

Guide à l'intention des avocats
Guide à l'intention des médecins
Guide à l'intention des psychologues

Anglais
Espagnol
Français

L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES ALLÉGATIONS DE TORTURE

**Guide pratique du Protocole d'Istanbul
– à l'intention des psychologues**

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



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

L’EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES ALLÉGATIONS DE TORTURE

**Guide pratique du Protocole d’Istanbul
– à l’intention des psychologues**

**Protocole d’Istanbul : Manuel pour enquêter
efficacement sur la torture et autres peines ou
traitements cruels, inhumains ou dégradants**



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

L'évaluation psychologique des allégations de torture

Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des psychologues

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

Deuxième édition 2007

© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2009

Publié 2009 par

International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

Borgergade 13

B. P. 9049

1022 Copenhague K

Danemark

Tél: +45 33 76 06 00

Fax: +45 33 76 05 00

E-mail: irct@irct.org

Site internet: www.irct.org

Imprimé par Scanprint, Viby J., Danemark

ISBN 978-87-88882-58-2 (livre de poche)

ISBN 978-87-88882-59-9 (PDF)



Cette publication a été produite avec l'assistance financière de la Commission Européenne. Les points de vue exprimés dans cette publication sont ceux des auteurs et ne peuvent en aucune manière être interprétés comme reflétant l'opinion officielle des organisations de ces auteurs, de l'IRCT ou de la Commission Européenne.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	3
REMERCIEMENTS	4
PARTIE A	5
L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE DES ENQUÊTES ET DE LA DOCUMENTATION MÉDICALES DES ALLÉGATIONS DE TORTURE	
I Le rôle central de l'évaluation psychologique	5
II Les conséquences psychosociales de la torture	6
PARTIE B	9
L'ENTRETIEN – CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET CLINIQUES	
I Intimité	9
II Sécurité	10
III Confiance	10
IV Confidentialité et consentement en connaissance de cause	11
V Exemples de dilemmes rencontrés durant le processus d'entretien	11
VI L'entretien	13
VII Réactions de transfert et de contre-transfert potentielles	14
VIII Facteurs à l'origine des incohérences et des difficultés à se remémorer et à raconter les faits	16
PARTIE C	18
LES ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LE CADRE DES ENQUÊTES SUR LES ALLÉGATIONS DE TORTURE	
I Objectifs des évaluations psychologiques	18
II Éléments des évaluations psychologiques	19

PARTIE D	25
LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE SUR LES INDIVIDUS	
I Facteurs associés à la réponse psychologique à la torture	25
II Réponses psychologiques fréquemment observées	27
III Catégories de symptômes les plus courantes	31
 PARTIE E	 41
INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS IMPRESSION CLINIQUE	
I Comment interpréter les observations psychologiques et formuler une impression clinique?	41
II L'absence de psychopathologie diagnostiquable signifie-t-elle que la personne n'a pas été torturée ? Comment interpréter les observations dans ce cas ?	42
III Que faire en cas d'incohérences dans le récit et/ou en cas de doute sur la véracité du récit ?	43
 PARTIE F	 45
RÉDACTION DU RAPPORT	
I Qui peut demander une évaluation médicale en cas d'allégations de torture ?	46
II Qui peut obtenir le rapport médical ?	46
III Que doit inclure le rapport sur l'évaluation psychologique ?	47
 RÉFÉRENCES	 50
OUVRAGES ET DIRECTIVES	54

PRÉFACE

Les professionnels de la santé mentale jouent un rôle important dans le traitement et la réhabilitation des victimes de la torture, mais aussi dans la prévention de la torture, ceci à travers leur rôle dans les enquêtes et l'établissement de rapports sur les allégations de torture, ainsi que dans les procédures juridiques qui en découlent. Le Protocole d'Istanbul éclaircit les aspects différents de cette fonction et est un guide dans son application pratique.

Malgré sa reconnaissance internationale parmi les experts légaux, de santé et des droits de l'homme ainsi que parmi les instances internationales, le Protocole d'Istanbul est relativement peu connu. Un nombre limité de professionnels dans quelques pays uniquement l'utilisent de manière systématique. Pour cela, des formations supplémentaires et le développement de ressources basées sur le Protocole d'Istanbul sont vraiment nécessaires.

Le but de ce guide est de servir comme outil auxiliaire au Protocole d'Istanbul et a été élaboré comme source de référence pratique pour les médecins engagés dans l'enquête et la documentation de cas présumés de torture. Il a été élaboré et écrit dans le cadre d'un partenariat issu de Le Conseil International de Réhabilitation pour les Victimes de Torture (IRCT) en collaboration avec la Fondation Turquie pour les droits de l'homme (HRFT), Physicians for Human Rights USA (PHR USA), REDRESS et l'Association Médicale Mondiale. Des guides semblables ont été élaborés pour les médecins, "L'examen médical physique des victimes de torture présumées: Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des médecins" (IRCT, 2009a) et pour les avocats, "Action contre la torture: Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des avocats" (IRCT, 2009b). Nous espérons que ces documents vont apporter un éclairage au sujet et

créer une synergie entre les professions de santé et juridique dans un effort commun pour combattre la torture.

L'un des objectifs de ce guide est d'aborder, à la lumière du Protocole d'Istanbul, des points importants et des questions fréquemment posées, et de décrire des situations critiques auxquelles les cliniciens peuvent être confrontés au cours de l'évaluation psychologique de victimes présumées de torture. Il fournit également des points de réflexion complémentaires et souligne plusieurs problèmes mentionnés dans le Protocole.

Le Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, mieux connu comme le Protocole d'Istanbul, contient le premier ensemble de standards reconnus sur le plan international pour l'examen, l'enquête et la soumission efficace de rapports, dans le cadre des allégations de torture et de mauvais traitement. Il a été rédigé par plus de 75 spécialistes du droit, de la santé et des droits de l'homme au cours de trois années d'efforts collectifs impliquant plus de 40 organisations diverses y compris l'IRCT. Ce travail extensif a été initié et coordonné par l'HRFT et PHR USA. Depuis sa création en 1999, le Protocole d'Istanbul a été soutenu et promu par les Nations Unies et d'autres organisations de défense des droits de l'homme. Il existe en langue arabe, chinoise, anglaise, française, russe et espagnole.

REMERCIEMENTS

La première version de ce guide a été rédigée en 2004 par Turkcan Baykal, Caroline Schlar et Emre Kapkın. Le guide a été révisé par Turkcan Baykal (HRFT). Nous tenons à remercier Thomas Wenzel, Alper Tecer, Pinar Onen, Sirin Sabirli et Idil Cavus pour leurs commentaires, leurs contributions et leurs révisions lors de la préparation de cette version.

Pour davantage d'information, veuillez contacter :

International Rehabilitation Council for
Torture Victims
Borgergade 13
B. P. 9049
1022 Copenhagen K
Danemark
Tél: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
E-mail: irct@irct.org
Site internet: www.irct.org



Human Rights Foundation of Turkey (HRFT)
Akbaş Mahallesi Sarıca Sokak No: 7
Altındağ 06080
Ankara
Turkey
Tel: + 90 312 310 66 36
Fax: + 90 312 310 64 63
Email: tihn@tihv.org.tr
Site internet: www.tihv.org.tr



PARTIE A

L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE DES ENQUÊTES ET DE LA DOCUMENTATION MÉDICALES DES ALLÉGATIONS DE TORTURE

I. LE RÔLE CENTRAL DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Les évaluations psychologiques peuvent fournir de précieux éléments de preuve dans le cadre des enquêtes sur des allégations de torture. Elles jouent en ce sens un rôle central. Les enquêtes et la documentation médicales liées à la torture devraient toujours inclure une évaluation psychologique détaillée, car :

- L'un des principaux objectifs de la torture est de détruire l'intégrité et le fonctionnement psychologiques et sociaux de la victime.

« Les tortionnaires justifient volontiers leurs actes par la nécessité d'obtenir des informations. Cette thèse occulte la nature même de la torture, qui a pour objet et pour effet de réduire la victime à un état de détresse et d'impuissance extrêmes pouvant aboutir à une détérioration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales. Autrement dit, la torture constitue essentiellement une agression contre les structures psychologiques et sociales fondamentales de

l'individu. Elle vise à briser non seulement l'intégrité physique de la victime, mais aussi sa personnalité. Le tortionnaire s'applique à détruire les liens qui rattachent la victime à une famille et à une communauté en tant qu'être humain porteur de rêves, d'espoirs et d'aspirations pour l'avenir. » (Protocole d'Istanbul, § 235).

Les définitions du terme « torture » acceptées à l'échelle internationale reconnaissent que le tortionnaire cherche souvent à provoquer une souffrance mentale (Allden, 2002).

- Tous les types de torture incluent inévitablement des processus psychologiques (Kordon et al., 1988)
- La torture provoque souvent des symptômes psychologiques/psychiatriques à différents niveaux
- Les méthodes de torture sont souvent conçues pour ne pas laisser de lésions physiques et les méthodes physiques peuvent engendrer des symptômes physiques non durables ou non caractéristiques.

L'amélioration des méthodes permettant de détecter et d'apporter la preuve d'un acte de torture physique a paradoxalement abouti à des méthodes de torture plus sophistiquées ne laissant aucune trace visible sur le corps de la victime (Jacobs, 2000). La plupart des symptômes et des signes physiques de torture éventuellement laissés disparaissent rapidement (Finn Somnier et al., 1992).

Il importe de ne pas oublier que les tortionnaires tentent parfois de masquer leurs actes. Pour éviter toute marque physique de torture, diverses précautions sont prises afin d'utiliser différentes formes de torture dans l'intention de causer un maximum de douleur et de souffrance pour un minimum de traces. En particulier dans une société davantage sensibilisée au problème, des méthodes de torture sophistiquées appliquées avec ces précautions peuvent ne laisser quasiment aucune marque physique.

Les tortionnaires savent qu'en ne laissant aucune cicatrice physique permanente, ils servent leur cause et compliquent le travail des instances chargées de défendre les droits de l'homme (Jacobs, 2000). C'est pour

cette raison qu'il est souligné dans le Protocole d'Istanbul que l'absence de preuves physiques ne devrait pas être invoquée pour nier la torture.

- Les symptômes psychologiques sont généralement plus fréquents et plus durables que les symptômes physiques.

Contrairement à l'impact physique de la torture, les conséquences psychologiques sont souvent plus longues à guérir et posent davantage de problèmes que les infirmités physiques. Plusieurs aspects de l'état psychologique peuvent être affectés à long terme ; si elles ne sont pas traitées, les victimes peuvent continuer à souffrir des conséquences psychologiques – plus ou moins graves – de la torture plusieurs mois ou plusieurs années après l'événement, et même parfois à vie. (Carlsson et al., 2006 ; 1992 ; Genefke & Vesti, 1998 ; Gurr & Quiroga, 2001 ; Jacobs, 2000 ; Somnier et al., 1992 ; Finn Somnier et al., 1992 ; Turner & and Gorst-Unsworth, 1993).

(Voir § 159, § 161, §§ 260-261 du Protocole d'Istanbul)

II. LES CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES DE LA TORTURE

Les effets potentiels de la torture incluent le cumul d'expériences traumatisantes *au niveau individuel*, d'un traumatisme *au niveau familial* et d'un traumatisme *au niveau communautaire* (Kira, 2002).

1. AU NIVEAU INDIVIDUEL

La torture est un processus dynamique qui débute lors de la privation de liberté, implique une succession d'événements trau-

matissants pouvant avoir lieu à différents moments dans différents lieux et se terminant par la libération ou la disparition de la victime (Somnier et al, 1992). Elle peut parfois se poursuivre ou se répéter. Cette cascade d'événements peut recommencer après un court intervalle, sans laisser le temps à la victime de s'en remettre. La personne éprouve une perte totale de contrôle, un sentiment d'inévitable et se trouve décontenancée par l'imprévisibilité du tortionnaire (Kira, 2002).

La torture a généralement un caractère extrêmement menaçant et douloureux et peut provoquer des réactions immédiates de panique et de peur, y compris une très grande peur de la mort, avec un niveau élevé de tension et, parfois par la suite, de torpeur émotionnelle (Gurris & Wenk-Ansohn, 1997). Ces sentiments peuvent s'accompagner d'une sensation de totale confusion, d'impuissance et de perte de contrôle qui peut anéantir la compréhension de soi-même, de tout système existentiel significatif et de la prévisibilité du monde (Fischer & Gurris, 1996 ; McFarlane, 1995). La torture aboutit souvent à une destruction volontaire des mondes économiques, sociaux et culturels des victimes (Summerfield, 1995).

La torture peut traumatiser la victime à différents niveaux (Fischer & Gurris, 1996 ; Gurr & Quiroga, 2001 ; Jacobs, 2000 ; Kira, 2002 ; Lira Kornfeld, 1995 ; Shapiro, 2003 ; Lira, 1995 ; , Jacobs, 2000 ; Gurr & Quiroga, 2001 ; Summerfield, 1995) :

- intégrité et entité physiques et psychologiques
- bien-être cognitif, émotionnel, comportemental et social
- personnalité
- identité
- autonomie
- réalisation de soi-même
- estime de soi
- sentiment de sécurité et de survie
- rêves, espoirs et aspirations pour l'avenir
- système de croyances
- système de signification de soi-même et du monde
- attachement
- connexité
- confiance
- la torture anéantit également le sentiment de la victime d'être rattachée à une famille et à la société
- cela peut engendrer des problèmes secondaires qui détériorent le fonctionnement social, éducatif et professionnel.

2. AU NIVEAU FAMILIAL

« [...] La torture pervertit gravement les relations futures qui s'établiront entre la victime et son entourage » (Protocole d'Istanbul, § 235).

La torture peut traumatiser la famille, ce qui entraîne diverses formes de dysfonctionnement familial et de bouleversements (Kira, 2002) :

- les autres membres de la famille peuvent également être traumatisés par la torture et/ou d'autres types de mauvais traitements ou de persécutions
- les autres membres de la famille peuvent souffrir de traumatisation secondaire
- les répercussions des souffrances physiques et psychologiques de la victime au sein de la famille peuvent accroître le niveau de stress, la peur, l'inquiétude, le sentiment d'être terrorisé et menacé, ainsi que la perte du sentiment de sécurité, touchant le système familial et les autres membres de la famille
- la torture peut modifier les rôles et les modes relationnels au sein de la famille et peut aboutir à une détérioration de la capacité à s'occuper des enfants et des proches et à tenir son rôle de parent
- l'expérience de la torture peut aussi bouleverser considérablement la qualité de vie de la famille en raison de problèmes de santé, de l'obligation de changer de cadre de vie, de la perte d'emploi ou de la diminution du soutien social.

Tous ces facteurs peuvent entraîner des effets circulaires destructeurs au sein de la famille.

Dans la plupart des évaluations portant sur la torture, on oublie souvent d'évaluer l'impact de la torture sur le système familial, sur la dynamique familiale et sur les autres membres de la famille (Kira, 2002). Bien qu'une telle évaluation puisse être importante, les circonstances le permettent rarement en rai-

son de contraintes de temps, de ressources limitées, de méthodes d'approche de la famille inadaptées et parfois de problèmes de confidentialité.

3. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

« ...*En déshumanisant sa victime et en brisant sa volonté, [le tortionnaire] pervertit gravement les relations futures qui s'établiront entre la victime et son entourage. C'est ainsi que la torture peut, par contrecoup, miner le fonctionnement et la cohésion de communautés tout entières...* » (Protocole d'Istanbul, § 235).

L'un des objectifs de la torture est d'intimider des tierces personnes pour déclencher des réponses de peur, d'inhibition, de paralysie, d'impotence et de conformité au sein de la société. En ce sens, la torture est un problème non seulement politique, mais également social, éthique, psychosocial et de santé mentale pour la société (Lira Kornfeld, 1995). Enquêter sur la torture signifie se pencher sur des expériences qui touchent toute une population non seulement en tant qu'êtres individuels, mais en tant qu'êtres sociaux dans un contexte social. Les violations des droits de l'homme ne peuvent être considérées exclusivement du

point de vue d'abus individuels isolés. Elles ont de vastes implications, car elles décrivent à la fois la réponse d'un système au conflit et une atmosphère générale de menace politique, qui créent toutes deux une ambiance de peur chronique (Lira Kornfeld, 1995 ; Summerfield, 1995).

La torture transmet toujours explicitement ou implicitement une menace et une attaque de la communauté entière et du système de valeurs de la communauté. La torture peut terroriser toute une population, créer une atmosphère de menace envahissante, de peur chronique, de terreur et d'inhibition (Kira, 2002). Elle peut favoriser une écologie répressive, c'est-à-dire un état d'insécurité généralisée, un manque de confiance et une rupture du tissu social. La torture peut avoir des effets durables sur la plupart des formes de comportement collectif. Les impacts de la torture et de la persécution peuvent également se transmettre d'une génération à l'autre.

PARTIE B

L’ENTRETIEN – CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET CLINIQUES

L’entretien est l’élément clé d’une enquête efficace sur la torture. Un rapport détaillé ne peut être rédigé qu’avec un entretien approprié et complet, qui doit être structuré et mené conformément aux directives définies dans les chapitres « Considérations générales pour les entretiens », « Garanties procédurales pour les détenus » et « Codes d’éthique applicables » du Protocole d’Istanbul. Ces considérations s’appliquent à toutes les personnes appelées à s’entretenir avec des victimes, qu’il s’agisse d’avocats, de médecins, de psychologues, de psychiatres, de défenseurs des droits de l’homme ou de membres de toute autre corporation (Protocole d’Istanbul, § 120). L’expert chargé de l’évaluation psychologique doit garder à l’esprit que toutes les garanties procédurales mentionnées dans le Protocole

d’Istanbul devraient être appliquées non seulement durant l’examen physique, mais aussi durant l’évaluation psychologique.

Il est essentiel, dans toutes les procédures d’examen médical et psychologique, de respecter le principe fondamental « Primum non nocere - D’abord, ne pas nuire » (Wenzel, 2002).

« [...] En dépit des contraintes liées à certains contextes particuliers, on s’appliquera néanmoins à suivre le plus fidèlement possible les directives établies dans le présent manuel. Dans des circonstances difficiles, il est particulièrement important que les gouvernements et les autorités concernés se sentent étroitement liés à ces normes... » (Protocole d’Istanbul, § 239).

I. INTIMITÉ

Les examens doivent avoir lieu en privé sous le contrôle du clinicien. L’intimité durant les entretiens est non seulement nécessaire pour des raisons d’éthique, mais elle permet

également d’aborder des questions sensibles embarrassantes pour la victime. Le clinicien doit veiller au respect de l’intimité durant tout l’entretien. (Protocole d’Istanbul, § 83, § 124).

Aucun policier ni autre fonctionnaire chargé de l'application de la loi ne devrait être présent dans la salle d'examen. Si, pour une raison ou une autre, des policiers, soldats, employés de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi sont présents dans la salle d'examen, cela devra être mentionné dans le rapport officiel du clinicien. Leur

présence pendant l'examen pourra constituer un motif de réfutation d'un rapport médical négatif. (Protocole d'Istanbul, § 124, 125).

Si d'autres personnes sont présentes dans la salle durant l'entretien, leur identité et leurs titres et fonctions doivent être mentionnés dans le rapport. (Protocole d'Istanbul, § 125).

II. SÉCURITÉ

Le clinicien doit étudier attentivement le contexte dans lequel s'inscrit son travail, prendre les précautions d'usage et veiller au respect des garanties applicables. S'il est appelé à interroger des personnes détenues ou se trouvant dans toute autre situation les exposant à d'éventuelles représailles, il doit veiller à prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas les mettre en danger (ou aggraver leurs difficultés).

Dans certaines situations, il ne faut pas perdre de vue la possibilité que la victime soit toujours l'objet de persécutions ou autres formes d'oppression. La décision de poser

ou non certaines questions dépendra de la mesure dans laquelle la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Eu égard à cette possibilité, il est parfois préférable de s'abstenir de poser des questions touchant à des activités illégales.

Lorsque l'examen médico-légal corrobore l'allégation de torture, le détenu ne devrait pas être reconduit sur son lieu de détention, mais transféré devant le procureur ou le juge afin de statuer sur son cas.

(Voir § 91, § 94, § 126, § 129, § 239, § 264 du Protocole d'Istanbul).

III. CONFIANCE

Parvenir à instaurer une relation de confiance durant l'entretien est une exigence fondamentale pour mener à bien l'évaluation psychologique. Si cette relation ne peut être établie avec la victime et si ses antécédents complets ne peuvent être recueillis, il sera très probablement impossible d'enquêter efficacement sur l'allégation de torture.

La création d'un climat de confiance nécessite de faire preuve d'une écoute active, de rigueur dans la communication, de courtoisie, d'une empathie sincère et d'honnêteté. Gagner la confiance est absolument essentiel, toutefois, il est plus important encore de ne pas trahir cette confiance, même involontairement.

(Voir § 129, § 164 du Protocole d'Istanbul).

IV. CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE

« Les experts médicaux intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, obtenir un consentement informé avant de procéder à tout examen. » (Annexe I, Principe 6.(a) du Protocole d’Istanbul).

Les cliniciens ont le devoir de garder confidentielles les informations recueillies et de ne les divulguer qu’avec le consentement du patient. Il est de la plus extrême importance pour le succès d’un entretien de faire montre d’une totale transparence concernant la confidentialité – et ses limites. Le patient devrait être clairement informé des limites de la confidentialité de l’évaluation et de toute obligation juridique pouvant contraindre le clinicien à divulguer les informations recueillies lors de l’entretien et de l’examen médical/psychologique réalisé au début de l’entretien.

Dès le premier instant, la victime présumée devrait être informée de la nature de la procédure, des raisons pour lesquelles son témoignage est sollicité, de l’usage qui pourra en être fait et des éventuelles conséquences.

Les cliniciens doivent obtenir le consentement en connaissance de cause du sujet avant toute évaluation. La clarification des limites de la confidentialité pourrait être considérée comme faisant partie du processus d’obtention du consentement (Alnutt & Chaplow, 2000).

Les cliniciens doivent s’assurer que le consentement donné est

- basé sur une réelle compréhension des bénéfices potentiels et des conséquences négatives de l’évaluation
- est donné *librement*, sans y être contraint par d’autres personnes.

La personne a le droit de refuser de coopérer à tout ou partie de l’entretien et/ou de l’évaluation.

Dans de telles circonstances :

- le clinicien doit indiquer la raison du refus.
- si la personne est en détention, le rapport doit être signé par son avocat et par un autre professionnel de la santé.

(Voir § 149 et § 165 du Protocole d’Istanbul).

V. EXEMPLES DE DILEMMES RENCONTRÉS DURANT LE PROCESSUS D’ENTRETIEN

1. OBJECTIVITÉ ET EMPATHIE

Une évaluation médicale à des fins juridiques doit être conduite avec objectivité

et impartialité. L’objectivité et l’impartialité n’empêchent pas de faire preuve d’empathie. En ce sens, il est essentiel de ne pas franchir les limites professionnelles, tout en com-

prenant la douleur et la détresse (Giffard, 2000). Le clinicien doit se présenter comme un allié et soutenir la victime, sans la juger. L'observation d'une stricte « neutralité clinique » n'est pas de mise dans un tel contexte. Le clinicien doit faire preuve de tact et d'empathie dans la formulation et le ton de ses questions, tout en restant objectif dans son évaluation clinique.

(Voir § 162, § 262 et § 263 du Protocole d'Istanbul)

2. « RISQUE DE RE-TRAUMATISATION » ET « NÉCESSITÉ D'OBTENIR DES INFORMATIONS SUFFISANTES ET APPROPRIÉES »

« Plusieurs règles de base doivent être respectées (voir chap. III, sect. C.2 (g)). L'information est certes importante, mais la personne interrogée l'est plus encore. L'écoute est primordiale. » (Protocole d'Istanbul, § 135).

Les examens physiques et psychologiques comportent le risque, de par leur nature, de faire subir un nouveau traumatisme au sujet et de provoquer et/ou exacerber une détresse et des symptômes psychologiques en sollicitant des souvenirs et des impressions douloureux. L'entretien doit être structuré de façon à minimiser le risque de re-traumatisation pour la victime. Le clinicien doit trouver le juste équilibre entre deux exigences importantes qui devraient être complémentaires, mais peuvent parfois être en contradiction : la nécessité d'obtenir un récit utile et l'importance de respecter les besoins de la personne interrogée (Giffard, 2000). La documentation des allégations de torture vise avant tout à constituer un dossier exact, fiable, précis et détaillé des événements en tenant compte de la situation personnelle et de l'état psychologique du sujet (Giffard, 2000 ; Wenzel, 2002).

Le clinicien doit faire preuve de sensibilité dans la formulation de ses questions et être attentif à tout signe de fatigue ou de détresse (Giffard, 2000). Il doit s'efforcer de déterminer si et dans quelle mesure l'efficacité du rapport devant la cour justifie son insistance pour obtenir des détails, surtout lorsque la victime manifeste d'évidents signes de détresse.

(Voir § 135, § 149 et § 264 du Protocole d'Istanbul)

3. DILEMMES RÉSULTANT DES DOUBLES OBLIGATIONS

Des dilemmes peuvent se présenter lorsque l'éthique et la loi sont en contradiction. Dans certaines circonstances, les obligations morales des professionnels de la santé peuvent les amener à enfreindre une loi particulière, comme l'obligation légale de révéler des informations médicales confidentielles. Dans l'ensemble, les codes d'éthique nationaux et internationaux s'accordent sur le fait que les impératifs autres que moraux – y compris légaux – ne doivent pas obliger les professionnels de la santé à agir en contradiction avec leur déontologie et leur conscience. En de tels cas, ces derniers doivent refuser de se conformer à la loi ou à toute autre réglementation, plutôt que de compromettre les principes moraux fondamentaux. Quelles que soient les conditions de leur emploi, tous les professionnels de la santé ont en commun le devoir fondamental de veiller au bien-être des personnes qu'ils sont appelés à examiner ou à soigner. Ils ne sauraient être contraints par des engagements contractuels ou autres considérations à compromettre leur indépendance professionnelle. Ils doivent évaluer en toute impartialité quels sont les intérêts pour la santé du patient et agir en conséquence.

(Voir § 66, § 68 du Protocole d'Istanbul).

VI. L’ENTRETIEN

1. LIEU DE L’ENTRETIEN

L’évaluation psychologique des allégations de torture devrait être effectuée à l’endroit jugé le plus approprié par le médecin. Les cliniciens doivent s’assurer que le patient, en particulier s’il s’agit d’un détenu, n’est pas contraint d’accepter un lieu dans lequel il ne se sent ni à l’aise ni en sécurité.

Le clinicien n’est généralement pas libre de décider de l’endroit où se déroulera l’entretien, mais il doit s’efforcer d’explorer toutes les solutions pour trouver un lieu aussi intime, sûr et confortable que possible. Il est important que la disposition de la pièce ne rappelle pas un environnement officiel et le processus d’interrogatoire.

Un temps suffisant doit être consacré à l’entretien et la chronologie doit être indiquée à l’avance. Les éventuelles contraintes de temps peuvent limiter les informations recueillies et le résultat de l’entretien.

Si possible :

- la pièce doit disposer de conditions physiques appropriées (lumière, ventilation, taille, température)
- l’accès à des toilettes et à des rafraîchissements doit être prévu. Il serait judicieux de proposer de l’eau et des mouchoirs à la victime
- les interlocuteurs doivent être placés de manière à pouvoir échanger leurs regards et à voir clairement le visage de l’autre
- rien ne doit rappeler un positionnement hiérarchique et officiel (par exemple, la personne réalisant l’entretien ne doit pas être assise plus haut ou dans un fauteuil, alors que la victime est assise sur une chaise)
- essayer de permettre à la victime de s’installer à la distance qui lui convient.

La distance appropriée varie en fonction de la culture et de la personne. Le fait d’être assise trop près ou trop loin peut stresser la victime.

(Voir § 93, § 124 et § 163 du Protocole d’Istanbul)

2. DÉROULEMENT DE L’ENTRETIEN

Au début de l’entretien

- Le clinicien doit se présenter en déclarant son identité complète (y compris son rôle, sa spécialisation, ses titres et son statut)
- Le clinicien doit informer clairement la victime de :
 - ses responsabilités et ses limites
 - la raison et l’objectif de l’entretien
 - le contexte, le cadre et le déroulement de l’entretien
 - les procédures possibles durant l’entretien (et l’évaluation)
 - les limites de la confidentialité
 - les éventuelles conséquences de cet entretien/évaluation
- Le consentement en connaissance de cause doit être obtenu
- L’entretien doit commencer par des questions ouvertes d’ordre général. En fonction des informations recueillies, des détails plus spécifiques pourront être demandés si nécessaire.
- Le clinicien doit être attentif à l’ordre des questions : l’entretien doit par exemple commencer par des sujets moins sensibles et les questions sensibles ne doivent être posées qu’après avoir établi un certain rapport de confiance.
- L’entretien doit se terminer par un sujet relaxant pour estomper l’émotivité. Avant de conclure l’entretien, le clinicien ne doit pas oublier de demander à la vic-

time si elle souhaite poser des questions ou ajouter quelque chose.

(Voir chapitre IV et § 163, §168 et §§ 262-263 du Protocole d'Istanbul)

3. STYLE DE L'ENTRETIEN

Le clinicien doit informer le patient qu'il peut faire une pause ou interrompre l'entretien si nécessaire. Il doit également indiquer au patient que celui-ci est en droit de ne pas répondre à une question s'il ne le souhaite pas.

Si possible, l'entretien doit être organisé en fonction des besoins de la victime. Le clinicien doit prévoir des épisodes courts avec des pauses.

Il doit :

- éviter toute manière, approche ou tout style pouvant rappeler la situation de torture

- ne pas faire attendre le patient
- éviter les instructions et les questions autoritaires
- être attentif au ton, à la formulation et à l'enchaînement des questions
- instaurer un climat de confiance, de courtoisie, d'honnêteté et d'empathie
- connaître les normes et les croyances culturelles de la victime
- montrer qu'il comprend les expériences et les souffrances endurées par la victime
- laisser le temps et la possibilité à la victime de faire part de ses besoins et de poser ses propres questions
- s'assurer que le patient a le sentiment de contrôler la situation
- formuler les questions de manière ouverte
- éviter les questions tendancieuses.

(Voir Chapitre IV et § 93, § 124, §§ 163-164, § 168, §§ 262-263 du Protocole d'Istanbul et Giffard & Thompson, 2002 ; Iacopino, 2002 ; Peel et al., 2000 ; Peel et al., 2005.)

VII. RÉACTIONS DE TRANSFERT ET DE CONTRE-TRANSFERT POTENTIELLES

Les cliniciens procédant à des évaluations physiques ou psychologiques doivent être conscients que l'évocation de traumatismes graves peut induire chez l'évaluateur comme chez le patient des réactions émotionnelles.

1. TRANSFERT

« On parle de transfert lorsque le patient reporte sur la personne du clinicien des sentiments liés à son traumatisme. » (§ 265 du Protocole d'Istanbul)

Les questions de l'évaluateur peuvent être perçues comme :

- une contrainte apparentée à un interrogatoire
- un signe de méfiance ou de doute de la part de l'examineur.

L'évaluateur peut être considéré comme :

- une personne en position d'autorité (dans un sens positif ou négatif)
- un ennemi ou un complice du tortionnaire

- un sauveur, un protecteur, un ami
- une personne sadique et voyeuriste.

En raison de toutes ces perceptions et d’autres, le sujet peut éprouver des sentiments de détresse, de peur, de méfiance, de sujétion, de colère, de rage, de honte, d’inquiétude ou de suspicion, ou peut au contraire se montrer trop confiant et en attendre trop de l’entretien.

(Voir § 265, § 268 du Protocole d’Istanbul.)

2. CONTRE-TRANSFERT

« [...] *Le contre-transfert, qui consiste dans la réaction émotionnelle du clinicien vis-à-vis du patient, peut également affecter l’évaluation psychologique.* » (§ 265 du Protocole d’Istanbul).

Un clinicien qui n’a pas conscience du contre-transfert peut engendrer des problèmes supplémentaires, mettre des barrières durant les entretiens, mais aussi diminuer son efficacité et son aptitude à établir et à évaluer les conséquences de la torture.

Les réactions de contre-transfert courantes incluent les sentiments suivants :

- comportement d’évitement, repli sur soi, indifférence défensive
- désenchantement, impuissance, désespoir et suridentification
- sentiment de toute-puissance et de gran-

diosité. Le sujet se prend pour un sauveur, pour le grand spécialiste du traumatisme ou pour l’ultime chance de la victime

- sentiments de ne pas être « à la hauteur »
- culpabilité
- rage excessive vis-à-vis des tortionnaires et des persécuteurs ou vis-à-vis de la personne.

Au cours de l’entretien, tous ces facteurs peuvent amener l’évaluateur :

- à sous-estimer la gravité des conséquences de la torture
- à négliger certains détails
- à douter sans raison de la véracité de l’allégation
- à ne pas adopter l’approche empathique nécessaire
- à éprouver des difficultés à rester objectif
- à éprouver une suridentification vis-à-vis de la victime
- à ne pas pouvoir recueillir le récit
- à ne pas pouvoir regrouper les informations et préparer le rapport correctement et dans les temps.

La torture peut également entraîner une traumatisation par procuration, une traumatisation secondaire et/ou des réactions d’épuisement chez l’examineur.

(Voir §§ 148-149 et §§ 263-273 du Protocole d’Istanbul et Bustos, 1990 ; Herman, 1992 ; Smith et al, 1996 ; Steele et al, 2001.)

VIII. FACTEURS À L'ORIGINE DES INCOHÉRENCES ET DES DIFFICULTÉS À SE REMÉMORER ET À RACONTER LES FAITS

Les victimes de torture peuvent éprouver des difficultés à se remémorer et à raconter les détails précis de leur expérience et d'autres parties de leur histoire pour plusieurs raisons importantes. D'autres facteurs peuvent également empêcher le clinicien d'obtenir des informations suffisantes au cours d'un entretien.

L'altération de l'attention et les troubles de la mémoire font partie du syndrome de stress post-traumatique, mais ces symptômes peuvent également témoigner d'autres troubles comme la dépression, l'anxiété, des lésions cérébrales ou un déséquilibre électrolytique. L'altération de la mémoire peut également être un symptôme de dissociation, constituant souvent une stratégie d'adaptation dans ces circonstances. En effet, de nombreux cas de dissociation ont été observés parmi les victimes de torture et le clinicien doit donc s'attendre à ce que ce facteur interfère durant l'évaluation.

Les stratégies de torture sont souvent conçues délibérément pour troubler, donner de fausses informations ou créer une altération des notions de temps et d'espace ; ceci doit être considéré comme un problème particulier pouvant empêcher le clinicien d'obtenir un rapport explicite ou complet sur les événements. Les efforts faits par les auteurs pour discréditer la victime et dissimuler les atrocités peuvent compliquer toute évaluation faite par la suite. Les difficultés à se rappeler peuvent donc constituer un obstacle majeur à l'obtention du récit et à toute procédure juridique possible, mais peuvent aussi être un indicateur de séquelles qui doivent être prises en compte lors de l'évaluation (Burnett & Peel 2001,b ; Wenzel, 2002,).

1. FACTEURS POUVANT INTER-FÉRER LORS DU RÉCIT DE LA VICTIME OU LORS DU RECUEIL DU RÉCIT

Facteurs directement liés à l'expérience de la torture :

- Facteurs liés à l'acte de torture lui-même (la victime avait les yeux bandés, était droguée ou inconsciente, etc.)
- Désorientation spatio-temporelle durant la torture due à la nature de la torture ou au stress extrême éprouvé durant la torture
- Troubles de la mémoire de nature neuropsychiatrique résultant de lésions cérébrales, de suffocation, de quasi-noyades, de privation de nourriture, de grèves de la faim ou de carences en vitamines
- Le fait de vivre des événements répétés et similaires peut également entraîner des difficultés à se rappeler clairement les détails des événements précis.

Facteurs liés à l'impact psychologique de la torture :

- Troubles de la mémoire secondaires à des maladies mentales liées aux traumatismes, comme une dépression et un état de stress post-traumatique. Troubles de la mémoire liés à l'état de stress post-traumatique rappelant l'événement traumatisant, ou souvenirs envahissants, cauchemars et incapacité à se rappeler des détails importants de l'événement
- Certains mécanismes d'adaptation pouvant être protecteurs dans ces circonstances particulières comme la négation et le comportement d'évitement

- D’autres symptômes psychologiques comme des difficultés de concentration, le rejet partiel ou total de souvenirs traumatisants, la confusion, la dissociation, l’amnésie
- Hyperémotivité.

Facteurs culturels :

- Différences culturelles dans la perception du temps
- Interdits culturels limitant à des interlocuteurs spécifiques l’évocation d’expériences traumatisantes
- Sentiments de culpabilité ou de honte.

Facteurs liés aux conditions de l’entretien ou aux entraves à la communication :

- Peur de mettre sa sécurité ou celle des autres en danger
- Méfiance envers le clinicien procédant à l’examen et/ou l’interprète
- Sentiment d’insécurité pendant l’entretien
- Obstacles environnementaux comme l’absence d’intimité, le confort du lieu de l’entretien ou un moment inadéquat pour l’entretien
- Obstacles physiques comme la douleur ou autres gênes, fatigue, déficits sensoriels
- Obstacles socioculturels comme le sexe de la personne réalisant l’examen, la langue et les différences culturelles
- Obstacles dus à des réactions de transfert/contre-transfert durant l’entretien
- Entretiens mal menés et/ou mal structurés.

(Voir §§ 142-144, § 253 et § 290 du Protocole d’Istanbul et Iacopino 2002 ; Mollica & Caspi-Yavin, 1992 ; Sironi, 1989 ; van der Kolk & Fisler, 1995 ; Wenzel, 2002.)

PARTIE C

LES ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LE CADRE DES ENQUÊTES SUR LES ALLÉGATIONS DE TORTURE

I. OBJECTIFS DES ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES

Dans les cas d'allégations de torture, les évaluations psychologiques fournissent des renseignements et des preuves essentiels pour :

- les examens médico-légaux,
- les demandes d'asile politique,
- les enquêtes et les contrôles liés aux droits de l'homme,
- clarifier et établir les faits,
- déterminer les conditions dans lesquelles de faux aveux ont pu être obtenus,
- identifier les besoins thérapeutiques des victimes,
- démontrer la nécessité pour l'État d'accorder pleine et entière réparation,
- comprendre les pratiques de torture régionales,
- reconnaître la responsabilité de l'auteur et de l'État pour les victimes et leurs familles,
- faciliter les poursuites et/ou les sanctions disciplinaires,
- empêcher toute impunité.

« [...] La finalité d'une évaluation psychologique consiste à déterminer le degré de cohérence entre le témoignage d'une victime présumée de la torture et les observations psychologiques effectuées dans le cadre de l'évaluation [...]. » (Protocole d'Istanbul, § 261).

Selon le contexte et le pays dans lequel a lieu l'évaluation psychologique, différents niveaux de cohérence – par exemple probabilité faible, adéquate, forte, quasi-certaine – peuvent être requis. Dans certains pays, l'expert est censé déterminer précisément si la personne a été torturée ou non. En n'adoptant pas une position claire, il peut accroître la probabilité d'impunité pour les auteurs (car le principe « in duno pro reo » – en cas de doute, les preuves doivent être interprétées en faveur du suspect – peut s'appliquer aux auteurs).

(Voir § 78 et § 261 du Protocole d'Istanbul.)

II. ÉLÉMENTS DES ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES

L'évaluation psychologique devrait être entièrement réalisée et interprétée selon les informations fournies dans les sections Considérations générales, Avertissement, Considérations éthiques et cliniques et Déroulement de l'entretien du Protocole d'Istanbul.

L'évaluation psychologique commence au début de l'entretien, avec le tout premier contact. Les vêtements, la posture, la manière de se remémorer et de raconter le traumatisme, les signes d'anxiété ou de trouble émotif, de torpeur ou de surexcitation, les moments d'intensité émotionnelle, les réactions de sursaut, l'expression corporelle pendant le récit des événements de torture, l'évitement du regard et les fluctuations émotionnelles dans la voix peuvent fournir des indications importantes sur l'histoire de la personne et sur son fonctionnement psychologique. Le contenu verbal de la victime (ce qu'elle dit), mais aussi sa manière de parler (la façon dont elle le dit) sont deux composantes importantes de l'évaluation psychologique (Jacobs, 2000 ; Reyes, 2002). La personne peut éprouver des difficultés à se rappeler et à raconter ce qu'elle a vécu ou à évoquer ses symptômes. La communication non verbale fournit donc des informations importantes sur ses symptômes, ainsi que des indications permettant d'établir et de maintenir une relation efficace pour obtenir des données pertinentes (Jacobs, 2000).

L'évaluation psychologique devrait inclure une description détaillée de l'histoire de la victime, un examen de son état mental, une évaluation de son fonctionnement social et une formulation des impressions/opinions cliniques. L'impact des symptômes sur la vie quotidienne peut revêtir une importance majeure dans le cadre des procédures médico-légales ou des questions de dédommagement des victimes de torture. Un diagnostic psychiatrique doit être fourni si nécessaire. Les éléments de l'évaluation psychologique/psychiatrique sont les suivants :

1. RÉCIT DE LA TORTURE ET AUTRES SÉVICES

*« L'évaluateur devrait faire tout son possible pour obtenir **un récit circonstancié des actes de torture, persécutions et autres expériences traumatisantes subies par le patient** (voir chap. IV, sect. E). Cette partie de l'entretien est souvent éprouvante pour la victime, aussi peut-il s'avérer nécessaire de la fragmenter en plusieurs séances. Avant d'entrer dans les détails, on demandera au patient de fournir un résumé des principaux événements... »* (Protocole d'Istanbul, § 276).

« ...Une approche fondée sur l'utilisation d'une liste peut être contre-productive, car le tableau clinique complet des conséquences de la torture va bien au-delà de la simple addition des lésions qui peuvent être énumérées sur un tel document [...] » (Protocole d'Istanbul, § 145).

Le récit de la torture et des sévices devrait inclure les éléments suivants :

Résumé de la détention et des sévices

Avant d'entrer dans les détails, l'enquêteur devrait s'efforcer d'obtenir un résumé des événements, y compris dates, lieux et durée de la détention, fréquence et durée des séances de torture.

Circonstances de l'arrestation

À quelle heure, où, par qui (avec des détails, si possible), autres personnes présentes comme des témoins/passants, interaction avec les membres de la famille, violence/menaces utilisées lors de l'arrestation, usage d'entraves ou d'un bandeau.

Lieu et conditions de détention

Que s'est-il passé au début et où, éventuelle procédure d'identification, transfert, caractéristiques distinctives, autres procédures, conditions de la cellule/pièce (taille/dimensions, ventilation, éclairage, température, présence de

sanitaires, nourriture), contact avec des tierces personnes (membres de la famille, avocat, professionnels de la santé), cellules communes ou isolement, etc.

Méthodes de torture et autres sévices

- évaluation du contexte : où, quand, pendant combien de temps, par qui, caractéristiques spécifiques de l'environnement, auteurs, objets/instruments, « routine » habituelle, séquences et autres informations
- pour chaque forme d'abus : position du corps, entraves, nature du contact, durée, fréquence, localisation anatomique, partie du corps affectée et comment et autres informations
- agressions sexuelles
- privations (sommeil, nourriture, toilettes, stimulation sensorielle, contact humain, activités motrices), menaces, humiliations, violations de tabous, contraintes comportementales et autres méthodes
- précédente procédure de rapport médico-légal (le cas échéant).

(Pour plus d'informations, voir chapitre IV, sections E, F et G.)

2. SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES PRÉSENTS

L'appréciation de l'état actuel de la victime sur le plan psychologique constitue l'élément clef de l'évaluation

- Tous les symptômes affectifs, cognitifs et comportementaux qui se sont manifestés

depuis la torture doivent être décrits. Pour chaque symptôme, le clinicien se renseignera sur la première apparition, la durée, l'intensité, la fréquence, le contenu et la fluctuation et consignera tous les détails, illustrés par des exemples

- Toutes les stratégies d'adaptation et de mauvaise adaptation, ainsi que les facteurs déclenchants tels que les crises de

rappel, des stimuli ou lieux spécifiques, des situations et des sujets provoquant un comportement d'évitement doivent être notés

- Des questions spécifiques seront posées sur les symptômes les plus fréquents et sur les critères des diagnostics les plus courants.

(Voir § 277 du Protocole d'Istanbul.)

3. SITUATION APRÈS LA TORTURE

Le clinicien doit s'enquérir de la situation générale du sujet au moment de l'entretien, y compris :

- Les sources de stress supplémentaire, les traumatismes, les pertes et les difficultés
- Les soutiens sociaux officiels et/ou informels
- La situation maritale et familiale
- La situation par rapport à l'emploi, les moyens de subsistance
- Le statut et les conditions professionnels et sociaux
- Les conditions de vie et la qualité de vie de la victime et de sa famille.

(Voir § 278 du Protocole d'Istanbul.)

4. SITUATION AVANT LA TORTURE

Si cela s'avère pertinent, décrire :

- L'histoire précédente de la victime (enfance, adolescence, jeunesse), l'environnement familial, les maladies de famille et la composition de la famille
- Le bagage éducatif et professionnel
- Les éventuels traumatismes passés
- Le milieu culturel et religieux de la victime.

Évaluer l'état mental et le niveau de fonctionnement psychosocial de la victime avant les événements traumatisants peut permettre au clinicien de comparer son état de santé actuel à celui qui a précédé la torture.

Souvent, le manque de temps et d'autres contraintes font qu'il peut être difficile de recueillir toutes ces informations. Le clinicien doit généralement décider quelles informations sont indispensables ou prioritaires et prendre une décision réfléchie. Dans certains cas, les informations de base seront abordées à la fin de l'entretien pour ne pas nuire au bon déroulement de l'entretien.

(Voir §§ 279-280 du Protocole d'Istanbul.)

5. PROFIL MÉDICAL

Les antécédents médicaux devraient inclure :

- L'état de santé avant le traumatisme,
- L'état de santé actuel,
- Les douleurs physiques et les symptômes somatiques,
- Les lésions et les observations physiques.

Les observations physiques pouvant être liées au traumatisme doivent être consignées. Il est important que le professionnel de la santé qui réalise l'évaluation psychologique recherche également et documente les observations physiques du traumatisme. Il peut, dans certains cas, être le premier ou le seul professionnel de la santé avec qui la victime a pu avoir un contact.

- La prise de médicaments et leurs effets secondaires ou les obstacles à la prise de médicaments
- Les antécédents sexuels utiles,
- Les interventions chirurgicales subies et autres données médicales.

(Voir § 281 et chapitre V section B pour les antécédents médicaux ; pour les preuves physiques de torture, voir chapitre V, sections C et D du Protocole d'Istanbul.)

6. PROFIL PSYCHIATRIQUE

Il convient de se renseigner sur d'éventuels antécédents de troubles psychologiques ou mentaux, y compris sur la nature et la gravité des problèmes, sur les traitements (ou l'absence de traitements) et la nature des traitements.

(Voir § 282 du Protocole d'Istanbul.)

7. CONSOMMATION DE SUBSTANCES TOXIQUES

(Voir § 283 du Protocole d'Istanbul.)

8. ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL

Les éléments suivants devraient être évalués et consignés (Sadock, 2005) :

- Apparence (identification personnelle, comportement et activité psychomotrice, description générale comme la posture, l'allure, etc.) ;
- Communication verbale, état d'esprit, affect, pensée et perception (pensées et mode de raisonnement, troubles de la pensée, troubles perceptifs comme des hallucinations et des illusions, dépersonnalisation et déréalisation, rêves et fantasmes) ;
- Sensorium et cognition (vigilance, orientation, concentration et calcul, troubles de la mémoire (mémoire à long, moyen et court terme), connaissances, pensées abstraites, intuition, jugement).

Les réponses des patients aux questions concernant leur état mental sont influencées par leur culture d'origine, leur niveau d'éducation, leur niveau d'alphabétisation, leurs connaissances linguistiques et leur niveau d'acculturation (Trujillo, 1999). L'examen de l'état mental des victimes de torture requiert une certaine souplesse de la part de l'examineur, qui doit avoir une bonne connaissance du contexte culturel, linguistique et éducatif du patient avant d'essayer de se livrer à une évaluation formelle (Jacobs et al., 2001).

(Voir § 284 du Protocole d'Istanbul.)

9. ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

La torture et autres expériences traumatisantes peuvent affecter directement et indirectement l'aptitude des individus à fonctionner. L'évaluateur devrait s'efforcer d'établir le niveau de fonctionnement social du patient en s'informant de ses activités quotidiennes, de son statut social (en tant que femme au foyer, étudiant(e), employé(e)), de ses activités sociales, de sa santé. Il devrait demander au sujet d'évaluer son propre état de santé, en signalant l'éventuelle présence de sensations de fatigue chronique, et de mentionner tout changement constaté dans son fonctionnement général.

L'impact des symptômes sur la vie quotidienne peut revêtir une importance majeure dans le cadre des procédures médico-légales ou des questions de dédommagement des victimes de torture.

(Voir § 285 du Protocole d'Istanbul.)

10. TESTS PSYCHOLOGIQUES, LISTES DE CONTRÔLE ET QUESTIONNAIRES

INDICATIONS ET LIMITES DES TESTS PSYCHOLOGIQUES (Protocole d'Istanbul, § 286)

« Il existe peu de données sur l'utilisation des tests psychologiques (tests projectifs et objectifs de la personnalité) dans le cadre de l'évaluation des victimes de la torture. Ces tests manquent par ailleurs de validité interculturelle, ce qui en limite sensiblement l'utilité dans ce contexte particulier. Des tests neuropsychologiques pourront toutefois s'avérer utiles en cas de lésions cérébrales résultant de la torture (voir chap. VI, sect. C.4) : « Évaluation neuropsychologique »).

« Les victimes de la torture peuvent avoir des difficultés à exprimer par des mots leur expérience et leurs symptômes. Dans certaines circonstances, on pourra donc recourir avec profit à des listes de contrôle ou à des questionnaires sur les expériences traumatisantes et les symptômes. L'évaluateur aura alors le choix entre divers outils, dont aucun cependant ne s'applique spécifiquement aux victimes de la torture. » (§ 286 du Protocole d'Istanbul).

On a pu observer que dans certains pays et/ou dans certaines situations, les tribunaux et/ou autres autorités ont tendance à accorder davantage d'importance aux résultats des tests psychométriques en les considérant plus objectifs ou à leur accorder la priorité par rapport aux impressions cli-

niques que les évaluateurs peuvent se faire après plusieurs entretiens. L'entretien clinique, l'évaluation et la formulation clinique à laquelle parvient ultérieurement le clinicien sont cependant essentiels dans le cadre de l'évaluation psychologique du traumatisme, les tests psychologiques n'ayant qu'une valeur complémentaire. C'est le clinicien lui-même qui décidera s'il est nécessaire de recourir à des tests psychologiques pour tous les processus d'évaluation ; cette décision personnelle doit être prise sans qu'aucun élément n'interfère dans son indépendance clinique.

(Voir également chapitre VI, section C.4.)

11. IMPRESSION CLINIQUE

La formulation d'un résumé indiquant le point de vue de l'examineur est un aspect essentiel de l'évaluation psychiatrique. L'interprétation des observations et la formulation d'une impression clinique constituent la dernière étape, qui consiste à évaluer et à discuter de l'entretien dans son ensemble ; la décision clinique doit donc être formulée avec soin, comme nous l'expliquerons plus loin.

(Voir également §§ 287-288 et §§ 157-160 du Protocole d'Istanbul et la Partie E de ce guide.)

12. RECOMMANDATIONS

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

l'acceptation de sa demande d'asile. Il ne doit pas hésiter à insister sur toute consultation et tout examen qu'il considère nécessaire.

La documentation de l'évaluation psychologique des allégations de torture ne dispense pas les cliniciens de leurs obligations morales. L'évaluation visant à documenter la torture à des fins médico-légales doit être associée à une appréciation des autres besoins de la victime. Toute personne dont l'état semble nécessiter d'autres soins spécialisés devrait être orientée vers les services appropriés. Il est important que les cliniciens sachent quels services de réhabilitation et de soutien sont disponibles localement.

(Voir §§ 275-291 du Protocole d'Istanbul.)

PARTIE D

LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE SUR LES INDIVIDUS

Considérations générales pour l'évaluation psychologique

- L'évaluation psychologique et son interprétation devraient toujours prendre en compte le contexte culturel, politique et social ainsi que les conditions de l'entretien et de l'évaluation (Protocole d'Istanbul, § 262).
- Il convient de noter que toutes les victimes de torture **ne** dével-

oppent pas de maladies mentales diagnostiquables. Cependant, la plupart éprouvent de profonds bouleversements émotionnels et psychologiques (Protocole d'Istanbul, § 236).

- L'absence d'un diagnostic corroborant des allégations de torture ne permet pas de conclure à la fausseté de ces allégations (Protocole d'Istanbul, § 289).

I. FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉPONSE PSYCHOLOGIQUE À LA TORTURE

« *La torture est généralement reconnue comme une expérience extrême, susceptible de causer un large éventail de souffrances physiques et psychologiques. La plupart des cliniciens et chercheurs admettent qu'elle a de par sa nature même le pouvoir d'entraîner des conséquences mentales et émotionnelles, indépendamment de la condition psychique antérieure de la victime[...]* » (Protocole

d'Istanbul § 234).

Le type, la durée et la gravité des réponses psychologiques au traumatisme sont influencés par de multiples facteurs agissant les uns sur les autres. Il existe une relation complexe entre le traumatisme et la symptomatologie (McFarlane, 1995). En raison de leur nature multifactorielle, les symptômes de

la torture requièrent une évaluation approfondie et multidimensionnelle (Kira, 2002).

Bien que l'on ne sache pas précisément quels facteurs influencent les réponses psychologiques, plusieurs dimensions peuvent être importantes dans le cadre de l'évaluation des victimes (Protocole d'Istanbul, § 280), notamment :

1. GÉNÉRAL

- La perception, l'interprétation et la signification de la torture pour la victime :

« [...] Toutefois, l'impact psychologique de la torture dépend du système de pensée et de valeurs de l'individu, de son développement personnel et de facteurs sociaux, politiques et culturels... » (Protocole d'Istanbul § 234).

Les individus réagissent à un traumatisme extrême comme la torture en fonction de ce que cela signifie pour eux (Protocole d'Istanbul, § 236). La génération de ces significations dépend du contexte social, culturel et politique. En outre, les implications de la torture propres à chaque individu influencent l'aptitude à évoquer et à décrire les faits. Les réactions psychologiques sont étroitement liées à la signification psychologique du traumatisme pour la personne.

- Le contexte social avant, pendant et après la torture (comme le climat politique et culturel, les valeurs et les attitudes vis-à-vis des expériences traumatisantes)
- Soutien social
- Existence d'un système de soutien formel et/ou informel
- Accès et recours aux services sociaux.

2. RÉCIT DE LA TORTURE

- Les circonstances et la nature de la torture :
 - gravité des événements traumatisants

Il est difficile d'établir une liste hiérarchique de la gravité des atrocités commises sur la personne et il est problématique d'estimer objectivement le degré de gravité. De plus, l'impact psychologique de l'événement traumatisant est davantage lié à la perception subjective de sa gravité par la victime qu'à sa gravité objective. Faire l'objet d'humiliations, voir ses proches menacés ou assister à la torture d'une autre personne peut avoir des conséquences psychologiques plus profondes sur la victime que les chocs électriques ou la falanga. Les différents rapports traitant du lien existant entre la gravité du traumatisme et ses conséquences sont contradictoires.

- intensité, chronicité, durée et fréquence des événements traumatisants
- nature du traumatisme (cumulatif, répété, prolongé, ultérieur, continu ...)
- autres traumatismes subis durant la période de la torture (être témoin d'atrocités, décès de membres de la famille ou d'amis durant le même événement)
- Le niveau de développement et l'âge de la victime
- Lésions physiques, douleurs, symptômes liés à la torture ou autres sévices
- Persistance des menaces sur la victime et/ou les membres de sa famille (perçues ou réelles) ; risque de persécution et de nouvelle arrestation.

3. SITUATION GÉNÉRALE AVANT LA TORTURE

- Expériences de torture et de détention antérieures
- Exposition antérieure à différents types de traumatismes
- Conscience de et état de préparation à l'acte de torture
- Conscience de la réponse psychologique à la torture
- Vulnérabilité ou résilience
- Variables personnels, comme le système de croyances, les troubles psychologiques préexistants, le fonctionnement psychosocial préexistant, les antécédents familiaux de psychopathologie, les traits de personnalité, les modes d'adaptation.

4. SITUATION GÉNÉRALE APRÈS LA TORTURE

- Autres traumatismes simultanés et/ou conséquents (emprisonnement, attaques civiles, etc.)
- Conditions traumatisantes après la torture
- Pertes :
 - famille, membres de la famille, amis

- maison, biens personnels et autres
- emploi, moyens de subsistance, statut social
- Séparations (famille, pays, amis)
- Fuite ou migration forcée
- Difficultés supplémentaires
 - difficultés dans le nouveau lieu de vie (acculturation, barrières de la langue, discrimination)
 - baisse de la qualité de vie
 - privation de nourriture, de refuge, de soins médicaux
- Faiblesse de la justice réparatrice, impunité
- Isolement social et/ou culturel
- Inquiétude pour sa propre sécurité et/ou celle des membres de la famille ou de personnes chères
- Peur d'une nouvelle arrestation, obligation de passer dans la clandestinité pour y échapper.

(Voir § 234, § 280 et § 280 du Protocole d'Istanbul et American Psychiatric Association (APA), 2004 ; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2007 ; Ehrenreich, 2003 ; Gurr & Quiroga, 2001 ; Iacopino, et. al., 2001 ; Kira, 2002 ; Mayou et al., 2002 ; McFarlane, 1995 ; McFarlane & Yehuda, 1996 ; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005 ; Peel et al., 2000, 2005 ; Somnier et al., 1992 ; Summerfield, 1995 ; Summerfield, 2000 ; Turner et al., 2003 ; van der Kolk et al., 1996 ; Varvin, 1998 ; Vesti, 1996a, 1996b ; Yehuda & McFarlane, 1995.)

II. RÉPONSES PSYCHOLOGIQUES FRÉQUEMMENT OBSERVÉES

« Avant d'en venir à la description technique des symptômes et des classifications psychiatriques, il convient de noter que ces dernières sont généralement considérées comme étant des concepts médicaux occidentaux et que leur application à des populations non occidentales présentent, implicitement ou explicitement, certaines difficultés [...]. L'idée selon laquelle une souffrance mentale

est l'indice d'une perturbation identifiable par un ensemble de symptômes caractéristiques est jugée irrecevable par de nombreux membres de sociétés non occidentales » (Protocole d'Istanbul, § 240).

Certains comportements considérés comme pathologiques dans une culture donnée peuvent être tenus pour parfaitement

normaux dans une autre culture (Kagee, 2005). Bien que certains symptômes puissent être présents dans plusieurs cultures, ils ne concerneront pas nécessairement le sujet. Les symptômes doivent être considérés en fonction du contexte dans lequel ils se manifestent et de ce qu'ils représentent pour la victime. La détresse et la souffrance ne sont pas en soi des états pathologiques, les symptômes étant parfois une réponse « normale » à une pathologie sociétale (Gurr & Quiroga, 2001).

« [...]Par ailleurs, on se heurtera inévitablement à certaines difficultés lorsqu'il s'agira de déterminer si tel ou tel symptôme psychologique ou comportemental est de nature pathologique ou adaptative. Lorsque le sujet est examiné en détention ou dans tout autre contexte fortement menaçant ou oppressif, certains symptômes pourront être de type adaptatif[...] » (Protocole d'Istanbul, § 239).

Certaines conditions de vie font qu'il est impossible d'évaluer plusieurs symptômes. Par exemple, il peut être plus difficile d'évaluer les symptômes d'évitement durant la détention car ceux-ci peuvent représenter des stratégies d'adaptation destinées à se protéger. De même, l'hypervigilance et le comportement d'évitement peuvent être nécessaires, essentiels et de nature adaptative pour des individus vivant dans des sociétés répressives. Un profond désintérêt pour des activités importantes peut être plus difficile à démontrer en détention, où ces activités sont interdites. Il est également difficile d'évaluer le « sentiment de détachement et d'aliénation » chez un individu placé en isolement (partiel ou total). Ces situations entraînent des difficultés supplémentaires et peuvent être à l'origine d'erreurs dans l'évaluation des critères de diagnostic, amenant à sous-estimer la gravité de la pathologie post-traumatique. Il est important d'adopter une approche flexible et intégrative afin de ne pas engendrer de résultats faussement négatifs. (Simpson, 1995).

(Voir §§ 236-249 du Protocole d'Istanbul et Becker, 1995 ; Burnett & Peel, 2001a ; Gurr & Quiroga, 2001 ; Kagee, 2005 ; Kira, 2002 ; Mollica & Caspi-Yavin, 1992 ; Simpson, 1995 ; Summerfield, 1995, 2000, 2001.)

1. SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Re-traumatisation sous forme de souvenirs envahissants, de pensées, de cauchemars récurrents ou de rêves pénibles, de flashbacks, d'une profonde détresse psychologique et/ou d'une réactivité physiologique en présence de tout ce qui peut rappeler ou symboliser le traumatisme.

Comportement d'évitement et torpeur émotionnelle tel que le rejet de toute pensée, conversation, activité, lieu ou personne susceptible d'éveiller un souvenir du traumatisme, profonde torpeur émotionnelle, désintérêt vis-à-vis de soi-même et de la société, incapacité à se remémorer un aspect important du traumatisme, sentiment d'aliénation, affect limité, sentiment d'un avenir compromis.

Hypervigilance comme des difficultés à s'endormir ou à rester endormi, irritabilité ou accès de colère, difficultés à se concentrer, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, anxiété généralisée, souffle court, sueur, vertiges et troubles gastro-intestinaux.

(Voir § 241 du Protocole d'Istanbul.)

2. SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION

- Humeur déprimée, profond désintérêt ou émoussement du plaisir dans certaines activités,
- Modification de l'appétit et perte de poids,
- Insomnie ou hypersomnie,
- Agitation ou ralentissement psychomoto-

teur,

- Fatigue et manque d'énergie,
- Difficultés à fixer son attention, à se concentrer ou à mobiliser ses souvenirs
- Indécision
- Sentiment d'inutilité et culpabilité excessive, sentiment de rabaissement, difficultés de concentration, idées de mort récurrentes.

(Voir § 242 du Protocole d'Istanbul.)

3. SYMPTÔMES DE TROUBLES DISSOCIATIFS

La dissociation est un trouble ou une altération de la fonction normalement intégrative de la conscience, de la perception de soi, de la mémoire et des actions (van der Kolk et al, 1996). Le sujet peut être incapable de rattacher à lui certaines de ses actions ou avoir le sentiment d'être deux, comme s'il s'observait de l'extérieur.

Cette réponse, fréquemment observée en présence d'événements extrêmement traumatisants, peut amener le clinicien à omettre de signaler et à percevoir de façon erronée divers aspects du traumatisme (McFarlane, 1995). Les éléments de l'expérience ne sont pas intégrés sous forme d'un tout unitaire, mais sont stockés dans la mémoire comme des fragments isolés, sous forme de perceptions sensorielles, d'états affectifs ou d'automatismes de répétition (van der Kolk & Fisler, 1995).

La dépersonnalisation est l'impression de ne plus être soi-même, en tant que personne physique et personnalité psychique. Le sujet se plaint d'un sentiment de distance ou de n'être « pas vraiment là », comme s'il observait son raisonnement ou son corps de l'extérieur (un peu comme la sensation d'être dans un rêve). Par exemple, le sujet peut se plaindre que ses émotions, ses sentiments ou son expérience du moi intérieur sont détachés, étrangers et ne sont pas les

siens, ou qu'il a la désagréable impression d'être perdu comme s'il jouait un rôle dans une pièce.

La difficulté à contrôler ses impulsions entraîne des comportements que le sujet peut regarder comme totalement atypiques au regard de sa personnalité antérieure. Ainsi, un individu autrefois très prudent pourra adopter des comportements à haut risque.

Il peut présenter des difficultés à moduler sa colère, des comportements autodestructeurs et suicidaires chroniques, une difficulté à moduler son implication sexuelle et des comportements impulsifs risqués (van der Kolk et al, 1996).

(Voir § 244 du Protocole d'Istanbul.)

4. SYMPTÔMES SOMATIQUES

Les symptômes somatiques tels que maux de tête et autres douleurs, étayés ou non d'observations cliniques, sont courants parmi les victimes de la torture. La douleur est parfois l'unique plainte exprimée et sa localisation comme son intensité peuvent varier. Les symptômes somatiques peuvent résulter directement des conséquences physiques de la torture, peuvent être d'origine psychologique ou refléter une interaction de ces deux facteurs (Wenzel, 2002).

Ils incluent des maux de tête, des douleurs dorsales et des douleurs musculo-squelettiques (pour plus de informations, voir "L'examen médical physique des victimes de torture présumées: Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des médecins").

(Voir § 245 du Protocole d'Istanbul.)

5. SYMPTÔMES DE DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL

Les dysfonctionnements sexuels sont très répandus, surtout chez les personnes qui ont subi des viols ou autres sévices sexuels, mais pas exclusivement. Les symptômes, qui peuvent être d'origine physique et/ou psychologique, sont les suivants : absence ou perte de désir sexuel et de plaisir sexuel, désintérêt pour ou peur de l'activité sexuelle, diminution de l'excitation sexuelle, incapacité à faire confiance à un partenaire sexuel, peur d'avoir subi des dommages fonctionnels, peur d'être homosexuel, absence de réponse génitale comme un trouble de l'érection ou un manque de lubrification vaginale, vaginisme, dyspareunie, dysfonctionnement orgasmique, éjaculation précoce.

(Pour plus d'informations, voir § 246 et chapitre V, section D.8 du Protocole d'Istanbul.)

6. SYMPTÔMES DE TROUBLES PSYCHOTIQUES

Les différences culturelles et linguistiques peuvent être à l'origine de diagnostics erronés de troubles psychotiques. Avant de poser un tel diagnostic, il importe d'évaluer les symptômes dans le contexte culturel particulier du sujet. Les comportements psychotiques peuvent être de brève durée ou prolongés, et les symptômes peuvent se présenter pendant la détention ou la torture, ou à un stade ultérieur. On pourra observer : idées délirantes, hallucinations (auditives, visuelles, tactiles, olfactives), idéations et comportements étranges, illusions et autres distorsions de la perception, paranoïa et délire de la persécution (il convient de se montrer prudent avant de poser un diagnostic de délire paranoïdes car dans certains pays, les persécutions durant et/ou après la détention sont fréquentes).

(Voir § 247 du Protocole d'Istanbul.)

7. ABUS DE SUBSTANCES TOXIQUES

Le clinicien doit s'enquérir de la prise de substances toxiques avant et après la torture, des modifications du mode d'utilisation et d'abus, et chercher à savoir si ces substances sont utilisées pour faire face à certains problèmes de santé liés au traumatisme tels qu'insomnie, anxiété, douleur ou autres. De nombreuses études portant sur les victimes de torture ont mis en évidence des taux plus élevés d'abus de substances toxiques après l'événement traumatisant (American Psychiatric Association, 2004).

(Voir § 248 du Protocole d'Istanbul.)

8. ALTÉRATIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES

La torture provoque parfois des traumatismes physiques susceptibles d'entraîner des lésions cérébrales. Coups sur la tête, suffocation et malnutrition prolongée peuvent avoir des conséquences neurologiques et neuropsychologiques à long terme indétectables dans le cadre d'un examen médical. Dans bien des cas, ces mêmes symptômes peuvent être imputables à l'état de stress post-traumatique ou à la dépression. Ainsi, les troubles de l'état de conscience, de l'orientation, de la capacité d'attention et de concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives peuvent avoir des origines aussi bien fonctionnelles qu'organiques.

(Voir § 249 du Protocole d'Istanbul.)

III. CATÉGORIES DE SYMPTÔMES LES PLUS COURANTES

« Si les symptômes et observations enregistrés parmi les individus victimes de la torture varient considérablement, en relation avec l'expérience personnelle du sujet et avec son contexte culturel, social et politique particulier, il importe néanmoins que les évaluateurs se familiarisent avec les troubles les plus communément diagnostiqués. [...] » (Protocole d'Istanbul, § 250).

On a pu constater certaines constances dans les symptômes et réactions psychologiques des victimes de la torture :

« [...] Il n'est pas rare que plusieurs troubles se manifestent en concomitance, du fait de la corrélation marquée qui unit les troubles mentaux post-traumatiques. Au premier rang des symptômes associés à la torture figurent diverses manifestations d'anxiété et de dépression. [...] » (Protocole d'Istanbul, § 250).

Les deux principaux systèmes de classification sont la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) - Troubles mentaux et du comportement (OMS, 1994, 2007) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) de l'American Psychiatric Association (APA, 2000). Le lecteur y trouvera des descriptions complètes des différentes catégories de symptômes.

Les diagnostics les plus couramment associés à des traumatismes sont l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu et la dépression majeure. En outre, une modification durable de la personnalité doit également être envisagée, en particulier car elle tient compte des effets potentiels à long terme d'un stress extrême prolongé (Protocole d'Istanbul, § 256).

L'association entre la torture et l'état de stress post-traumatique est aujourd'hui très présente à l'esprit des professionnels de la santé, des instances s'occupant de réfugiés et autres migrants, ainsi que du public informé. Il en résulte le sentiment simpliste et erroné que l'état de stress post-traumatique est la principale conséquence psychologique de la torture (Protocole d'Istanbul, § 252). Les troubles mentaux liés à la torture ne se limitent pas à la dépression et à l'état de stress post-traumatique et les évaluateurs doivent avoir une parfaite connaissance de toutes les catégories de diagnostics possibles chez les victimes de torture et autres traumatismes. En ce sens, il est toujours très important de réaliser une évaluation détaillée. Accorder trop d'importance aux critères de l'état de stress post-traumatique et de dépression peut amener l'évaluateur à passer à côté des autres diagnostics possibles.

Vous trouverez ci-dessous une sélection des catégories de symptômes qui peuvent être envisagées durant l'évaluation psychologique des allégations de torture.

[<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>]

CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES

10E RÉVISION – (CIM-10) – VERSION POUR 2007

TROUBLES DE L'HUMEUR [AFFECTIFS] (F30-F39)

F32 Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

- Comprend :**
- épisodes isolés de :
 - réaction dépressive
 - dépression psychogène
 - dépression réactionnelle
- À l'exclusion de :**
- trouble de l'adaptation (F43.2)
 - trouble dépressif récurrent (F33.-)
 - associés à un trouble des conduites en F91.- (F92.0)

F32.0 Episode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes "somatiques" sont habituellement présents.

Dépression agitée	}	épisode isolé sans symptômes psychotiques
Dépression majeure		
Dépression vitale		

F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques :

Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Épisodes isolés de :

- dépression majeure avec symptômes psychotiques
- psychose dépressive psychogène
- dépression psychotique
- psychose dépressive réactionnelle

F32.8 Autres épisodes dépressifs**F32.9 Épisode dépressif, sans précision**

Sous « Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) », voir également :

F30 Épisode maniaque

F31 Trouble affectif bipolaire

F33 Trouble dépressif récurrent

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

TROUBLES NÉVROTIQUES, TROUBLES LIÉS À DES FACTEURS DE STRESS ET TROUBLES SOMATIFORMES (F40-F48)

F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du

sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie (« life events ») peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes d'adaptation efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative – voir - F44.2), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Réaction aiguë (au) (de) :

- crise
- stress

Fatigue de combat

État de crise

Choc psychique

F43.1 État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence

répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.o)

Névrose traumatique

F43.2 Troubles de l'adaptation

État de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié) ; ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

Choc culturel

Réaction de deuil

Hospitalisme chez l'enfant

F43.8 Autres réactions à un facteur de stress sévère

F43.9 Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

F44 Troubles dissociatifs [de conversion]

Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Toutes les variétés de troubles dissociatifs ont tendance à disparaître après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique. L'évolution peut également se

faire vers des troubles plus chroniques, en particulier des paralysies et des anesthésies, quand la survenue du trouble est liée à des problèmes ou des difficultés interpersonnelles insolubles. Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types « d'hystérie de conversion ». On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. Les symptômes peuvent se développer en relation étroite avec un facteur de stress psychologique et ils surviennent souvent brusquement. Seuls les troubles impliquant soit une perturbation des fonctions physiques normalement sous le contrôle de la volonté, soit une perte des sensations sont inclus ici. Les troubles impliquant des manifestations douloureuses ou d'autres sensations physiques complexes faisant intervenir le système nerveux autonome, sont classés parmi les troubles somatoformes (F45.0). La possibilité de survenue, à une date ultérieure, d'un trouble physique ou psychiatrique grave, doit toujours être gardée à l'esprit.

Comprend :

- conversion
- hystérie de conversion
- réaction de conversion
- hystérie
- psychose hystérique

F44.0 Amnésie dissociative

La caractéristique essentielle est une perte de la mémoire, concernant habituellement des événements importants récents, non due à un trouble mental organique, et trop importante pour être mise sur le compte d'une simple « mauvaise mémoire » ou d'une fatigue. L'amnésie concerne habituellement des événements traumatisants, tels que des accidents ou des deuils imprévus et elle est le plus souvent partielle et sélective. Une amnésie complète et généralisée est rare, et elle accompagne habituellement une fugue (F44.1). Dans ce cas, on doit faire un diagnostic de fugue. On ne doit pas faire ce diagnostic en présence d'un trouble cérébral organique, d'une intoxication, ou d'une fatigue extrême.

Sous Troubles dissociatifs [de conversion], voir également :

- F44.1 Fugue dissociative
- F44.2 Stupeur dissociative
- F44.3 États de transe et de possession
- F44.4 Troubles moteurs dissociatifs
- F44.5 Convulsions dissociatives
- F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
- F44.7 Trouble dissociatif [de conversion] mixte
- F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]

F45 Troubles somatoformes

La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un

trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

F45.0 Somatisation

Les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Syndrome de Briquet

Trouble psychosomatique multiple

À l'exclusion de : simulateur (Z76.5)

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici.

Psychalgie

Dorsalgie psychogène :

– céphalées psychogènes

Douleur somatoforme

À l'exclusion de : mal de dos SAI (M54.9)

douleur :

– SAI (R52.9)

– aiguë (R52.0)

– chronique (R52.2)

– irréductible (R52.1)

céphalée de tension (G44.2)

Sous F45 Troubles somatoformes, voir également :

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

F45.2 Trouble hypocondriaque

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

F45.8 Autres troubles somatoformes

Sous « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48) », voir également :

F40 Troubles anxieux phobiques

F41 Autres troubles anxieux

F41.0 Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)

F41.1 Anxiété généralisée

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte
 F41.3 Autres troubles anxieux mixtes
 F41.8 Autres troubles anxieux précisés
 F41.9 Trouble anxieux, sans précision
 F42 Trouble obsessionnel-compulsif

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT CHEZ L'ADULTE (F60-F69)

F62 Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales

Cette catégorie concerne des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress, soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. Ce diagnostic ne doit être porté que dans les cas où on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensée concernant l'environnement ou soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et être associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'événement pathogène. La modification ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur.

À l'exclusion de : trouble de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.-)

F62.o Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress post-traumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité. Modification de la personnalité après :

- expériences de camp de concentration
- désastres
- captivité
 - prolongée avec risque d'être tué à tout moment
 - exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme
- torture

À l'exclusion de : état de stress post-traumatique (F43.1)

SYNDROMES COMPORTEMENTAUX ASSOCIÉS À DES PERTURBATIONS PHYSIOLOGIQUES ET À DES FACTEURS PHYSIQUES (F50-F59)

F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique

Les dysfonctionnements sexuels regroupent les différents types de difficulté à avoir une relation sexuelle du type souhaité. La réponse sexuelle est un processus psychosomatique et, le plus souvent, des processus à la fois psychologiques et somatiques interviennent dans le déclenchement d'un trouble de la fonction sexuelle.

Sous « F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique », voir :

- F52.0 Absence ou perte de désir sexuel
- F52.1 Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel
- F52.2 Échec de la réponse génitale
- F52.3 Dysfonctionnement orgasmique
- F52.4 Éjaculation précoce
- F52.5 Vaginisme non organique
- F52.6 Dyspareunie non organique

Sous « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-59) », voir également :

- F50 Troubles de l'alimentation
- F51 Troubles du sommeil non organiques

TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES, Y COMPRIS LES TROUBLES SYMPTOMATIQUES (F00-F09)

F07 Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux

Une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion, ou d'un dysfonctionnement cérébral.

F07.2 Syndrome post-commotionnel

Syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool.

Syndrome post-contusionnel (encéphalopathie)

Syndrome cérébral post-traumatique, non psychotique

SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLE SCHIZOTYPIQUES ET TROUBLES DÉLIRANTS (F20-F29)

F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires

Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un delirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble.

Sous « F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires », voir
 F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
 F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
 F23.2 Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
 F23.3 Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
 F23.8 Autres troubles psychotiques aigus et transitoires

F23.9 Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

Psychose réactionnelle (brève) SAI
 Psychose réactionnelle

PARTIE E

INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS IMPRESSION CLINIQUE

I. COMMENT INTERPRÉTER LES OBSERVATIONS PSYCHOLOGIQUES ET FORMULER UNE IMPRESSION CLINIQUE?

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

- i. *Les observations psychologiques sont-elles cohérentes avec les sévices allégués ?*
- ii. *Les symptômes observés constituent-ils des réactions prévisibles ou typiques d'un stress extrême dans le contexte culturel et social du sujet ?*
- iii. *Eu égard au caractère fluctuant des troubles mentaux d'origine traumatique, à quand remonte la torture ? À quel stade de l'évolution des symptômes se trouve le patient ?*
- iv. *Quels sont les facteurs de stress concomitants (par exemple, persécution persistante, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social) ? Quel est leur impact sur le sujet ?*
- v. *Quels facteurs médicaux interviennent dans le tableau clinique (en particulier, les éventuelles blessures à la tête infligées pendant la torture ou la détention) ?*
- vi. *Le tableau clinique suggère-t-il une fausse allégation de torture ? » (Protocole d'Istanbul § 287).*

Le récit de la détention et de la torture, les conditions avant et après la torture, les aspects comportementaux, cognitifs et émotionnels du sujet observés durant les communications verbales et non verbales, ainsi que les symptômes détaillés doivent être évalués dans leur ensemble, comme formant un tout. Les liens entre chacun des éléments individuels devraient également être pris en compte.

La relation et la cohérence entre les événements et les symptômes devrait être évaluée et décrite, en tenant compte de la possible influence des symptômes psychologiques, de la culture et des symptômes physiques (par exemple, un traumatisme crânien peut affecter la concentration, la capacité à raconter les faits et à mobiliser les souvenirs, comme nous l'avons détaillé ci-dessus).

Si l'examineur s'appuie uniquement sur un ensemble de symptômes psychia-

triques signalés par la victime, il pourrait ne pas apprécier suffisamment les aspects qualitatifs, narratifs et d'observation dans l'évaluation du traumatisme infligé par la torture (Jacobs, 2000).

Les aspects comportementaux, cognitifs et émotionnels du sujet observés durant la communication verbale et non verbale doivent être notés avec le plus de détails possible. L'évaluateur devrait se prononcer sur la cohérence des observations psychologiques et sur la mesure dans laquelle elles corroborent les sévices allégués. Il devrait noter également des renseignements concernant le moment où sont apparus des symptômes liés au traumatisme, la spécificité d'observations psychologiques particulières et le mode de fonctionnement psychologique du sujet.

(Voir chapitre VI section C.3 (k) et chapitre IV section L du Protocole d'Istanbul.)

II. L'ABSENCE DE PSYCHOPATHOLOGIE DIAGNOSTIQUABLE SIGNIFIE-T-ELLE QUE LA PERSONNE N'A PAS ÉTÉ TORTURÉE ? COMMENT INTERPRÉTER LES OBSERVATIONS DANS CE CAS ?

« *Il est important de noter que toutes les victimes de tortures ne développent pas de maladies mentales diagnostiquables* » (Protocole d'Istanbul, § 236).

Il faut souligner que l'absence d'un diagnostic corroborant des allégations de torture ne permet pas de conclure à la fausseté de ces allégations (Protocole d'Istanbul, § 289). L'absence de signes et symptômes physiques et/ou psychologiques n'invalide pas une allégation de torture (Peel et al., 2000).

Les enquêtes médico-légales requièrent une bonne compréhension des phénomènes psychologiques dans leur ensemble et non pas uniquement du point de vue du diagnostic (Allnutt & Chaplow, 2000). L'interprétation des observations ne devrait pas reposer uniquement sur l'ensemble des signes et symptômes et si un diagnostic peut être posé, on ne devrait pas se contenter de l'indiquer.

Outre ces considérations, le clinicien doit également tenir compte du fait que

l'éventuelle absence de symptômes peut s'expliquer par la nature épisodique ou souvent différée des troubles de stress post-traumatique, par la négation des symptômes, considérés comme honteux par la victime, ou par d'autres difficultés mentionnées ci-dessus (Protocole d'Istanbul, § 277).

Si le sujet présente des symptômes coïncidant avec un ou plusieurs diagnostics

définis dans les classifications DSM-IV ou CIM-10, cela devra être mentionné. Les symptômes et les sévices allégués par le sujet doivent quoi qu'il en soit être envisagés comme un tout. L'évaluateur précisera dans son rapport la relation et la cohérence entre les événements relatés et les symptômes observés (Protocole d'Istanbul, § 289).

(Voir chapitre VI du Protocole d'Istanbul)

III. QUE FAIRE EN CAS D'INCOHÉRENCES DANS LE RÉCIT ET/OU EN CAS DE DOUTE SUR LA VÉRACITÉ DU RÉCIT ?

Il faut savoir que les incohérences ne signifient pas nécessairement qu'une allégation est fautive (Giffard, 2000). Elles peuvent très bien indiquer précisément le contraire. Les incohérences dans le récit d'une victime de torture peuvent être dues à l'un ou à l'ensemble des facteurs mentionnés ci-dessus, qui entraînent des difficultés à se remémorer et à raconter les faits (voir Partie B « VIII – Facteurs à l'origine des incohérences et des difficultés à se remémorer et à raconter les faits » de ce guide). Interpréter immédiatement les incohérences comme un signe de simulation et de fausses allégations peut induire des erreurs d'évaluation, ce qui peut avoir de graves conséquences pour la personne évaluée.

Il est important de noter que différentes raisons, personnelles ou politiques, peuvent pousser un individu à faire des allégations mensongères de torture ou à exagérer la gravité d'un incident. L'évaluateur devrait toujours envisager cette possibilité, en s'efforçant de déterminer les raisons potentielles pour le sujet d'agir ainsi. Toutefois, il ne faut pas oublier que, pour être capable d'abuser un spécialiste, il faut une connaissance des symptômes associés aux trauma-

tismes que peu d'individus possèdent.

En cas d'incohérences dans le récit :

- Si possible, l'examineur devrait s'efforcer de clarifier les points douteux (Giffard, 2000).

À défaut, il devrait rechercher d'autres éléments de preuve confirmant ou infirmant ces mêmes points. Un faisceau d'indices concordants pourra corroborer et éclairer le récit du témoin. Et, même si ce dernier ne peut pas fournir tous les détails souhaités par l'enquêteur (dates, heures et fréquence des séances de torture, identité exacte des tortionnaires, etc.), les grandes lignes de son témoignage demeureront valables et serviront à terme de la finalité de l'enquête. *Si l'enquêteur/clinicien doute toujours de la véracité du récit :*

- Il devrait organiser des entretiens supplémentaires pour clarifier les incohérences du récit et consulter éventuellement des parents ou amis susceptibles de corroborer certains faits.
- Si, en dépit d'une investigation approfondie, il conserve encore des soupçons

quant à la véracité des informations données, il devrait faire évaluer le patient par un collègue et demander son opinion à ce dernier.

- Lorsqu'il existe un doute, celui-ci devrait être mentionné dans le rapport, avec l'opinion de deux cliniciens.

(Voir § 143, § 144, § 253 et § 290 du Protocole d'Istanbul)

PARTIE F

RÉDACTION DU RAPPORT

Après avoir procédé à toutes les évaluations nécessaires, le clinicien doit préparer sans délai un rapport écrit détaillé.

La rédaction d'un rapport complet sur l'évaluation psychologique doit suivre tous les principes fondamentaux. Le format du rapport doit être conforme au Protocole d'Istanbul (voir Annexe IV « Directives pour l'évaluation médicale de la torture et autres mauvais traitements » du Protocole d'Istanbul). Ces directives ne doivent pas être appliquées de façon rigide, mais en tenant compte du but de l'évaluation et des ressources disponibles.

Bien souvent, les rapports ne sont pas rédigés par la même équipe, ou l'évaluation physique et l'évaluation psychologique sont réalisées par des cliniciens différents, à des moments différents et dans des conditions différentes. Si tel est le cas, le clinicien chargé de l'évaluation psychologique doit rédiger un rapport indépendant mentionnant toutes les informations recueillies durant l'évaluation et indiquant son opinion personnelle.

Étant donné que les évaluations des allégations de torture ne seront pas nécessairement examinées uniquement par des professionnels de la santé spécialisés, le langage utilisé dans le rapport doit être accessible à toute autre personne. Le rapport médical devrait être factuel et rédigé avec soin. Il est important qu'il puisse être lu et compris sans difficultés. Le jargon médical ou technique doit si possible être évité. À défaut, la signification des termes techniques doit être donnée entre parenthèses. (Allnutt & Chaplow, 2000 ; Protocole d'Istanbul, § 162).

« [...] Le médecin ne devrait pas tenir pour acquis que tous les éléments matériels pertinents ont été communiqués par le fonctionnaire qui a réclamé l'évaluation médico-légale. C'est au médecin qu'il incombe de recueillir ces éléments et d'en rendre compte, même si certains d'entre eux peuvent être jugés hors de propos, voire contraires à ses intérêts, par la partie qui a réclamé l'examen. Les éléments qui corroborent la torture et autres mauvais traitements ne devraient en aucune circonstance être écartés du rapport » (§ 162).

I. QUI PEUT DEMANDER UNE ÉVALUATION MÉDICALE EN CAS D'ALLÉGATIONS DE TORTURE ?

Dans certains pays, on rencontre souvent deux pratiques inappropriées en ce qui concerne les demandes d'examen médical :

- L'évaluation médicale est généralement demandée par les fonctionnaires chargés de l'application de la loi.
- La requête exprimée par la victime présumée ou ses avocats n'est pas prise en considération et se voit refusée.

Il est pourtant souligné dans le Protocole d'Istanbul que :

- Les demandes d'examen médical formulées par des fonctionnaires chargés de l'application de la loi seront réputées invalides si elles ne sont pas étayées par

une requête écrite du représentant du ministère public.

- L'examen médico-légal d'un détenu devrait être effectué sur la base d'une demande officielle écrite présentée par le ministère public ou autre autorité compétente.
- Le détenu lui-même, son avocat ou sa famille, a toutefois le droit de réclamer un examen médical en vue d'établir la preuve de la torture ou autres mauvais traitements.
- Les détenus ont le droit de bénéficier d'un deuxième examen ou d'un contre-examen effectué par un médecin qualifié pendant et après la période d'internement.

(Voir § 123 du Protocole d'Istanbul.)

II. QUI PEUT OBTENIR LE RAPPORT MÉDICAL ?

« Le rapport doit être confidentiel et communiqué à l'intéressé ou au représentant qu'il a désigné. Il faut demander à l'intéressé ou à son représentant ce qu'il pense du processus d'examen et rendre compte de cette opinion dans le rapport.[...] Le rapport ne doit être communiqué à aucune autre personne, sauf avec le consentement de l'intéressé ou l'autorisation d'un tribunal habilité à cet effet » (Principe d'Istanbul 6, c).

« Le rapport devrait être transmis directement à l'instance qui a demandé l'examen, en général le ministère public. Lorsqu'un détenu ou son représentant légal réclame un rapport médical, celui-ci devra lui être communiqué. Le médecin qui a procédé à l'examen conservera une copie de son rapport. [...] Les rapports médicaux ne devraient en aucune circonstance être communiqués à des fonctionnaires chargés de l'application de la loi. [...] » (Protocole d'Istanbul, § 126).

III. QUE DOIT INCLURE LE RAPPORT SUR L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE ?

Le rapport d'une évaluation psychologique devrait inclure les sections suivantes, avec le plus de détails possible :

Informations générales

(Annexe IV-Section 1 du Protocole d'Istanbul)

(Voir également §§ 123-126 du Protocole d'Istanbul)

- Date exacte, heure et durée de l'entretien/évaluation
- Nom et identité du sujet
- Description des caractéristiques physiques visibles (ex : taille, poids, couleur des yeux et des cheveux, cicatrices visibles, âge)
- Lieu, nature, adresse de l'institution où se déroule l'entretien/évaluation
- Contexte de l'entretien et contenu de la requête : identité de la personne ayant informé l'autorité et de la personne ayant demandé l'entretien (nom, fonction et titre de la personne/autorité/institution requérante).

Conditions et circonstances de l'entretien/évaluation

- Nom, fonction et titre des personnes accompagnant le patient
- Conditions de (et/ou restriction sur) l'intimité à tout moment au cours de l'entretien/évaluation ; nom, fonction et titre des personnes assistant à l'entretien et/ou à l'évaluation psychologique, le cas échéant
- Circonstances du patient au moment de l'entretien/évaluation (éventuelles restrictions imposées à l'arrivée ou pendant l'examen, attitude des personnes accompagnant le détenu ou déclarations

ou comportement menaçants à l'égard du patient)

- Circonstances de l'entretien/évaluation (conditions inappropriées de la salle, menaces, oppression envers l'examineur, intervention de tierces personnes, restriction de temps, difficultés et/ou obstacles au cours de l'entretien/évaluation).

Consentement en connaissance de cause

(l'absence de consentement doit être justifiée par des éléments appropriés)

Examineur/Clinicien

Nom, titre, fonction et qualification du clinicien chargé de l'entretien/évaluation.

Profil du sujet

(Annexe IV-Section 4 du Protocole d'Istanbul)

(Voir également § 136, § 279 du Protocole d'Istanbul)

- Informations générales (âge, métier, études, situation familiale, etc.)
- Antécédents médicaux
- Examens médicaux antérieurs basés sur des allégations de torture et mauvais traitements
- Profil psychosocial avant la détention.

Allégations de torture et autres mauvais traitements

(Annexe IV-Section V du Protocole d'Istanbul)

(Voir également chapitre IV sections E, F et G et § 276 du Protocole d'Istanbul)

- Compte-rendu détaillé des renseignements fournis par le sujet durant l'entretien, y compris la forme des actes de torture ou autres mauvais traitements, le moment où ceux-ci auraient été infligés
- Description résumée de la détention et des sévices, circonstances de l'arrestation et de la détention, lieux de détention (chronologie, transferts, conditions de détention), récit des séances de torture (avec tous les détails, pour chaque lieu de détention), examen des méthodes de torture.

Antécédents médicaux, douleurs, symptômes et observations physiques

(Voir chapitre V sections B, C, D et E et § 281 du Protocole d'Istanbul)

Profil/examen psychologique

Les éléments suivants de l'évaluation psychologique devraient être détaillés dans le rapport final :

- Méthodes d'évaluation
- État psychologique actuel (Pour plus d'informations, voir §§ 240-249 ; § 277, §§ 234-236 ; § 254 du Protocole d'Istanbul)
- Profil psychologique après la torture (§ 278)
- Profil psychologique avant la torture (§ 279, § 136)
- Antécédents psychologiques/psychiatriques (§ 282)
- Usage et abus de substances toxiques (§ 283)
- Examen de l'état mental (§ 284)
- Évaluation des fonctions sociales (§ 285)
- Tests psychologiques, neuropsychologiques, etc. (Voir § 286, §§ 293-298 et chapitre VI, section C1 du Protocole d'Istanbul pour les indications et les limites).

Consultations

(Annexe IV, section 11) (le cas échéant)

Interprétation des observations – impressions cliniques

(Annexe IV, section XII)

Les impressions doivent être formulées conformément aux informations fournies dans le Protocole d'Istanbul (voir §§ 142-144, §§ 157-160, § 236, § 253, § 255, § 277 et §§ 287-290) et résumées dans le chapitre « Interprétation des observations – impressions cliniques », Partie E de ce guide.

Le rapport d'évaluation devrait :

- Établir le degré de cohérence des observations psychologiques avec les sévices allégués, en fournissant des détails et des explications
- Déterminer si les symptômes observés constituent des réactions prévisibles ou typiques d'un stress extrême dans le contexte culturel et social du sujet
- Indiquer la chronologie et l'évolution des troubles mentaux liés au traumatisme (situation dans le temps par rapport aux événements, stade de guérison)
- Identifier les éventuels facteurs de stress concomitants (persistance de la persécution, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social, par exemple) et leur impact potentiel
- Mentionner les problèmes physiques qui pourraient contribuer au tableau clinique, notamment les possibles lésions de la tête subies lors de la torture et/ou de la détention

(Voir Annexe IV, section XII.2 du Protocole d'Istanbul)

(Pour plus d'informations, voir également Chapitre IV, sections A, B, G et L ; Chapitre VI, section C.3 (k) ; § 162, § 236, § 253, § 255, § 277, § 289, § 20 du Protocole d'Istanbul).

Conclusions et recommandations

Doivent inclure les éléments suivants (Annexe IV, section 13)

- Formuler une opinion sur le degré de cohérence de tous les éléments de preuve avec les sévices allégués.
- Rappeler les symptômes et/ou infirmités qui continuent d'affecter le patient par suite des sévices allégués.
- Signaler les examens complémentaires et/ou traitements jugés nécessaires.

Signature

- Signature du clinicien, date et lieu.

Annexes

(Voir également Chapitre VI, section C.3 et section C.4 (b) du Protocole d'Istanbul.)

RÉFÉRENCES

- Allden, K., Poole, C., Chantavanich, S., Ohmar, K., Aung, N. N., & Mollica, R. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: Trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health* 86(11), 1561-1569.
- Allden, K. (2002). The psychological consequences of torture. In: V. Iacopino & M. Peel, (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 117-132). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Alnutt, S. H., & Chaplow, D. (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6), 980-987.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. Washington, DC.: APA.
- Becker, D. (1995). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: E. J. Kleber, R. F. Charles & B. P. R. Gerson (Eds.), *Beyond trauma-cultural and societal dynamics* (pp. 99-110). New York: Plenum Press.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001a). The health of survivors of torture and organised violence: Asylum seekers and refugees in Britain. Part 3. *British Medical Journal* 322 (7286), 606-609.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001b). What brings asylum seekers to the United Kingdom?: Asylum seekers and refugees in Britain. Part 1. *British Medical Journal* 322 (7284), 485-488.
- Bustos, E. (1990). Dealing with the unbearable: Reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture. In: P. Suedfeld P (Ed.), *Psychology and torture* (pp. 143-163). New York: Hemisphere Publishing.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(1), 51-57.
- Ehrenreich, J. H. (2003). Understanding PTSD: Forgetting 'trauma'. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1), 15-28.
- Fischer, G., & Gurriss, N. F. (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: W. Senf & M. Broda (Eds.), *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fornari, V. M., & Pelcovitz, D. (1999). Identity problem and borderline disorders. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2922-2932). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Friedman, M., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207-227). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Genefke, I. & Vesti, P. (1998). Diagnosis of governmental torture. In J.M. Jaranson & M. K. Popkin (Eds.), *Caring for victims of torture* (pp. 43-59). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Giffard, C. (2000). *The torture reporting handbook: How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights*. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
- Giffard, C., & Thompson, K. (2002). *Reporting killings as human rights violations handbook*. Colchester: University of Essex Human Rights Centre.
- Gurr, R., & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation: A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture* 11(Suppl.1).
- Gurriss, N. F., & Wenk-Ansohn, M. (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: A. Maercker (Ed.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (pp. 275-308). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Haenel, F. (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I): A case study. *Torture* 11(1), 9-11.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Holtan, N. R. (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care. In: J. M. Jaranson & M. K. Popkin (Eds.), *Caring for victims of torture* (pp. 107-113). Wash-

- ington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Iacopino, V. (2002). History taking. In: V. Iacopino & M. Peel (Eds.), *The medical documentation of torture* (101-115). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009a). *L'examen médical physique des victimes de torture présumées: Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des médecins*. Copenhagen: IRCT.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009b). *Action contre la torture: Guide pratique du Protocole d'Istanbul – à l'intention des avocats*. Deuxième édition. Copenhagen: IRCT.
- Jacobs, U. (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: The role of psychological evidence. *Torture* 10(3), 68-71.
- Jacobs, U., Evans III, F. B., & Patsalides, B. (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4), 100-102.
- Jaranson, J. M., Kinzie, J. D., Friedman, M., Ortiz, D., Friedman, M. J., Southwick, S. et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: E. Gerrity, T. M. Keane & F. Tuma (Eds.), *The mental health consequences of torture* (pp. 249-275). New York: Kluwer Academic.
- Kagee, A. (2005). Symptoms of distress and post-traumatic stress among South African former political detainees. *Ethnicity & Health* 10(2), 169-179.
- Kira, I. A. (2002). Torture assessment and treatment: The wraparound approach. *Traumatology* 8(2), 61-90.
- Kordon, D. R., Edelman, L., Lagos, D. M., Nicoletti, E., Bozollo, R. C., & Kandel, E. (1988). Torture in Argentina. In: D. R. Kordon & L. I. Edelman (Eds.), *Psychological effects of political repression* (pp. 95-107). Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen.
- Lira Kornfeld, E. (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 115-132). New York: Plenum Press.
- Mayou et al. (2002). Post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and therapy* 40(6), 665-75.
- McFarlane, A. C. (1995). The severity of the trauma: Issues about its role in posttraumatic stress disorder. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 31-54). New York: Plenum Press.
- McFarlane, A. C. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and the society* (pp. 154-182). New York: The Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155-181). New York: Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6), 940-953.
- Moisander, P.A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequel: A comparison between victims from six countries. *Forensic Science International* 137 (2-3), 133-140.
- Mollica, R. F., & Caspi-Yavin, Y. (1992). Overview: The assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 253-274). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mollica, R. F., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. et al. (1993). The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *Journal of the American Medical Association* 270(5), 581-586.
- Peel, M., Lubell, N. & Beynon, J. (2005). *Medical Investigation and documentation of torture: A handbook for health professionals*. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
- Peel, M., Hinshelwood, G., & Forrest, D. (2000).

- The physical and psychological findings following the late examination of victims of torture. *Torture* 10(1), 12-15.
- Reyes, H. (2002) Visits to prisoners and documentation of torture. In: V. Iacopino & M. Peel (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 77-101). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Sadock, B. J. (2005). Psychiatric report, medical record and medical error. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 834-847). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shapiro, D. (2003). The tortured, not the torturers are ashamed. *Social Research* 70(4), 1131-48.
- Simpson, M. A. (1995). What went wrong?: Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 187-212). New York: Plenum Press.
- Sironi, F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 13, 67-88.
- Smith, B., Agger, I., Danieli, Y., & Weisaeth, L. (1996). Health activities across traumatized populations: Emotional responses of international humanitarian aid workers. In: Y. Danieli, N. S. Rodley & L. Weisaeth (Eds.), *International responses to traumatic stress* (pp. 397-423). New York: Baywood Publishing Company.
- Somnier, F., Vesti, P., Kastrup, M., & Genefke, I. (1992). Psychosocial consequences of torture: Current knowledge and evidence. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 56-72). Cambridge: Cambridge University Press.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation* 2(4), 79-116.
- Summerfield, D. (1995). Addressing human response to war and atrocity: Major challenges in research and practices and the limitations of Western psychiatric models. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.) *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 17-30). New York: Plenum Press.
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: A brief overview. *British Medical Journal* 321(7255), 232-235.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 322(7278), 95-98.
- Trujillo, M. (1999). Cultural psychiatry. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 492-500). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, S., & Gorst-Unsworth, C. (1993). Psychological sequela of torture. In: J. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The international handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 703-713). New York: Plenum Press.
- Turner, S. E., Yüksel, S., & Silove, D. (2003). Survivors of mass violence and torture. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank et al., (Eds.), *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy* (pp. 185-211). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Vesti, P., Somnier, F., & Kastrup, M. (1996a). *Psychological reactions of victims during torture. Medical ethics, torture & rehabilitation*, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- Vesti, P., Somnier, F., & Kastrup, M. (1996b). *Psychological after-effects of torture. Medical ethics, torture & rehabilitation*, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress* 8 (4): 505-525.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 153(7 Suppl), 83-93.
- Varvin, S. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: Integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy* 52(1), 64-71.

- Wenzel, T. (2002). Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry* 15 (6), 611-615.
- Wenzel, T., Griengl, H., Stompe, T., Mirzai, S., & Kieffer, W. (2000). Psychological disorders in survivors of torture: Exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology* 33(6): 292-296.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12), 1705-1713.

OUVRAGES ET DIRECTIVES

- American Psychiatric Association (APA) (2004). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder" (www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf)
- American Psychiatric Association (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)-IVth edition" American Psychiatric Publishing, Inc.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) (2007). "Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder" (http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/mh13.pdf)
- Giffard, C. (2000). "The Torture Reporting Handbook" Human Rights Center-University of Essex (Available online in English, Arabic, Chinese, French, Portugese, Russian, Spanish, Turkish) (<http://www.essex.ac.uk/torture-handbook/>)
- Iacopino, V., Aldeen, K., & Keller, A. (2001). Examining asylum seekers: A health professional's guide to medical and psychological evaluations of torture. Boston: Physicians for Human Rights (<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/examining-asylum-seekers-a.pdf>)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE), (2005). "Post-traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care". National Clinical Practice Guideline Number 26, Gaskell and the British Psychological Society, London (<http://www.nice.org.uk/pdf/CG-026NICEguideline.pdf>)
- Peel, M., Iacopino, V. (Eds.) (2002). "The Medical Documentation of Torture". London: Greenwich Medical Media
- Peel, M. (Ed.), (2004). "Rape as a method of torture". Medical Foundation for the care of victims of torture (http://www.torturecare.org.uk/files/rape_singles2.pdf)
- Peel, M., Lubell, N., & Beynon, J. (2005). "Medical investigation and documentation of torture: A handbook for health professionals". University of Essex, Human Rights Centre (<http://www.fco.gov.uk/Files/KFile/MidHb.pdf>)
- World Health Organization (WHO) (2007). "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, Version for 2007" (<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

International Rehabilitation Council for Torture Victims

Le Conseil international pour la réhabilitation des victimes de la torture (IRCT dans son acronyme en anglais) est une organisation médicale internationale indépendante qui promeut et soutient la réhabilitation des survivants de torture et travaille à la prévention de la torture dans le monde. L'IRCT collabore avec des centres et des programmes de réhabilitation partout dans le monde qui sont engagés à éradiquer la torture et à assister les survivants de la torture et leur famille.

L'IRCT travaille pour un monde sans torture. En particulier, l'IRCT :

- met l'accent sur les besoins en matière de réhabilitation et encourage le soutien aux survivants,
- promeut l'installation de services de réhabilitation dans le monde,
- travaille à la prévention de la torture,
- lutte contre l'impunité des auteurs de torture et travaille à assurer les droits des victimes de la torture,
- documente les cas de torture et rassemble les résultats des recherches liées à la torture,
- travaille à augmenter le financement des centres, programmes et projets de réhabilitation dans le monde.

Reconnu internationalement pour son travail, l'IRCT bénéficie d'un statut consultatif auprès du Conseil Economique et Social des Nations Unies et du Département de l'Information Publique des Nations Unies, et un statut d'observateur auprès du Conseil de l'Europe et de la Commission Africaine des Droits de l'homme et des peuples.

Le réseau d'IRCT comprend actuellement 142 centres et programmes membres dans 73 pays et territoires à travers le monde, fournissant soutien et espoir aux survivants de la torture, et agissant comme un symbole du triomphe sur la terreur de la torture.

IRCT | Borgergade 13 | B.P. 9049 | 1022 Copenhague K | Danemark
Tél: +45 33 76 06 00 | Fax: +45 33 76 05 00 | irct@irct.org | www.irct.org

ISBN 978-87-88882-58-2 (livre de poche)

ISBN 978-87-88882-59-9 (PDF)

