs dorsales et lombaires.

Examen

Il y a lieu de différencier l'état dans lequel on le trouve en 2001, et ce qu'on a pu constater en 98, (alors qu'il avait déjà été traité à D.). C'était en effet, un homme d'aspect tassé, craintif, marchant à petits pas hésitants, porteur de contractures musculaires diffuses, maigre, parlant avec difficulté, pris de crise de bégaiements, que nous avons en face de nous.

Il a du mal à s'alimenter, ce qui est confirmé par ses hôtes.

Un certain nombre de cicatrices atteste des supplices endurés et elles sont retrouvées en 2001. Mais alors, M.D. a retrouvé son poids et on hésite à le reconnaître.

Les cicatrices, filiformes, au niveau des deux bras, juste au dessus de la saignée du coude, plus accusées à gauche, dessinent la position des liens qui reliaient les bras, d'après les explications fournies, aux chevilles où se retrouvent des traces, cependant moins évidentes. Sur les crêtes tibiales, on note des cicatrices, étagées sur les deux jambes, à la pigmentation non homogène, à la surface arrondie ou ovale.

La marche est maintenant assurée, mais la main gauche est le siège d'un tremblement intentionnel, et nous dit ce patient, "je ne peux pas lui faire confiance". Il s'en sert en effet avec maladresse, lorsque nous le regarderons manger, à son insu. Il existe une discrète fonte musculaire par rapport à la main droite.

Le sommeil est encore fragile, entrecoupé de cauchemars, lorsqu'il ne prend pas de médicaments.

Psychologiquement, M. D. s'est reconstruit autour de son projet de porter plainte, mais, en évoquant son incarcération, il est pris de crise de bégaiements à plusieurs reprises.

Il a été traité chirurgicalement pour un kyste hématique qu'il présentait au niveau du front, secondaire à un coup, et d'hydrosadénite des aisselles, dont il rattache l'apparition aux mauvaises conditions d'hygiène dont il a souffert pendant des années. Ces deux dernières pathologies ont été constatées lors du premier examen.

Discussion

Lors de notre première rencontre, M.D. était dans un état de marasme physique et psychologique, et les traces constatées ne peuvent être guère rapportées à d'autres causes que celles qu'il décrit, pour ce qui concerne les cicatrices des bras et chevilles.

Les autres cicatrices sont moins explicites et peuvent être liées à des traumatismes banaux.

Cependant, les troubles psychologiques et psychosomatiques évoquent un très grave traumatisme, d'intensité exceptionnelle, comme peuvent l'être la torture et les traitements dégradants et inhumains, affligés en détention.

M. D. est droitier et de lui même a favorisé la rééducation de cette main, pour retrouver un peu d'autonomie. Il admet avoir négligé cette main gauche, qu'il garde, peut être inconsciemment, comme la "preuve" de ce qu'il a subi. La prise de conscience de cette attitude devrait lui permettre une certaine récupération, mais il est sûr qu'en l'absence de progrès, une exploration neurologique s'imposera.

Conclusion

M.D. nous dit avoir été soumis à des formes de torture tels que des suspensions par les bras et les jambes. Les cicatrices qu'il présente en apportent la preuve.

Il dit avoir été battu et notamment sur les jambes : les traces retrouvées le corroborent.

Il a présenté un état de marasme physique et psychologique, et, ce, perceptible, après déjà avoir été traité pendant plusieurs mois, ce qui vient ajouter à la conviction qu'il a bien été victime de traitements cruels, inhumains et dégradants.

Signature

Dr X

Fait à Paris le 19..

Pour servir et faire valoir ce que de droit



Exemple 2

pas de traces physiques

Je soussignée, Docteur X, certifie que Madame A. B. est suivie au Centre de Soins de l'AVRE depuis 19...., où elle nous avait été adressée par le Docteur Y, psychiatre hospitalier, en raison des traumatismes allégués. Ce certificat est destiné à la Commission des Recours des Réfugiés.

Madame A. B. déclare, en effet, avoir été mariée, et avoir sollicité, ainsi que son mari, l'asile politique.

- Que devant le rejet de leur demande, son mari aurait décidé de rentrer en Roumanie, ce qu'elle refusait alors, et aurait obtenu le divorce ;
- Que lorsqu'elle même est rentrée en Roumanie, en raison de l'impossibilité légale et pratique de rester en France, elle aurait appris la décision de divorce, et qu'en allant faire actualiser ses papiers d'état civil, elle aurait été gardée dans un sous-sol de la police et soumise à un viol collectif. Qu'à la suite de ce viol, elle se serait trouvée enceinte.

Or, ajoute-t-elle, elle se trouvait devant une ironie du sort, elle n'avait, en effet, pu avoir d'enfants de son mari, ce qu'elle regrettait fort, et se trouvait enceinte des suites de cette agression.

Elle avait, dit-elle, vis à vis de cet enfant à naître une attitude ambiguë de désir et de rejet.

Lorsque nous la voyons, elle nous relate les faits avec une extrême émotion, donne l'impression d'être à bout de forces physiques et mentales.

Les cauchemars, qui perturbent toutes ses nuits, sont, tels qu'elle les décrit, des cauchemars de reviviscence.

Elle est toujours troublée par l'alternance de regret de l'enfant qu'elle n'a pas eu et le soulagement d'avoir fait une fausse couche...

Concernant donc la relation des événements traumatiques et des perturbations psychologiques constatées, nous avons acquis la conviction que Madame A. B. a été victime d'un événement grave, humiliant, sans que nous puissions en apporter les preuves, comme c'est le cas dans ce type d'agression.

signature

Dr X

Fait à Paris le 19..

Pour servir et faire valoir ce que de droit

Bibliographie sommaire

Annexe 4

Protocole d'Istanbul • Publication des Nations-Unies • ISBN : 92-1-254134

Convention des Nations-Unies contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants • www.unhcr.ch

Amnesty International, Rapport annuel • En vente en librairie ou au siège de l'association, 76 boulevard de la Villette, Paris 19^e

Médecins tortionnaires, médecins résistants : Commission médicale d'Amnesty International • Section française • Ed. de la Découverte/doc.

Rapport Annuel de l'OMCT (ORGANISATION MONDIALE CONTRE LA TORTURE) • www.omct.org.

L'Interdit, ou la torture en procès • André Jacques - ACAT (ACTION DES CHRÉTIENS POUR L'ABOLITION DE LA TORTURE) • Ed. du Cerf

Bourreaux et victimes : psychologie de la torture • Françoise Sironi • Ed. Odile Jacob • ISBN : 2-7381-0674-9

Séquelles psychiques de la torture • Lionel Bailly, Hélène Jaffé, Ana Pagella • in Revue Psychologie n° 4, année 1989

Le viol • Gérard Lopez • Coll. Que sais-je ?

Le viol pour motif politique : son impact et sa signification suivant le contexte culturel • Marian Shermarke, Judith Malik • in Paroles de droit, vol. 13, n°1

Survivant de la torture : traumatisme et réhabilitation • Lone Jacobson, Knud Smidt-Nielsen • IRCT, Copenhague

Havre n° 21 : Rompre le silence qui entoure la torture • Tiré à part à l'Avre, 1-3 allée du Tertre, 92000 Nanterre

Guide du COMEDE, Hôpital de Bicêtre

Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite en France effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 16 mai 2000 • CPT Strasbourg • Conseil de l'Europe, 2001-07-19. CPT/Inf (2001) 10, et Réponse du gouvernement de la République française au rapport précédent, CPT/Inf (2001) 11.

Violences et torture dans le monde arabe • Dr Haythem Manna, coordinateur • ISBN : 2-911642-04-X

Dans la Guinée de Sékou Touré • Camara Kaba • Ed. L'Harmattan

Cette aveuglante obscurité • Tahar Ben Jelloun • coll. Livre de Poche

Texte d'Abraham Serfaty dans les Temps Modernes • n°144, année 1986

1 – Sur l'ensemble du territoire, des services d'accueil spécialisés

- **L'OMI** • Siège : 44, rue Bargue, 75732 Paris cedex 15 ☎ 01 53 69 53 70
se charge de la répartition des demandeurs d'asile et réfugiés, respectivement dans les CADA (CENTRE D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE) et CPH (CENTRE PROVISOIRE D'HÉBERGEMENT), et assure le contrôle médical nécessaire à l'obtention de la carte de séjour. L'OMI a des représentants dans chaque région.
- **Le SSAE (SERVICE SOCIAL D'AIDE AUX ÉMIGRANTS)** • 58, rue du Dessous des Berges, 75013 Paris • ☎ 01 40 77 94 38
a des représentations dans tous les départements ou presque. Leurs services centralisent les adresses vers qui diriger la population qui nous intéresse, s'ils ne peuvent eux-mêmes répondre aux besoins (*voir liste des adresses en province ci-après*). Ils connaissent également les organismes qui peuvent aider à la recherche de logements, à remplir les formulaires de demandes d'asile (Cimade, Amnesty international, Acat) ou d'apporter une aide en nature (Secours catholique, Secours populaires etc.).
- **Les Conseils généraux, les mairies**
ont des services sociaux de terrain qui peuvent aiguiller, notamment pour l'ouverture de droits et obtention des papiers officiels.
- **Le FASILD (FOND D'ACTION ET DE SOUTIEN POUR L'INTÉGRATION ET LES LUTTES CONTRE LES DISCRIMINATIONS)**
209, rue de Bercy, 75585 Paris cedex 12 (*cf. liste des délégations régionales*)
- **France Terre d'asile** • 23-25, rue Ganneron, 75018 Paris • ☎ 01 53 04 39 99
oriente pour des formations, et conseille pour les papiers
- **Le Comité d'Aide aux Réfugiés de Bois-Colombes** • 1, rue Mertens, 92270 Bois-Colombes • ☎ 01 47 60 14 41
accompagne dans l'ensemble des démarches demandeurs d'asile et réfugiés
- **Le CEDRE** • 23, rue de la Commanderie, 75019 Paris • ☎ 01 48 39 10 92
rattaché au Secours catholique, mène des actions analogues

Les trois organismes suivants ont des représentations locales, et apportent une aide à la rédaction et documentation des demandeurs d'asile. Ils ont un réseau d'intervenants utiles, y compris de professionnels de santé

- **La CIMADE** ● 176, rue de Grenelle, 75007 Paris ● ☎ 01 44 18 60 50
- **Amnesty International** ● Service Réfugiés : 76, bd de la Villette, 75019 Paris
☎ 01 53 38 65 65
- **L'ACAT** ● 7, rue Georges Lardennois, 75019 Paris ● ☎ 01 40 40 42 43

2 - Interprétariat et traduction

- **Inter-Services Migrants**, interprétariat par téléphone et payant
251 rue du Faubourg Saint Martin, 75010 Paris ● ☎ 01 53 26 52 62
Pour le déplacement ● ☎ 01 53 26 52 52
- **ISM-TI** (INTER SERVICE MIGRANTS TRADUCTION INFORMATION),
payant, traducteur assermenté,
même adresse ● & 01 53 26 52 50

Départements rattachés

Pour les départements ci-dessous : Adressez-vous à :

Aube (82) MONTMANTON (82)
Allier (83) CLEF-MONTMANTON (83)
Ardèche (84) MONTMANTON (84)
Ardennes (85) MONTMANTON (85)
Aisne (86) MONTMANTON (86)
Ardeuse (87) MONTMANTON (87)
Aube (88) MONTMANTON (88)
Aube (89) MONTMANTON (89)
Aube (90) MONTMANTON (90)
Aube (91) MONTMANTON (91)
Aube (92) MONTMANTON (92)
Aube (93) MONTMANTON (93)
Aube (94) MONTMANTON (94)
Aube (95) MONTMANTON (95)
Aube (96) MONTMANTON (96)
Aube (97) MONTMANTON (97)
Aube (98) MONTMANTON (98)
Aube (99) MONTMANTON (99)
Aube (100) MONTMANTON (100)
Aube (101) MONTMANTON (101)
Aube (102) MONTMANTON (102)
Aube (103) MONTMANTON (103)
Aube (104) MONTMANTON (104)
Aube (105) MONTMANTON (105)
Aube (106) MONTMANTON (106)
Aube (107) MONTMANTON (107)
Aube (108) MONTMANTON (108)
Aube (109) MONTMANTON (109)
Aube (110) MONTMANTON (110)
Aube (111) MONTMANTON (111)
Aube (112) MONTMANTON (112)
Aube (113) MONTMANTON (113)
Aube (114) MONTMANTON (114)
Aube (115) MONTMANTON (115)
Aube (116) MONTMANTON (116)
Aube (117) MONTMANTON (117)
Aube (118) MONTMANTON (118)
Aube (119) MONTMANTON (119)
Aube (120) MONTMANTON (120)
Aube (121) MONTMANTON (121)
Aube (122) MONTMANTON (122)
Aube (123) MONTMANTON (123)
Aube (124) MONTMANTON (124)
Aube (125) MONTMANTON (125)
Aube (126) MONTMANTON (126)
Aube (127) MONTMANTON (127)
Aube (128) MONTMANTON (128)
Aube (129) MONTMANTON (129)
Aube (130) MONTMANTON (130)
Aube (131) MONTMANTON (131)
Aube (132) MONTMANTON (132)
Aube (133) MONTMANTON (133)
Aube (134) MONTMANTON (134)
Aube (135) MONTMANTON (135)
Aube (136) MONTMANTON (136)
Aube (137) MONTMANTON (137)
Aube (138) MONTMANTON (138)
Aube (139) MONTMANTON (139)
Aube (140) MONTMANTON (140)
Aube (141) MONTMANTON (141)
Aube (142) MONTMANTON (142)
Aube (143) MONTMANTON (143)
Aube (144) MONTMANTON (144)
Aube (145) MONTMANTON (145)
Aube (146) MONTMANTON (146)
Aube (147) MONTMANTON (147)
Aube (148) MONTMANTON (148)
Aube (149) MONTMANTON (149)
Aube (150) MONTMANTON (150)
Aube (151) MONTMANTON (151)
Aube (152) MONTMANTON (152)
Aube (153) MONTMANTON (153)
Aube (154) MONTMANTON (154)
Aube (155) MONTMANTON (155)
Aube (156) MONTMANTON (156)
Aube (157) MONTMANTON (157)
Aube (158) MONTMANTON (158)
Aube (159) MONTMANTON (159)
Aube (160) MONTMANTON (160)
Aube (161) MONTMANTON (161)
Aube (162) MONTMANTON (162)
Aube (163) MONTMANTON (163)
Aube (164) MONTMANTON (164)
Aube (165) MONTMANTON (165)
Aube (166) MONTMANTON (166)
Aube (167) MONTMANTON (167)
Aube (168) MONTMANTON (168)
Aube (169) MONTMANTON (169)
Aube (170) MONTMANTON (170)
Aube (171) MONTMANTON (171)
Aube (172) MONTMANTON (172)
Aube (173) MONTMANTON (173)
Aube (174) MONTMANTON (174)
Aube (175) MONTMANTON (175)
Aube (176) MONTMANTON (176)
Aube (177) MONTMANTON (177)
Aube (178) MONTMANTON (178)
Aube (179) MONTMANTON (179)
Aube (180) MONTMANTON (180)
Aube (181) MONTMANTON (181)
Aube (182) MONTMANTON (182)
Aube (183) MONTMANTON (183)
Aube (184) MONTMANTON (184)
Aube (185) MONTMANTON (185)
Aube (186) MONTMANTON (186)
Aube (187) MONTMANTON (187)
Aube (188) MONTMANTON (188)
Aube (189) MONTMANTON (189)
Aube (190) MONTMANTON (190)

Services régionaux



**NORD-PAS-DE-CALAIS
PICARDE**
12-14 rue Marceau
59000 LILLE
Tel : 03 20 38 58 84
Fax : 03 20 38 58 84
14 rue de la République
59000 LILLE
22 avenue

ILE DE FRANCE
888 rue de la Chapelle
93012 PUTEAUX
Tel : 01 47 71 94 38
18-21 rue de la République
75001 PARIS
79 boulevard de la République
93012 PUTEAUX
84 boulevard de la République
93012 PUTEAUX

**CENTRE OUEST
NORMANDIE**
SMA rue du Docteur des Berges
75013 Paris
Tel : 01 40 27 84 40
SMA : 01 40 27 84 40
Fax : 01 40 27 84 40
21 boulevard de la République
93012 PUTEAUX

BRETAGNE
4, rue Auguste
56000 VANNES
Tel : 02 97 87 87 87
Fax : 02 97 87 87 87
17 rue de la République
56000 VANNES
Tel : 02 97 87 87 87
Fax : 02 97 87 87 87

GRAND EST
85, rue Charles
67000 STRASBOURG
Tel : 03 88 22 18 28
Fax : 03 88 22 18 28
22 boulevard de la République
67000 STRASBOURG
85, rue Charles
67000 STRASBOURG

HAUTE-NORMANDIE
42 Rue Raouf
95000 VALLEFDANNE
Tel : 03 78 85 23 32
Fax : 03 78 85 23 32
10 boulevard de la République
95000 VALLEFDANNE
Tel : 03 78 85 23 32
Fax : 03 78 85 23 32

HAUTE-NORMANDIE
21, rue de la République
95000 VALLEFDANNE
Tel : 03 78 85 23 32
Fax : 03 78 85 23 32

Contacts au siège du Fasild

209, rue de Bercy - 75585 Paris cedex 12

► Directeur de la formation et de l'emploi

Moureddine Boubaker
Tél : 01 44 87 60 17
fax : 01 44 87 60 25
sboubaker@fasild.fr

► Chargée de mission :

Christine Candide
2Tél : 01 44 87 60 20
Fax : 01 44 87 60 25
ccandide@fasild.fr

► Secrétariat :

Karine Bagoë
Tél : 01 44 87 60 16
Fax : 01 44 87 60 25
kbagoë@fasild.fr

Directions régionales

► Alsace

Emmanuel Bertin
1, rue de la Course
67000 Strasbourg
☎ 03 88 52 29 52
☎ 03 88 75 63 83
ebertin@fasild.fr

► Aquitaine

Manuel Dias
29, rue de l'École Normale
33073 Bordeaux cedex
☎ 05 57 22 25 90
☎ 05 57 22 25 99
mdias@fasild.fr
= Bénédicte Poret
☎ 05 57 22 25 93
bporet@fasild.fr

► Auvergne

Haciba Chaïb
35, rue Blatin
63057 Clermont-Ferrand
cedex 01
☎ 04 73 91 16 34
☎ 04 73 91 40 87
haciba.chaib@fasild.fr

► Bourgogne

Catherine Hugonet
1, promenade du Rhin
BP n°486
21018 Dijon cedex
☎ 03 80 53 09 43
☎ 03 80 41 12 83
chugonet@fasild.fr

► Bretagne

Pascale Petit
18, place de la Gare
35000 Rennes
☎ 02 99 31 03 73
☎ 02 23 44 03 09
ppetit@fasild.fr
= Clémence Azzo/Artoina
☎ 02 99 31 03 73
vrazafin@fasild.fr

► Centre

Daniel Dupital
7, rue Antigna / Bat c
45000 Orléans
☎ 02 38 77 86 30
☎ 02 38 68 14 37
dupital@fasild.fr
= Ariette Bogaert
☎ 02 38 77 86 37
abogaert@fasild.fr

► Champagne-Ardenne

Place Pierre Barbier
13, bis rue Carnot
51000 Châlons-en-Champagne
☎ 03 26 21 85 50
☎ 03 26 66 48 37
= Karim Dolet
☎ 03 26 21 85 50
karen.dolet@fasild.fr

► Corse

Marie-Antoinette Ricard
17, rue Pierre Dupré
13417 Marseille cedex 08
☎ 04 91 53 80 00
☎ 04 91 53 80 01
mricard@fasild.fr

► Franche-Comté

Richard Jeannin
10, avenue Clémenceau
25000 Besançon
☎ 03 81 25 04 40
☎ 03 81 25 04 41
rjeannin@fasild.fr
= Nathalie Martin
☎ 03 81 25 04 43
nmartin@fasild.fr

► Ile-de-France

Azzedine M'Rad
211, rue de Bercy
75585 Paris cedex 12
☎ 01 40 02 73 00
☎ 01 40 02 77 27
amrad@fasild.fr

► Languedoc-Roussillon

Fadila Méhal
15, passage Lonjon
(place de la comédie)
CS 89033
34000 Montpellier
☎ 04 99 74 25 00
☎ 04 99 74 25 15
fmehal@fasild.fr

► Limousin

Pasquette Goldfarb
209, rue de Bercy
75585 Paris cedex 12
☎ 01 40 02 77 10
☎ 01 43 44 04 27
pgoldfarb@fasild.fr
= Marion Laffitte
☎ 01 40 02 74 40
mmiaffitte@fasild.fr

► Lorraine

Isabelle Pellé
1, avenue Foch
57000 Metz
☎ 03 87 37 78 50
☎ 03 87 37 05 70
ipelle@fasild.fr

► Midi-Pyrénées

Kamel Benamra (interim)
Résidence Cap Wilson
81, bd Carnot BP 7163
31072 Toulouse cedex 7
☎ 05 62 30 36 70
☎ 05 62 30 36 79
kamel.benamra@fasild.fr

► Nord-Pas-de-Calais

Fadila Benrabia
75, rue Léon Gambetta
59000 Lille
☎ 03 28 38 01 60
☎ 03 28 38 01 61
fbenrabia@fasild.fr
= Florence Vandenberghe
☎ 03 28 38 01 60
fvandena@fasild.fr

► Normandie

(Haute et Basse)
Babacar Fall
3, rue du Four
Immeuble Challenger
76100 Rouen
☎ 02 32 81 20 40
☎ 02 32 81 20 49
babacarfall@fasild.fr
= Amélie Mourot
☎ 02 32 81 20 40
Amelie.MAOUIT@fasild.fr

► PACA

Henry Dardel
17, rue Pierre Dupré
13417 Marseille cedex 08
☎ 04 91 53 80 01
☎ 04 91 53 80 01
hdardel@fasild.fr
= Annie Monnorot
☎ 04 91 53 80 21
ahonnora@fasild.fr

► Pays de la Loire

Jean-Pierre Tronche
33, rue de Strasbourg
44000 Nantes
☎ 02 40 89 94 70
☎ 02 40 89 94 79
jean-pierre.tronche@fasild.fr
= Bernard Pouclet
☎ 02 40 89 94 74
bpouclet@fasild.fr

► Picardie

Yassine Chaïb
50, rue Riolan
80048 Amiens cedex
☎ 03 22 22 38 00
☎ 03 22 22 38 09
ychaib@fasild.fr

► Poitou-Charentes

Bruno Sullif
Espace 10
République 2
17, rue Albin Haller
86000 Poitiers
☎ 05 49 55 41 21
☎ 05 49 55 54 40
bsullif@fasild.fr
= Sandrine Leminor
☎ 05 49 55 54 43
sleminor@fasild.fr

► Rhône-Alpes

Gérard Cugney
31, cours Emile Zola
69626 Villeurbanne cedex
☎ 04 72 82 14 90
☎ 04 72 82 14 91
gcugney@fasild.fr

Centres de soins spécialisés

AVRE • 1-3, allée du Tertre, 92000 Nanterre • ☎ 01 41 91 72 80 • Fax 01 47 25 35 86
Contact@avre.org • www.avre.org
Ouvert du lundi au vendredi inclus, de 9h à 17h30
Coordinateur médical, **Dr Lhostis**

L'Avre reçoit sur rendez-vous des victimes de torture et de répression politique ainsi que leur famille. Les rendez-vous ne sont donnés que sur demande écrite de tiers (services sociaux, médecins, avocats). Les formulaires de demandes sont envoyés par fax ou mail.

Si la demande paraît mal fondée, des renseignements complémentaires sont requis, et, éventuellement, des adresses d'organismes plus adaptés sont communiquées.

Les patients sont reçus par des médecins généralistes capables d'écoute attentive et d'identifier ce qui relève de séquelles organiques, psychosomatiques, ou psychologiques et les traitent en conséquence. Si nécessaire, les patients sont pris en charge, en parallèle, par **des psychologues, kinésithérapeute, psychomotricien, sur place, ou adressés à des correspondants formés à l'accueil de telles personnes (dentiste, rhumatologue, neurologue etc.)**.

Entre 170 et 200 nouveaux patients sont reçus chaque année.

Les patients isolés en état de marasmes psychologique et/ou physique, sont reçus au Centre d'accueil (Centre de thérapie occupationnelle), sur proposition de l'équipe médicale qui continue d'assurer leur suivi.

Ils y viennent toute la journée et on leur propose des activités comme : apprentissage de la langue, informatique, sport, introduction à la culture française, etc. La capacité du Centre d'accueil est de 15 personnes environ.

L'Avre assure des formations pour les professionnels de santé, service sociaux, juridiques en France et dans des pays africains. Les programmes sont à la disposition des personnes intéressées qui peuvent les demander au secrétariat.

Il publie un bulletin d'information, trimestriel "**Havre**".

Des consultations-conseil sont assurées en province, notamment dans le sud-ouest, à partir de la délégation toulousaine.

LE COMEDE • Hopital de Bicêtre • 78, rue du Général Leclerc - BP 31
94 272 Le Kremlin-Bicêtre • ☎ 01 45 21 38 40
Contact@comede.org • www.comede.org

Le COMEDE, (COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS) a été créée en 1979 par la Cimade, Amnesty International et le GAS (GROUPE ACCUEIL ET SOLIDARITÉ), pour répondre aux difficultés des exilés arrivant en France et exclus de soins. En 25 ans, le COMEDE a accueilli 80000 exilés de 130 nationalités pour une prise en charge médico-psycho-sociale, et assuré des services spécialisés en matière de prévention, de bilan de santé, d'accès aux soins, d'expertise médico-juridique et de formation des professionnels.

Activités du COMEDE

- Le Comede reçoit tous les jours ouvrables, sans rendez-vous, hommes, femmes, enfants ;
- il assure accueil, consultations médicales, infirmières, service social, psychothérapie, consultations avec interprète.
- **un service de prévention et dépistage :**
 - bilan de santé, suivi médico-social des patients atteints d'affections graves ;
 - consultations d'éducation thérapeutique, une permanence d'accès aux soins de santé ;
 - service d'expertise et de droit à la santé : certification médicale pour le droit d'asile, interventions pour protection maladie, dossiers de séjour pour raison médicale.

Centre de formation et information : permanences téléphoniques sur l'accès aux soins et le suivi médico-social, formation sur la santé des exilés, le droit d'asile, le droit à la santé des étrangers. Le COMEDE publie le **"guide du COMEDE"** destiné aux intervenants de terrain.

Le Centre Primo Lévi, créée en 1995, accueille **toute personne ayant été victime de la violence politique ou de la torture dans son pays d'origine** (demandeurs d'asile, réfugiés, etc.). Le centre reçoit aussi bien les adultes que les enfants ou les adolescents (en famille ou isolés).

Le Centre Primo Lévi propose une prise en charge pluridisciplinaire. Elle offre à ses patients des soins gratuits, prodigués par des médecins généralistes, des psychothérapeutes, un chirurgien dentiste et un kinésithérapeute. L'association offre également un soutien et un accompagnement social et juridique gratuit (assistante socio juridique, juristes).

Les consultations ont lieu avec l'aide d'un interprète professionnel si le patient ne peut s'exprimer en français ou dans une des langues parlées par le personnel soignant (anglais, espagnol et portugais).

Le centre de soins reçoit **uniquement sur rendez-vous**. Le centre n'accueille pas de personnes en urgence, car il n'est ni une structure hospitalière, ni une structure de cellule d'urgence psychiatrique.

Comment orienter les personnes vers le centre Primo Lévi ? en remplissant une feuille de demande de consultation avec l'un de ses partenaires ou en contactant le centre pour avoir des informations. Il est possible de télécharger une feuille de consultation sur le site internet et de la renvoyer par courrier.

Les demandes reçues sont inscrites sur une liste d'attente examinée chaque semaine par l'équipe du centre de soins. Dans un délai d'un mois, il est proposé au demandeur un rendez-vous d'accueil afin de lui présenter la mission du centre et de mieux cerner sa demande.

Les enfants et adolescents sont pris en charge sans délai. Pour les adultes l'attente est plus longue.

Le centre de soins reçoit environ **350 personnes par an**.

L'association Primo Levi dispense des formations au personnel soignant et socio-éducatif en France et à l'étranger.

Elle édite une revue trimestrielle "**Mémoires**"

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui se sont mobilisés autour du projet de rédaction de ce guide à l'usage des praticiens, pour qu'ils acquièrent à travers lui, quelques notions de ce que produit la torture sur les individus qui l'ont subie, et quelle aide peut leur être apportée.

Nous remercions tout spécialement les experts qui nous ont accompagnés pendant toute la gestation de cet ouvrage et en particulier, nos amis étrangers, les Docteurs Inge **Genefke** et Bent **Sørensen**, du Danemark et Sir Nigel **Rodley**, du Royaume-Uni et les représentants du Ministère de la Justice.

Nos remerciements chaleureux vont également aux membres de la DGS qui, à tous niveaux, nous ont fait bénéficier, dans le cadre d'une chaleureuse et fructueuse collaboration, de leur expérience dans cette entreprise.

Merci aussi à ceux qui ont bien voulu se charger d'une première lecture des textes et qui nous ont fait part de leurs critiques et suggestions, que ce soit parmi les personnels du Ministère de la Santé et parmi les confrères amis, Lionel **Lavin**, médecin dermatologue, Sylvie **Pénaveyre**, Aline **Colombani** et Hervé **Lhostis** qui nous ont renvoyé leur appréciation de praticiens de terrain.

Enfin, parce que tout livre a besoin d'un support, merci à Valérie **Sauvage** d'avoir su donner à un sujet aussi dur, une mise en page où semble pointer une nuance d'espoir, de cet espoir dont les patients concernés ont tant besoin.

Hélène Jaffé

