

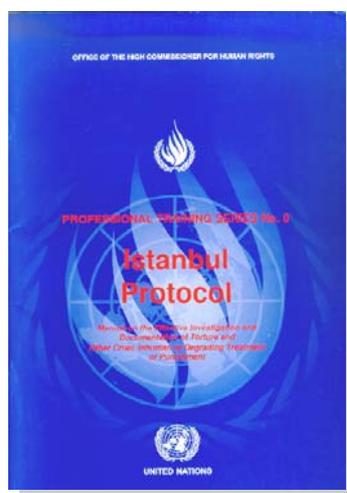
Documents de Référence

Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales pour l'investigation et la Documentation de la Torture

LES PREUVES PSYCHOLOGIQUES SUR LA TORTURE

Guide Pratique du Protocole d'Istanbul
- à l'attention des psychologues

2004



Ce guide a été développé par la Fondation des Droits de l'Homme de Turquie (HRFT), faisant partie du Projet de mise en œuvre le Protocole d'Istanbul, initié par les Physicians for Human Rights USA (PHR USA), la Fondation des Droits de l'Homme de Turquie (HRFT), l'Association Médicale Mondiale (AMM) et le Conseil International pour la Réhabilitation des Victimes de la Torture (IRCT)



© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)
Borgergade 13
P.O. Box 9049
DK-1022 Copenhagen K
DENMARK
Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
E-mail: irct@irct.org
<http://www.irct.org>

ISBN 87-88882-88-8

Le Protocole d'Istanbul: Lignes directrices internationales
pour l'investigation et la Documentation de la Torture

LES PREUVES PSYCHOLOGIQUES SUR LA TORTURE

Guide Pratique du Protocole d'Istanbul
- à l'attention des psychologues

Turkcan Baykal, MD, MSc

Caroline Schlar, Psychologue Clinique

Emre Kapkin, MD, Psychiatre et Psychothérapeute

Pour plus d'informations sur ce guide, veuillez contacter HRFT à :

HRFT Headquarters
Menekse 2 Sokak No: 16/5
06440 Kızılay/Ankara
TURKEY

Tel: +90 312 417 71 80
Fax: +90 312 425 45 52
E-mail: tihv@tr.net
<http://www.tihv.org.tr>

MATERIAUX DE REFERENCE POUR L'UTILISATION DU PROTOCOLE D'ISTANBUL: DIRECTIVES INTERNATIONALES POUR LES INVESTIGATIONS ET LA DOCUMENTATION DE LA TORTURE

Le protocole d'Istanbul est le premier ensemble de directives internationales pour les investigations et la documentation de la torture. Le protocole fournit les directives complètes et pratiques pour l'évaluation des personnes qui allèguent la torture et mal traitement, pour investiguer des cas allégués de torture, et pour rapporter les résultats aux autorités pertinentes. Initié et coordonné par Physicians for Human Rights USA (PHR USA) et Action for Torture Survivors and the Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), le protocole a été développé pendant trois années avec la participation de plus de 40 organisations, comme le Conseil International pour la Réhabilitation des Victimes de la Torture (IRCT) et l'Association Médicale Mondiale (AMM).

Avec le soutien généreux de l'Union Européenne, le « Projet d'Implémentation du Protocole d'Istanbul » se tenait lieu entre mars 2003 et mars 2005 pour augmenter la conscience publique, l'approbation nationale et l'exécution réelle du Protocole en cinq pays visés : la Géorgie, le Mexique, le Maroc, le Sri Lanka, et l'Uganda.

Les matériaux de ressources présentés ici ont été développés comme une source de référence pour les professionnels légaux et de la santé pendant ces entraînements qui faisaient partie du projet. Les matériaux ont été largement distribués aux 250 professionnels individuels de la santé et 125 avocats qui participaient dans les entraînements et ils étaient distribués aux institutions pertinentes et agences gouvernementales dans les cinq pays. Il est espéré que ces matériaux donnent la perspicacité et créent synergie entre les deux professions dans un effort joint pour combattre la torture.

SOMMAIRE

LES PREUVES PSYCHOLOGIQUES SUR LA TORTURE	1
LES OBJECTIFS DE CE MANUEL.....	1
PARTIE 1 : CONSIDERATION GENERALES	2
LE ROLE CENTRAL DE L’EVALUATION PSYCHOLOGIQUE.....	2
1.1 Pourquoi l’évaluation psychologique est-elle essentielle lors de l’investigation sur des allégations de torture ?.....	2
1.2 Quels sont les objectifs de l’évaluation psychologique lors de l’enquête sur des allégations de torture ?.....	3
1.3 Quelle est le but de la torture ?	4
PARTIE 2 : REMARQUES PRELIMINAIRES	8
2.1 L’importance de l’arrière plan culturel dans l’évaluation psychologique.....	8
2.2 Pourquoi le contexte dans lequel s’effectue l’évaluation psychologique est-il si important ?	9
2.3 Considérations liées à la terminologie.....	10
2.4 Quels sont les processus psychologiques activés par la torture ?.....	11
2.5 Quels sont les facteurs en relation avec l’apparence des symptômes dus à la torture ?	12
PARTIE 3 : CONSIDERATIONS CONCERNANT L’ENTRETIEN ET LE PROCESSUS D’ENTRETIEN.....	15
3.1 Comment collecter des informations suffisantes et appropriées durant le processus d’entretien sans exposer la personne examinée à un risque légal et médical ?	15
3.2 Comment devrait se dérouler l’entretien ? (Recommandations à considérer pour un meilleur déroulement de l’entretien)	18
3.3 Quelles sont les réactions potentielles de transfert et de contre-transfert qui peuvent être rencontrées ?	20
PARTIE 4 : CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE	22
4.1 Quels sont les symptômes couramment perçus comme conséquence de la torture ?.....	22
4.2 Quels sont les catégories les plus courantes des désordres mentaux liés à la torture/traumatisme.....	28
4.3 Quelles sont les autres catégories de diagnostics courants ?	31
4.4 Quels sont les éléments de l’évaluation psychologique /psychiatrique ?.....	34
PARTIE 5 : EVALUATION ET INTERPRETATION DES RESULTAS –IMPRESSION CLINIQUE	40
5.1 Comment interpréter les résultats psychologiques et formuler une impression clinique ?	40
5.2 Est-ce que l’absence de psychopathologies susceptibles d’être diagnostiquées signifie que la personne n’a pas été torturée ? Comment devront être interprétés les résultats dans ce cas ?	41
5.3 Quel genre de facteurs peuvent produire des difficultés lors de l’obtention et de l’évaluation du récit ?	42
5.4 Comment agir faces aux incohérences dans le récit d’une personne ?.....	44
5.5 Etablissement du rapport.....	45
REFERENCES	49

LES PREUVES PSYCHOLOGIQUES SUR LA TORTURE

LES OBJECTIFS DE CE MANUEL

La présente partie du manuel de formation propose des considérations complémentaires et des écrits récents sur les diverses questions traitées dans la section concernant la psychologie dans le Protocole d'Istanbul.

Parmi les objectifs, il y a celui de traiter, à la lumière du Protocole d'Istanbul, les points saillants et les questions fréquemment soulevées, mais également de mettre en évidence les situations critiques que le praticien peut rencontrer lorsqu'il effectue une évaluation psychologique des allégations de torture.

A travers des questions spécifiques, en relation avec les effets psychologiques de la torture, il est montré comment le Protocole d'Istanbul est devenu un outil pratique lorsqu'il est employé dans le processus de documentation de l'expérience présumée de torture et de ses conséquences éventuelles sur le côté psychologique.

La première partie de cette section traite de certaines questions liées à l'impact psychologique de la torture sur les individus. Alors que la seconde partie propose de discuter les pratiques recommandées dans le Protocole d'Istanbul lors de l'évaluation psychologique des allégations de torture.

PARTIE 1 : CONSIDERATION GENERALES

LE ROLE CENTRAL DE L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE.

1.1 Pourquoi l'évaluation psychologique est-elle essentielle lors de l'investigation sur des allégations de torture ?

A travers des années d'investigations systématiques sur la torture, il est devenu évident que les méthodes avancées de détection et de recherche de preuves sur la torture physique ont rendu les méthodes de torture de plus en plus sophistiquées afin de ne pas laisser des indices visibles sur les corps des victimes. En particulier dans les situations où l'opinion publique est concernée, la variété des méthodes qui ne laissent pas de marques physiques ou de cicatrices permanentes est très étendue.

Les paragraphes suivants tirés du Protocole d'Istanbul décrivent l'intention des tortionnaires à ne pas laisser de signes physiques :

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

158 – Par ailleurs, il importe de ne pas oublier que les tortionnaires tentent parfois de masquer leurs actes. Ainsi, afin d'éviter les marques physiques que peuvent produire les coups, (...) dans le cas de la falanga (...), l'impact des coups. Les tortures par étirement, écrasement ou asphyxie sont d'autres méthodes destinées à causer un maximum de douleur et de souffrance pour un minimum de traces.

160 – Toutefois, l'absence de telles preuves ne devrait pas être invoquée pour nier la torture, car de nombreuses formes de sévices ne laissent pas de traces et encore moins de cicatrices permanentes.

260 – Compte tenu de la fréquence très importante des symptômes psychologiques chez les victimes de la torture, toute enquête sur des allégations de torture devrait inclure une évaluation psychologique.

A cet égard, il y a lieu de citer la recherche de Finn Somnier. Cette recherche a montré que les séquelles psychologiques de la torture sont plus présentes et gênantes qu'une incapacité physique éventuelle, car la plupart des symptômes et signes physiques de la torture disparaissent très rapidement ; alors que plusieurs aspects du fonctionnement psychologique peuvent subir des dommages de longue durée (Somnier et al, 1992).

D'autres professionnels de la santé mentale, spécialisés dans les effets psychologiques de la torture, ont abouti à des résultats similaires dans leurs travaux sur des survivants de la torture. Gurr et Quiroga (2001) affirment qu'à l'inverse des effets physiques de la torture, les symptômes psychologiques sont plus persistants et gênants qu'une incapacité physique. Si elles sont laissées sans traitement, les victimes peuvent encore souffrir d'anxiété, panique, irritabilité, rage, insomnie, cauchemars, difficultés de mémoire, manque d'initiative, apathie, retrait social, impuissance, perte affective et flash-back de l'événement traumatisant même après plusieurs mois ou années après la torture (Somnier et al, 1992; Gurr & Quiroga, 2001).

Toutes les discussions internationales sur la torture reconnaissent que la souffrance mentale est souvent infligée de manière délibérée par les tortionnaires (Allden, 2002). En outre, le fait de ne pas laisser de cicatrices physiques permanentes par les tortionnaires rend service à leur cause et rend, à l'opposée, plus difficile le travail des militants travaillant dans le domaine des droits de l'Homme (Jacobs, 2000).

En d'autres termes, les diverses méthodes de torture représentent une grave atteinte à l'ossature psychologique d'une personne. A cet égard et dans le but d'obtenir la meilleure idée possible sur la situation, il est hautement recommandé d'inclure une évaluation psychologique lors d'une enquête sur des allégations de torture. Comme disent Kordon et al (1988) : « l'un des objectifs principaux de la torture est de détruire l'intégrité psychologique et sociale de la victime et tous les genres de torture comprennent inévitablement un processus psychologique ».

1.2 Quels sont les objectifs de l'évaluation psychologique lors de l'enquête sur des allégations de torture ?

260 – Les évaluations psychologiques sont très utiles également dans le cadre des enquêtes relatives aux droits de l'homme, des examens médico-légaux et des demandes d'asile politique ainsi que pour déterminer les conditions dans lesquelles ont été obtenus des aveux ; elles font progresser la connaissance sur les pratiques régionales dans le domaine de la torture et aident à établir les besoins thérapeutiques des victimes.

Il est toujours important de considérer les objectifs de l'évaluation psychologique étant donné qu'ils vont définir le niveau de confidentialité auquel l'expert doit se

conformer. Si l'évaluation psychologique est nécessaire ou requise dans le contexte d'une procédure judiciaire, la personne à soumettre à l'examen doit être consciente que cela implique la levée du secret médical.

Si la procédure judiciaire aboutit à un procès ou à des auditions, l'expert qui a effectué l'évaluation psychologique peut être cité à comparaître comme témoin.

260 – 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.

Selon le contexte et le pays où se déroule l'évaluation psychologique, différents niveaux de cohérence – par exemple, faible, adéquate, haute, proche d'une certaine probabilité – peuvent être requis.

Cependant, dans quelques pays, on attend de l'expert de déterminer clairement si la personne a été ou non soumise à la torture. Dans le cas où il ou elle n'exprime pas une position claire, le principe du doute toujours interprété en faveur du suspect pourrait être appliqué et par conséquent, il y a un risque d'impunité des coupables.

1.3 Quelle est le but de la torture ?

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

La torture est un processus dynamique qui commence au moment de l'arrestation ou de la privation de liberté. Elle comprend une ou plusieurs séquences d'événements traumatisants qui peuvent avoir lieu à divers moments et places et se termine par la libération ou le décès de la victime (*Somnier, 1992*). Cette succession d'événements peut recommencer dans un court laps de temps sans laisser de temps à l'individu pour se rétablir.

Partant de l'hypothèse que la torture vise à porter atteinte à l'estime que la personne a pour elle-même et sa personnalité, à détruire la confiance des êtres humains et à terroriser la population (*Gurr & Quiroga, 2001*), les effets de la torture peuvent être analysés sous différents angles. Cela dit, les effets potentiels de la torture comprennent des expériences traumatisantes cumulatives **au niveau individuel**, un traumatisme familial **au niveau de la famille** et un traumatisme communautaire **au niveau de la communauté**.

Du point de vue sociopolitique, les auteurs suivants suggèrent d'autres considérations à ajouter à ce thème :

Lira (1995) : D'une manière plus générale, le but de la torture est d'intimider les autres parties garantissant ainsi des réponses de peur, inhibition, paralysie, impotence et conformité au sein de la société. Les violations des droits de l'homme ne peuvent être regardées exclusivement en tant que cas isolés d'abus contre des individus. Leurs implications sont étendues car elles décrivent non seulement un système de réponse vis-à-vis d'un conflit, mais un climat général de menace politique, et mènent tous les deux à une atmosphère de peur chronique. A cet égard, la torture n'est pas seulement un problème politique, mais également un problème social, éthique, psychosocial et de santé mentale pour la société. L'enquête sur la torture signifie explorer les expériences qui affectent toute une population, non seulement en tant qu'individus eux-même, mais également en tant qu'êtres sociaux dans un contexte social.

Summerfield (1995) : Le contexte de l'atrocité est souvent la destruction intentionnée des mondes économique, social et culturel des victimes.

Dans cet ordre d'idées, la torture peut causer un traumatisme à la communauté qui peut conduire à son tour à différentes formes de dysfonctionnement de la communauté. La torture peut terroriser la population et créer un ordre basé sur une menace imminente et omniprésente, la peur, la terreur et l'inhibition au lieu de l'autonomie et la liberté. Elle peut créer un environnement répressif qui se présente sous forme d'insécurité généralisée, terreur, absence de confiance et rupture des liens sociaux. La peur collective basée sur cette menace régnante d'être torturé a des effets de longue durée sous forme de comportement collectif. En outre, les recherches ont montré que la torture peut être transmise à travers les générations constituant ainsi un traumatisme historique (*Kira, 2002*).

En ce qui concerne **l'impact sur la famille**, la torture peut mener à des traumatismes familiaux qui peuvent causer différentes formes de dysfonctionnements et troubles dans le déroulement de la vie de la famille.

L'évaluation de la famille est l'une des pièces manquante dans la plupart des évaluations de la torture. Car l'évaluation des effets de la torture sur les dynamiques de la famille du survivant peut être importante dans l'évaluation de la torture. Cependant, les circonstances permettent rarement d'effectuer des investigations sur les dynamiques familiales en raison de questions de confidentialité, de contraintes de temps et de manque de compétences dans les méthodes d'approcher une famille.

Lorsqu'il s'agit de ce qui se passe **entre le tortionnaire et la personne soumise à la torture**, le but réel de la torture devient plus évident. Les considérations suivantes tirées d'ouvrages spécialisés sont proposées à la discussion en plus du Protocole d'Istanbul. Lorsque l'évaluation psychologique est effectuée sur le plan pratique, il serait peut être utile d'analyser les aspects suivants :

- la majorité des victimes de la torture n'ont pas d'informations utiles à divulguer, ce dont le tortionnaire est bien conscient.
- la torture est un traumatisme complexe qui consiste en différentes sortes de traumatismes qui sont infligés durant une ou des périodes spécifiques est qui sont liés par une totale non contrôlabilité, inéluctabilité et imprévisibilité du tortionnaire. La torture peut causer la défaite mentale, l'aliénation et un changement négatif perceptible et permanent (*Kira, 2002*).
- l'expert est confronté à une double tâche. Premièrement, il doit prendre en considération la causalité externe de la violence organisée de manière collective par quelques être humains contre d'autres êtres humains. Deuxièmement, il doit évaluer les effets psychologiques de ces causalités. Il s'agit donc d'évaluer l'interaction entre celui qui commet la violence et la personne qui la subit. (*Sironi, 1989*).

Enfin, il est important de rechercher ce que la torture produit sur l'être humain. Les techniques de torture, qui sont de plus en plus sophistiquées, sont inventées afin d'attaquer le corps et le cerveau de l'individu d'une manière systématique, dans l'intention de briser les limites de la personnalité. Le but de la torture n'est pas simplement d'infliger la peine et la souffrance, mais aussi de briser la volonté de la victime en ayant recours à des méthodes produisant la peine et la souffrance.

En tenant compte du fait que les effets physiques et psychologiques de la torture sont étroitement liés, la connaissance des méthodes utilisées par les tortionnaires facilite l'identification des répercussions internes. Il est vrai que l'individu exposé à la torture est réduit à une position d'extrême impuissance, de vulnérabilité, d'impotence, de menace constante et de détresse ce qui provoque la désintégration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales, en tant que conséquence immédiate à moyen ou long terme (*Fischer & Gurriss, 1996; Lira, 1995*).

La situation est accompagnée par des sentiments de confusion totale, d'impuissance et de perte du sens de contrôle de soi. Ces sentiments peuvent conduire à une compréhension altérée de soi-même, du système existentiel des significations et de la prévisibilité du monde (*Fischer & Gurriss, 1996; McFarlane, 1995*).

Par ailleurs, la torture vise à détruire la vie mentale interne et les relations sociales de ses victimes particulièrement à travers des moyens psychologiques. Le but de la torture est atteint à travers les conséquences psychologiques que celle-ci produit sur la victime elle-même et sur ceux qui deviennent craintifs de subir le même sort. (*Jacobs, 2000*).

Au début de l'arrestation, la démonstration de force par les tortionnaires (par exemple, le bandage des yeux, les coups portés à l'ensemble du corps) provoque un sentiment de vulnérabilité chez la personne détenue.

Les situations de torture ont un caractère extrême de menace et de peine, sont imprévisibles et produisent une grande peur de la mort. Elles provoquent des réactions immédiates de panique, de peur et de peine avec un très haut niveau d'excitation et, par la suite, de torpeur émotionnelle (*Gurriss & Wenk-Ansohn, 1997*).

La torture est un mécanisme complexe qui peut traumatiser le corps, l'autonomie et l'identité de l'individu, son sentiment de la réalité et son sens de sécurité et de survie. Elle a également un impact sur son attachement et ses liens ainsi que sur ses convictions et son système de signification envers lui-même et envers le monde (*Kira, 2002*).

PARTIE 2 : REMARQUES PRELIMINAIRES

2.1 L'importance de l'arrière plan culturel dans l'évaluation psychologique.

Dans le Protocole d'Istanbul ainsi que dans de nombreux articles spécialisés, l'importance cruciale du contexte culturel dans lequel se produit la torture a été mise en exergue à plusieurs occasions. En effet, les symptômes doivent être compris dans l'environnement dans lequel ils se manifestent et à travers la signification qu'ils représentent pour l'individu qui en souffre. (*Summerfield, 1995; Burnett & Peel, 2001a*).

Comme le dit Summerfield, chaque culture a ses propres croyances et traditions qui déterminent les normes et les cadres psychologiques pour la santé mentale (*Summerfield, 2000*).

235 – L'impact culturel, social et politique de la torture varie selon les individus et influe sur leur aptitude à évoquer et à décrire les faits. Divers facteurs jouent un rôle déterminant pour l'impact psychologique et social de la torture, lesquels doivent être pris en compte lors de l'évaluation d'un individu appartenant à une autre culture que l'examineur.

261 – Pour conduire un entretien et formuler une impression et des conclusions cliniques, l'évaluateur doit impérativement être familiarisé avec les syndromes spécifiques à la culture du patient ainsi qu'avec les modes idiomatiques d'expression des symptômes. Si l'évaluateur n'a qu'une connaissance limitée de la culture du patient, le concours d'un interprète est indispensable. Ce dernier devrait connaître non seulement la langue, mais aussi les coutumes, les pratiques religieuses et autres croyances du pays dont la victime est originaire.

A titre d'exemple, les gens qui ont subi la torture peuvent être des réfugiés, des demandeurs d'asile et des émigrants qui se trouvent loin de leur lieu d'origine. Si c'est le cas, ils ont des arrière plans culturels différents et peuvent avoir recours à des stratégies différentes pour faire face aux expériences douloureuses, en comparaison avec la population qui réside encore dans son propre contexte social.

Par voie de conséquence, lorsqu'il s'agit de faire l'évaluation psychologique d'une personne originaire d'un milieu culturel différent, il faut toujours prendre en considération que les gens ayant été soumis à un traumatisme extrême tendent à réagir selon la signification qu'il représente pour eux. L'expression de ces significations est une activité régie par les contextes social, culturel et souvent politique. Il n'y a pas de moyen facile pour prédire comment les victimes classent par

priorité leurs traumatismes personnels. A cet égard, l'expérience traumatisante et la recherche de la signification qu'elle déclenche doivent être comprises à la lumière de la relation entre l'individu et sa société, les résultats étant influencés par les forces culturelles, sociales et politiques (*Summerfield, 1995*).

Du point de vue des systèmes de diagnostic médical, certains praticiens remettent en cause la validité culturelle des approches de classification occidentales qui ignorent les traditions, systèmes de signification et priorités actives propres aux survivants (*Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Summerfield, 1995, Kira, 2002*).

239 – Dans la mesure du possible, le médecin ou psychologue chargé d'une évaluation devrait s'efforcer de rattacher les souffrances mentales aux croyances et à la culture du sujet. Cela comporte de respecter le contexte politique, culturel et religieux (...). Il est par ailleurs préférable d'adopter une attitude ouverte basée sur le dialogue et l'écoute du patient, plutôt que de s'empresse de diagnostiquer et classer. Dans l'idéal, le patient devrait avoir le sentiment que ses plaintes et souffrances sont reconnues comme réelles et parfaitement normales compte tenu des circonstances. Une attitude empathique contribuera à atténuer le sentiment d'aliénation souvent éprouvé par les victimes de la torture.

En outre, certains réfugiés font face au risque de diagnostics psychiatriques inappropriés en raison de l'ignorance des facteurs transculturels et de manque d'interprètes (*Summerfield, 2000*). Par exemple, plusieurs symboles peuvent être utilisés lorsqu'il s'agit de parler, dans un contexte culturel spécifique, des événements de la vie de quelqu'un, alors qu'un langage symbolique peut être considéré comme réel dans d'autres contextes culturels. Lorsqu'il y a défaut de sensibilité culturelle, la compréhension du lien entre la réalité et la fiction peut être réduite et cela peut mener à une mauvaise interprétation de la situation.

2.2 Pourquoi le contexte dans lequel s'effectue l'évaluation psychologique est-il si important ?

237 – Les évaluations s'inscrivent dans des contextes politiques variables, ce qui entraîne des différences notables dans la manière dont il convient de procéder.

238 – La décision de poser ou non certaines questions dépendra de la mesure dans laquelle la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Ainsi, un examen conduit dans une prison par un médecin visiteur et dont la durée est limitée à 15 minutes suivra par définition un cours très différent de celui d'un examen de médecine légale effectué dans un local privé et se prolongeant pendant plusieurs heures. Par ailleurs, on se heurtera inévitablement à certaines difficultés lorsqu'il s'agira de déterminer si tel ou tel symptôme psychologique ou comportemental est de

nature pathologique ou adaptative. Lorsque le sujet est examiné en détention ou dans tout autre contexte fortement menaçant ou oppressif.

L'évaluation de plusieurs symptômes peut s'avérer impossible en raison de certaines conditions de vie. A titre d'exemple, durant la détention, les symptômes d'évitement peuvent être difficiles à évaluer car ils peuvent représenter des stratégies de comportement pour se protéger. De même, hyper vigilance et comportement d'évitement peuvent être nécessaires pour des individus vivant dans des sociétés répressives (*Simpson, 1995*).

La diminution visible d'intérêt pour certaines activités importantes peut être difficile à démontrer en situation de détention où les activités « importantes » sont prohibées. Il est également difficile d'évaluer le « sentiment de détachement et d'aliénation par rapport aux autres » s'il s'agit d'une situation de détention solitaire ou d'isolement forcé (partiel ou total).

De telles situations présentent des difficultés dans l'évaluation et peuvent donner lieu à des erreurs dans les estimations des critères de diagnostic et conduire à une mauvaise évaluation de l'étendue de la pathologie post-traumatique qui se manifeste. Il est important d'avoir une approche flexible et exhaustive afin de ne pas générer des résultats négatifs faux (*Simpson, 1995*).

Par ailleurs, l'expert doit rechercher les meilleures conditions possibles lors de la réalisation de l'évaluation. Par exemple, la discrétion pendant les entrevues n'est pas uniquement nécessaire pour des raisons éthiques, mais également lorsqu'il s'agit de parler de questions sensibles qui sont gênantes pour la personne soumise à l'évaluation. D'une façon plus générale, les spécificités du lieu où se déroule l'évaluation déterminera si l'individu va développer ou non des sentiments de confiance et de sécurité. Si l'évaluation est effectuée sous des contraintes de temps, les informations recueillies et les résultats de l'entretien peuvent être limitées. (Pour plus d'informations, veuillez vous référer au Chapitre IV du Protocole d'Istanbul)

2.3 Considérations liées à la terminologie

Etant donné que les évaluations des allégations de torture ne sont pas nécessairement destinées uniquement aux professionnels de la santé spécialistes, le langage utilisé dans le rapport devrait être accessible à un public plus large.

Les termes torture physique ou torture psychologique sont fréquemment utilisés. Cependant, « la distinction entre torture physique et psychologique est artificielle. Ainsi, la torture sexuelle cause généralement des symptômes tant physiques que psychologiques, même s'il n'y a pas eu d'agression physique » (144).

Pour pouvoir comprendre les conséquences psychologiques de la torture comme mentionnées auparavant, il est important de tenir en compte les méthodes et les buts de la torture. L'un des objectifs principaux de la torture est de forcer l'intégrité psychologique de la victime pour s'adapter à une situation anormale, et par conséquent, toutes les formes de torture comprennent inévitablement un processus psychologique (*Kordon, at al. 1988*). A cet égard, les méthodes visant à infliger une souffrance physique doivent être considérées comme des moyens pour briser la résistance psychologique. Pour cette raison, la torture ne peut être séparée en deux catégories distinctes.

2.4 Quels sont les processus psychologiques activés par la torture ?

Dans la présente partie du manuel de formation, l'activation des processus psychologiques suscités par la torture sera exposée. Sans vouloir être exhaustif sur cette question, l'exposé jettera la lumière sur les aspects dynamiques et non statiques charriés par la torture indépendamment de la constitution de l'individu.

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

235 – Il convient de noter que toutes les victimes de torture ne développent pas de maladies mentales diagnostiquables. Cependant, la plupart éprouvent de profonds bouleversements émotionnels et psychologiques.

Dans une situation anormale où les chances de survie sont restreintes comme dans le cas de torture, chaque être humain fait appel à sa capacité d'adaptation afin de demeurer en vie et de sauvegarder son identité tant que possible (*Vesti, Somnier, Kastrup, 1996a and b*). L'adaptation psychologique imposée par les effets de la torture implique le changement d'une structure de personnalité stable vers une autre.

Il y a lieu de remarquer que les symptômes présentés peuvent changer avec le temps. Il y a souvent des réactions dissociatives qui éliminent les symptômes jusqu'à ce que les besoins immédiats de survie ou de réinstallation soient satisfaits et que la personne se sent assez en sûreté pour faire face à la réapparition des horreurs et autres émotions des souvenirs du traumatisme (*Gurr & Quiroga, 2001*).

Néanmoins, la présence de symptômes selon des classifications bien connues indique qu'il y a peut être une preuve psychologique sur la torture. Cependant, puisque la question principale ici est d'enquêter et établir les preuves psychologiques, il y a lieu

de garder en mémoire que plusieurs facteurs interviennent dans la présentation des symptômes.

2.5 Quels sont les facteurs en relation avec l'apparence des symptômes dus à la torture ?

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 (233).

C'est pourquoi on ne saurait affirmer que toutes les formes de torture entraînent les mêmes effets. Ainsi, les conséquences psychologiques d'un simulacre d'exécution ne sont pas les mêmes que celles de sévices sexuels, et l'isolement carcéral ne produit pas les mêmes effets que la torture physique. De même, les effets de la détention et de la torture ne sont pas nécessairement identiques chez un adulte et chez un enfant.

En effet, comme indiqué dans le Protocole d'Istanbul, la littérature spécialisée en matière des effets psychologiques de la torture est d'accord sur le fait que de nombreux aspects déterminent la réponse à la persécution systématique, à la torture ainsi qu'aux autres traumatismes graves.

Il faut noter qu'il y a une relation complexe entre l'agent stressant et les symptômes. La nature à multiples facettes des symptômes de la torture exige une évaluation profonde et multidimensionnelle. (*McFarlane, 1995*).

Malgré que les facteurs qui influencent les réponses psychologiques ne soient pas exactement connus, plusieurs dimensions peuvent avoir une signification dans l'évaluation des victimes (*Vesti, 1996 a+b; Summerfield, 2000; Van der Kolk et al, 1996; Somnier et al, 1992; Gurr & Quiroga, 2001; Ehrenreich, 2003, Yehuda & McFarlane, 1995*).

Parmi les facteurs on peut citer à titre d'exemple :

- La perception, l'interprétation et la signification de la torture pour la victime.
- Les individus réagissent aux traumatismes extrêmes, comme la torture, selon la signification qu'ils ont pour eux. L'expression de ces significations est une activité qui est régie aux niveaux social, culturel et politique (*Summerfield, 1995; Varvin, 1998*). Les réactions psychologiques au traumatisme sont étroitement liées à la signification psychologique du traumatisme pour la personne (*Turner et al., 2003, McFarlane, 1995; Mc Farlane & Yehuda, 1996*).

- Le contexte social avant, pendant et après la torture (tel que la communauté, les ressources, les valeurs et les attitudes communes vis-à-vis des expériences traumatisantes, le climat politique et culturel, les conditions traumatiques après la torture, l'exposition ultérieure à des agents stressants réactivants).

Un certain environnement culturel peut atténuer l'impact des événements traumatisants (*Ehrenreich, 2003*). Les facteurs culturels ont un rôle important à jouer dans la génération et la présentation des symptômes de torture et comment ils sont perçus et on réagit à eux. Il y a généralement unanimité sur le fait que les relations sociales de soutien, à la fois atténuent les effets des événements stressants et permettent de prévenir leur récurrence (*Kira, 2002*). Les études sur différents traumatismes, différentes cultures, différents sexes et différents groupes d'âge ont montré que l'expérience et/ou la perception du soutien social positif conduisent à des symptômes plus atténués durant le processus de rétablissement.

Les pertes et les changements dans la vie de l'individu durant la période ultérieure au traumatisme ont également un grand impact sur la réponse psychologique.

- La gravité et la durée des événements traumatisants, les circonstances et la nature de la torture.

Il est difficile d'établir une liste hiérarchique sur la gravité des atrocités sur l'individu et il est compliqué d'estimer objectivement le degré de gravité. L'humiliation, la menace contre les personnes bien aimées ou être témoin de la torture d'une autre personne peut avoir un effet plus accentué sur la victime que de souffrir de chocs électriques ou de la falanga. Il existe des citations contradictoires dans la littérature sur la relation entre la gravité du traumatisme et les conséquences.

Lors de l'évaluation des informations sur l'arrière plan, l'examineur doit se rappeler que la durée et la gravité des réponses au traumatisme sont affectées par de multiples facteurs qui interagissent entre eux.

- La phase de développement et l'âge de la victime.

D'une manière générale, il n'y a que quelques recherches empiriques réalisées au sujet des facteurs liés aux symptômes de la torture. Une étude effectuée dans un contexte plus général d'expériences traumatisantes a confirmé les investigations antérieures qui avaient montré l'existence d'une relation entre l'âge de celui qui subit le traumatisme, la nature de l'expérience traumatisante et la complexité du résultat clinique (*van der Kolk et al, 1996*).

Des variables personnelles, telles que l'arrière plan culturel et politique, les systèmes de croyance de l'individu, le sexe, la préparation au regard de l'anticipation de l'expérience de torture et les pertes durant et après la torture sont tous des facteurs qui peuvent influencer la gravité des symptômes.

En outre, l'affect, la cognition, les capacités d'agissement, les stratégies d'adaptation, la santé physique et les incapacités, les désordres psychologiques préexistants, la personnalité préexistante ou les vulnérabilités génétiques et biologiques doivent être tenus en compte. Dans tous les cas, des investigations unilatérales peuvent aboutir à l'exacerbation de certains facteurs isolés sans être capables de donner une image complète de la situation.

Plus récemment, certains auteurs ont commencé à aller plus loin vers le concept de résilience dans un contexte de traumatisme extrême. En effet, le concept de résilience offre une approche interactive qui permet une meilleure compréhension des dynamiques relatives aux facteurs externes comme par exemple, l'événement traumatisant, l'environnement social d'une personne et les facteurs inhérents à l'individu, à savoir, la psychologie personnelle, y compris les affects et cognitions, les capacités d'agissement et l'idéologie personnelle (*Gurr & Quiroga, 2001*).

PARTIE 3 : CONSIDERATIONS CONCERNANT L'ENTRETIEN ET LE PROCESSUS D'ENTRETIEN

L'entretien doit être structuré et conduit selon les directives définies dans « les considérations générales pour les entretiens » et « les garanties procédurales » dans le Protocole d'Istanbul. L'expert qui effectue l'évaluation psychologique doit se rappeler que toutes les garanties procédurales mentionnées dans le protocole d'Istanbul sont valables non seulement pour l'examen physique mais également pour l'évaluation psychologique, et doivent être tenues en compte durant tout le processus d'entretien.

L'établissement d'une relation effective et de confiance pendant l'entretien est une condition essentielle pour mener à bien l'évaluation psychologique. Si l'entretien n'est pas structuré selon ce qui précède, il serait plus difficile d'obtenir des informations appropriées. L'entretien devrait être mené en prêtant une attention spéciale aux aspects définis dans « considérations pour l'entretien ». Lorsqu'il n'est pas possible d'établir une relation effective et de confiance avec la personne examinée et d'obtenir un récit complet et adéquat, il serait probablement impossible de réaliser une bonne enquête psychologique sur la torture.

(Pour plus d'informations, veuillez consulter les Chapitre IV, Chapitre III section C.2, Chapitre V Section A et Chapitre VI Section C.2 dans le Protocole d'Istanbul).

3.1 Comment collecter des informations suffisantes et appropriées durant le processus d'entretien sans exposer la personne examinée à un risque légal et médical ?

Quelques dilemmes rencontrés pendant le processus d'entretien :

i) Risque de Re-traumatisation vis-à-vis de la nécessité d'obtenir des informations suffisantes et appropriées.

Le but premier de la documentation des allégations de torture est de créer un registre précis, fiable et détaillé des événements en tenant compte de la situation personnelle et de la condition psychologique de l'individu (Giffard, 2000).

Parmi les questions principales qu'il faut considérer lorsqu'on effectue une évaluation psychologique, il y a le besoin d'accorder une attention spéciale et d'éviter la re-traumatisation et de finir avec l'obtention de résultats insuffisants (Wenzel, 2002).

Le praticien doit maintenir un équilibre entre deux exigences importes qui doivent être complémentaires, mais qui peuvent quelques fois entrer en conflit : le besoin d'obtenir un rapport utile et l'importance de respecter les besoins de la personne soumise à l'entretien (*Giffard, 2000*).

En effet, il est d'une importance capitale d'avoir des informations suffisantes et appropriées dans l'évaluation des allégations de torture. La préparation d'un rapport sur la base de toutes les informations collectées est cruciale pour la documentation et la fourniture de preuves relatives aux plaintes de torture : cela comporte un avantage potentiel pour le plaignant et peut prévenir l'impunité des tortionnaires. Cependant, un rapport détaillé ne peut être préparé qu'au moyen d'un entretien approprié et exhaustif. Par conséquent, le clinicien doit tenter d'obtenir le plus de détails possibles (*Iacopino, 2002*).

148 – En dépit de toutes les précautions, les examens physiques et psychologiques, en sollicitant des souvenirs et impressions douloureux risquent de provoquer ou d'exacerber chez le sujet des troubles de stress post-traumatique.

134 – L'entretien doit être structuré afin de minimiser le risque de re-traumatisation du survivant de la torture. Plusieurs règles de base doivent être respectées. L'information est certes importante, mais la personne interrogée l'est plus encore.

Les examinateurs doivent manifester de la sensibilité dans leurs questions et faire attention aux signes de fatigue ou de détresse. Ils doivent être également conscients des sujets constituant des tabous culturels. Il n'y a pas uniquement le risque que l'entretien devienne déplaisant pour la personne examinée, mais il est aussi possible que le récit soit moins fiable si la personne est fatiguée ou gênée (*Giffard, 2000*).

148 – L'enquêteur doit s'efforcer de déterminer dans quelle mesure les objectifs de la procédure justifient son éventuelle insistance pour obtenir des détails, surtout lorsque la victime manifeste d'évidents signes de détresse pendant l'entretien.

En outre, il ne faut pas perdre de vue la possibilité que la personne soit toujours l'objet de persécutions ou autres formes d'oppression (263). Dans tous les processus d'évaluation médicale et psychologique, il est fondamental d'adopter le principe de base « *Primum non nocere* » (*Wenzel, 2002*).

(Voir les paragraphes 134, 148 et 263 dans le Protocole d'Istanbul).

ii) Etre objectif vis-à-vis d'être empathique

161 – Une évaluation médicale et psychologique à des fins légales doit être conduite avec objectivité et impartialité.

261 – Il n'est pas rare qu'un entretien suscite des réactions de peur et de méfiance chez la victime, par identification avec des interrogatoires antérieurs. Pour limiter les risques de re-traumatisation, il importe que le clinicien manifeste une certaine empathie avec l'expérience vécue par le sujet et avec son environnement culturel. La stricte « neutralité clinique » en usage dans certaines formes de psychothérapie n'est pas de mise dans un tel contexte. Plutôt que de se tenir sur la réserve, le clinicien doit s'efforcer de faire sentir au patient qu'il est non pas un juge, mais un allié.

262 – 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.

L'objectivité n'est pas en contradiction avec l'empathie, dans le sens où il est essentiel de maintenir les règles professionnelles et en même temps reconnaître la souffrance et la détresse (*Giffard, 2000*).

(Voir les paragraphes 161, 261 et 262 dans le Protocole d'Istanbul)

iii) La confidentialité vis-à-vis des obligations médico-légales

Le praticien qui effectue l'évaluation et qui prépare le rapport peut souvent faire face à une situation de conflit éthique liée à son rôle et ses responsabilités, sa mission et ses obligations morales.

Il y a un certain nombre de questions éthiques sur le plan pratique qui sont importantes et qui doivent être tenues en compte, y compris le rôle et les obligations, le consentement en connaissance de cause, les limites de la confidentialité et le respect de l'autonomie et de l'aspect privé (*Alnutt & Chaplow, 2000*).

Tous les codes d'éthique, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, mentionnent le secret professionnel comme principe fondamental. Des dilemmes peuvent se présenter en raison de dualité d'obligations lorsque des professionnels de la santé sont soumis à des pressions ou à l'obligation légale de communiquer des informations (paragraphe 64 voir également 70). D'une part, la confidentialité est un élément important pour l'instauration d'une relation de confiance et d'autre part, les circonstances qui nécessitent de réaliser une évaluation médicale ou psychologique peuvent exiger la levée du secret.

148 – C’est pourquoi 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 – du témoignage.

Les médecins et interprètes ont le devoir de garder confidentielles les informations recueillies et de ne les divulguer qu’avec l’accord du patient (164). Ce dernier doit être examiné en privé et doit être informé de toute restriction quant à la confidentialité de l’évaluation et de toutes obligations légales imposant de révéler les informations. Le médecin doit obtenir son consentement en connaissance de cause, ainsi que l’assurance qu’il donne son accord en toute liberté, sans y avoir été contraint par d’autres parties (164).

En d’autres termes, la clarification des limites de la confidentialité peut être perçue comme une partie du processus d’obtention du consentement (*Alnutt & Chaplow, 2000*).

263 – Le clinicien ne doit pas non plus perdre de vue les motifs qui sont à l’origine de l’évaluation psychologique, car ce sont eux qui déterminent le degré de confidentialité auquel il est tenu. Lorsqu’une évaluation de la crédibilité d’une victime présumée de la torture est requise dans le cadre d’une procédure judiciaire mise en œuvre par l’Etat ou en son nom, l’intéressé doit être informé que cela entraîne la levée du secret médical pour toutes les informations portées dans le rapport. Si, en revanche, la demande d’évaluation psychologique émane de la victime présumée, le secret médical sera respecté.

(Voir les paragraphes 64, 148, 164 et 263 dans le Protocole d’Istanbul)

(Pour davantage d’informations, veuillez vous référer aux paragraphes 62 – 72 dans le Protocole d’Istanbul)

3.2 Comment devrait se dérouler l’entretien ? (Recommandations à considérer pour un meilleur déroulement de l’entretien)

Au début de l’entretien, le clinicien doit présenter sa personne, son rôle et ses obligations, le but de l’entretien, les limites de la confidentialité, le contexte, le cadre et le processus de l’entretien (261).

262 – Le clinicien devrait expliquer en détail le déroulement de l’entretien (questions sur les antécédents psychosociaux, récit des tortures subies, état psychologique actuel) de façon à préparer le sujet aux réactions émotionnelles parfois pénibles que celui-ci pourra susciter.

Le patient doit avoir la latitude de faire des pauses, d'interrompre à tout instant l'entretien et de partir si le stress devient insupportable, avec la possibilité d'un rendez-vous ultérieur.

L'entretien doit commencer avec des questions d'ordre général afin d'encourager la personne examinée à collaborer. Sur la base des informations obtenues, des détails plus spécifiques doivent être recherchés, lorsque c'est possible. L'attitude de l'évaluateur, tout en étant attentif, amical et encourageant, doit garder une objectivité adéquate eu égard à la personne examinée et à sa situation.

Lorsque les circonstances le permettent, l'entretien doit être conçu selon les besoins de la personne examinée. Des épisodes courtes avec des pauses, commençant avec des sujets moins sensibles, puis devenant de plus en plus profonds, pour terminer l'entretien avec un thème relaxant pour s'assurer que l'excitation émotionnelle s'est dissipée.

134 – Si on ne fait que poser des questions, tout ce qu'on obtient en retour, ce sont des réponses. C'est pourquoi il convient de ménager du temps pour l'évocation de préoccupations personnelles.

132 – Les détenus doivent être examinés en privé. Aucun policier ni autre fonctionnaire chargé de l'application de la loi ne devrait être présent dans la salle d'examen.

L'évaluateur peut ne pas avoir beaucoup de contrôle sur le cadre dans lequel se déroule l'entretien, cependant quelques petits gestes de la part de l'évaluateur peuvent aider la personne examinée à se sentir plus confortable. Le praticien doit s'assurer de l'exploration de toutes les opportunités permettant d'instaurer un lieu d'entretien aussi confortable et privé que possible (*Giffard, 2000*). Et un temps suffisant doit être consacré pour effectuer un entretien et un examen détaillés. (162).

Le récit doit être obtenu avec sensibilité en permettant au survivant de contrôler le rythme des révélations et en donnant la priorité aux besoins déterminés par le survivant. Une relation de confiance doit être instaurée si l'on veut réaliser du progrès, cela revêt donc une haute priorité, avant même le diagnostic ou le récit de la torture. Par ailleurs, la compréhension culturelle est essentielle dans le choix de la méthodologie de l'évaluation (*Gurr & Quiroga, 2001*).

(Voir les paragraphes 123, 134, 261 et 262 dans le Protocole d'Istanbul).

(Pour plus d'informations, veuillez consulter le Chapitre IV dans le Protocole d'Istanbul).

3.3 Quelles sont les réactions potentielles de transfert et de contre-transfert qui peuvent être rencontrées ?

147 - Les réactions individuelles des victimes de la torture face à l'enquêteur et face à l'éventuel interprète peuvent avoir une incidence notable sur le déroulement de l'entretien ainsi que, par ricochet, sur le résultat de l'enquête. Cela vaut également pour les réactions personnelles de l'enquêteur vis-à-vis de la personne interrogée. Il importe d'être conscient des entraves à la communication et à la compréhension que peuvent susciter ces réactions réciproques.

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

Transfert

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

- Les questions de l'évaluateur peuvent être perçues comme une contrainte apparentée à un interrogatoire ;
- L'évaluateur peut être suspecté de voyeurisme ou de sadisme ;
- L'évaluateur est perçu comme une personne occupant une position de pouvoir, ce qui est souvent le cas (dans un sens positif ou négatif) ;
- L'attention accordée aux détails et la précision des questions peuvent être perçues comme des signes de méfiance ou de doute de l'examineur ;
- Lorsque l'évaluateur et la victime sont du même sexe, l'entretien risque d'être plus facilement assimilé à une situation de torture que lorsqu'ils sont de sexe différents ;
- La victime peut croire que l'évaluateur ne saurait le comprendre ou le croire car celui-ci n'a pas été emprisonné et torturé ou parce qu'il est membre d'une

culture ou d'une ethnie différente, ou conclure qu'il est dans le camp de l'ennemi.

En raison de toutes ces perceptions et autres similaires, le sujet peut avoir des réactions de détresse, peur, méfiance, soumission forcée, colère, rage, honte, préoccupation ou suspicion, ou à l'inverse être trop confiant et attentif (paragraphe 266, 267, 268, 269).

Contre-transfert

262 – Le clinicien doit, par ailleurs être attentif à de possibles réactions personnelles vis-à-vis du patient et des évocations de la torture, lesquelles risquent d'influer sur ses perceptions et son jugement.

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

Ci-dessus, quelques-unes des réactions de contre-transfert les plus courantes :

- Comportement d'évitement, repli sur soi et indifférence défensive ;
- Désenchantement, impuissance, désespoir et sur-identification ;
- Sentiment de toute puissance et de grandiosité. Le sujet se prend pour un sauveur, pour le grand spécialiste du traumatisme, pour l'ultime chance du patient de recouvrer la santé ;
- Sentiments d'insécurité, sentiments de culpabilité, rage excessive vis-à-vis des tortionnaires ou envers l'individu (271).

(Steele et al, 2001, Smith et al, 1996; Herman, 1992; Bustos, 1990).

Tous ces facteurs signifient que l'évaluateur court le risque de sous estimer la gravité des conséquences de la torture et d'oubli de certains détails ce qui conduit à des doutes sans fondement sur la véracité de la torture présumée et un échec dans l'établissement de l'approche empathique nécessaire. Cela peut conduire également à une traumatisation par procuration, épuisement de l'évaluateur, difficulté dans le maintien de l'objectivité et sur-identification avec le survivant de la torture.

(Voir les paragraphes 147, 148, et 263, 272 du Protocole d'Istanbul).

PARTIE 4 : CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE

La présente partie du manuel de formation psychologique s'intéresse aux symptômes mentionnés dans les chapitres contenus dans la section des preuves psychologiques dans le Protocole d'Istanbul. Plusieurs groupes de symptômes sont enrichis par des remarques et des commentaires complémentaires tirés de littérature spécialisée.

La torture est généralement reconnue comme une expérience extrême, susceptible de causer un large éventail de souffrances physiques et psychologiques (233). Plusieurs victimes de torture éprouvent de profonds bouleversements émotionnels et psychologiques (235).

4.1 Quels sont les symptômes couramment perçus comme conséquence de la torture ?

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 présente, implicitement ou explicitement, certaines difficultés. Ainsi, on pourra arguer que les cultures occidentales médicalisent à l'excès les processus psychologiques. L'idée selon laquelle une souffrance mentale est l'indice d'une perturbation identifiable par un ensemble de symptômes caractéristiques est jugée irrecevable par de nombreux membres de sociétés non occidentales (239).

Certains comportements considérés comme pathologiques dans une culture donnée peuvent être tenus pour parfaitement normaux dans une autre culture (235).
(Kleinman, 1986; Engelhardt, 1975; Westermeyer, 1985).

Si certains symptômes peuvent se retrouver parmi des cultures différentes, ce ne sont pas nécessairement ceux qui revêtent le plus d'importance pour l'individu (236).

Les symptômes doivent être compris dans le contexte dans lequel ils surviennent et selon la signification qu'ils représentent pour l'individu qui en souffre. La détresse et la souffrance ne sont pas en eux-mêmes des conditions pathologiques. Il y a également la question selon laquelle les symptômes sont pour les survivants de la torture une réponse « normale » à une pathologie sociétale *(Becker, 1995; Gurr & Quiroga, 2001; Summerfield, 2000; Summerfield, 2001; Burnett & Peel, 2001a).*

Les symptômes les plus courants chez les gens ayant subi une expérience de torture sont à titre d'exemple :

a) Re-traumatisation (240)

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

b) Comportement d'évitement et torpeur émotionnelle

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

Certains niveaux de réaction d'évitement peuvent être identifiés : quelques fois l'évitement peut conduire à nier complètement le traumatisme (*Yehuda & Mc Farlane, 1995*). Dans certaines situations, il peut être difficile de remarquer une réaction d'évitement dans les cas chroniques comme résultat de stratégies qui ont été développées dans la vie quotidienne durant plusieurs années. La victime mentionne rarement les symptômes d'évitement car ces symptômes sont vécus en tant que partie de sa personnalité et manière de vivre (*Haenel, 2001*).

ii) Profonde torpeur émotionnelle ;

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

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

c) Hyper-vigilance

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

ii) Irritabilité, accès de colère ;

iii) Difficulté à se concentrer ;

iv) Hyper-vigilance, réaction de sursaut exagérée ;

v) Anxiété généralisée ;

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

d) Symptômes de dépression (241)

Les symptômes de dépression suivants peuvent être présents :

i) Humeur déprimée

- ii) Anhédonie (désintérêt ou épuisement du plaisir dans certaines activités)
- iii) Modification de l'appétit ou perte de poids
- iv) Insomnie ou hyper-insomnie
- v) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- vi) Fatigue et manque d'énergie
- vii) Sentiments d'inutilité ou de culpabilité
- viii) Difficulté à fixer son attention, à se concentrer ou à mobiliser ses souvenirs
- ix) Idées de mort, idéation suicidaire, tentatives de suicide.

e) Sentiment d'irréparable (242)

Le sujet est convaincu d'avoir subi des dommages irréparables et un changement irréversible de sa personnalité (Holtan, 1998). Il a le sentiment que son avenir est irrémédiablement compromis, sans perspectives de carrière, de mariage, de paternité/maternité ou autres caractéristiques d'une vie normale.

f) Dissociation, dépersonnalisation et comportements atypiques (243).

La dissociation est un trouble ou altération de la fonction intégrative normale liée à la conscience, l'auto perception, la mémoire et les actions (van der Kolk et al, 1996). Une personne peut se sentir incapable de rattacher à soi certaines de ses actions ou d'être partagée en deux comme si elle s'observait de l'extérieur.

C'est une réponse courante durant les événements traumatiques extrêmes qui conduit à une mauvaise perception de divers aspects du traumatisme (McFarlane, 1995). Les éléments de l'expérience ne sont pas intégrés dans un ensemble uni, mais sont enregistrés dans la mémoire en tant que fragments isolés et sont enregistrés en tant que perceptions sensorielles, états affectifs ou actes de comportement (van der Kolk & Fislser, 1995).

La dépersonnalisation est un état de sentiment de détachement de soi-même ou de son corps. La personne se plaint d'un sentiment d'être à distance ou « de ne pas être réellement ici » comme si elle est un observateur externe de son processus mental ou de son corps (par exemple, se sentir comme dans un rêve). Par exemple, la personne peut se plaindre que ses émotions, sentiments ou expériences internes sont détachés, étrangers et ne lui appartiennent pas, ou qu'elle se sente perdu de manière déplaisante comme s'elle jouait un rôle dans une pièce de théâtre.

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.

Les problèmes de contrôle des impulsions comprennent la difficulté à moduler la colère, des comportements chroniques auto-destructifs et suicidaires, difficulté à moduler l'implication sexuelle et des comportements impulsifs et à risque (*van der Kolk et al, 1996*).

g) Symptômes somatiques (244)

244 – Les symptômes somatiques tels que maux de tête et autres douleurs, étayés ou non d'observations cliniques, sont courantes parmi les victimes de la torture. La douleur est parfois l'unique plainte exprimée et sa localisation comme son intensité peuvent varier. Les symptômes somatiques peuvent être une conséquence directe de la torture, ou avoir une origine purement psychologique. Il est souvent difficile de dire l'origine de la douleur.

Les douleurs chroniques sont un aspect supplémentaire des séquelles de la torture au sujet duquel il y a encore un manque d'informations détaillées et de compréhension, probablement en raison du large éventail des techniques de torture appliquées. Les niveaux physique et psychologique de la douleur sont souvent liés et sont difficile à distinguer sur le plan pratique (*Wenzel, 2002*).

Les plaintes somatiques typiques comprennent :

- i) Maux de tête : un récit de coups sur la tête et autres blessures de tête sont très courants chez les survivants, de torture. Ces blessures conduisent souvent à des maux de tête post-traumatiques qui ont une nature chronique. Les maux de tête peuvent être également causés ou exacerbés par la tension et le stress.
- ii) Douleur au dos (pour plus d'informations, veuillez consulter le manuel de formation médicale-physique, pages xxx)
- iii) Douleurs musculo-osseuses (pour plus d'informations, veuillez consulter le manuel de formation médicale-physique, pages ***).

h) dysfonctionnements sexuels.

245 – Les dysfonctionnements sexuels sont également très répandus parmi les survivants de torture, surtout chez les personnes qui ont subi des viols ou autres sévices sexuels, mais pas exclusivement.

Les symptômes peuvent avoir une origine physique ou psychologique ou un mélange des deux et comprennent :

- i) aversion et évitement de tous les contacts sexuels génitaux avec un partenaire sexuel ;
- ii) manque ou perte du désir sexuel ;

- iii) manque du plaisir sexuel ;
 - iv) Diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle ;
 - v) Troubles de la stimulation sexuelle,
 - vi) crainte qu'un partenaire « saura » que la victime a subi un abus sexuel ;
 - vii) Crainte d'homosexualité chez les hommes victimes de sodomie. Il arrive que des hommes hétérosexuels aient une érection, voir un orgasme lors de rapports annaux non consentis. Il convient de les rassurer en leur expliquant qu'il s'agit d'une réaction physiologique ;
 - viii) Inaptitude à faire confiance à un partenaire sexuel ;
 - ix) Echec de réponse génitale telle que dysfonctionnement de l'érection ou échec de la lubrification vaginale ;
 - x) Trouble de la stimulation sexuelle et de l'érection ;
 - xi) Vaginisme ;
 - xii) Dyspareunie (douleur génitale liée à la pénétration chez l'homme ou chez la femme) ;
 - xiii) Dysfonctionnement de l'orgasme (retard ou absence d'orgasme) ;
 - xiv) Ejaculation précoce.
- (Pour plus d'informations, veuillez consulter le Chapitre V section D8 dans le Protocole d'Istanbul).

i) Psychoses

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

- i) Idées délirantes ;
- ii) Hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou olfactives ;
- iii) Idéations et comportement étranges ;
- iv) Illusions et autres distorsions de la perception pouvant prendre la forme de pseudo-hallucinations et s'approcher d'états véritablement psychotiques. Les distorsions de la perception qui se manifestent en phase d'endormissement ou d'éveil sont communes à l'ensemble des individus et ne constituent pas des symptômes psychotiques. Quant aux victimes de la torture, il leur arrive d'avoir des hallucinations auditives (cris, appel de leur nom) ou visuelles (ombres) sans pour autant présenter de signes ou symptômes probants de psychose ;
- v) Paranoïa et délire de la persécution, on doit prêter attention lors de la détermination des délires de paranoïa étant donné que dans certains pays la persécution est fréquente durant et /ou après la détention ;

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

j) Abus de substances toxiques (247)

Les personnes qui ont subi la torture deviennent souvent dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances toxiques qui les aident à refouler des souvenirs traumatisants, à rééquilibrer leurs affects et à contrôler leur anxiété. L'état chronique de tension interne et d'anxiété peut-être associé avec une tendance à l'utilisation excessive des drogues.

k) Altérations neuropsychologiques (248)

La torture provoque parfois des traumatismes physiques susceptibles d'entraîner des lésions cérébrales. Coups sur la tête, suffocation et malnutrition prolongée peuvent avoir des conséquences neurologiques et neuropsychologiques à long terme indétectables dans le cadre d'un examen médical. Comme toutes les lésions cérébrales, de tels dommages échappent en effet aux procédés d'imagerie radiologique et autres procédures médicales. Seule une évaluation neuropsychologique peut éventuellement faire apparaître des symptômes spécifiques. Dans bien des cas, cependant, ces mêmes symptômes peuvent être imputables à l'état de stress post-traumatique ou à la dépression. Ainsi, les troubles de l'état de conscience, de l'orientation, de la capacité d'attention et de concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives peuvent avoir des origines aussi bien fonctionnelles qu'organiques. Pour distinguer entre les unes et les autres, il faut donc à la fois disposer de compétences spécialisées dans le domaine de l'évaluation neuropsychologique et avoir conscience des dimensions culturelles qui influent sur la validité des normes et instruments d'évaluation neuropsychologique.

1) Autres

- une attitude permanente d'hostilité et de méfiance vis-à-vis du monde ;
- un sentiment constant de vide et de désespoir ;
- un sentiment permanent d'être changé ou différent des autres (aliénation) ;
- une diminution de la conscience vis-à-vis de l'entourage ;
- sentiments de honte et de culpabilité du survivant.

(Voir les paragraphes 233, 235 et 236 et le Chapitre VI section B paragraphes 239 – 248 du Protocole d'Istanbul)

4.2 Quels sont les catégories les plus courantes des désordres mentaux liés à la torture/traumatisme.

Classification des diagnostics (249)

Si les symptômes et observations enregistrés parmi les individus victimes de la torture varient considérablement, en relation avec l'expérience personnelle du sujet et avec son contexte culturel, social et politique particulier, il importe néanmoins que les évaluateurs se familiarisent avec les troubles les plus communément diagnostiqués.

Il existe des groupes de symptômes et de réactions psychologiques qui ont été observés et répertoriés auprès des survivants avec une certaine régularité.

249 – 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.

Les deux principaux systèmes de classification sont la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) – Troubles mentaux et du comportement de l'Organisation mondiale de la santé et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association. Pour des descriptions complètes des catégories des diagnostics, veuillez vous référer aux CIM-10 et DSM-IV.

Les diagnostics les plus courants liés au traumatisme sont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la dépression majeure. En outre, les modifications durables de la personnalité doivent également prises en compte, notamment car cela permettra de considérer les effets potentiels à long terme d'un stress extrême prolongé (255).

a) Troubles dépressifs

250 – Pratiquement toutes les personnes qui ont subi la torture souffrent d'état dépressif. Lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences de la torture, on va au-devant de sérieuses difficultés en considérant le syndrome de stress post-traumatique et la dépression majeure comme deux entités pathologiques séparées possédant des caractéristiques étiologiques bien distinctes. Les troubles dépressifs englobent les troubles de dépression majeure à épisode unique ou récurrents (plusieurs épisodes). Ils peuvent être accompagnés ou non de symptômes psychotiques, catatoniques, mélancoliques ou atypiques. D'après la classification DSM-IV, un diagnostic d'épisode dépressif grave ne peut être posé que si cinq au moins des symptômes ci-

après sont observés pendant une même période de deux semaines et s'ils représentent un changement par rapport à l'état antérieur du patient (et le symptôme 1 ou 2 doit en faire partie) :

- 1) humeur dépressive ;
- 2) émoussement marqué de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités ;
- 3) perte de poids ou modification de l'appétit ;
- 4) insomnie ou hypersomnie ;
- 5) agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- 6) fatigue et manque d'énergie ;
- 7) sentiments d'inutilité ou de culpabilité ;
- 8) difficulté à fixer son attention ou à se concentrer ;
- 9) idées récurrentes de mort ou de suicide. Pour poser ce diagnostic, il faut encore que les symptômes causent une détresse significative ou qu'ils altèrent la vie sociale ou professionnelle, qu'ils n'aient pas une origine physiologique et qu'ils ne s'expliquent pas par un autre diagnostic selon la classification DSM-IV.

b) Syndrome de stress post-traumatique

251 Le diagnostic le plus fréquemment associé aux conséquences psychologiques de la torture est le stress post-traumatique.

236 – Ces dernières années, le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été appliqué à un éventail de plus en plus large d'individus exposés à des formes de violence extrêmement variées. (236).

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

Bien que la validité de ce diagnostic dans les cultures extra-occidentales ne soit pas établie, l'expérience suggère l'existence de taux élevés de troubles de stress post-traumatique et de dépression parmi des populations de réfugiés d'origines ethniques et culturelles très diverses (236)) (*Mollica et al., 1993; Allden et al., 1996*).

La définition du stress post-traumatique que donne la classification DSM-IV repose fortement sur la présence de troubles de la mémoire associés à un traumatisme – reviviscences envahissantes, cauchemars, inaptitude à se remémorer des aspects importants du traumatisme (252).

Le diagnostic du stress post-traumatique donné par la CIM-10 est très proche de celui de la classification DSM-IV. Selon cette dernière, les troubles de stress post-traumatique peuvent être aigus, chroniques ou différés. Ils doivent persister pendant plus d'un mois et doivent causer une détresse significative ou une altération manifeste du fonctionnement. Pour que puisse être posé un diagnostic de stress post-traumatique, le sujet doit avoir été exposé à un événement traumatisant qui a mis en danger la vie de la victime ou d'autres personnes et provoqué des sentiments de peur intense, d'impuissance ou d'épouvante.

Ledit événement doit être revécu de manière persistante sous une ou plusieurs des formes suivantes :

- 1) le sujet est en proie à l'intrusion récurrente de souvenirs perturbants,
- 2) rêves pénibles liés à l'événement,
- 3) il agit ou se sent comme si l'expérience se répétait, souffre d'hallucinations, de flash-back et autres illusions,
- 4) éprouve une profonde détresse psychologique face à tout ce qui peut évoquer l'événement,
- 5) des réactions physiques en présence de tout ce qui peut rappeler ou symboliser des aspects de son expérience.

253 – Le sujet doit manifester une tendance persistante à fuir les stimuli associés à son traumatisme ou un manque de réactivité général. Pour que le diagnostic de stress post-traumatique puisse être posé, il doit présenter au moins trois des symptômes suivants :

- 1) il évite systématiquement les pensées, sentiments ou conversations susceptibles d'éveiller un souvenir du traumatisme ;
- 2) il évite de même les activités, lieux ou personnes lui rappelant son expérience ;
- 3) il n'arrive pas à se remémorer un aspect important de l'événement ;
- 4) il se désintéresse d'activités importantes ;
- 5) il se sent étranger à lui-même ou aux autres ;
- 6) son affect est restreint ;
- 7) il n'espère rien de l'avenir.

Selon la classification DSM-IV, un autre motif de poser un diagnostic de stress post-traumatique réside dans la persistance du symptôme d'hyper-vigilance qui n'existaient pas avant le traumatisme, motif qui sera confirmé par l'observation de deux au moins des signes suivants :

- 1) difficulté à s'endormir ou à rester endormi ;
- 2) irritabilité, accès de colère ;
- 3) difficulté à se concentrer ;
- 4) hyper-nervosité ;
- 5) réaction de sursaut exagérée.

254 – Les troubles de stress post-traumatique peuvent être chroniques ou fluctuer pendant des périodes prolongées. Dans certaines phases, les symptômes d’hyper-vigilance et d’irritabilité domineront le tableau clinique. Le sujet souffrira alors généralement d’une augmentation des épisodes de souvenirs intrusifs, cauchemars et autres manifestations récurrentes. A d’autres moments, il pourra apparaître relativement asymptomatique ou replié sur le plan émotionnel.

L’absence du symptôme au moment de l’entretien pose un dilemme en matière de diagnostic pour tout effort visant à effectuer l’évaluation d’un seul trait (Jarananctal, 2001).

Selon la CIM-10, l’état de stress post-traumatique peut, dans certains cas, suivre un cours chronique pendant de nombreuses années avant d’évoluer éventuellement vers une modification durable de la personnalité.

Il convient de ne pas perdre de vue que l’absence de coïncidence avec les critères de diagnostic du stress post-traumatique ne signifie en aucun cas l’absence de la torture.

(Voir les paragraphes 149 – 254 et 255 – et 235 – 233 – 236 dans le Protocole d’Istanbul).

4.3 Quelles sont les autres catégories de diagnostics courants ?

Les troubles mentaux liés à la torture ne sont pas limités à la dépression et au stress post-traumatique et les évaluateurs doivent avoir une connaissance exhaustive des classifications des diagnostics les plus courants parmi les survivants des traumatismes et de la torture. A cet égard, une évaluation détaillée est toujours très importante. Mettre trop l’accent sur les critères du stress post-traumatique et de la dépression peut conduire à l’ignorance des autres diagnostics possibles.

Il faut éviter toute vision simpliste considérant le stress post-traumatique comme réponse unique au traumatisme, car elle peut mener à une mauvaise estimation de la complexité et de l’incapacité dues au trouble (McFarlane & Yehuda, 2000).

Le stress post-traumatique a été décrit comme séquelle caractéristique des événements extrêmes dans la vie comme la guerre et particulièrement la torture. Cette limitation en tant qu’approche unique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement a été critiquée comme trop étroite pour décrire les effets consécutifs aux événements extrêmes dans la vie. Les recherches sur les séquelles des traumatismes extrêmes ne doivent pas être restreintes à un simple diagnostic du stress post-traumatique, mais doivent continuer à chercher une conceptualisation plus large, y

compris les catégories négligées comme le syndrome axial, car le stress post-traumatique est fréquent, mais peut ne pas être le facteur unique revêtant une importance pour la recherche et le traitement (*Wenzel et al., 2000*).

Les autres diagnostics possibles sont à titre non limitatif :

a) Modification durable de la personnalité (255-256)

Les réactions au stress extrême tel que la torture sont très hétérogènes et étendues qu'un nombre d'études cliniques et de recherche ont enquêté sur la validité des catégories de diagnostics tels que « les troubles traumatiques cumulatifs et le stress post-traumatique complexe » afin d'inclure une gamme plus large de séquelles de traumatismes extrêmes. Il y a eu une longue discussion durant la préparation de la DSM-IV sur « le trouble de stress post-traumatique complexe » ; comme résultat, dans la DSM-IV, les symptômes du trouble de stress post-traumatique complexe sont décrits sous le titre « caractéristiques associées » dans les diagnostics du trouble de stress post-traumatique. Par contre, dans la CIM-10, un diagnostic virtuellement identique est inclus dans la catégorie des modifications durables de la personnalité consécutives à un stress catastrophique (*Lira 1995; Herman, 1992; van der Kolk & Fisler, 1995; Fornari & Pelcovitz 1999*).

255 – A la suite d'un stress extrême, dû à une cause soudaine ou prolongée, des troubles de la personnalité peuvent se développer chez des individus auparavant exempts de tels troubles. Selon la CIM-10, le diagnostic de modification durable de la personnalité ne devrait être posé qu'en présence d'indications permettant de conclure à un changement manifeste, significatif et persistant du mode de perception, de relation et de pensée du sujet à l'égard de son entourage et de lui-même après avoir été exposé à un stress catastrophique (par exemple, camp de concentration, torture, désastre, menace prolongée à la vie). La modification de la personnalité doit être associée à des comportements rigides et inadaptés qui n'existaient pas avant le traumatisme.

Le diagnostic exclut les changements résultant d'autres troubles mentaux ou qui constitueraient un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur, de même que les changements de personnalité et de comportement dus à une maladie, un dysfonctionnement ou une lésion du cerveau.

256 – Toujours selon la CIM-10, il faut, pour poser un tel diagnostic, que le changement persiste pendant au moins deux années après la traumatisme initial, et le stress doit être extrême au point que la vulnérabilité individuelle du sujet n'entre pas en ligne de compte. Une modification durable de la personnalité se caractérise par une attitude hostile ou méfiante vis-à-vis du monde extérieur, par un repli social, par

des sentiments de vide ou de perte d'espoir (ceci peut s'associer avec une dépendance accrue des autres, l'incapacité à exprimer des sentiments négatifs ou agressifs et une humeur dépressive durable), l'impression chronique d'avoir « les nerfs à vif », comme sous l'effet d'une menace permanente, (cet état chronique de tension interne et de sentiment d'être menacé peut être associé avec une tendance excessive à la boisson ou à l'utilisation des drogues), et un sentiment permanent de changement ou d'être différent des autres (aliénation), ce sentiment peut s'associer avec une expérience de torpeur émotionnelle.

b) Abus de substances toxiques (257)

Les cliniciens ont observé que les personnes qui ont subi la torture deviennent souvent dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances toxiques qui les aident à refouler des souvenirs traumatisants, à rééquilibrer leur affect et à gérer leur angoisse. Bien que la comorbidité des troubles de stress post-traumatique avec d'autres désordres soit courante, on a peu étudié le phénomène de la toxicodépendance des victimes de la torture. En bref, l'étude d'autres populations exposées au syndrome de stress post-traumatique suggère nettement que l'abus de substances toxiques constitue un diagnostic potentiel de comorbidité pour les victimes de la torture (*Friedman&Jaranson, 1994*).

c) Trouble d'anxiété généralisée (258).

Anxiété excessive vis-à-vis de divers événements ou activités, tension motrice, accroissement de l'activité neurovégétative.

d) Trouble de panique (258)

Accès récurrents et inattendus de peur intense ou de malaise, comportant quatre symptômes tels que sudation, suffocation, tremblement, accélération du rythme cardiaque, vertiges, nausées, frissons ou bouffées de chaleur.

e) Etat de stress aigu (258)

Symptômes essentiellement similaires aux troubles de stress post-traumatique, mais diagnostiqués dans la mois suivant le traumatisme. Afin d'effectuer un diagnostic de trouble de stress aigu, soit pendant ou après l'évènement stressant, les éléments suivants doivent être présents :

A côté des symptômes similaires au trouble de stress post-traumatique (répétition de l'expérience, évitement et hyper-vigilance), il y a trois (ou plus) symptômes dissociatifs : un sentiment subjectif de torpeur, détachement ou absence de réponse émotionnelle : une réduction de sa conscience de son entourage (comme s'il était

confus), détachement de la réalité, dépersonnalisation, amnésie dissociative (par exemple incapacité de se rappeler d'importants aspects du traumatisme).

Le torture produit une détresse cliniquement importante ou une altération du fonctionnement et le trouble dure au moins deux jours et au maximum quatre semaines et se situe dans les quatre semaines suivant l'événement traumatisant.

f) Troubles somato-formes (258)

Symptômes physiques non expliqués par une pathologie médicale.

g) Troubles affectifs bipolaires (258)

Episodes maniaques ou hypomaniaques accompagnés d'une humeur expansive ou irritable, d'idées de grandeur, d'une diminution du besoin de sommeil, d'une fuite des idées, d'agitation psychomotrice et autres phénomènes psychotiques associés.

h) Troubles dus à une condition médicale générale (258)

Prenant souvent la forme d'un dysfonctionnement cérébral – fluctuations ou défaillances de l'état de conscience, de l'orientation, des capacités d'attention et de concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives.

i) Phobies (258)

Phobie sociale et agoraphobie.

j) Autres

- Troubles dissociatifs (CIM-10, DSM-IV)
- Troubles de conversion (DSM-IV)
- Troubles psychotiques aigus et transitoires, avec un stress aigu associé (CIM-10). Troubles psychotiques courts avec des agents de stress marqués (DSM-IV)
- Troubles de dépersonnalisation et de détachement de la réalité.

(Voir les paragraphes 255-258 dans le Protocole d'Istanbul)

4.4 Quels sont les éléments de l'évaluation psychologique /psychiatrique ?

L'intégralité de l'évaluation psychologique/psychiatrique doit être conduite et interprétée selon les informations données dans les sections traitant des

« considérations générales, garanties procédurales, considérations éthiques et cliniques et le déroulement de l'entretien ».

(Veuillez vous référer aux paragraphes 260 – 261 – 274 – 290 dans le Protocole d'Istanbul).

L'évaluation psychologique commence au tout début de l'entretien, au premier contact. La manière de s'habiller, la posture, la manière de se rappeler et de raconter le traumatisme, les signes d'anxiété ou de détresse émotionnelle, la torpeur ou le sur-excitement, les moments d'intensité émotionnelle chez la personne, les réactions de sursaut, sa posture et les expressions de son corps lors du récit des événements de torture, l'évitement du contact des yeux et les fluctuations émotionnelles dans sa voix peuvent donner des indices importants sur l'histoire personnelle et le fonctionnement psychologique de la personne. Non seulement le contenu verbal du récit de la personne examinée (ce qu'elle raconte), mais également sa manière de parler (comment elle raconte) revêt une importance pour l'évaluation psychologique. La personne peut avoir des difficultés à rassembler et à raconter ce qu'elle a enduré ou à parler de ses plaintes, mais la communication non verbale donne des informations importantes sur ses symptômes, ainsi que des indices pour l'établissement et le maintien d'une relation efficace pour recueillir des données appropriées (*Jacobs, 2000*).

L'évaluation psychologique/psychiatrique doit fournir une description détaillée de l'histoire de l'individu, un examen de l'état mental, une évaluation du fonctionnement social et la formulation d'impressions cliniques. Elle doit toujours être effectuée en tenant compte du contexte culturel. Un diagnostic psychiatrique doit être effectué en cas de besoin.

Les éléments de l'évaluation psychologique/psychiatrique sont les suivants :

a) Récit de la torture et du mauvais traitement (275).

L'évaluateur doit être conscient des enjeux juridiques, car ceux-ci détermineront la nature et le volume des informations requises. 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. Cette partie de l'entretien est souvent très éprouvante pour la victime, aussi peut-il s'avérer nécessaire de la fragmenter en plusieurs séances (si c'est possible). Avant d'entrer dans les détails, on demandera au patient de fournir un résumé des principaux événements.

Une approche se basant sur une liste de méthodes serait contre productive, car la totalité de l'impression clinique induite par la torture ne serait qu'une simple addition de lésions produites par des méthodes figurant sur une liste.

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

b) Etat psychologique présent (276)

L'appréciation de l'état présent de la victime sur le plan psychologique constitue l'élément clef de l'évaluation. Il importe de poser des questions se rattachant spécifiquement aux trois grandes catégories de troubles énoncés dans la classification DSM-IV-révisée de l'événement traumatique, comportement d'évitement ou émoussement de la réactivité (y compris amnésie), hypervigilance.

Les symptômes affectifs, cognitifs et comportementaux devraient être décrits en détail. On devrait également indiquer la fréquence des cauchemars, hallucinations et réactions de sursaut.

Les stratégies d'adaptation et les déclencheurs comme les réactions d'anniversaire, stimuli ou places spécifiques, les situations et les thèmes causant l'évitement doivent être tenus en compte. Les plaintes physiques et psychologiques qui sont apparues depuis la torture sont enregistrées, ainsi que leur première apparition, leur durée et intensité.

L'éventuelle absence de symptômes peut s'expliquer par la nature épisodique et souvent différée des troubles du stress post-traumatique ou par la négation des symptômes, considérés comme honteux par la victime.

c) Situation générale après la torture (277)

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

d) Situation générale avant la torture (278 – 279)

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

La description de la situation avant la torture est importante pour évaluer l'état de santé mentale et le niveau de fonctionnement psychosocial de la victime de torture

avant la torture. De cette façon, l'évaluateur peut comparer l'état de santé mentale actuel avec celui de l'individu avant la torture.

Pour évaluer ces informations de base, il convient toutefois de tenir compte des divers facteurs qui influent sur la durée et l'intensité des réactions traumatiques. Néanmoins, il est essentiel d'obtenir un maximum de renseignements sur l'état mental et la situation psychosociale du sujet avant la torture, afin d'être en mesure de discerner dans quelle mesure celle-ci a contribué aux problèmes psychologiques actuels.

e) Profil médical (280)

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

(Voir Chapitre V, section B, pour le profil médical, pour les preuves physiques de la torture, voir le Chapitre V, sections C et D).

f) Profil psychiatrique (281)

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

g) Consommation de substances toxiques (282)

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

h) Evaluation de l'Etat mental (283)

« L'évaluateur devrait être attentif à l'apparence du patient telle que les signes de malnutrition, le manque de propreté, les modifications dans l'activité motrice en cours d'entretien, l'utilisation du langage, la présence du contact visuel, la capacité à raconter à l'évaluateur et les moyens utilisés par l'individu pour établir la communication ».

Les éléments suivants doivent être couverts, et tous les aspects de l'examen de l'état mental doivent être inclus dans le rapport de l'évaluation psychologique :

- apparence (identification personnelle, comportement et activité psychomotrice, description générale telle que la posture, habit etc)
- discours : humeur et affect : pensée et perception, contenu des pensées, troubles de pensée, troubles de perception comme les hallucinations et les illusions, dépersonnalisation, détachement de la réalité, rêves et fantasmes).
- fonctions sensorielles (attention, orientation, concentration et calcul : défaillances de la mémoire à long ; moyen et court termes. Connaissances : pensées abstraites : vision : jugement) (*Sadock, B.J., 1999*).

Les réponses des patients aux éléments spécifiques de l'état mental sont affectées par leur culture d'origine, niveau d'éducation, performance linguistique et niveau d'acculturation (*Trujillo, 1999*). L'examen du statut mental des survivants de la torture exige de la flexibilité de la part de l'examineur qui doit avoir une bonne compréhension du bagage du patient culturel, linguistique et éducationnel avant de tenter n'importe quelle évaluation formelle. Le niveau d'éducation est un facteur important pour la détermination des questions et des tâches appropriées (*Jacobs et al., 2001*).

i) Evaluation de la fonction sociale (284)

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

j) Tests psychologiques, listes de contrôle et questionnaires (285)

Il existe peu de données sur l'utilisation des tests psychologiques (tests projectifs et objectifs de la personnalité) dans le cadre de l'évaluation des victimes de la torture. Ces tests manquent par ailleurs de validité interculturelle, ce qui en limite sensiblement l'utilité dans ce contexte particulier. Des tests neuropsychologiques pourront toutefois s'avérer utiles en cas de lésions cérébrales résultant de la torture (Voir chap. IV, sect. C4).

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.

k) Impression clinique

Un aspect essentiel de l'évaluation psychiatrique est la formulation d'une note concise sur la compréhension par l'évaluateur du cas. L'interprétation des résultats et la formulation d'une impression clinique sont la dernière étape où l'intégralité de l'entretien est discutée et évaluée, aussi faut-il prêter beaucoup de soin à la formulation d'une décision clinique. Cela est discuté en détail sous différents titres.

(Veuillez vous référer aux paragraphes 286 – 287 et 156 – 159 dans le Protocole d'Istanbul)

Recommandations

Les recommandations après l'évaluation psychologique dépendent de la question posée au moment de la demande de l'évaluation. « Les questions posées peuvent être liées à des procédures légales ou judiciaires, à des demandes d'asile ou à des problèmes strictement médicaux. 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.

PARTIE 5 : EVALUATION ET INTERPRETATION DES RESULTAS – IMPRESSION CLINIQUE

5.1 Comment interpréter les résultats psychologiques et formuler une impression clinique ?

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

- i) Les observations psychologiques sont-elles cohérentes avec les sévices allégués ?
- ii) Les symptômes observés constituent-ils des réactions prévisibles ou typiques d'un stress extrême dans le contexte culturel et social du sujet ?
- iii) Eu égard au caractère fluctuant des troubles mentaux d'origine traumatique, à quand remonte la torture ? A 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 ?

Les résultats doivent être considérés dans leur ensemble de même que la relation entre les éléments individuels. La relation et la cohérence entre les événements et les symptômes doivent être évaluées et décrites.

La plupart des enquêtes médico-légales exigent une compréhension du phénomène psychologique et non seulement le diagnostic. Il est souvent plus approprié de traiter les questions médico-légales en termes de phénomènes et symptômes qui y sont liés et d'éviter d'émettre des commentaires sur le diagnostic jusqu'à ce que les questions soient traitées (*Allnutt & Chaplow, 2000*).

Si l'évaluateur se base uniquement sur une collection de symptômes psychiatriques, tels que rapportés par la personne torturée, cela pourrait empêcher une appréciation

suffisante des aspects qualitatif, narratif et observationnel lors de l'évaluation du traumatisme de torture. Certaines sources de données cliniques évidentes mais souvent négligées comprennent la manière de s'habiller de la personne ainsi que sa posture, démarche, expressions faciales, mine, poids et mouvements. Comment elle raconte son histoire, la manière précise avec laquelle les événements sont décrits, quelles sont les émotions qui se manifestent et quels sont les signes non verbaux de communication durant l'entretien, la cohérence interne du récit et les particularités dans la description des expériences (cauchemars etc.) sont d'une importance cruciale pour l'évaluation d'un récit de torture présumée (Jacobs, 2000).

Les aspects de comportement, cognitifs et émotionnels de l'individu observés durant la communication verbale et non verbale doivent être notés avec tous les détails.

287 – 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.

D'autres facteurs, comme la migration forcée, la réinstallation, les problèmes d'intégration culturelle et linguistique, le chômage, la perte du foyer, de la famille et du statut social, seront également pris en compte. Certains problèmes physiques, comme les traumatismes de la tête ou les lésions cérébrales, devront peut-être faire l'objet d'examens complémentaires. L'évaluateur pourra aussi recommander dans certains cas des examens neurologiques et neuropsychologiques.

288 - Si le sujet présente des symptômes coïncidant avec un diagnostic défini dans les classifications DSM-IV ou CIM-10, cela devra être mentionné. L'évaluateur précisera dans son rapport la relation et la cohérence entre les événements relatés et les symptômes observés.

(Veuillez voir le Chapitre VI section C.3 (k) et le chapitre IV section L dans le Protocole d'Istanbul).

5.2 Est-ce que l'absence de psychopathologies susceptibles d'être diagnostiquées signifie que la personne n'a pas été torturée ? Comment devront être interprétés les résultats dans ce cas ?

« Il convient de noter que toutes les victimes de torture ne développent pas de maladies mentales diagnostiquables » (235). L'interprétation des résultats ne doit pas dépendre uniquement d'une collection de signes et de symptômes et s'il y a un diagnostic, l'interprétation ne doit pas se limiter à faire état de celui-ci.

Encore une fois, il faut insister sur le fait que l'absence d'un diagnostic corroborant des allégations de torture ne permet pas de conclure à la fausseté de ces allégations. (288)

L'absence de signes et de symptômes physiques et/ou psychologiques permettant d'aboutir à une conclusion n'exclue pas la possibilité que la personne à été torturée et par conséquent n'annule pas les allégations de torture (*Peel et al., 2000*). Il arrive que des victimes de la torture présentent des symptômes ne correspondant pas exactement à l'un ou l'autre des diagnostics décrits dans les classifications DSM-IV ou CIM-10. Dans tous les cas, les symptômes et les sévices allégués par le sujet doivent quoi qu'il en soit être envisagés comme un tout. L'évaluateur précisera dans son rapport la relation et la cohérence entre les événements relatés et les symptômes observés ». (288).

(Veuillez consulter le chapitre VI dans le Protocole d'Istanbul, notamment les paragraphes 235, 254, 276 et 288).

5.3 Quel genre de facteurs peuvent produire des difficultés lors de l'obtention et de l'évaluation du récit ?

Les survivants de la torture peuvent avoir des difficultés à se rappeler et raconter les détails spécifiques de l'expérience de torture et d'autres parties de l'histoire pour plusieurs raisons importantes. Il peut y avoir d'autres facteurs qui rendent difficile l'obtention d'informations suffisantes durant un entretien.

Les troubles de mémoire et la diminution de l'attention sont une partie du stress post-traumatique, mais ces symptômes peuvent également être présents dans les troubles affectifs, l'anxiété, lésion au cerveau ou déséquilibre électrolytique. Les troubles de mémoire peuvent également être un symptôme de dissociation connue pour être utilisée comme attitude pour se protéger dans ces circonstances. En fait, la dissociation a été souvent observée chez les survivants de torture et l'on doit s'attendre à ce qu'elle se manifeste durant l'évaluation.

Les stratégies de torture sont souvent intentionnellement construites afin de semer la confusion, de donner de fausses informations ou de créer une désorientation dans le temps et dans l'espace, et cela doit être perçu comme un problème spécial lorsqu'on essaye d'avoir un rapport non équivoque ou complet sur les événements. Tous les efforts pour discréditer le survivant et cacher les atrocités infligées peuvent contribuer aux difficultés dans l'évaluation ultérieure. L'altération de la mémoire peut par conséquent être un obstacle majeur pour l'obtention du récit et pour une procédure judiciaire éventuelle, mais elle est aussi un indicateur des séquelles qui doivent être tenues en compte dans l'évaluation (*Wenzel, 2002, Burnett & Peel 2001, b*).

Facteurs interférant éventuellement lorsqu'une personne raconte son histoire ou lors de l'obtention de l'histoire : *Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Sironi, 1989, Wenzel, 2002, Iacopino 2002*).

Facteurs directement liés à l'expérience de torture

- Facteurs durant la torture elle-même comme le bandage des yeux, victime droguée ou perte de conscience etc.
- Désorientation dans le temps et l'espace durant la torture en raison de la nature de la torture ou du stress extrême durant celle-ci.
- Affaiblissement neuropsychiatrique de la mémoire en raison de coups sur la tête, suffocation, noyade, faim, grèves de la faim ou carence en vitamines.
- La répétition d'événements similaires peut également avoir conduit à des difficultés dans le rappel des détails d'événements spécifiques de manière claire.

Facteurs liés à l'impact psychologique de la torture

- Troubles de la mémoire liés au syndrome de stress post-traumatique sous forme de rappel des événements traumatisants, comme souvenirs intrusifs, cauchemars et incapacité à se rappeler de détails importants de l'événement.
- Négation et évitement, utilisés dans ces circonstances particulières comme des mécanismes de défense.
- Crises d'hyperémotivité et troubles de la mémoire consécutifs à une maladie mentale liée au traumatisme, telle que la dépression ou le stress post-traumatique.
- Autres symptômes psychologiques tels que les difficultés de concentration, la fragmentation ou la répression des souvenirs du traumatisme, la confusion, la dissociation et l'amnésie (*van der Kolk & Fiesler, 1995*).
- Sentiments de culpabilité ou de honte.

Facteurs culturels

- Différences culturels dans la perception du temps ;
- Des interdits culturels qui ne permettent de révéler les expériences traumatisantes que dans des circonstances très confidentielles.

Facteurs liés aux conditions de l'entretien ou aux barrières de communication

- Peur de mettre sa sécurité ou celles d'autres personnes en danger ;
- Manque de confiance dans le clinicien examinateur et/ou dans l'interprète ;

- Absence de sentiment de sûreté durant l'entretien ;
- Entraves liées à l'environnement telles que manque du caractère privé, de confort dans le lieu de l'entretien, horaire non approprié pour l'entretien (*Iacopino, 2002*);
- Empêchement physiques tels que la douleur ou autres désagréments, fatigue, déficits sensoriels (*Iacopino, 2002*);
- Barrières socioculturelles comme le sexe de l'évaluateur, le langage et les différences culturelles (*Iacopino, 2002*);
- Barrières dues aux réactions de transfert / contre-transfert durant l'entretien ;
- Entretiens mal dirigés et/ou mal structurés.

(Voir les paragraphes 141-143, 252, 289 dans le Protocole d'Istanbul).

5.4 Comment agir faces aux incohérences dans le récit d'une personne ?

La multiplicité des raisons possibles derrière l'affaiblissement de la mémoire ou de la concentration indique le besoin d'une évaluation exhaustive par l'utilisation de données sur la région, l'origine sociale, les résultats physiques et toutes les autres données qui ne mettent pas une charge non ordinaire de stress sur le survivant.

La crainte de révéler des expériences porteuses de honte, notamment le viol et autres formes de torture sexuelle, peut aboutir à un rapport non complet, particulièrement dans les cultures où les victimes connues d'avoir été violés sont stigmatisées ou persécutées même par les membres de leur famille (*Wenzel, 2002*).

Les cas simulés ou aggravés ne doivent être envisagés que dans des circonstances spéciales étant donné que les stigmates liés au diagnostic psychiatrique et le manque d'information sur les séquelles de la torture les rendent une option improbable dans la plupart des pays (*Wenzel, 2002*).

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

Il faut bien noter que les incohérences ne signifient pas nécessairement qu'une allégation est fautive (*Giffard, 2000*). Au contraire, les incohérences peuvent indiquer précisément l'inverse. Le fait d'interpréter les incohérences immédiatement comme une simulation ou de fausses allégations peut entacher l'évaluation d'erreurs, ce qui peut avoir de graves conséquences pour la personne soumise à l'évaluation.

Les incohérences dans le récit d'une personne peuvent provenir d'un ou de tous les facteurs mentionnés ci-dessus qui conduisent à des difficultés dans le rappel et la narration de l'histoire.

Un individu pourra être incapable de se rappeler avec précision certains détails des séances de torture, mais se souvenir des aspects les plus marquants de son expérience. S'agissant, par exemple, de sévices sexuels, la victime se souviendra avoir été violée à plusieurs reprises, sans pouvoir fournir d'indications précises quant aux dates, aux endroits, aux locaux ou aux tortionnaires. Dans de telles circonstances, l'inaptitude à se remémorer des détails renforce plutôt qu'elle ne diminue la crédibilité du témoin qui généralement, ne variera pas dans les grandes lignes de son récit au cours d'entretiens successifs.

En posant les mêmes questions d'une manière différente ou en regardant les incohérences sous plusieurs angles, il peut être quelques fois possible de les résoudre (*Giffard, 2000*).

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

En cas de doute, il devrait organiser des entretiens supplémentaires et consulter éventuellement des parents ou amis susceptibles de corroborer certains faits.

- Si, en dépit d'une investigation approfondie, il conserve encore des soupçons quant à la véracité des informations données, il devrait faire évaluer le patient par un collègue et demander son opinion à ce dernier.
- Lorsqu'il existe un doute, celui-ci devrait être mentionné dans le rapport, avec l'opinion de deux cliniciens. (289)

(Voir les paragraphes 142, 143, 252, 289 dans le Protocole D'Istanbul).

5.5 Etablissement du rapport

Dans la plupart des cas, les rapports ne sont pas préparés par une équipe qui coopère, ou l'évaluation physique et l'évaluation psychologique sont effectuées par des cliniciens différents à différents moments et sous des conditions différentes. Dans ces cas, le clinicien qui effectue l'évaluation psychologique doit préparer un rapport indépendant faisant ressortir toutes les informations rassemblées durant l'évaluation et mentionnant son opinion sur la situation.

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. (161)

Lors de la préparation d'un rapport sur l'évaluation psychologique, tous les principes de base de l'établissement du rapport doivent être suivis (voir annexe IV dans le Protocole d'Istanbul.)

Un format de rapport conformément aux « Directives pour l'évaluation médicale de la torture et autres mauvais traitements » dans le Protocole d'Istanbul, annexe IV, doit être utilisé. Ces directives ne sont pas considérées comme des prescriptions fixes, mais doivent être appliquées après une évaluation des ressources disponibles et la prise en compte du but de l'évaluation.

Le rapport médical devrait être factuel et rédigé avec soin, en évitant le jargon et en définissant les termes médicaux d'une manière compréhensible par les profanes (161).

Rendre le rapport facile à lire et à comprendre est important. Resnick propose d'utiliser les principes de clarté, concision, simplicité et humanité. Les déclarations d'intentions et l'ambiguïté doivent être évitées, à l'inverse il faut utiliser des mots simples autant que possible. Si l'utilisation des termes techniques est inévitable, leur signification doit être expliquée entre parenthèses. Toutes les informations obtenues doivent être incluses dans le rapport (*Allnutt & Chaplow, 2000*).

Le rapport de l'évaluation psychologique doit comprendre en détail les sections suivantes :

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

- Informations sur le cas (y compris les données personnelles, les informations sur l'identité, le consentement en connaissance de cause et les conditions des évaluations médicales entre autres) (annexe IV – section 1) (voir également les paragraphes 122 – 125).
- Profil du sujet (Annexe IV – section 4) (voir également les paragraphes 135 – 278).

- Allégations de torture et autres mauvais traitements (annexe IV – section 5) (voir également le chapitre IV – section E, F, G et 275).

Profil / examen psychologique

Les éléments suivants de l'évaluation psychologique doivent être décrits en détail dans le rapport final :

- plaintes psychologiques actuelles (pour plus d'informations, consulter les paragraphes 239-248, 276 et également 233, 235, 236, 253)
- profil après la torture (277)
- profil avant la torture (278, 135)
- profil médical (280, chapitre V sections B, C, D, E).
- profil psychologique / psychiatrique passé (281)
- consommation des substances toxiques et historique d'abus de drogues (282).
- évaluation de l'état mental (283)
- évaluation de la fonction sociale (284)
- tests psychologiques, tests neuropsychologiques etc (Pour des indications et limitations, veuillez consulter les paragraphes 285, 292-297)
- consultations (annexe IV – section 11) (si elle est applicable)
- interprétation des données – les impressions cliniques (annexe IV – section XII) doivent être formulées conformément aux informations données dans le Protocole d'Istanbul. (voir les paragraphes 141 – 143, 156 – 159, 235, 252, 254, 276, 286 – 289) et résumées dans le chapitre « Interprétation des observations » dans le présent manuel.

Le rapport de l'évaluation doit : (annexe IV)

- établir le degré de cohérence des observations psychologiques avec les sévices allégués d'une manière détaillée et accompagnée d'explication.
- Indiquer si les symptômes constituent des réactions prévisibles ou caractéristiques d'un stress extrême dans le contexte socioculturel du sujet.
- Indiquer le statut de l'individu au regard de 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 sur l'individu.
- Mentionner les problèmes physiques qui pourraient contribuer au tableau clinique, notamment les possibles lésions de la tête subies lors de la torture ou de la détention.

(Voir annexe IV dans le Protocole d'Istanbul)

(Pour plus d'informations, voir également le chapitre IV sections A.B.C.L, chapitre VI section C.3 (k) : 161, 235, 252, 254, 276, 288, 289).

Les conclusions et recommandations doivent : (Annexe IV – section 13) :

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

Signature du clinicien, date et lieu, qualifications du clinicien et annexes appropriées.

(Voir également le chapitre, VI section C.3 and section C.4 (b))

REFERENCES

- Alden K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, 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.
- Alden K (2002). The psychological consequences of torture. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 117-132.
- Alnutt SH, Chaplow D (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6): 980 - 987.
- American Psychiatric Association (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: Kleber EJ, Charles RF, Gerson BPR, editors. *Beyond trauma-cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 99-110.
- 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: Suedfeld P, editor. *Psychology and torture*. New York: Hemisphere Publishing: 143-163.
- Ehrenreich JH (2003). Understanding PTSD: forgetting 'trauma'. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1): 15-28.
- Engelhardt HT (1975). The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.: 125-141.
- Fischer G, Gurriss NF (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: Senf W, Broda M, editors. *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fornari VM, Pelcovitz D (1999). Identity problem and borderline disorders. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 2922-2932.
- Friedman M, Jaranson J (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, editors. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association Press: 207-227.
- 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.
- Gurr R, Quiroga J (2001). Approaches to torture rehabilitation: a desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture* 11(Suppl.1).
- Gurriss NF, Wenk-Ansohn M (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer: 275-308.

- Haenel F (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I) : a case study. *Torture* 11(1): 9-11.
- Herman JL (1992). *Trauma and recovery*. [S.l.]: Basic Books.
- Holtan NR (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care. In: Jaranson JM, Popkin MK, editors. *Caring for Victims of Torture*. Washington, D.C., American Psychiatric Press: 107-113.
- Iacopino V (2002). History taking. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 101-115.
- 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 FB, Patsalides B (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4): 100 -102.
- Jaranson JM, Kinzie JD, Friedman M, Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: Gerrity E, Keane TM, Tuma F, editors. *The mental health consequences of torture*. New York: Kluwer Academic: 249-275.
- Kira IA (2002). Torture assessment and treatment: the wraparound approach. *Traumatology* 8(2): 61-90.
- Kleinman A (1986). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care. Paper delivered at WPA Regional symposium on Psychiatry and its Related Disciplines.
- Kordon DR, Edelman L, Lagos DM, Nicoletti E, Bozollo RC, Kandel E (1988). Torture in Argentina. In: Kordon DR, Edelman LI, editors. *Psychological Effects of Political Repression*. Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen: 95-107.
- Lira Kornfeld E (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 115 – 132.
- McFarlane AC (1995). The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic stress disorder. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 31–54.
- Mc Farlane AC (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and the society*. New York: The Guilford Press: 154-182.
- McFarlane AC, Yehuda, R (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (6): 940-53.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y (1992). Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: Başoğlu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press: 253-274.
- Mollica RF, 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. *JAMA* 270(5): 581-586.
- 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.

- Sadock BJ (1999). Psychiatric report and medical record. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 665-677.
- Simpson MA (1995). What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York: Plenum Press: 187-212.
- 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: Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L, editors. International responses to traumatic stress. New York: Baywood Publishing Company: 397-423.
- Somnier F, Vesti P, Kastrup M, Genefke I (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Başoğlu M, editor. Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press: 56-72.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (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: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York: Plenum Press: 17-30.
- 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: Sadock BJ, Sadock V A , editors. Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 492–500.
- Turner SE, Yüksel S, Silove D (2003). Survivors of mass violence and torture. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J, Solomon SD, Keane TM, Fairbank JA et al., editors. Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 185-211.
- 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 BA; Fislér 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 BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (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.
- Westermeyer J (1985). Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *American Journal of Psychiatry* 142(7): 798-805.
- World Health Organization (1994). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Yehuda R, McFarlane AC (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12): 1705–1713.

© International Rehabilitation Council
for Torture Victims (IRCT)

Borgergade 13
P.O. Box 9049
DK-1022 Copenhagen K
DENMARK

Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00

<http://www.irct.org>