

# PROTOCOLE D'ISTANBUL

Série sur la formation professionnelle N° 8/Rev. 2

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



NATIONS UNIES  
DROITS DE L'HOMME  
HAUT-COMMISSARIAT





# PROTOCOLE D'ISTANBUL

SÉRIE SUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE N° 8/Rev. 2

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



NATIONS UNIES  
DROITS DE L'HOMME  
HAUT-COMMISSARIAT

New York et Genève, 2024

© 2001, 2004, 2024 Nations Unies  
Tous droits réservés pour tous pays

Les demandes d'autorisation de reproduire des extraits ou de faire des photocopies doivent être adressées au Copyright Clearance Center, sur le site [copyright.com](http://copyright.com).

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, s'adresser à :  
Publications des Nations Unies, 405 East 42nd Street, S-11FW001, New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique.

Courriel : [Permissions@un.org](mailto:Permissions@un.org) ; site Web : [Shop.un.org/fr](http://Shop.un.org/fr)

Bien que des efforts raisonnables aient été faits pour veiller à ce que le contenu de la présente publication soit factuellement exact et correctement référencé, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) et l'Organisation des Nations Unies déclinent toute responsabilité quant à son exactitude et à son exhaustivité et ne sont pas responsables des pertes ou dommages qui seraient directement ou indirectement liés à son utilisation ou à son invocation.

Les constatations, interprétations et conclusions énoncées par les collaborateurs et les participants dans la présente publication le sont à titre personnel et ne reflètent pas nécessairement les vues de leurs institutions et organisations apparentées ni celles du HCDH, de l'Organisation des Nations Unies, de ses fonctionnaires ou de ses États Membres.

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

Les cotes des documents de l'Organisation des Nations Unies se composent de lettres majuscules et de chiffres. La simple mention d'une cote dans un texte signifie qu'il s'agit d'un document de l'Organisation.

Publication des Nations Unies établie par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH).

HR/P/PT/8/Rev. 2 eISBN : 978-92-1-001233-1 ISSN : 1020-4636 eISSN : 2412-4710
--

Crédit de l'image de la page de couverture : © Adobe Stock, réf. 466867062, image réalisée par M. Music.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	viii
<b>NOTE D'INFORMATION</b> .....	x
<b>PERSONNES AYANT COLLABORÉ ET PARTICIPÉ</b> .....	xii
<b>INTRODUCTION</b> .....	xxi
<b>I. NORMES ET RÈGLES JURIDIQUES INTERNATIONALES APPLICABLES</b> .....	1
<b>A. Droit international des droits de l'homme</b> .....	2
1. Normes et règles élaborées à l'Organisation des Nations Unies .....	2
2. Systèmes régionaux de protection des droits de l'homme .....	14
<b>B. Droit international des réfugiés et non-refoulement</b> .....	23
<b>C. Droit international humanitaire</b> .....	25
<b>D. Justice pénale internationale</b> .....	26
<b>II. CODES DE DÉONTOLOGIE PERTINENTS</b> .....	29
<b>A. Déontologie pertinente des professionnels du droit</b> .....	30
1. Principes communs à tous les codes de déontologie des professionnels du droit .....	30
2. Principes directeurs relatifs à la conduite des juges .....	31
3. Principes directeurs relatifs à la conduite des procureurs .....	32
4. Principes directeurs relatifs à la conduite des avocats .....	33
<b>B. Obligations déontologiques des professionnels de la santé</b> .....	34
1. Déclarations de l'Organisation des Nations Unies relatives aux professionnels de la santé ...	35
2. Déclarations d'organismes professionnels internationaux .....	37
3. Codes nationaux de déontologie médicale .....	39
<b>C. Application des principes déontologiques dans l'appréciation clinique des actes de torture et des mauvais traitements</b> .....	39
1. Bienfaisance et non-malfaisance .....	40
2. Consentement éclairé .....	41
3. Confidentialité .....	43
<b>D. Professionnels de la santé soumis à des obligations antagoniques</b> .....	43
1. Principes directeurs relatifs au comportement des professionnels de la santé soumis à des obligations antagoniques .....	44
2. Dilemmes découlant de conflit d'obligations .....	44

<b>III. ENQUÊTES JURIDIQUES SUR LES ACTES DE TORTURE ET LES MAUVAIS TRAITEMENTS</b> .....	49
<b>A. Objet des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements</b> .....	52
<b>B. Principes relatifs aux moyens d'enquêter et de documenter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants</b> .....	52
1. Éléments constitutifs de l'infraction de torture .....	52
2. Réalisation d'enquêtes indépendantes et efficaces dans le plus court délai .....	53
3. Ressources suffisantes, capacité et compétence .....	53
4. Mesures de protection .....	54
5. Droits des victimes dans le cadre des enquêtes .....	54
6. Commission d'enquête indépendante .....	55
7. Rapport d'expertise médicale .....	55
<b>C. Modalités des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements</b> .....	56
1. Détermination de l'organe d'enquête approprié .....	56
2. Planification et préparation de l'enquête .....	57
3. Réalisation de l'enquête .....	57
<b>D. Commissions d'enquête</b> .....	67
1. Définition de la portée de l'enquête .....	67
2. Pouvoirs de la commission .....	68
3. Critères de sélection des membres .....	68
4. Personnel de la commission .....	69
5. Protection des témoins .....	69
6. Travaux de la commission .....	69
7. Avis d'enquête .....	69
8. Recueil des éléments de preuve .....	69
9. Droits des parties .....	69
10. Appréciation des éléments de preuve .....	70
11. Rapport de la commission .....	70
<b>E. Rôle des procureurs, des juges, des institutions nationales des droits de l'homme et d'autres acteurs dans les enquêtes relatives à la torture</b> .....	70
1. Procureurs (ou magistrats du parquet) .....	71
2. Juges .....	72
3. Institutions nationales des droits de l'homme et mécanismes nationaux de prévention .....	73
4. Autres acteurs .....	73
<b>F. Utilisation des preuves d'actes de torture ou de mauvais traitement dans le cadre d'autres procédures juridiques</b> .....	74
<b>IV. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES ENTRETIENS</b> .....	75
<b>A. Considérations préliminaires</b> .....	76
1. But de l'enquête, de l'examen et de la documentation .....	76
2. Aptitudes et conditions essentielles à l'entretien .....	77
3. Divulgaration de sévices ou de mauvais traitements sexuels .....	78
4. Risque de réactivation du traumatisme .....	79
5. Sexe, orientation sexuelle et identité de genre .....	80
6. Entretiens avec des enfants .....	80
7. Sensibilisation culturelle, religieuse et sociopolitique .....	82

8.	Recours à des interprètes .....	82
9.	Réactions émotionnelles et effets potentiels .....	83
<b>B.</b>	<b>Conduite des entretiens</b> .....	84
1.	Qualification des cliniciens .....	84
2.	Intégration des évaluations physiques et psychologiques .....	85
3.	Contexte de l'entretien .....	85
4.	Garanties procédurales pour les détenus .....	86
5.	Visites officielles des lieux de détention .....	87
6.	Préparation en vue de l'entretien .....	88
7.	Difficultés de communication .....	88
8.	Contact avec le sujet .....	88
9.	Degré de détail du récit .....	89
10.	Techniques d'interrogatoire .....	89
11.	Difficultés à se remémorer et à relater les faits .....	90
12.	Variabilité et incohérences .....	91
13.	Réduction de la variabilité et des incohérences .....	92
<b>C.</b>	<b>Contenu des entretiens</b> .....	93
1.	Présentation et identification .....	94
2.	Profil du sujet .....	94
3.	Profil psychosocial avant l'arrestation .....	94
4.	Allégations de torture et d'autres mauvais traitements .....	95
5.	Examen des méthodes de torture .....	96
6.	Évaluation des preuves physiques et psychologiques .....	98
7.	Clôture de l'évaluation et orientation du sujet .....	98
<b>D.</b>	<b>Considérations postérieures à l'entretien</b> .....	99
1.	Interprétation des observations .....	99
2.	Conclusions et recommandations .....	99
3.	Automutilation et simulation .....	100
4.	Fiabilité des preuves cliniques et crédibilité .....	100
5.	Limites, interprétation erronée ou usage impropre du Protocole d'Istanbul .....	101
<b>V.</b>	<b>PREUVES PHYSIQUES DE LA TORTURE ET AUTRES MAUVAIS TRAITEMENTS</b> ..	103
<b>A.</b>	<b>Profil médical</b> .....	104
1.	Symptômes aigus .....	104
2.	Symptômes chroniques .....	105
3.	Importance des antécédents médicaux .....	105
<b>B.</b>	<b>Examen physique</b> .....	105
1.	Peau .....	106
2.	Visage .....	106
3.	Poitrine et abdomen .....	108
4.	Système musculo-osseux .....	108
5.	Système génito-urinaire .....	109
6.	Système nerveux central et périphérique .....	109
<b>C.</b>	<b>Interprétation des observations</b> .....	109
<b>D.</b>	<b>Conclusions et recommandations</b> .....	111

<b>E. Examen et évaluation pour des formes particulières de torture</b> .....	111
<b>1. Coups et autres formes de contusions</b> .....	111
<b>2. Coups sur les pieds</b> .....	115
<b>3. Suspension</b> .....	116
<b>4. Autres tortures positionnelles</b> .....	117
<b>5. Décharges électriques</b> .....	117
<b>6. Torture dentaire</b> .....	118
<b>7. Asphyxie</b> .....	118
<b>8. Sévices sexuels, y compris le viol</b> .....	118
<b>F. Tests diagnostiques spécialisés</b> .....	125
<b>G. Évaluation du handicap fonctionnel</b> .....	125
<b>H. Enfants</b> .....	125
<b>VI. PREUVES PSYCHOLOGIQUES DE LA TORTURE ET AUTRES MAUVAIS TRAITEMENTS</b> .....	127
<b>A. Considérations générales</b> .....	128
<b>1. Rôle central de l'évaluation psychologique</b> .....	128
<b>2. Contexte de l'évaluation psychologique</b> .....	129
<b>B. Conséquences psychologiques de la torture et autres mauvais traitements</b> .....	130
<b>1. Avertissement</b> .....	130
<b>2. Réactions psychologiques courantes</b> .....	130
<b>3. Classifications diagnostiques</b> .....	134
<b>C. Évaluation psychologique/psychiatrique</b> .....	137
<b>1. Considérations éthiques et cliniques</b> .....	137
<b>2. Déroulement de l'entretien</b> .....	137
<b>3. Éléments de l'évaluation psychologique/psychiatrique</b> .....	138
<b>4. Évaluation neuropsychologique</b> .....	142
<b>5. Les enfants et la torture</b> .....	146
<b>D. Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes, et la torture et autres mauvais traitements</b> .....	153
<b>VII. RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CHARGÉS DE DOCUMENTER LES FAITS DE TORTURE ET AUTRES MAUVAIS TRAITEMENTS DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES</b> .....	155
<b>A. Obligations de l'État et obligations déontologiques des professionnels de la santé</b> .....	156
<b>B. Contextes dans lesquels il peut être nécessaire de recueillir des informations</b> .....	157
<b>C. Obstacles</b> .....	158
<b>1. La crainte des représailles</b> .....	158
<b>2. Le manque de formation</b> .....	159
<b>3. La charge de travail et le manque de temps et d'effectifs</b> .....	159
<b>4. Le manque d'espace et l'inadéquation des conditions professionnelles</b> .....	159
<b>5. L'obligation de non-divulgateion</b> .....	159
<b>6. Le traumatisme vicariant et l'épuisement professionnel</b> .....	160



<b>D. Accomplissement des obligations déontologiques</b> .....	160
<b>1. Obligations avérées ou supposées envers des tiers</b> .....	160
<b>2. Préjugés explicites et implicites</b> .....	161
<b>3. Possibilités d'orientation limitées</b> .....	161
<b>E. Orientations et procédures</b> .....	161
<b>1. Évaluations cliniques dans les contextes juridiques</b> .....	161
<b>2. Évaluations cliniques dans les contextes non juridiques</b> .....	162
<b>F. Signalement et réglementation</b> .....	163
<b>G. Contrôler et garantir la qualité des évaluations formelles</b> .....	164
<b>VIII. APPLICATION DU PROTOCOLE D'ISTANBUL</b> .....	165
<b>A. Conditions nécessaires à la bonne application du Protocole d'Istanbul</b> .....	166
<b>1. Reconnaissance officielle des normes établies par le Protocole d'Istanbul</b> .....	166
<b>2. Volonté politique</b> .....	167
<b>3. Efficacité du système de justice pénale</b> .....	167
<b>4. Adéquation des ressources financières et humaines</b> .....	168
<b>5. Bonne gouvernance</b> .....	168
<b>6. Coopération</b> .....	168
<b>7. Participation active de la société civile</b> .....	168
<b>B. Pour une application efficace du Protocole d'Istanbul</b> .....	169
<b>1. Phase I</b> .....	169
<b>2. Phase II</b> .....	169
<b>3. Phase III</b> .....	169
<b>C. Réformes administratives, législatives et judiciaires</b> .....	169
<b>D. Réforme nationale de la médecine légale et des professions de la santé</b> .....	172
<b>E. Application du Protocole d'Istanbul : suivi et responsabilité</b> .....	174
<b>F. Coopération, coordination et assistance technique</b> .....	175
<b>G. Société civile</b> .....	175
<b>GLOSSAIRE</b> .....	177
<b>ANNEXES</b> .....	179
<b>I. Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits</b> .....	179
<b>II. Directives pour la documentation des actes de torture et autres mauvais traitements infligés aux enfants</b> .....	183
<b>III. Schémas anatomiques pour la documentation de la torture et autres mauvais traitements</b> ..	191
<b>IV. Directives pour l'évaluation clinique de la torture et autres mauvais traitements</b> .....	221

# AVANT-PROPOS

En 2001, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a publié la première édition du Protocole d'Istanbul, mis à jour par la suite en 2004. Ce dernier est un excellent outil pratique utilisé depuis dans le domaine médico-légal et d'autres domaines dans le monde entier pour indiquer concrètement comment il faut enquêter et recueillir des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements, protéger les victimes et procéder à la défense de leurs intérêts qui est assurée par la société civile. L'ayant appliqué dans la pratique pendant des années, des professionnels et des universitaires du monde entier ont à présent rassemblé leurs données d'expérience, déterminé les bonnes pratiques et mis en lumière les enseignements tirés de son application, ses limites, les erreurs d'interprétation et même les cas de mauvais usage délibéré. Ce riche effort collectif a permis de mieux rendre compte des progrès accomplis dans la compréhension des pratiques et des effets de la torture et des mauvais traitements et a abouti par conséquent à une vaste mise à jour du Protocole d'Istanbul.

Je suis dès lors heureuse de présenter l'édition 2022 du Protocole d'Istanbul, qui s'inscrit dans le prolongement de l'édition précédente de 2004. C'est une feuille de route multipartite et multidisciplinaire qui résulte de consultations internationales menées sur une grande échelle par plus de 180 experts, dont des professionnels de la santé, du droit et des droits humains de toutes les régions du monde. Fondée sur les dispositions pertinentes du droit international, elle présente des lignes directrices encore plus concrètes, clairement définies et bien comprises permettant aux États Membres, aux institutions nationales des droits de l'homme, aux mécanismes nationaux de prévention, à la société civile, aux professionnels du droit et de la santé et aux autres experts concernés d'appliquer plus facilement les normes établies dans le Protocole d'Istanbul.

Cette nouvelle édition est le fruit d'une coopération entre la société civile, les professionnels, les universitaires et les membres de tous les mécanismes des Nations Unies chargés de la lutte contre la torture, à savoir le Comité contre la torture, le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture. Elle est axée sur les préoccupations des victimes et sur une approche fondée sur le genre.

Bien qu'il existe de bons exemples illustrant les progrès qui ont déjà été réalisés en droit et en pratique dans les domaines du droit, des politiques et des institutions, le travail qu'il faut accomplir pour combattre et prévenir les actes de torture est loin d'être terminé. L'engagement continu de tous les États est nécessaire pour veiller à ce que les garanties juridiques tendant à prévenir les actes de torture et les mauvais traitements soient pleinement et correctement appliquées, et pour garantir que les auteurs de telles violations répondent de leurs actes et que les victimes obtiennent des réparations intégrales et adéquates. La nouvelle édition du Protocole d'Istanbul est un outil précieux pour combattre et prévenir les actes de torture et un document de référence essentiel pour élaborer et mettre en œuvre les politiques y afférentes, ainsi que pour former et guider un large éventail d'acteurs travaillant auprès de victimes de la torture.

Le HCDH a la ferme volonté d'aider les États à éliminer la pratique de la torture et des mauvais traitements, à appliquer efficacement les normes internationales relatives aux droits humains et à placer la réparation des préjudices subis par les victimes, y compris la réadaptation de celles-ci, au cœur de leurs efforts. En conséquence, j'encourage les États et les acteurs non étatiques, la société civile, les différents professionnels et toutes les personnes qui participent à la prévention des actes de torture et des mauvais traitements ainsi qu'à la protection contre ceux-ci à exploiter la nouvelle édition du Protocole d'Istanbul. J'invite en particulier les États à faire du Protocole d'Istanbul un élément essentiel de la formation des agents publics et des professionnels de la santé qui participent à la garde, à l'interrogatoire ou au traitement des personnes soumises à quelque forme d'arrestation, de détention ou d'emprisonnement. J'ose espérer que la mise en commun de nos efforts de collaboration nous permettra de combattre et de surmonter l'un des plus grands problèmes de notre époque et d'assurer à l'humanité un avenir meilleur et plus sûr.



**Michelle Bachelet**

La Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

# NOTE D'INFORMATION

Le présent document est une édition actualisée du *Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Protocole d'Istanbul)*, qui définit les normes internationales régissant l'exécution d'enquêtes juridiques et médico-légales efficaces sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Élaboré par 75 spécialistes du droit, de la santé et des droits humains issus de 40 organisations établies dans 15 pays, le Protocole d'Istanbul a été officiellement approuvé par l'ancienne Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Mary Robinson, le 9 août 1999, intégré dans la série sur la formation professionnelle du Haut-Commissariat en 2001 et mis à jour en 2004. Il contient une série de « principes d'Istanbul » qui énoncent les normes minimales, développées dans le manuel, que les États doivent respecter pour pouvoir enquêter et recueillir des informations efficacement sur les actes de torture et les mauvais traitements. Les principes d'Istanbul ont été valorisés en 2000 dans des résolutions de l'Assemblée générale<sup>1</sup> et de la Commission des droits de l'homme<sup>2</sup> qui invitent les États à diffuser largement lesdits principes et à les utiliser dans le cadre de la lutte contre la torture.

Le Comité contre la torture, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants utilisent couramment le Protocole d'Istanbul et les principes qu'il énonce comme cadre de référence pour évaluer l'efficacité des enquêtes menées sur les actes de torture. En outre, les normes énoncées dans le Protocole d'Istanbul sont appliquées par des organismes régionaux de défense des droits de l'homme, notamment la Commission interaméricaine des droits de l'homme, la Cour interaméricaine des droits de l'homme, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et la Cour européenne des droits de l'homme, ainsi que par de nombreuses institutions nationales. Dans le rapport annuel qu'il a soumis à l'Assemblée générale en octobre 2014, le Rapporteur spécial sur la torture, Juan E. Méndez, mettait en relief le rôle essentiel de la criminalistique et de la médecine dans les enquêtes menées sur les actes de torture et autres mauvais traitements ainsi que dans la prévention de ceux-ci. Il soulignait que « [l]es normes fixées par ... le Protocole d'Istanbul servent de base à l'évaluation des rapports médicaux, d'outil de référence pour les experts qui présentent leurs opinions et de critère pour mesurer l'efficacité de l'établissement des faits et la réparation à accorder aux victimes » et que « [l]es rapports médico-légaux de bonne qualité sont en train de révolutionner l'enquête sur la torture »<sup>3</sup>. Cette reconnaissance du Protocole d'Istanbul par les organes des Nations Unies chargés des droits de l'homme, les juridictions régionales des droits de l'homme et les rapporteurs spéciaux des Nations Unies a facilité son acceptation et son utilisation généralisées dans le domaine médico-légal et dans d'autres domaines dans le monde entier. Au cours des 20 dernières années, le Protocole d'Istanbul et les principes qu'il énonce ont été de plus en plus utilisés par les acteurs étatiques et non étatiques pour orienter leurs enquêtes sur les actes de torture et les mauvais traitements.

---

<sup>1</sup> Résolution 55/89 de l'Assemblée générale.

<sup>2</sup> Résolution 2000/43 de la Commission des droits de l'homme.

<sup>3</sup> A/69/387, par. 59 et 64.



La présente publication vise à actualiser et à renforcer le Protocole d'Istanbul dans le cadre d'un projet auquel ont participé plus de 180 personnes issues de 51 pays. Ce projet a été dirigé par des représentants de quatre organisations de la société civile (Médecins pour les droits de l'homme, Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture, Fondation turque des droits de l'homme et Redress Trust) et de quatre organes principaux des Nations Unies chargés de la lutte contre la torture (Comité contre la torture, Sous-Comité pour la prévention de la torture, Rapporteur spécial sur la torture et Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture). Le comité de rédaction du Protocole d'Istanbul de ce projet était composé de représentants des quatre organisations de la société civile et des quatre organes principaux des Nations Unies susvisés. Le projet a bénéficié non seulement du soutien de l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture et du Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture, mais également de celui des différents experts et des organisations concernés qui ont fait preuve d'un engagement résolu en sa faveur et y ont consacré le temps voulu.

Ces efforts internationaux de grande envergure avaient pour but de mettre à jour le Protocole d'Istanbul afin de rendre compte de l'évolution de notre compréhension des pratiques et des effets de la torture et des mauvais traitements, ainsi que des données d'expérience pratique et des enseignements tirés de l'application du Protocole au cours des 20 dernières années. Dans ce cadre, des réunions de coordination régionales se sont tenues à Bichkek, Mexico et Copenhague et une enquête a été menée auprès de plus de 200 personnes ayant une expérience considérable de l'utilisation du Protocole dans les activités de lutte contre la torture. Outre la mise à jour des six chapitres initiaux du Protocole, la présente édition comprend deux nouveaux chapitres : le chapitre VII fournit des indications sur le rôle des professionnels de la santé dans divers contextes où il pourrait être nécessaire de recueillir des informations et le chapitre VIII des indications sur les mesures que les États doivent prendre pour pouvoir appliquer efficacement le Protocole.

L'édition 2022 du Protocole d'Istanbul sera publiée dans les six langues officielles de l'Organisation des Nations Unies sur le site Web du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ([www.ohchr.org/fr](http://www.ohchr.org/fr)).

# PERSONNES AYANT COLLABORÉ ET PARTICIPÉ

## COMITÉ DE RÉDACTION DU PROTOCOLE

**Dr. Vincent Iacopino** ancien conseiller médical principal de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme et professeur adjoint de médecine à la faculté de médecine de l'Université du Minnesota

**James Lin** coordonnateur du programme relatif au Protocole d'Istanbul au Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture et professeur adjoint de droit à l'Université nationale Yang Ming Chiao Tung

**Dr. Şebnem Korur Fincancı** présidente de l'Ordre des médecins de Türkiye, membre du conseil exécutif de la Fondation turque des droits de l'homme et professeure émérite de médecine légale à la faculté de médecine de l'Université d'Istanbul

**Chris Esdaile** conseiller juridique auprès de l'organisation Redress Trust

**Dr. Jens Modvig** directeur du département de la santé de l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture, chef de la Plateforme internationale de responsabilisation pour le Bélarus et ancien président du Comité contre la torture

**Nora Sveaass** professeure émérite à l'Université d'Oslo et membre du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Nils Melzer** ancien Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Dr. Vivienne H. Nathanson** présidente du Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture et ancienne directrice des activités professionnelles de l'Association des médecins britanniques

## RESPONSABLES DE CHAPITRE DU PROTOCOLE

**Juan E. Méndez** ancien Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (2010-2016) et professeur de droit au Washington College of Law de l'American University

**Dr. Vincent Iacopino** ancien conseiller médical principal de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme et professeur adjoint de médecine à la faculté de médecine de l'Université du Minnesota

**Dr. Lutz Oette** Professeur de droit international des droits de l'homme au centre du droit des droits de l'homme de l'école des études orientales et africaines de l'Université de Londres

**Dr. Rohini J. Haar** professeure adjointe à l'école de santé publique de l'Université de Californie à Berkeley et conseiller médical de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Juliet Cohen** ancienne responsable de l'équipe médicale de l'organisation Freedom from Torture

**Felicitas Treue** psychologue membre de l'organisation mexicaine Colectivo contra la Tortura y la Impunidad et de l'Independent Forensic Expert Group

**Nora Sveaass** professeure émérite à l'Université d'Oslo et membre du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Dr. Rusudan Beriashvili** professeure associée à l'Université médicale d'État de Tbilissi

## MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DU PROTOCOLE

**Dr. Uju R. Agomoh** directrice exécutive de l'organisation Prisoners' Rehabilitation and Welfare Action et fondatrice de Development Voice

**Dr. Ameena T. Ahmed** médecin membre du Permanente Medical Group

**Dr. Ahmed Mohammed Amin Ahmed** directeur de la Wchan Organization for Victims of Human Rights Violations et chargé de cours à l'école supérieure technique de la santé de l'Université polytechnique de Sulaimani dans la région du Kurdistan d'Iraq

**Dr. Joanne Ahola** directrice médicale émérite du Weill Cornell Center for Human Rights et formatrice à l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Dina A. al-Shafie** psychiatre et consultante en criminalistique sur les questions psychosociales, membre de l'organisation Synergy for Justice, experte et enquêtrice sur les violences sexuelles et la torture dans les zones sortant d'un conflit, formatrice pour le Protocole d'Istanbul et membre de Médecins Sans Frontières en Égypte

**Dr. Aida S. Alayarian** présidente et responsable clinique du centre de thérapie pour les réfugiés de la Société royale de médecine et membre du Conseil de psychothérapie du Royaume-Uni et de la Société britannique de psychologie

**Djordje Alempijevic** professeur de médecine légale à l'école de médecine de l'Université de Belgrade et membre de la fondation de la faculté de médecine légale du Royal College of Physicians de Londres

**Federico Allodi** professeur associé à l'Université de Toronto et ancien président du Centre canadien pour les victimes de la torture

**Dr. Yahya Alrahal** conseiller médical auprès de l'organisation Lawyers and Doctors for Human Rights

**Dr. Kerem Altiparmak** président du Centre des droits de l'homme de l'Ordre des avocats d'Ankara et vice-président de l'Association turque des droits de l'homme

**George J. Annas** professeur émérite à l'Université de Boston et directeur du centre du droit de la santé, de l'éthique et des droits de l'homme de l'école de santé publique de l'Université de Boston

**Jorge G. Aroche** directeur général du service de traitement et de réadaptation des rescapés de la torture et du traumatisme de la Nouvelle-Galles du Sud et président du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (Australie)

**Ulugbek Azimov** ancien président du Conseil de coordination du mécanisme national de prévention du Kirghizistan et expert en droit

**Ioanna Babassika** avocate membre de l'Ordre des avocats d'Athènes et spécialiste des droits de l'homme (Grèce)

**Dr. Kenneth Daniel Bagonza** médecin en service au Centre africain de traitement et de réadaptation des victimes de la torture de l'Université des sciences et des technologies de Mbarara (Ouganda)

**Dr. Metin Bakkalcı** médecin, membre de la Fondation turque des droits de l'homme

**Dr. Turkcan Baykal** médecin, membre de la Fondation turque des droits de l'homme et psychologue clinicienne (Türkiye)

**Dr. Smadar Ben-Natan** titulaire d'un doctorat obtenu à l'Université de Tel Aviv

**Dr. Ahmed Benasr** médecin légiste à l'Institut tunisien pour la réhabilitation des survivants de la torture (« NEBRAS »)

**Barbara Bernath** Secrétaire générale de l'Association pour la prévention de la torture (Genève)

**Dr. Jonathan Beynon** spécialiste indépendant du recueil d'informations sur la torture et les conditions de détention (Genève)

**Moritz Birk** chef du département de la dignité humaine et de la sécurité publique de l'Institut des droits fondamentaux et des droits de l'homme Ludwig Boltzmann (Vienne)

**Dr. Bettina Birmanns** neurologue membre du Comité public contre la torture en Israël

**Jean-Sébastien Blanc** conseiller scientifique au Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales et ancien directeur des Programmes thématiques de l'Association pour la prévention de la torture (Genève)

**Dr. Anissa Bouasker** psychiatre et professeure assistante à la faculté de médecine de Tunis

**Dr. Marie Brasholt** médecin principal à l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture et membre du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Dr. Nicole Bürli** conseillère principale pour les droits de l'homme à l'Organisation mondiale contre la torture (Genève)

**Sofia C. Candeias** membre de l'Équipe d'experts de l'état de droit et des questions touchant les violences sexuelles commises en période de conflit

**Lotta Carlsson** gestionnaire de dossiers et conseillère au centre de psychotraumatologie de la Helsinki Deaconess Foundation et consultante indépendante auprès du Réseau de sensibilisation à la radicalisation et du Conseil de l'Europe (Finlande)

**Jim Cavallaro** professeur de droit à la clinique internationale des droits de l'homme et de règlement des conflits de Stanford et au centre des droits de l'homme de Stanford et ancien membre et président de la Commission interaméricaine des droits de l'homme

**Sirikan Charoensiri** membre de l'organisation Thai Lawyers for Human Rights

**Tatiana Chernobil** experte en droit indépendante (Kazakhstan)

**Elena Olga Christidi** psychologue, ancienne coordonnatrice scientifique du service d'attestation du statut de victime de la torture de l'organisation METAdrasi et directrice scientifique de l'organisation Orlando LGBT+ Mental Health Beyond the Stigma (Grèce)

**Guy Coffey** psychologue clinicien et avocat auprès de la Victorian Foundation for Survivors of Torture (Australie)

**Dr. Keren Cohen** maître de conférences au Goldsmiths College de l'Université de Londres et psychologue-conseil (Royaume-Uni)

**Dr. Sondra S. Crosby** professeure associée de médecine et de santé publique à l'Université de Boston et experte en médecine et conseillère pour le recueil d'informations sur la torture de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Malabika M. Das** consultante en action sociale intégrée et professeure assistante adjointe à l'Université nationale de Taiwan

**María de Lezcano-Mújica González** ancienne consultante auprès de l'Institut des droits de l'homme de l'Association internationale du barreau

**Clarisse Delorme** conseillère principale pour les politiques de l'Association médicale mondiale

**Ana Deutsch** psychologue auprès du Program for Torture Victims de Los Angeles

**Dr. Carole Dromer** ancienne coordonnatrice du Programme de santé en milieu carcéral du Comité international de la Croix-Rouge

**Vanessa Drummond** directrice adjointe du projet Initiative de lutte contre la torture du centre des droits de l'homme et du droit humanitaire du Washington College of Law de l'American University

**Helen Duffy** directrice du cabinet d'avocats Human Rights in Practice et professeure à l'Université de Leyde (Pays-Bas)

**Dr. Maximo Alberto Duque Piedrahita** docteur en médecine (Université CES) et spécialiste de la médecine légale (Université nationale de Colombie)

**Dr. Pierre Duterte** psychothérapeute (France)

**Dr. Alice J. Edwards** cheffe du secrétariat de l'Initiative sur la Convention contre la torture (Genève)

**Dr. Ingrid Elliott** spécialiste de la justice pénale internationale et de la violence sexuelle et fondée sur le genre auprès de l'organisation Synergy for Justice et membre de l'Équipe d'experts de l'état de droit et des questions touchant les violences sexuelles commises en période de conflit



**Chris Esdaile** conseiller juridique auprès de l'organisation Redress Trust

**Sir Malcolm D. Evans** professeur de droit international public à l'Université de Bristol et ancien président du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Ravindra Fernando** professeur émérite à l'Université de Colombo et professeur titulaire à l'Université de la défense Général Sir John Kotelawala (Sri Lanka)

**Dr. Carla Ferstman** maître de conférences à l'Université d'Essex

**Dr. Şebnem Korur Fincanci** présidente de l'Union des médecins de Turquie, membre du conseil exécutif de la Fondation turque des droits de l'homme et professeure émérite de médecine légale à la faculté de médecine de l'Université d'Istanbul

**Barbara A. Frey** directrice du programme des droits de l'homme de l'Université du Minnesota et maître de conférences à l'Institute for Global Studies de l'Université du Minnesota

**Christy C. Fujio** conseillère technique principale auprès des services d'accès à la justice et à la protection de l'organisation Heartland Alliance International et directrice de l'organisation Synergy for Justice (États-Unis d'Amérique)

**Sarah Fulton** avocate et consultante en droits de l'homme (Sydney) et ancienne conseillère juridique internationale auprès de l'organisation Redress Trust

**Fiona Gabbert** professeure de psychologie et directrice de l'unité de psychologie légale au Goldsmiths College de l'Université de Londres

**Felice Gaer** directrice du Jacob Blaustein Institute for the Advancement of Human Rights et ancienne membre et vice-présidente du Comité contre la torture

**Katherine Gallagher** avocate interne principale au Centre des droits constitutionnels des États-Unis

**Dr. Andrés Gautier** membre de l'Instituto de Terapia e Investigación sobre las secuelas de la tortura y violencia estatal (État plurinational de Bolivie)

**Dr. Yuval Ginbar** conseiller juridique auprès d'Amnesty International (Royaume-Uni)

**Maartje L. Goudswaard** médecin légiste auprès du département de médecine légale d'Amsterdam

**Edith Escareño Granados** psychologue et experte indépendante (Mexique)

**Dr. Peter G. Green** médecin désigné chargé de la protection de l'enfance auprès du Wandsworth Clinical Commissioning Group (Royaume-Uni)

**Charles W. Greenbaum** professeur de psychologie sociale à l'Université hébraïque de Jérusalem

**Dr. Dadimos Haile** professeur associé de droit à l'Université de Bahir Dar (Éthiopie)

**Dr. Sana Hamzeh** conseillère clinique auprès du Centre Restart pour la réhabilitation des victimes de la violence et de la torture (Liban)

**Dr. Steen Holger Hansen** pathologiste légiste en service à l'Université de Copenhague

**Dr. Lilla Hárđi** médecin auprès de la Fondation Cordelia pour la réadaptation des victimes de la torture (Hongrie)

**Dr. Karin Helweg-Larsen** chargée de recherche principale à l'Université de Copenhague

**Edeliza Pescante Hernandez** directrice exécutive du Medical Action Group et membre du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture pour l'Asie (Philippines)

**Verónica Hinestroza Arenas** spécialiste indépendante du droit international des droits de l'homme (Colombie) et ancienne juriste de programme en chef à l'Institut des droits de l'homme de l'Association internationale du barreau

**Jonathan Horowitz** juriste principal au programme de sécurité nationale et de lutte contre le terrorisme de l'Open Society Justice Initiative (États-Unis)

**Andrea Huber** cheffe du département des droits de l'homme et cheffe adjointe de l'Unité du renforcement de l'état de droit du Bureau des institutions démocratiques et des droits de l'homme de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (Pologne)

**Dr. Vincent Iacopino** ancien conseiller médical principal de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme et professeur adjoint de médecine à la faculté de médecine de l'Université du Minnesota

**Dr. Bayazit Ilhan** ancien président de l'Ordre des médecins de Türkiye

**Dr. Jim Jaranson** consultant (États-Unis)

**Dr. Amar Jesani** rédacteur en chef de l'*Indian Journal of Medical Ethics* et consultant indépendant et professeur de santé publique et bioéthique (Inde)

**Carlos A. Jibaja** psychologue auprès du Centro de Atención Psicosocial et psychothérapeute psychanalytique auprès de l'Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica (Pérou)

**Dr. Mariam Jishkariani** médecin, directrice du RCT/EMPATHY et psychiatre en service à l'Université médicale d'État de Tbilissi (Géorgie)

**Nuriana A. Kartanbaeva** directrice du programme de droit de la Fondation Soros – Kirghizistan

**Dr. Marianne C. Kastrup** consultante (Danemark)

**Dr. Allen S. Keller** professeur associé à la faculté de médecine de l'Université de New York et fondateur du programme des rescapés de la torture de Bellevue/ Université de New York

**Pornpen Khongkachonkiet** directrice de la Cross Cultural Foundation (Thaïlande)

**Coleen Kivlahan** professeure de médecine familiale et directrice exécutive des services de soins primaires de l'Université de Californie (San Francisco)

**Asger Kjaerum** directeur des activités de sensibilisation du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture

**Vincent O. Kodongo** directeur de la Shield for Justice Foundation (Kenya)

**Elsbeth J. Kors** psychologue clinicienne en service à l'Institut des droits de l'homme et de l'évaluation médicale (Pays-Bas)

**Dr. Debabrata R. Laifungbam** directeur du Human to Humane Transcultural Centre for Torture Victims du Centre for Organisation Research and Education et membre du comité consultatif pour la santé du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (Inde)

**Josephine Acuna Lascano** directrice exécutive du Balay Rehabilitation Center (Philippines)

**Peter M. Leth** professeur à l'Université du Danemark du Sud et médecin légiste en chef à l'Institut de médecine légale

**Iain Levine** ancien directeur exécutif adjoint chargé des programmes de Human Rights Watch (États-Unis)

**Dr. Birgit Lie** en service au centre de santé psychosomatique, de troubles traumatiques et de santé des immigrants de l'hôpital Sørlandet de Kristiansand (Norvège)

**James Lin** coordonnateur du programme relatif au Protocole d'Istanbul au Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture

**Dr. Elizabeth Lira** doyenne de la faculté de psychologie de l'Université Alberto Hurtado et psychologue en service à l'Université catholique pontificale du Chili

**Maria Lisitsyna** responsable juridique principale à l'Open Society Justice Initiative (États-Unis)

**Dr. Nicole Littenberg** médecin en service au Pacific Survivor Center et médecin légiste au Sex Abuse Treatment Center (États-Unis)

**Dr. June Caridad Pagaduan Lopez** membre du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et professeure de psychiatrie retraitée de l'Université des Philippines

**Said Louahlia** pathologiste légiste (Casablanca)

**Dr. Frances A. Lovemore** directrice de la Counselling Services Unit (Zimbabwe)

**Dr. Stuart L. Lustig** responsable médical national pour la santé comportementale auprès de Cigna et conseiller juridico-médical en service au Center for Gender and Refugee Studies du Hastings College of Law de l'Université de Californie

**Andreas Malm** psychologue auprès de la Croix-Rouge suédoise

**Elisa C. Massimino** chargée de recherche principale au Carr Center for Human Rights Policy de la Harvard Kennedy School et professionnelle en résidence à la Walsh School of Foreign Service de l'Université de Georgetown

**Nils Melzer** ancien Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Niv Michaeli** coordonnateur de projet à l'organisation Médecins pour les droits de l'homme – Israël

**Dr. Ranit Mishori** professeure de médecine familiale à la faculté de médecine de l'Université de Georgetown et conseillère médicale principale de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Jens Modvig** directeur du département de la santé de l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture, chef de la Plateforme internationale de responsabilisation pour le Bélarus et ancien président du Comité contre la torture

**Dr. Sergey Nikolayevich Molchanov** directeur du fonds public « Doctor SN » et psychiatre (Kazakhstan)

**Dr. Benito E. Molino** médecin membre du Medical Action Group (Philippines)

**Dr. María Dolores Morcillo Méndez** spécialiste de la médecine légale et de la pathologie légale et coordinatrice des activités de police scientifique et technique au Comité international de la Croix-Rouge

**Dr. Alejandro Moreno** doyen adjoint chargé de l'intégration des compétences cliniques et professeur associé de médecine et d'éducation médicale à la faculté de médecine Dell de l'Université du Texas à Austin

**Valeria Moscoso Urzúa** experte indépendante en questions psychosociales et coordinatrice du Réseau national d'experts indépendants contre la torture (Mexique)

**Annah Yvonne Moyo** responsable du programme de sensibilisation du Centre for the Study of Violence and Reconciliation (Afrique du Sud)

**Dr. Maya Mukamel** psychologue conseillère et directrice des études au Metanoia Institute (Royaume-Uni)

**Lia Mukhashavria** avocate défenseuse des droits de l'homme, titulaire d'un master en droit et directrice exécutive de l'ONG Human Rights Priority (Géorgie)

**Karen Naimer** directrice des programmes et directrice du Programme sur les violences sexuelles commises dans les zones de conflit de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Yadira M. Narváez** médecin (Équateur)

**Parvina Navruzova** cheffe du Programme de réforme judiciaire et d'accès à la justice du Centre des droits de l'homme (Tadjikistan)

**Dr. Anne Nesbitt** pédiatre membre de l'organisation Freedom from Torture (Royaume-Uni)

**Andra Nicolescu** conseillère principale pour les questions juridiques et les politiques à l'Association pour la prévention de la torture (Genève)

**Manfred Nowak** professeur de droit international des droits de l'homme à l'Université de Vienne et Secrétaire général du Centre interuniversitaire européen pour les droits de l'homme et la démocratisation de Vienne

**Samuel H. Nsubuga** directeur général du centre africain de traitement et de réadaptation des victimes de la torture (Ouganda)

**Dr. Janus Oomen** anthropologue médical en service au Netherlands Institute for Human Rights and Medical Assessment

**Gabriel Oosthuizen** directeur de programme à l'Institute for International Criminal Investigations (Pays-Bas)

**Dr. Resmiye Oral** professeure de pédiatrie clinique à la Geisel School of Medicine et directrice du Child Advocacy and Protection Center du Children's Hospital de Dartmouth-Hitchcock (États-Unis)

**Dr. Önder Özkalıpci** médecin légiste, expert indépendant, professeur associé de médecine légale et consultant temporaire auprès du HCDH (Genève)

**Dimitrios Pantazis** psychologue clinicien (Chypre)

**Nimisha Patel** professeure de psychologie clinique à l'Université de Londres-Est et directrice de l'International Centre for Health and Human Rights (Royaume-Uni)

**Dr. Beatrice M. Patsalides Hofmann** psychologue clinicienne au Centre Primo Levi et psychanalyste (Paris)

**Jason Payne-James** consultant en médecine légale auprès de la société Forensic Healthcare Services Ltd et médecin légiste en chef du Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust (Royaume-Uni)

**Dr. Michael Peel** médecin généraliste à Somerset (Royaume-Uni)

**Dr. Clifford P. Perera** maître de conférences et chef du département de médecine légale à la faculté de médecine de l'Université de Ruhuna et consultant pour les questions médico-légales et les droits de l'homme à la Commission asiatique des droits de l'homme (Hong Kong, Chine)

**Dr. Pau Pérez-Sales** psychiatre, directeur clinique du centre de prise en charge médicale, psychologique et juridique Sir[a], membre du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture et rédacteur en chef de *Torture*

**Dr. Hans Draminsky Petersen** ancien membre et vice-président du Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**Mikolaj Pietrzak** ancien président du Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture et doyen de l'Ordre des avocats de Varsovie (Pologne)

**Laura Pitter** directrice adjointe du Programme relatif aux États-Unis à Human Rights Watch (États-Unis)

**Dr. Katherine A. Porterfield** psychologue auprès du Bellevue/New York University Program for Survivors of Torture et enseignante clinique à la faculté de médecine de la New York University

**Dr. José Quiroga** ancien directeur médical du Program for Torture Victims et ancien vice-président du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture

**Dr. Steven Reisner** Cofondateur de la Coalition for an Ethical Psychology et conseiller pour les questions relatives à la psychologie et à l'éthique auprès de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Dr. Ricardo Restrepo-Guzmán** professeur clinique associé à l'Université de Californie à Irvine

**Dr. Hernán Reyes** en service au Centre des droits de l'homme de l'Université de Californie à Berkeley et obstétricien-gynécologue membre de la Fédération des médecins suisses

**Sidsel Rogde** professeure à l'Université d'Oslo, pathologiste légiste et médecin principal à l'hôpital universitaire d'Oslo

**Dr. Barry H. Roth** docteur en médecine en service au programme de psychiatrie et droit de l'école de médecine de Harvard et membre émérite à vie de l'Association américaine de psychiatrie

**Leonard S. Rubenstein** responsable scientifique à l'école de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins et directeur du programme des droits de l'homme, de la santé et des conflits du centre de santé publique et des droits de l'homme

**Olga Sadovskaya** vice-présidente du Comité contre la torture (Fédération de Russie)

**Antti Sajantila** professeur au département de médecine légale de l'Université d'Helsinki et médecin en chef de l'unité de médecine légale de l'*Institut finlandais de la santé et du bien-être*

**Yubaraj Sangroula** directeur exécutif de l'école de droit de Katmandou



**Caroline Schlar** psychologue-psychothérapeute (Genève)

**Stephanie Selg** ancienne conseillère en prévention de la torture au Bureau des institutions démocratiques et des droits de l'homme de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (Pologne)

**Mandira Sharma** professionnelle des droits de l'homme, Advocacy Forum (Népal)

**Dr. Julian Sheather** conseiller spécialisé pour l'éthique et les droits de l'homme à l'Association des médecins britanniques

**Derrick Michael Silove** professeur émérite à l'Université de Nouvelle-Galles du Sud et professeur invité au centre Phoenix Australia de l'Université de Melbourne

**Susannah Sirkin** directrice des politiques et conseillère principale de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme

**Elna Søndergaard** conseillère juridique principale à l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture et professeure associée (Danemark)

**Ruth Ssekindi** directrice des plaintes, des enquêtes et des services juridiques de la Commission ougandaise des droits de l'homme

**Eric Stover** directeur du centre des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Californie à Berkeley

**Dr. Wilder Tayler** directeur de l'Institution nationale des droits de l'homme et membre de la Commission internationale de juristes (Uruguay)

**Jørgen L. Thomsen** professeur à l'Université du Danemark du Sud et docteur en sciences médicales en service au département de médecine légale

**Dr. Morris V. Tidball Binz** professeur invité aux Universités de Coimbra et de Milan et responsable médico-légal du projet Personnes disparues du Comité international de la Croix-Rouge

**Lela Tsiskarishvili** directrice exécutive du Centre géorgien pour la réadaptation psychosociale et médicale des victimes de la torture et psychologue clinicienne au programme de master en santé mentale de l'Université d'État d'Ilia (Géorgie)

**Hulya Ucpinar** avocate, membre de la Fondation turque des droits de l'homme

**Danaé L. van der Straten Ponthoz** conseillère principale au Fonds mondial pour les personnes rescapées (Suisse)

**Dr. Adriaan Van Es** médecin, membre de l'International Federation of Health and Human Rights Organizations (Pays-Bas)

**Peter Vanezis** professeur de sciences médico-légales à l'Université Queen Mary de Londres

**Dr. Homer Drae Venters** professeur clinique associé au College of Global Public Health de l'Université de New York et chargé de recherche principal pour la santé et la justice aux Community Oriented Correctional Health Services (États-Unis)

**Alejandra Vicente** cheffe du service juridique de l'organisation Redress Trust

**Duarte Nuno Vieira** professeur titulaire à la faculté de médecine de l'Université de Coimbra et président du Centre de recherche et de formation en médecine légale pour l'action humanitaire et la défense des droits de l'homme de l'Université de Coimbra

**Ravi Prakash Vyas** professeur assistant à l'école de droit de Katmandou

**Steven M. Watt** avocat interne principal à l'American Civil Liberties Union

**Dr. Mechthild Wenk-Ansohn** médecin, psychothérapeute et superviseuse ; ancienne cheffe du secteur ambulatoire du Centre Überleben de Berlin ; consultante indépendante auprès du Centre européen pour les droits constitutionnels et humains et dans le domaine de la coopération internationale (Allemagne)

**Thomas Wenzel** psychiatre à la section des aspects psychologiques de la persécution et de la torture de l'Association mondiale de psychiatrie et professeur à l'Université de médecine de Vienne

**Dr. Zeev Wiener** psychiatre et médecin de famille, membre de l'organisation Médecins pour les droits de l'homme – Israël

**Dr. Cynthia Willard** directrice de la Keck Human Rights Clinic de l'Université de Californie du Sud

**Şahika Yüksel** psychiatre, membre de la Fondation turque des droits de l'homme et professeure (retraîtée) à l'Université d'Istanbul

### COLLABORATRICES SUPPLÉMENTAIRES

**Sarah Bakir** aspirante au master de santé publique à la faculté de santé publique de l'Université de Californie à Berkeley

**Josina Bothe** consultante auprès du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture (Allemagne)

**Alice Chin-Huei Chiu** avocate au cabinet Huang's Law Office et ancienne consultante auprès du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de torture

**Makaila Heifner** ancienne assistante de recherche au centre des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Californie à Berkeley

**Una Marquard-Busk** responsable de projet à l'organisation Dignity – Institut danois contre la torture

**Julia Nee** ancienne assistante de recherche au centre des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Californie à Berkeley et aspirante à la licence à la Gallatin School of Individualized Study de l'Université de New York

Des remerciements vont également à plusieurs fonctionnaires du HCDH dont les efforts ont contribué à la réalisation de la présente publication. Conformément à la politique du HCDH, les contributions apportées à ses publications par ses fonctionnaires ne sont pas attribuées à ces derniers.

# INTRODUCTION

Adoptée par l'Assemblée générale en 1984, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a été ratifiée par la quasi-totalité des pays du monde. Elle énonce en son article premier une définition juridique de la torture convenue au niveau international qui se lit comme suit :

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

La torture est l'un des crimes les plus odieux que l'humanité connaisse, non seulement parce qu'il consiste à infliger intentionnellement des douleurs physiques ou mentales aiguës, mais aussi parce qu'il est commis par des fonctionnaires ou avec le consentement tacite de l'État et est souvent dissimulé dans les faits pour empêcher que les victimes obtiennent justice et que les auteurs répondent de leurs actes. Les victimes de la torture endurent ainsi des douleurs et des souffrances physiques ou mentales profondes, mais, dans bien des cas, la réalité du crime perpétré contre elles est écartée dans les procédures judiciaires et celui-ci reste impuni. La torture préoccupe vivement la communauté internationale, du fait qu'elle vise à détruire non seulement le bien-être physique ou mental des personnes, mais aussi, dans certains cas, la dignité et la volonté des membres de leurs familles et de communautés entières. Elle concerne tous les membres de la famille humaine en ce qu'elle remet

en cause le sens même de notre existence et contrarie l'espoir d'un avenir meilleur que nous nourrissons<sup>4</sup>. Bien que le droit international des droits de l'homme et le droit international humanitaire interdisent systématiquement la pratique de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ci-après dénommés « la torture et les mauvais traitements ») en toutes circonstances (voir chap. I), ces actes continuent de se pratiquer en toute impunité dans le monde entier<sup>5</sup>. Le contraste frappant qui existe entre l'interdiction absolue de la torture et la fréquence de celle-ci dans le monde d'aujourd'hui atteste qu'il demeure nécessaire que les États définissent des mesures efficaces pour protéger les personnes contre la torture et les mauvais traitements et les mettent en application. Le présent manuel a été élaboré pour permettre aux États de répondre à l'une des préoccupations les plus fondamentales qui se posent en matière de protection des personnes contre la torture, à savoir la détermination des moyens d'enquêter et de recueillir des informations efficacement sur ce phénomène. Les informations recueillies mettent en lumière les preuves d'actes de torture et de mauvais traitements afin que les auteurs soient éventuellement amenés à répondre de leurs actes et que les intérêts de la justice soient servis. Au cours des 20 dernières années, les normes d'enquête et de recueil d'informations énoncées dans le Protocole d'Istanbul ont permis de combler le fossé existant entre l'obligation d'enquêter et de recueillir des informations sur les cas de torture et de mauvais traitements, mise à la charge des États par la Convention contre la torture et le droit international, et l'absence d'orientations normatives en la matière, notamment dans le domaine des activités médico-légales d'enquête et de recueil d'informations sur la torture. Le Protocole d'Istanbul est un instrument efficace de lutte contre l'impunité des auteurs d'actes de torture et de mauvais traitements, car il énonce des dispositions spécifiques définissant les modalités à suivre pour mener des activités légales et cliniques d'enquête et de recueil d'informations efficaces sur les allégations de torture ou de mauvais traitements, ce qui est nécessaire pour traduire les auteurs en justice. Il contient une série de principes qui énoncent les normes minimales, développées dans le présent manuel, que les États doivent respecter pour pouvoir enquêter et recueillir des informations efficacement sur les

<sup>4</sup> Vincent Iacopino, « Treatment of survivors of political torture: commentary », *Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 21, n° 2 (1998), p. 5 à 13.

<sup>5</sup> Amnesty International, *La torture en 2014 : 30 ans d'engagements non tenus* (Londres, 2014), p. 10. Voir également A/73/207, par. 76.

actes de torture et les mauvais traitements<sup>6</sup>. Loin d'être inflexibles ou exhaustives, les normes d'enquête et de recueil d'informations définies dans le Protocole d'Istanbul constituent des règles minimales qu'il faut appliquer en tenant compte du contexte particulier dans lequel on se trouve. Si le Protocole a initialement servi à préciser les obligations mises à la charge des États par la Convention contre la torture et le droit international en matière d'enquête et de recueil d'informations sur la torture et les mauvais traitements, il a été utilisé dans un large éventail d'activités de lutte contre la torture au cours des 20 dernières années, notamment dans la sensibilisation, la formation et le renforcement des capacités, la réforme des politiques, la prévention ainsi que le traitement et la réadaptation des rescapés de la torture<sup>7</sup>. Il importe de relever que les méthodes de recueil d'informations qui y figurent sont applicables à de nombreux domaines, tels que les enquêtes sur les droits de l'homme et le suivi du respect de ceux-ci, l'appréciation des demandes d'asile, la défense des droits des personnes contraintes de faire des aveux par la torture ou les mauvais traitements et l'évaluation des besoins en matière de prise en charge des victimes de la torture. En outre, les normes et méthodes

d'enquête et de recueil d'informations énoncées dans le Protocole d'Istanbul sont applicables non seulement aux activités menées en présentiel, mais également aux activités menées à distance. Le présent manuel constitue également un cadre de référence international pour prévenir le risque de voir les professionnels de la santé négliger les preuves d'actes de torture, les interpréter de façon erronée, en faire délibérément un mauvais usage ou les falsifier, que ce soit volontairement ou sous la contrainte. Il importe que tous les acteurs utilisent le Protocole d'Istanbul de bonne foi et prennent des mesures pour prévenir son utilisation abusive<sup>8</sup>, notamment pour empêcher que les auteurs d'actes de torture ou de mauvais traitements soient disculpés pour absence de constatations physiques ou psychologiques de ceux-ci, qu'il soit arbitrairement interdit aux experts cliniques indépendants et non gouvernementaux de témoigner en justice et que soient dénaturées les orientations que le Protocole donne aux cliniciens pour leur indiquer comment ils doivent formuler leur interprétation des constatations qu'ils ont opérées et leurs conclusions sur l'éventualité que des actes de torture ou des mauvais traitements aient été commis.

---

<sup>6</sup> Les Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants pour établir la réalité des faits sont joints en annexe à la résolution 55/89 de l'Assemblée générale.

<sup>7</sup> Rohini Haar et autres, « The Istanbul Protocol : a stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting », *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, vol. 29, n° 1 (2019).

<sup>8</sup> Le Protocole d'Istanbul n'a pas pour objet d'exclure toute possibilité de torture ou de mauvais traitements. Voir, par exemple, CAT/C/MEX/CO/7, par. 26 et 27.



# CHAPITRE I

# **Normes et règles juridiques internationales applicables**



1. Le droit de ne pas être soumis à la torture est fermement établi en droit international<sup>1</sup>. Il est également ancré dans le droit international humanitaire, le droit international pénal et le droit international coutumier. En outre, l'interdiction de la torture est une norme du droit international revêtant le caractère de *jus cogens*<sup>2</sup> qui lie tous les États, même s'ils ne sont pas parties aux traités énonçant l'interdiction. En raison de ce caractère, l'interdiction de la torture est absolue et non susceptible de dérogation, et elle ne peut être limitée en aucune circonstance<sup>3</sup>. Le fait qu'elle soit absolue et non susceptible de dérogation est encore renforcé par les dispositions de l'article 2 de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>4</sup>, qui ont été traitées plus en détail dans l'observation générale n° 2 (2007) du Comité contre la torture. La Convention reconnaît également la compétence universelle pour connaître du crime de torture. L'interdiction de la torture s'applique de façon extraterritoriale et les obligations des États découlant de son caractère absolu – notamment les obligations d'enquêter sur les actes de torture, de les poursuivre et de les sanctionner – sont des règles du droit international coutumier. L'interdiction des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (mauvais traitements) est aussi absolue tant en droit international conventionnel qu'en droit international coutumier<sup>5</sup>. Des États qui s'inspirent du Protocole d'Istanbul pour apprécier de bonne foi et avec la diligence voulue les allégations de torture ou de mauvais traitements lors de leurs enquêtes, indiquent qu'ils s'efforcent

par ce moyen de s'acquitter de l'obligation qui leur incombe d'examiner dûment lesdites allégations.

## A. Droit international des droits de l'homme

### 1. Normes et règles élaborées à l'Organisation des Nations Unies

2. Afin de garantir à toutes les personnes une protection suffisante contre la torture et les mauvais traitements, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies s'efforcent depuis de nombreuses années d'élaborer des règles universellement applicables. Les traités, déclarations, résolutions et autres instruments adoptés par les États Membres excluent clairement toute exception à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements et établissent d'autres garanties contre ces formes de sévices, notamment les instruments applicables à certains groupes de population tels que les femmes, les personnes handicapées et les enfants<sup>6</sup>.
3. L'article premier de la Convention contre la torture définit la torture (aux fins de la Convention) comme étant :

tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne

1 Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 5 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 7 ; Convention contre la torture, art. 2 ; Convention relative aux droits de l'enfant, art. 37 ; Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 10 ; Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 15. Tous ces instruments interdisent expressément la torture et les mauvais traitements. Les instruments régionaux qui établissent le droit de ne pas être soumis à la torture sont notamment la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture (art. 1) ; la Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará) (art. 4) ; la Convention américaine relative aux droits de l'homme (Pacte de San José) (art. 5) ; la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 5) ; la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme) (art. 3). En outre, la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées et la Convention interaméricaine sur la disparition forcée des personnes interdisent les disparitions forcées, que diverses juridictions régionales et internationales ont assimilées à la torture, et font obligation aux États d'enquêter sur de tels actes, de les poursuivre et de les sanctionner.

2 A/74/10, p. 155 et 156, projet de conclusion 23 des projets de conclusion sur les normes impératives du droit international général (*jus cogens*), adoptés par la Commission du droit international en première lecture, et son annexe.

3 Les instruments suivants disposent expressément que l'interdiction de la torture est absolue et non susceptible de dérogation : la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 3) ; la Convention contre la torture (art. 2, par. 2) ; la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture (art. 5). En outre, le droit de ne pas être soumis à la torture ne peut faire l'objet de dérogation dans le cadre d'un état d'urgence (Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 4 ; Convention européenne des droits de l'homme, art. 15 ; Convention américaine relative aux droits de l'homme, art. 27).

4 La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (New York, 10 décembre 1984), Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1465, n° 24841, p. 85, est entrée en vigueur le 26 juin 1987.

5 Dans son observation générale n° 2 (2007), par. 6, le Comité contre la torture précise que les textes qui interdisent la torture s'appliquent également aux mauvais traitements, y compris les articles de la Convention établissant la compétence universelle (art. 5 à 9).

6 Ces instruments sont notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme ; la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; le Code de conduite pour les responsables de l'application des lois ; les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; la Convention contre la torture ; l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement ; les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus ; le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) ; les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) ; la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté (Règles de La Havane) ; l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing).

a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles. La liste des autres fins pour lesquelles des actes de torture peuvent être commis n'est pas exhaustive et les fins pertinentes ne se limitent pas à l'obtention de déclarations ou d'aveux par la contrainte.

4. La responsabilité que l'État encourt du chef d'actes de torture et de mauvais traitements s'applique également aux cas où de tels faits sont commis par des personnes agissant à titre officiel ou par des acteurs non étatiques agissant avec le consentement exprès ou tacite de l'État. Comme l'indique l'article premier de la Convention contre la torture, celle-ci consiste en des actes commis « par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite ». Il y a lieu de donner à l'expression « consentement tacite » une interprétation assez large rendant l'État responsable des actes d'agents publics et d'acteurs non étatiques qui, avant la commission de l'acte constitutif de torture, « [ont] eu connaissance de cet acte et manque[nt] par la suite à l'obligation juridique qui [leur] incombe d'intervenir pour l'empêcher »<sup>7</sup>. Le principe du titre officiel étend donc la responsabilité de l'État au-delà des actes commis par les agents de celui-ci et crée une acception plus large de la torture<sup>8</sup>. Selon le Comité contre la torture, lorsque les agents :

savent ou ont des motifs raisonnables de penser que des actes de torture ou des mauvais traitements sont infligés par des acteurs non étatiques ou du secteur privé et n'exercent

pas la diligence voulue pour prévenir de tels actes, mener une enquête ou engager une action contre leurs auteurs afin de les punir conformément à la Convention, l'État partie est tenu pour responsable et ses agents devraient être considérés comme les auteurs, les complices ou les responsables d'une quelconque autre manière, en vertu de la Convention, pour avoir consenti, expressément ou tacitement, à la commission d'actes interdits<sup>9</sup>.

5. Si la définition de la torture énoncée dans la Convention contre la torture exclut « la douleur ou [les] souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles », le fait qu'une sanction soit conforme à la loi en droit interne ne suffit pas en soi pour la rendre légitime au sens de l'article premier de la Convention<sup>10</sup>. Dans l'application de cette disposition, le Comité contre la torture apprécie la légitimité de la sanction à l'aune des règles de droit et des normes nationales et internationales, notamment de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), des Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenus et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) et de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing)<sup>11</sup>. La légitimité de toute sanction s'apprécie à l'aune du droit interne et du droit international, le droit international prévalant en cas de conflit avec la législation interne<sup>12</sup>. C'est pourquoi les châtiments corporels et la peine de mort peuvent être considérés comme interdits sur le fondement de la Convention contre la torture telle qu'interprétée par le Comité et le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, bien qu'ils soient autorisés par la législation interne de certains États<sup>13</sup>.
6. Selon l'article premier de la Convention contre la torture, la notion matérielle de « torture » se caractérise au premier chef par le fait d'infliger intentionnellement et délibérément à autrui une

<sup>7</sup> Manfred Nowak et Elizabeth McArthur, *The United Nations Convention against Torture: A Commentary* (Oxford et New York, Oxford University Press, 2008), p. 78. Voir A/74/148, par. 6, et A/HRC/22/53, par. 17.

<sup>8</sup> En ce qui concerne la notion de « consentement tacite », voir Comité contre la torture, *Dzemajl et consorts c. Yougoslavie* (CAT/C/29/D/161/2000), par. 9.2.

<sup>9</sup> Observation générale n° 2 (2007), par. 18.

<sup>10</sup> Les sanctions légitimes s'entendent des pratiques légitimes largement acceptées par la communauté internationale. Voir E/CN.4/1997/7.

<sup>11</sup> Résolutions 70/175, 65/229 et 40/33 de l'Assemblée générale, respectivement.

<sup>12</sup> Comité des droits de l'homme, *Osbourne c. Jamaïque*, communication n° 759/1997, par. 9.1. Voir aussi CAT/C/AFG/CO/2, par. 24 e), CAT/C/PAK/CO/1, par. 39, et CAT/C/MNG/CO/2, par. 26.

<sup>13</sup> E/CN.4/1997/7, par. 7 et 8, et A/67/279, par. 26 et 27. Voir aussi CAT/C/ATG/CO/1, par. 44, CAT/C/KOR/CO/3-5, par. 30, et CAT/C/TLS/CO/1, par. 23.

douleur ou des souffrances aiguës « physiques ou mentales ». Par conséquent, toutes les méthodes de torture sont soumises à la même interdiction et donnent lieu aux mêmes obligations juridiques, que la douleur ou les souffrances infligées présentent un caractère « physique », « mental » ou mixte.

7. L'article 16 de la Convention contre la torture intéresse la prévention des « actes constitutifs de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants qui ne sont pas des actes de torture telle qu'elle est définie à l'article premier ». Rédigé en termes généraux, il vise les formes de mauvais traitements qui ne constituent pas des actes de torture, en ce sens qu'elles ne comportent pas les éléments énoncés dans la définition de la torture, qu'il s'agisse du but, de l'intention ou de la présence d'une douleur ou de souffrances de gravité différente<sup>14</sup>. Certes, ni la Convention contre la torture ni d'autres instruments internationaux (ou régionaux) ne définissent l'expression « peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », mais selon les normes internationales, elle « doit être interprétée de façon à assurer une protection aussi large que possible contre tous sévices »<sup>15</sup>.
8. L'accent mis sur la prévention des traitements cruels, inhumains ou dégradants s'explique par leur lien avec la torture. Comme l'a souligné le Comité contre la torture, « [d]ans la pratique, la ligne de démarcation entre les mauvais traitements et la torture est souvent floue [et] les circonstances qui sont à l'origine de mauvais traitements ouvrent souvent la voie à la torture ; les mesures requises pour empêcher la torture doivent donc aussi s'appliquer à la prévention des mauvais traitements »<sup>16</sup>. En conséquence, les autres formes de mauvais traitements font aussi l'objet d'une interdiction absolue.
9. Divers mécanismes des Nations Unies chargés des droits de l'homme se sont employés à mettre en place des normes de prévention de la torture, notamment

en apportant des précisions sur l'obligation faite aux États d'enquêter sur les allégations de torture.

**(a) Obligations relatives à la prévention de la torture**

10. Les instruments internationaux cités ci-dessus établissent certaines obligations que les États doivent respecter pour assurer la prévention de la torture et d'autres formes de mauvais traitements. Elles consistent notamment à :

**(a)** Prendre des mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher que des actes de torture soient commis par des acteurs étatiques ou privés sur tout territoire relevant de la juridiction de l'État concerné. Aucune circonstance exceptionnelle, quelle qu'elle soit, qu'il s'agisse de l'état de guerre ou de menace de guerre, d'instabilité politique intérieure ou de tout autre état d'exception, ne peut être invoquée pour justifier des actes de torture ou des mauvais traitements<sup>17</sup> ;

**(b)** Ne pas expulser, ni refouler ni extradier une personne vers un pays où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture ou à des mauvais traitements<sup>18</sup>. On trouvera ci-dessous (par. 112 à 116) des précisions complètes sur le non-refoulement ;

**(c)** Incriminer les actes de torture, y compris la complicité de torture et la participation à la torture, les sanctionner par des peines correspondant à leur gravité et veiller à ce qu'ils ne fassent pas l'objet de prescriptions, de grâces, d'amnisties ou d'immunités<sup>19</sup> ;

**(d)** S'engager à exercer la compétence universelle, c'est-à-dire à enquêter sur les suspects relevant de la juridiction de l'État concerné et, le cas échéant, à les poursuivre ou à les extradier, quels que soient le lieu où les actes de torture ont été commis et la nationalité de l'auteur ou de la victime, notamment en faisant

<sup>14</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 10, et Comité des droits de l'homme, observation générale n° 20 (1992), par. 3.

<sup>15</sup> Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 6, note de bas de page.

<sup>16</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 3.

<sup>17</sup> Convention contre la torture, art. 2 (par. 1 et 2) ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 3 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 4 et 7.

<sup>18</sup> Convention contre la torture, art. 3 ; Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 15, 16 et 26 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 7.

<sup>19</sup> Convention contre la torture, art. 4 ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 7 ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 7 ; Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 40 ; observation générale n° 2 (2007), par. 5 : « [Le Comité] considère qu'une amnistie ou tout autre obstacle juridique qui empêcherait que les auteurs d'actes de torture ou de mauvais traitements fassent rapidement l'objet de poursuites et de sanctions équitables, ou qui exprimerait une réticence à cet égard, violerait le principe d'intangibilité ».

de la torture une infraction pouvant donner lieu à extradition et en prêtant assistance aux autres États parties dans le cadre des procédures pénales relatives à la torture<sup>20</sup> ;

**(e)** Mettre en place, en droit et dans la pratique, des garanties juridiques fondamentales applicables dès le début de la détention, en veillant, entre autres, à ce que toutes les personnes détenues puissent, dans la pratique, avoir rapidement accès à un avocat indépendant qualifié ou à une aide juridictionnelle gratuite, si nécessaire, en particulier pendant les interrogatoires de police ; informer un parent ou une autre personne de leur choix des motifs et du lieu de leur détention ; contester, à tout moment pendant leur détention, la légalité ou la nécessité de celle-ci devant un magistrat habilité à ordonner la libération immédiate du détenu et obtenir une décision sans délai ; exercer leur droit de demander et de recevoir un examen médical pratiqué par un médecin indépendant. En outre, les États doivent mettre en place des garanties procédurales, par exemple en veillant à ce que les détenus soient placés dans des lieux de détention officiellement reconnus, en consignat sans exception la date, l'heure, la durée et le lieu de l'arrestation et de la détention, en veillant à ce que les noms des personnes chargées de la détention soient inscrits dans des registres auxquels peuvent facilement accéder les personnes intéressées, notamment les parents et amis des détenus, et en consignat la date, l'heure et le lieu de toutes les auditions des suspects, des témoins ou des victimes, ainsi que le nom des personnes présentes<sup>21</sup> ;

**(f)** Mettre en place un mécanisme permettant aux organismes internationaux et nationaux indépendants de visiter les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, notamment les établissements pénitentiaires, les commissariats de police, les hôpitaux, les établissements de protection sociale, les centres d'hébergement de migrants fermés, etc., dans

le but de prévenir la torture et les mauvais traitements et de s'informer des cas de traitements et des situations constitutives de violations des droits de l'homme<sup>22</sup> ;

**(g)** Veiller à ce que des documents concernant l'interdiction de la torture fassent partie intégrante des supports de formation du personnel civil ou militaire chargé de l'application des lois, du personnel médical, des agents de la fonction publique et des autres personnes concernées<sup>23</sup> ;

**(h)** Veiller à exercer une surveillance systématique sur les règles, instructions, méthodes et pratiques d'interrogatoire et sur les dispositions concernant la garde et le traitement des personnes privées de liberté<sup>24</sup> ;

**(i)** Garantir l'irrecevabilité de tout élément de preuve obtenu par la torture. Toute déclaration dont il est établi qu'elle a été obtenue par la torture ne peut être invoquée comme un élément de preuve dans quelque procédure que ce soit, si ce n'est contre la personne accusée de torture pour établir qu'une déclaration a été faite (cette règle est connue sous le nom de « règle d'exclusion de la preuve »)<sup>25</sup> ;

**(j)** Veiller à ce que les autorités compétentes mènent dans le plus bref délai des enquêtes impartiales et garantissent le droit de porter plainte<sup>26</sup> ;

**(k)** Veiller à ce que des mécanismes de plainte impartiaux et efficaces soient mis en place, connus du public, notamment des personnes privées de liberté et des personnes appartenant à des groupes vulnérables ou marginalisés ou ayant une capacité de communication limitée, et accessible à lui<sup>27</sup> ; assurer également la protection des plaignants et des témoins contre les actes de représailles ou d'intimidation qu'ils pourraient subir du fait de la plainte déposée ou de toute déposition faite ;

<sup>20</sup> Convention contre la torture, art. 5 à 9. Ces dispositions portent plus précisément sur l'obligation d'établir sa compétence et la compétence de l'État partie (art. 5 et 6), l'obligation de poursuivre ou d'extrader (art. 5 et 7), l'obligation d'extrader (art. 8) et l'entraide judiciaire (art. 9).

<sup>21</sup> CAT/C/RUS/CO/6, par. 11 (al. a) et b)).

<sup>22</sup> Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture, art. 2 à 4 ; Règles Nelson Mandela, règles 83 à 85.

<sup>23</sup> Convention contre la torture, art. 10 ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 5 ; Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 18 (al. f) et g)) ; Règles Nelson Mandela, règle 76 ; voir également Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 6 et 25.

<sup>24</sup> Convention contre la torture, art. 11.

<sup>25</sup> Les informations obtenues par la torture sont peu fiables et l'interdiction de leur utilisation comme éléments de preuve élimine un important mobile de la torture. Voir Convention contre la torture, art. 15 ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 12. Voir également A/61/259 et A/HRC/25/60.

<sup>26</sup> Convention contre la torture, art. 13 ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principes 33 et 34 ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 9 ; Règles Nelson Mandela, règle 71.

<sup>27</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 23.

(l) Veiller à ce que les victimes de la torture obtiennent réparation et jouissent du droit, opposable, à une indemnisation équitable et adéquate<sup>28</sup>, étant entendu que la réparation doit inclure des recours utiles. La réparation intégrale s'entend de l'ensemble des mesures requises pour réparer les violations de la Convention contre la torture et comprend « la restitution, l'indemnisation, la réadaptation, la satisfaction et les garanties de non-répétition »<sup>29</sup> ;

(m) Veiller à ce que les auteurs présumés des faits fassent l'objet de poursuites pénales si une enquête établit qu'un acte de torture semble avoir été commis et apporte des preuves recevables et suffisantes de la culpabilité individuelle des intéressés. Si des allégations d'actes de torture ou de mauvais traitements sont jugées fondées, les auteurs doivent subir des sanctions administratives et judiciaires tenant compte de la gravité de leurs actes<sup>30</sup> et ceux-ci ne peuvent faire l'objet de prescription<sup>31</sup>.

## (b) Mécanismes des Nations Unies

11. Les mécanismes des Nations Unies chargés des droits de l'homme se composent des organes créés en vertu d'un instrument international, tels que le Comité contre la torture, ainsi que des organes de la Charte, tels que le Conseil des droits de l'homme et ses procédures spéciales<sup>32</sup>.
12. Le Protocole d'Istanbul a été cité dans un certain nombre de décisions adoptées par des organes conventionnels des Nations Unies à la suite de communications émanant de particuliers, notamment le Comité contre la torture et le Comité des droits de l'homme, sur des questions concernant, entre autres, la torture, les mauvais traitements, le principe de non-refoulement ainsi que les arrestations et détentions arbitraires<sup>33</sup>.

## (i) Organes conventionnels

13. Les organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme sont des comités d'experts indépendants chargés de contrôler l'application desdits instruments par les États parties. Chaque organe conventionnel est créé par l'instrument dont il contrôle l'application et agit conformément à son mandat défini dans ledit instrument.

### a. Comité contre la torture

14. Le Comité contre la torture contrôle l'application de la Convention contre la torture par les États parties. Ses principales fonctions consistent à examiner les rapports périodiques que lui soumettent les États parties<sup>34</sup> ainsi que les requêtes émanant de particuliers et les communications interétatiques<sup>35</sup>, à procéder à des enquêtes<sup>36</sup> et à adopter des observations générales, qui apportent toutes des interprétations importantes des dispositions de la Convention contre la torture et établissent une large jurisprudence sur la torture et les mauvais traitements.
15. L'une des préoccupations auxquelles le Comité contre la torture répond dans ses observations finales et ses décisions sur les requêtes émanant de particuliers est la nécessité pour les États parties de se conformer aux articles 12 et 13 de la Convention contre la torture afin de garantir l'ouverture sans délai d'enquêtes impartiales sur toutes les allégations de torture. Selon le Comité, l'article 13 de la Convention n'exige pas qu'une plainte faisant état de torture soit déposée en bonne et due forme ; au contraire, « il suffit que la victime se contente de formuler une allégation pour que l'État [partie] soit tenu de l'examiner immédiatement et impartialement »<sup>37</sup>. En effet, dans les cas où aucune plainte n'est déposée, l'État est tenu d'enquêter d'office s'il existe des indices raisonnables portant à croire qu'un acte de torture a été commis. Le Comité souligne également dans sa jurisprudence qu'aux termes des articles 12 et 13 de la Convention, les enquêtes menées sur des actes de

<sup>28</sup> Convention contre la torture, art. 13 et 14 ; Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 11.

<sup>29</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 2.

<sup>30</sup> A/HRC/28/68/Add.4, par. 109 (al. a)).

<sup>31</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 40 ; CAT/C/LVA/CO/6, par. 9 ; CAT/C/UZB/CO/5, par. 25 et 26.

<sup>32</sup> Voir [www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms](http://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms).

<sup>33</sup> Voir, par exemple, Comité contre la torture, *Rakishev c. Kazakhstan* (CAT/C/61/D/661/2015), par. 8.2, *Asfari c. Maroc* (CAT/C/59/D/606/2014), par. 15, et *Elariba c. Tunisie* (CAT/C/57/D/551/2013), par. 5.5.

<sup>34</sup> Convention contre la torture, art. 19.

<sup>35</sup> *Ibid.*, art. 21 et 22.

<sup>36</sup> *Ibid.*, art. 20.

<sup>37</sup> A/50/44 et Comité contre la torture, *Parot c. Espagne*, communication n° 6/1990, par. 10.4.



torture doivent comprendre des examens médicaux effectués conformément aux dispositions du Protocole d'Istanbul<sup>38</sup> ainsi que l'examen de la complicité éventuelle du personnel médical<sup>39</sup>, aboutir à la traduction en justice des personnes responsables de ces actes et permettre aux victimes d'obtenir réparation<sup>40</sup>.

16. Dans le cadre de ses observations sur la règle d'exclusion de la preuve, le Comité déclare que « [l']un des moyens essentiels de prévention de la torture est l'existence, dans les lois de procédure, de dispositions détaillées sur l'irrecevabilité d'aveux obtenus illégalement et d'autres éléments de preuve viciés »<sup>41</sup>. Il confirme également qu'il appartient à l'État concerné de « vérifier si des déclarations retenues comme preuves dans une procédure pour laquelle il est compétent n'ont pas été faites sous la torture »<sup>42</sup> et que des instructions claires doivent être données aux tribunaux pour leur permettre de conclure à l'irrecevabilité de la déclaration<sup>43</sup>.

*b. Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*

17. Le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants est un organe conventionnel créé dans le cadre du Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le Protocole facultatif a pour objectif de prévenir la torture et les mauvais traitements en créant la possibilité pour les organismes internationaux et nationaux indépendants d'effectuer régulièrement des visites dans tous les lieux où se trouvent ou pourraient se trouver des personnes privées de liberté, notamment les commissariats de police, les prisons, les centres de détention provisoire, les centres de rétention d'immigrants, les établissements pénitentiaires pour mineurs, les installations militaires et les établissements de santé mentale et de protection sociale.
18. La nature du mandat du Sous-Comité lui permet d'effectuer des visites inopinées, d'avoir un accès illimité à tous les lieux de détention et de bénéficier

d'un accès total à tous les documents, y compris les documents médicaux. Le Sous-Comité est en mesure d'accéder à des lieux qui sont interdits à d'autres personnes, même au personnel médical.

19. Lors des visites, les délégations doivent comprendre des personnes ayant une formation médicale qui peuvent procéder – et procèdent, avec le consentement des intéressés, – à l'examen physique de personnes qui auraient été soumises à la torture ou à d'autres formes de mauvais traitements. Les membres du Sous-Comité doivent également bénéficier d'un accès illimité aux lieux de détention et de la pleine possibilité de s'entretenir en privé (sans la présence de responsables) avec les personnes privées de liberté et les agents concernés.
20. Un autre volet du mandat du Sous-Comité consiste à fournir des conseils et de l'aide aux États parties aux fins de la mise en place de leurs mécanismes nationaux de prévention, qui sont des organismes indépendants chargés d'effectuer des visites. Tout comme le Sous-Comité, les mécanismes nationaux de prévention peuvent effectuer des visites inopinées et avoir un accès illimité à tous les lieux où des personnes sont ou pourraient être privées de liberté ; en outre, ils doivent bénéficier d'un accès total à tous les documents.

*c. Comité des droits de l'homme*

21. Le Comité des droits de l'homme a été créé en vertu de l'article 28 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et est chargé de contrôler l'application du Pacte par les États parties.
22. Dans ses observations générales, le Comité a, entre autres, renforcé son interprétation de l'article 7 du Pacte, qui dispose que « [n]ul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », en précisant que « [l]es plaintes doivent faire l'objet d'enquêtes rapides et impartiales des autorités compétentes pour rendre les recours efficaces »<sup>44</sup>. Il a défini des normes et des règles applicables pour assurer le traitement humain de personnes privées de liberté, en relevant que « [l]e paragraphe 1 de l'article 10 [du Pacte international relatif aux droits civils et politiques]

<sup>38</sup> Comité contre la torture, *Elaïba c. Tunisie* (CAT/C/57/D/551/2013), par. 7.10.

<sup>39</sup> Comité contre la torture, *Rakishiev c. Kazakhstan* (CAT/C/61/D/661/2015), par. 10.

<sup>40</sup> Comité contre la torture, *E.N. c. Burundi* (CAT/C/56/D/578/2013), par. 7.7 à 7.9.

<sup>41</sup> A/54/44, par. 45.

<sup>42</sup> Comité contre la torture, *G.K. c. Suisse* (CAT/C/30/D/219/2002), par. 6.10.

<sup>43</sup> CAT/C/RUS/CO/4, par. 21. Le Comité des droits de l'homme a également déclaré que la règle d'exclusion de la preuve s'appliquait en tout temps, y compris en période d'état d'urgence. Voir également Comité des droits de l'homme, observation générale n° 32 (2007), par. 6.

<sup>44</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 20 (1992), par. 14.

impose aux États parties une obligation positive en faveur des personnes particulièrement vulnérables du fait qu'elles sont privées de liberté et complète l'interdiction de la torture et des autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants prévue à l'article 7 du Pacte »<sup>45</sup>. Le Comité a également expliqué que la détention arbitraire était source de risques de torture et de mauvais traitements et a énuméré diverses garanties essentielles pour prévenir la torture<sup>46</sup>. En outre, il a indiqué que les effets mentaux et physiques de la torture et des mauvais traitements pouvaient créer un risque de privation de la vie et a établi un lien entre la torture et les mauvais traitements et les disparitions forcées<sup>47</sup>.

- 23.** Dans sa jurisprudence relative au premier Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, qui lui donne compétence pour examiner les plaintes émanant de particuliers victimes de violations du Pacte, le Comité souligne ou explique que l'article 7 fait obligation aux États de mener des enquêtes approfondies et efficaces sur les allégations de torture, y compris des investigations médicales, de poursuivre ensuite les personnes responsables, de les punir et d'indemniser le plaignant<sup>48</sup>. En outre, le Comité reconnaît que la détention au secret pendant des périodes prolongées cause des souffrances considérables à la victime et peut être assimilée à de la torture ou à des mauvais traitements<sup>49</sup>.

*d. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*

- 24.** Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes contrôle le respect par les États parties de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
- 25.** Dans certaines de ses observations finales, le Comité s'est intéressé à l'obligation d'enquêter sur les auteurs étatiques et non étatiques d'actes constitutifs de torture ou de mauvais traitements, y compris les violences et mutilations sexuelles, de les poursuivre

et de les punir. Il a également examiné l'obligation d'ouvrir aux victimes de violences sexuelles l'accès à des traitements médicaux et à un soutien psychosocial complets dispensés par des professionnels de la santé bien formés pour déceler les cas de violences sexuelles<sup>50</sup>. En outre, il s'est déclaré préoccupé par la pratique de la détention arbitraire, de la torture et des mauvais traitement ainsi que des violences sexuelles dans les établissements pénitentiaires ; la stigmatisation des femmes lorsqu'elles signalent des cas de violences sexuelles et fondées sur le genre, des viols ou d'autres formes de torture ou de mauvais traitements ; le non-respect de l'obligation d'ouvrir aux victimes de violences sexuelles l'accès à des traitements médicaux et à un soutien psychosocial complets dispensés par des professionnels de la santé bien formés pour déceler les cas de violences sexuelles<sup>51</sup>.

- 26.** Dans ses recommandations générales, le Comité fournit des précisions sur des questions telles que la violence à l'égard des femmes<sup>52</sup> et l'accès à la justice, dans le cadre desquelles il réaffirme que les systèmes de justice doivent être disponibles, accessibles, justiciables, susceptibles de répondre de leurs actes et de bonne qualité et offrir des voies de recours aux victimes<sup>53</sup>.
- 27.** Lors de l'examen des communications émanant de particuliers présentées en vertu du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Comité a constaté des violations des droits consacrés par la Convention, notamment des cas de stérilisation forcée, de violence domestique, de violence en milieu carcéral, de poursuite forcée de la grossesse et d'absence de dispositions permettant de sanctionner efficacement le viol et la violence sexuelle<sup>54</sup>.

<sup>45</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 21 (1992), par. 3.

<sup>46</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 35 (2014), par. 56 à 58.

<sup>47</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 54 à 58.

<sup>48</sup> Comité des droits de l'homme, *Amarasinghe c. Sri Lanka* (CCPR/C/120/D/2209/2012), par. 8 ; *Khelifati c. Algérie* (CCPR/C/120/D/2267/2013), par. 8.

<sup>49</sup> Comité des droits de l'homme, *El-Megreisi c. Libye*, communication n° 440/1990, par. 5.4.

<sup>50</sup> CEDAW/C/BDI/CO/5-6, par. 27.

<sup>51</sup> CEDAW/C/IRQ/CO/4-6, par. 48 et 49 ; CEDAW/C/MLI/CO/6-7, par. 13 et 14 ; CEDAW/C/BDI/CO/5-6, par. 26 et 27.

<sup>52</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandations générales n° 12 (1989), 19 (1992) et 35 (2017).

<sup>53</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 33 (2015).

<sup>54</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Szijarto c. Hongrie*, communication n° 4/2004 ; *A.T. c. Hongrie*, communication n° 2/2003 ; *Centre d'intervention contre la violence familiale de Vienne et Association pour l'accès des femmes à la justice, au nom de Banu Akbak et consorts, c. Autriche* (CEDAW/C/39/D/6/2005) ; *Abramova c. Bélarus* (CEDAW/C/49/D/23/2009) ; *L.C. c. Pérou* (CEDAW/C/50/D/22/2009) ; *V.P.P. c. Bulgarie* (CEDAW/C/53/D/31/2011).

### e. Comité des droits de l'enfant

- 28.** Le Comité des droits de l'enfant a été créé en vertu de l'article 43 de la Convention relative aux droits de l'enfant.
- 29.** Dans ses observations finales, le Comité a abordé à maintes reprises la question de la torture et des mauvais traitements au titre de l'article 37 de la Convention, qui dispose que « [n]ul enfant ne [sera] soumis à la torture ni à des peines ou traitement cruels, inhumains ou dégradants ». Ce faisant, il s'est déclaré préoccupé par les actes de torture, les exécutions extrajudiciaires et les disparitions forcées dont les enfants sont victimes de la part de la police et des forces armées et a recommandé de consigner toutes les allégations faisant état d'actes de torture ou de mauvais traitements commis sur des enfants, d'enquêter sur ces allégations et de poursuivre les faits allégués<sup>55</sup>.
- 30.** Le Comité a publié des observations générales sur les châtimements corporels et les autres formes cruelles ou dégradantes de châtimements ainsi que sur la justice pour mineurs<sup>56</sup>. Dans son observation générale n° 6 (2005) sur le traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine, il affirme qu'un enfant ne doit pas être renvoyé dans un pays s'il y a des motifs sérieux de croire que cet enfant sera exposé à un risque réel de dommage irréparable<sup>57</sup>. Dans l'examen de plaintes émanant de particuliers au titre du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant établissant une procédure de présentation de communications, le Comité a estimé que l'expulsion d'une fille vers un État où elle risquait d'être soumise à des mutilations génitales féminines constituait une violation de la Convention<sup>58</sup>.

### f. Comité des droits des personnes handicapées

- 31.** Le Comité des droits des personnes handicapées a été créé en vertu de l'article 34 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

- 32.** Il s'est intéressé à certains aspects de la torture et des mauvais traitements dans l'exécution de son mandat. Par exemple, il a estimé dans une affaire que les autorités argentines n'avaient pas veillé à ce qu'un détenu handicapé puisse utiliser les installations et les services pénitentiaires sur un pied d'égalité avec les autres détenus et que l'État était tenu de prendre des mesures pour remédier à cette situation<sup>59</sup>. Il a également souligné que l'État était tenu de prévenir la torture lorsqu'il a constaté que la République-Unie de Tanzanie avait manqué à l'obligation d'enquêter sur les auteurs présumés d'une agression perpétrée contre une personne atteinte d'albinisme et de poursuivre les intéressés, relevant à cette occasion que ce manquement avait entraîné la revictimisation de la personne visée, celle-ci ayant subi des mauvais traitements psychologiques et une violation de son intégrité physique<sup>60</sup>.

### g. Comité des disparitions forcées

- 33.** Le Comité des disparitions forcées a pour mandat de contrôler l'application de la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées par les États parties. Le Comité peut également recevoir des demandes d'action en urgence de la part des membres de la famille de personnes disparues ou de leurs représentants légaux ou dûment autorisés, ainsi que des plaintes émanant de personnes qui se déclarent victimes de violation des droits consacrés par la Convention<sup>61</sup>.

#### (ii) Procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme

- 34.** Le Conseil des droits de l'homme est un organisme intergouvernemental chargé de promouvoir et de protéger les droits de l'homme au niveau international et de prendre des mesures pour lutter contre les violations des droits.
- 35.** Le Conseil administre un système de procédures spéciales composé d'experts indépendants travaillant à titre personnel qui ont pour mandat

<sup>55</sup> CRC/C/SLV/CO/5-6 et Corr.1, par. 24 ; CRC/C/ARG/CO/5-6, par. 21 et 22.

<sup>56</sup> Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 8 (2006) et observation générale n° 10 (2007).

<sup>57</sup> Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 6 (2005), par. 27.

<sup>58</sup> Comité des droits de l'enfant, *K.Y.M. c. Danemark* (CRC/C/77/D/3/2016).

<sup>59</sup> Comité des droits des personnes handicapées, *X c. Argentine* (CRPD/C/11/D/8/2012), par. 8.5.

<sup>60</sup> Comité des droits des personnes handicapées, *X c. République-Unie de Tanzanie* (CRPD/C/18/D/22/2014), par. 8.6 et 8.7.

<sup>61</sup> CED/C/COL/CO/1, par. 29 et 30 (pensant avec le Comité contre la torture que l'État doit garantir aux personnes privées de liberté l'accès immédiat à un avocat et à toutes les garanties correspondantes, afin de prévenir les disparitions forcées), et A/HRC/45/13, par. 61 (examinant des allégations selon lesquelles des victimes de disparitions forcées avaient été soumises à la torture pendant leur disparition et étaient ensuite réapparues devant un procureur) et 93 (relevant les liens qui existent entre la disparition forcée, la détention arbitraire et la torture).

d'établir des rapports sur la situation des droits de l'homme et de formuler des avis en la matière par thème ou pour des pays particuliers.

- 36.** Les rapporteurs spéciaux enquêtent sur la situation des droits de l'homme dans le monde entier par thème ou pour des pays particuliers, que l'État concerné ait ratifié ou non l'instrument relatif aux droits de l'homme pertinent.
- 37.** Les groupes de travail adressent des appels urgents aux gouvernements, effectuent des visites pour comprendre de façon approfondie les situations relevant de leur mandat qui règnent dans les pays, délibèrent sur des questions d'ordre général pour aider les États à prévenir les violations des droits de l'homme et publient des rapports annuels.
- a. Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*
- 38.** Le Rapporteur spécial ou la Rapporteuse spéciale sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants examine les questions relatives à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Aux termes de la résolution 43/20 du Conseil des droits de l'homme, il/elle a pour mandat de rechercher des informations concernant des questions ou des cas allégués de torture ou de mauvais traitements, de recevoir de telles informations, de les examiner et d'y donner suite ; d'effectuer des visites dans les pays pour renforcer le dialogue avec les gouvernements et assurer le suivi des recommandations formulées dans ses rapports de visite ; d'étudier de manière approfondie les tendances, les faits nouveaux et les obstacles constatés s'agissant de combattre et de prévenir la torture et les mauvais traitements et de formuler des recommandations et des observations au sujet des mesures à prendre pour prévenir et éliminer de telles pratiques ; de recenser, d'échanger et de promouvoir les bonnes pratiques s'agissant des mesures visant à prévenir, réprimer et éliminer la torture et les mauvais traitements ; de tenir compte des considérations liées au genre et d'adopter une approche axée sur les victimes dans l'ensemble des travaux menés au titre

de son mandat ; de promouvoir la coopération avec les acteurs nationaux, régionaux et internationaux<sup>62</sup>.

- 39.** Dans son rapport de 1995, le Rapporteur spécial sur la torture, Sir Nigel Rodley, a formulé une série de recommandations, dont la suivante :
- Lorsqu'un détenu ou son parent ou son avocat porte plainte pour torture, une enquête devrait toujours avoir lieu. ... Il faudrait créer une entité nationale indépendante, telle qu'une commission nationale ou désigner un médiateur doté du pouvoir d'enquêter et/ou d'engager des poursuites, pour qu'ils reçoivent les plaintes et les examinent. Les plaintes en matière de torture devraient être immédiatement prises en compte et examinées par une autorité indépendante n'ayant aucun lien avec celle qui examine l'affaire ou qui exerce des poursuites contre la prétendue victime [de la torture]<sup>63</sup>.
- 40.** Sir Nigel Rodley a souligné ensuite qu'« au regard à la fois du droit international général et de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, les Etats [étaient] tenus d'enquêter sur les allégations de torture »<sup>64</sup>. Par la suite, son successeur, Manfred Nowak, a relevé que « [l]'une des grandes difficultés de la lutte contre l'impunité des tortionnaires [était] que les autorités [devaient] mener des enquêtes efficaces, c'est-à-dire indépendantes, approfondies et complètes »<sup>65</sup>. À cette fin, il a souligné l'importance des médecins légistes dans le recueil d'informations sur les actes de torture, les enquêtes afférentes à ceux-ci et la lutte contre l'impunité, recommandant que « tout mécanisme d'établissement des faits ou de prévention, pour être crédible, comporte parmi ses membres un spécialiste de médecine légale indépendant »<sup>66</sup>.
- 41.** Les rapporteurs spéciaux respectifs sur la torture ont souligné qu'il importait d'enquêter et de recueillir des informations sur les allégations de torture, conformément au Protocole d'Istanbul, un outil nécessaire pour lutter contre l'impunité et renforcer l'état de droit. Ils ont également recensé les situations, telles que la mise à l'isolement, et les pratiques, telles que les aveux forcés, qui aggravent

<sup>62</sup> Les personnes désignées titulaires de mandat à ce jour sont Peter Kooijmans (1985-1993), Nigel Rodley (1993-2001), Theo van Boven (2001-2004), Manfred Nowak (2004-2010), Juan E. Méndez (2010-2016) et Nils Melzer (2016-2022).

<sup>63</sup> E/CN.4/1995/34, par. 926 g).

<sup>64</sup> E/CN.4/1996/35, par. 136.

<sup>65</sup> A/62/221, par. 46.

<sup>66</sup> Ibid., par. 53 e).

le risque de torture et de mauvais traitements et ont recommandé dans leurs rapports thématiques et leurs rapports de visite de pays des mesures préventives à prendre pour lutter contre de telles situations et pratiques. Les normes élaborées récemment en matière de torture et de mauvais traitements portent sur les commissions d'enquête<sup>67</sup>, les conditions de détention et les Règles Nelson Mandela<sup>68</sup>, la règle d'exclusion de la preuve<sup>69</sup>, la prise en compte des questions de genre dans le domaine de la torture<sup>70</sup>, la torture dans les établissements sanitaires<sup>71</sup>, la mise à l'isolement<sup>72</sup>, le rôle de l'expertise médico-légale dans la lutte contre l'impunité dans le domaine de la torture<sup>73</sup> et l'usage de la force hors détention<sup>74</sup>.

*b. Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes et les filles, ses causes et ses conséquences*

42. Dans un rapport établi en 2013, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes et les filles, ses causes et ses conséquences, Rashida Manjoo, se penche sur « le lien étroit qui existe entre la violence à l'égard des femmes et leur incarcération, avant, pendant ou après la période de détention »<sup>75</sup>. Dans un autre rapport établi en 2015, elle explique comment la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture contribue à faire en sorte « que le viol soit considéré comme constitutif de torture », confirmant ainsi l'influence des mécanismes régionaux et internationaux des droits de l'homme dans l'assimilation progressive du viol à la torture<sup>76</sup>.

*c. Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*

43. En 2005, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Paul Hunt, a déclaré ce qui suit : Lorsqu'il existe des services de soins de

santé mentale et d'appui, il y a un risque de violation des droits des patients. Cela est particulièrement vrai dans les systèmes où des services sont expressément réservés aux déficients intellectuels et dans des établissements tels que des hôpitaux psychiatriques, institutions pour personnes déficientes intellectuelles, centres de long séjour, centres médico-sociaux, orphelinats et établissements pénitentiaires<sup>77</sup>. En 2017, un autre Rapporteur spécial, Dainius Pūras, a dégagé la conclusion suivante : La santé mentale a souvent été négligée et, lorsque des ressources y sont octroyées, elle est dominée par des modèles et des comportements inefficaces et préjudiciables ainsi que des déséquilibres. La santé mentale a souvent été négligée et, lorsque des ressources y sont octroyées, elle est dominée par des modèles et des comportements inefficaces et préjudiciables ainsi que des déséquilibres. ... Trop souvent, des personnes de tous âges qui souffrent de troubles mentaux pâtissent d'un manque de soins et d'aide ou font les frais de services inefficaces et préjudiciables<sup>78</sup>.

*d. Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans la lutte antiterroriste*

44. Le mandat du Rapporteur spécial/de la Rapporteuse spéciale sur la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans la lutte contre le terrorisme a été établi en avril 2005 par la Commission des droits de l'homme. Les titulaires de mandat ont toujours souligné que la torture et les mauvais traitements faisaient l'objet d'une interdiction absolue, même dans le cadre de la lutte antiterroriste<sup>79</sup>.

<sup>67</sup> A/HRC/19/61.

<sup>68</sup> A/64/215 et A/68/295.

<sup>69</sup> A/HRC/25/60.

<sup>70</sup> A/HRC/7/3 et A/HRC/31/57.

<sup>71</sup> A/HRC/22/53.

<sup>72</sup> A/63/175 et A/66/268.

<sup>73</sup> A/62/221 et A/69/387.

<sup>74</sup> A/72/178.

<sup>75</sup> A/68/340, par. 2.

<sup>76</sup> A/HRC/29/27, par. 54 et 58.

<sup>77</sup> E/CN.4/2005/51, par. 8.

<sup>78</sup> A/HRC/35/21, par. 84.

<sup>79</sup> A/73/361, par. 40 (exprimant la crainte de voir la réglementation antiterroriste nuire au droit humain de ne pas être soumis à la torture) ; A/HRC/40/52, par. 55 (relevant que de multiples communications émanant de particuliers font état de l'utilisation de la torture dans le cadre de la lutte antiterroriste).



e. *Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires et Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux*

45. Le Rapporteur spécial ou la Rapporteuse spéciale sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires se réfère souvent au Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux<sup>80</sup> dans l'exécution de son mandat de protection du droit à la vie et de défense de la justice, du principe de responsabilité et du droit à un recours, ainsi que dans ses interventions tendant à faire mener des enquêtes sur les cas de décès résultant potentiellement d'actes illégaux ou de disparition forcée. Le Protocole du Minnesota facilite le travail des États, ainsi que celui des institutions et des particuliers, dans la réalisation de ces enquêtes et contient un certain nombre d'informations allant du cadre juridique concernant les cas de décès résultant d'actes illégaux et de disparition forcée aux meilleures pratiques et normes applicables en matière de récupération de restes humains, d'autopsie, d'audition de témoins, de fouille de sépultures et d'analyse de restes osseux.

f. *Groupe de travail sur la détention arbitraire*

46. Le Groupe de travail sur la détention arbitraire enquête sur les cas de privation de liberté imposée arbitrairement ou incompatible avec les normes juridiques internationales applicables. Comme il l'a souligné, les personnes détenues arbitrairement sont souvent soumises à diverses formes de torture et de mauvais traitements. En 2009, par exemple, il a déclaré que « les examens anaux forcés [allaient] à l'encontre de l'interdiction de la torture et autres traitements cruels, inhumains et dégradants, qu'ils soient ... [pratiqués] dans le but de punir, d'obtenir un aveu ou [de promouvoir la] discrimination »<sup>81</sup>.

g. *Groupe de travail sur les disparitions forcées ou involontaires*

47. Le Groupe de travail sur les disparitions forcées ou involontaires a pour mandat d'examiner les

questions concernant les disparitions forcées ou involontaires de personnes en sollicitant et en recueillant des informations auprès des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des organisations humanitaires et d'autres sources fiables.

48. Le Groupe de travail a contribué à l'élaboration de normes internationales sur la question des disparitions forcées, notamment la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées. Il a produit un certain nombre d'observations générales relatives à ladite déclaration et a établi sa propre doctrine sur un certain nombre de questions, notamment sur le lien existant entre les disparitions forcées et la torture. Dans son observation générale sur la définition de la disparition forcée, il a déclaré ce qui suit :

Le Groupe de travail considère que lorsque la dépouille de la victime est retrouvée mutilée ou portant des signes évidents de torture ou encore avec les bras ou les jambes liés, ces circonstances indiquent clairement que la détention n'a pas été suivie immédiatement d'une exécution mais que la privation de liberté a été d'une certaine durée, ne serait-ce que de quelques heures ou de quelques jours. Une situation de cette nature constitue non seulement une violation du droit de ne pas être victime d'une disparition forcée, mais aussi du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit à la reconnaissance de sa personnalité juridique et du droit à la vie, tels qu'énoncés au paragraphe 2 de l'article premier de la Déclaration.<sup>82</sup>

49. En ce qui concerne le droit à la vérité, le Groupe de travail s'est penché sur l'incidence des disparitions forcées sur les membres de la famille de la victime et a déclaré à cette occasion que le droit à la vérité sur le sort de la personne disparue était un droit absolu qui ne pouvait faire l'objet d'aucune limitation ou dérogation. Ce caractère absolu résulte du fait que la disparition forcée cause aux membres de la famille de la victime des souffrances assimilables à la torture<sup>83</sup>.

<sup>80</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), *Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux (2016) : Version révisée du Manuel des Nations Unies sur la prévention des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et les moyens d'enquête sur ces exécutions* (New York et Genève, 2017).

<sup>81</sup> A/HRC/16/47/Add.1 et Corr.1, avis n° 25/2009, par. 28.

<sup>82</sup> A/HRC/7/2, par. 26 (par. 9 de l'observation générale).

<sup>83</sup> Groupe de travail sur les disparitions forcées ou involontaires, observation générale sur le droit à la vérité dans le contexte des disparitions forcées, par. 4 (A/HRC/16/48, par. 39).

*h. Expert(e) indépendant(e) chargé(e) de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre*

**50.** L'Expert(e) indépendant(e) chargé(e) de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre évalue l'application des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme en ce qui concerne les moyens de surmonter la violence et la discrimination envers des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Dans un rapport établi en 2018, l'Expert indépendant Victor Madrigal-Borloz a fait observer que « [l']absence de reconnaissance de l'identité de genre p[ouvait] ... conduire à des violations des droits de l'homme dans d'autres contextes, y compris à la torture et à de mauvais traitements en milieu médical ou carcéral, à des violences sexuelles et à des traitements médicaux forcés »<sup>84</sup>.

*i. Rapporteur spécial/Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*

**51.** Le Rapporteur spécial ou la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées enquête sur les obstacles qui empêchent ces dernières de participer pleinement à la vie de la société dans des conditions d'égalité<sup>85</sup>.

**52.** Les personnes handicapées privées de liberté se trouvent dans une situation d'extrême vulnérabilité et sont plus exposées au risque de subir des actes de torture et des mauvais traitements, notamment l'administration forcée de médicaments, l'électrothérapie, les mesures de contrainte et la mise à l'isolement<sup>86</sup>. Elles peuvent se voir refuser les soins médicaux et sont souvent officiellement privées de leur capacité juridique<sup>87</sup>. Dans un rapport publié en 2021, le Rapporteur spécial Gerard Quinn s'est déclaré préoccupé par la surreprésentation des personnes handicapées dans la population carcérale et a dit qu'il était nécessaire de rechercher les moyens d'apporter des aménagements raisonnables à leurs conditions de vie<sup>88</sup>. Il s'est déclaré particulièrement préoccupé

par les problèmes de santé mentale que connaissent de nombreux détenus handicapés et par les effets de la détention sur la santé mentale, problèmes et effets relevant des normes minimales de détention et des traitements inhumains ou dégradants<sup>89</sup>.

**53.** Selon les conclusions d'une étude réalisée en 2019 en vue d'évaluer les mesures prises par le système des Nations Unies pour intégrer l'accessibilité des personnes handicapées et l'inclusion du handicap dans ses activités, l'inclusion requiert une approche fondée sur les droits de l'homme, ce qui impose l'obligation de respecter toutes les normes internationales relatives aux droits de l'homme et de les promouvoir<sup>90</sup>. Pour mener à bien une telle approche, il faut considérer les personnes handicapées comme des titulaires de droits et non plus comme de simples bénéficiaires d'actions caritatives ou de simples patients.

*j. Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles*

**54.** Le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles a pour mandat d'adopter et appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme présentant un caractère global et cohérent qui place les femmes au centre des efforts visant à rendre les États responsables de l'application des normes internationales garantissant les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.

**55.** Le Groupe de travail s'intéresse principalement au respect des garanties juridiques visant à protéger toutes les femmes et les filles et s'emploie à lutter contre les effets croisés de la discrimination fondée sur le genre et d'autres motifs de discrimination. Il reconnaît que les femmes et les filles ne constituent pas un groupe uniforme. Les femmes et les filles, dans toute leur diversité et dans des circonstances très variées, subissent de différentes manières les effets de lois et de pratiques discriminatoires.

**56.** Selon le Groupe de travail, « la privation de liberté [...] a des conséquences dévastatrices pour la vie des femmes, car elle les expose au risque d'être torturées, de subir des actes de violence ou des mauvais

<sup>84</sup> A/73/152, par. 18.

<sup>85</sup> Les personnes désignées titulaires de mandat à ce jour sont Gerard Quinn (depuis 2020) et Catalina Devandas Aguilar (2014-2020).

<sup>86</sup> A/HRC/40/54, par. 24 et 38.

<sup>87</sup> Ibid., par. 24.

<sup>88</sup> A/HRC/46/27, par. 110.

<sup>89</sup> Ibid., par. 111.

<sup>90</sup> A/75/186, par. 6, 12 et 26.

traitements, de vivre dans des conditions dangereuses et insalubres, de manquer d'accès aux services de santé et d'être marginalisées encore davantage. Elle prive les femmes de possibilités éducatives et économiques, les isole de leur famille et de leurs amis et les empêche de faire leurs propres choix et de mener leur vie comme elles l'entendent »<sup>91</sup>.

*k. Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture*

**57.** Le Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture reçoit des contributions volontaires, principalement des États, et les distribue aux organisations de la société civile qui apportent une assistance psychologique, médicale, sociale, économique ou juridique ainsi que d'autres formes d'aide humanitaire aux victimes de la torture et aux membres de leur famille. Il s'emploie notamment à promouvoir une approche axée sur la victime visant à changer les choses au niveau individuel et constitue un outil de promotion du principe de responsabilité et de mise en cause de la responsabilité des auteurs d'actes de torture, ces mesures étant des éléments cruciaux du processus de guérison des victimes de la torture. De fait, les séquelles physiques et psychologiques de la torture peuvent être dévastatrices et durer des années, touchant non seulement les rescapés, mais également les membres de leur famille. L'absence de mesures de réadaptation efficaces peut provoquer des traumatismes chez les victimes et détruire leurs familles ainsi que leurs communautés. L'article 14 de la Convention contre la torture dispose que les États parties doivent veiller à ce que toute victime d'un acte de torture relevant de leur juridiction obtienne réparation, y compris les moyens nécessaires à sa réadaptation la plus complète possible. L'aide requise pour se remettre du traumatisme subi peut être obtenue auprès des institutions publiques et des organisations de la société civile spécialisées dans l'assistance aux victimes de la torture.

**2. Systèmes régionaux de protection des droits de l'homme**

**58.** Les organes régionaux de défense des droits de l'homme apportent des contributions importantes à

l'élaboration des normes de prévention de la torture. Il s'agit notamment de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, de la Cour interaméricaine des droits de l'homme, de la Cour européenne des droits de l'homme, du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et de la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples.

**(a) Système interaméricain**

**59.** L'article premier de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme<sup>92</sup> dispose que « [t]out être humain a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne ». Aux termes de l'article XXV de la Déclaration, « [t]out individu qui a été privé de sa liberté a droit ... à un traitement humain au cours de sa détention ». Cette disposition est complétée par l'interdiction des « peines cruelles, dégradantes ou inusitées » énoncée à l'article XXVI. En 1959, l'Organisation des États américains a créé la Commission interaméricaine des droits de l'homme, qui a reçu en 1965 le mandat d'examiner les requêtes visant les États membres de l'Organisation soumises par des particuliers.

**60.** L'article 5 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme se lit comme suit :

1. Toute personne a droit au respect de son intégrité physique, psychique et morale.

2. Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Toute personne privée de sa liberté sera traitée avec le respect dû à la dignité inhérente à la personne humaine.

...

**61.** L'article 33 de ladite Convention confère à la Commission interaméricaine des droits de l'homme et à la Cour interaméricaine des droits de l'homme compétence pour connaître des questions relatives à l'exécution des obligations contractées par les États parties dans la Convention<sup>93</sup>. Comme l'indique son Règlement, la Commission a pour

<sup>91</sup> A/HRC/41/33, par. 74.

<sup>92</sup> Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (Bogota, 2 mai 1948).

<sup>93</sup> La Cour interaméricaine des droits de l'homme est un organe judiciaire dont le mandat est plus limité que celui de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, puisque la Cour ne peut statuer que sur les affaires portées contre les États membres de l'Organisation des États américains qui ont expressément accepté sa juridiction contentieuse et que les affaires ne peuvent être portées devant elle que si elles ont d'abord été examinées par la Commission. En outre, seuls les États parties à la Convention et la Commission ont qualité pour saisir la Cour.

attribution principale de promouvoir le respect et la défense des droits de l'homme et de remplir le rôle d'organe consultatif de l'Organisation des États américains en la matière<sup>94</sup>. Dans l'exécution de cette attribution, elle s'inspire de la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture pour interpréter la définition de la torture énoncée à l'article 5 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme.

62. L'article 2 de la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture définit celle-ci comme suit :

[O]n entend par torture tout acte par lequel sont infligées intentionnellement à une personne des peines ou souffrances, physiques ou mentales, aux fins d'enquêtes au criminel ou à toute autre fin, à titre de moyen d'intimidation, de châtimement personnel, de mesure préventive ou de peine. On entend également par torture l'application à toute personne de méthodes visant à annuler la personnalité de la victime ou à diminuer sa capacité physique ou mentale même si ces méthodes et procédés ne causent aucune douleur physique ou angoisse psychique<sup>95</sup>.

63. Aux termes de l'article premier de la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture, les États parties s'engagent à prévenir et à réprimer la torture selon les termes de la Convention. L'article 6 dispose que les États doivent également prendre des mesures efficaces pour prévenir et réprimer les mauvais traitements dans leur juridiction. La Convention ne donne cependant pas de définition de ces comportements ni n'indique les circonstances qui distinguent les mauvais traitements de la torture. Selon la Cour interaméricaine des droits de l'homme, la distinction repose en partie sur la gravité du traitement<sup>96</sup>, mais elle n'est pas rigide et pourrait évoluer à la lumière de la multiplication des demandes de protection des libertés et des

droits fondamentaux<sup>97</sup>. L'article 6 dispose en outre que les États doivent veiller à ce que la torture soit érigée en infraction dans leur législation pénale et à ce que tous les actes et tentatives de torture puissent être réprimés par des sanctions sévères.

64. L'article 8 de la Convention dispose que les États sont tenus d'ouvrir immédiatement une enquête en bonne et due forme sur toute allégation faisant état d'actes de torture commis dans leur juridiction et qu'ils garantissent à toute personne qui prétend avoir été soumise à la torture dans leur juridiction le droit à un examen impartial de la plainte. L'obligation d'enquêter naît dès que les autorités de l'État ont connaissance d'allégations de torture ou de motifs de croire que des actes de torture ont été commis<sup>98</sup>. La Commission interaméricaine des droits de l'homme a réaffirmé que toute enquête ouverte sur des allégations de torture devrait se caractériser par l'application des principes d'indépendance, d'impartialité, de compétence, de diligence, de minutie et de promptitude<sup>99</sup>. En outre, l'enquête doit prendre en compte les règles internationales relatives au recueil d'informations sur les actes de torture et à l'interprétation des preuves médico-légales de la commission de tels actes<sup>100</sup>.

65. Examinant la nécessité d'enquêter sur les allégations de violation de la Convention américaine relative aux droits de l'homme, la Cour interaméricaine des droits de l'homme a déclaré en l'affaire *Velásquez Rodríguez c. Honduras* ce qui suit :

L'État a l'obligation d'enquêter sur toute situation constitutive de violation des droits protégés par la Convention. Si l'appareil de l'État agit de telle manière que la violation demeure impunie et que la victime ne recouvre pas dans les meilleurs délais la pleine jouissance de ces droits, l'État aura manqué à l'obligation de garantir le libre et plein exercice de ceux-ci aux personnes relevant de sa juridiction<sup>101</sup>.

<sup>94</sup> Règlement de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, art. 1 (par. 1).

<sup>95</sup> La définition de la torture donnée dans la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture diffère de celle énoncée dans la Convention contre la torture à trois égards : a) elle ne fait pas du caractère « aigu » des douleurs ou des souffrances subies une des conditions d'existence de la torture ; b) elle vise « toute autre fin » sans indiquer que de telles fins doivent être fondées sur quelque forme de discrimination ; c) elle retient l'application de méthodes visant à annuler la personnalité de la victime ou à diminuer ses capacités même si ces méthodes ne causent pas de douleurs ni de souffrances. Les États qui sont parties aux deux instruments sont tenus d'appliquer les normes qui protègent le plus ou mieux le droit de ne pas être soumis à la torture.

<sup>96</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Loayza-Tamayo v. Peru*, arrêt du 17 septembre 1997, par. 57.

<sup>97</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Cantoral-Benavides v. Peru*, arrêt du 18 août 2000, par. 99 à 104.

<sup>98</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Servellón-García et al. v. Honduras*, arrêt du 21 septembre 2006, par. 119.

<sup>99</sup> Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Democratic Institutions, the Rule of Law and Human Rights in Venezuela: Country Report* (2017), par. 251 ; *Gross Human Rights Violations in the Context of Social Protests in Nicaragua* (2018), par. 192. Voir également Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas* (2011), par. 345 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Bueno-Alves v. Argentina*, arrêt du 11 mai 2007, par. 108.

<sup>100</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Vargas-Areco v. Paraguay*, arrêt du 26 septembre 2006, par. 93.

<sup>101</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Velásquez Rodríguez v. Honduras*, arrêt du 29 juillet 1988, par. 176.

66. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a expressément écarté la possibilité d'appliquer des dispositions portant prescription, amnistie ou d'autres mesures exonératoires de responsabilité en matière de violations graves des droits de l'homme, dont la torture, au motif qu'il s'agit de dispositions visant à empêcher que les personnes responsables de telles violations fassent l'objet d'enquêtes et soient punies qui sont interdites comme étant contraires aux dispositions intangibles du droit international des droits de l'homme<sup>102</sup>. En outre, elle a estimé que l'exécution des décisions statuant sur des cas de violations graves des droits de l'homme faisait partie intégrante du droit des victimes d'avoir accès à la justice et qu'en application du principe de proportionnalité, l'obligation internationale de sanctionner les personnes responsables de violations graves des droits de l'homme, dont la torture, « ne saurait être indûment modifiée ou devenir illusoire dans le cadre de l'exécution de la décision qui a imposé la sanction »<sup>103</sup>. La Cour a également établi des principes visant à garantir l'intégrité des enquêtes ouvertes sur les personnes responsables de violations des droits de l'homme et celle des peines prononcées contre ces personnes dans les systèmes de justice transitionnelle<sup>104</sup>.
67. Dans sa jurisprudence, la Cour a cité le Protocole d'Istanbul dans plusieurs décisions concernant la torture et les mauvais traitements, en vue d'appeler l'attention sur la nécessité d'adopter des cadres juridiques appropriés et de renforcer les capacités institutionnelles requises pour faciliter la réalisation d'enquêtes efficaces sur les violations graves des droits de l'homme<sup>105</sup>.
68. Les articles 12, 13 et 14 de la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture établissent une compétence universelle pour connaître du crime de torture, ce qui signifie que les États sont tenus soit d'extrader les suspects,

soit de mener des enquêtes sur ces derniers et, le cas échéant, engager des poursuites pénales contre eux quelle que soit leur nationalité, même si le crime n'a pas été commis dans un lieu relevant de la juridiction de l'État concerné. Selon la Cour interaméricaine des droits de l'homme, le droit international coutumier fait obligation aux États de demander l'extradition des personnes soupçonnées d'avoir commis le crime de torture<sup>106</sup>.

69. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a également estimé que de simples menaces de recourir à des comportements interdits par l'article 5 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme peuvent constituer des actes de torture si elles sont suffisamment réelles et imminentes. En outre, pour déterminer si l'article 5 a été violé, il faut également tenir compte des souffrances psychologiques<sup>107</sup>. La Cour en a conclu que la détention au secret ou en isolement prolongé constituait un traitement cruel et inhumain<sup>108</sup>. Elle a précisé qu'une personne ne pouvait être détenue au secret que dans des circonstances exceptionnelles et que même dans ces cas, l'État devait garantir les droits minimaux et intangibles des détenus et faire respecter leur droit de contester la légalité de la détention et de bénéficier d'une défense utile pendant la détention<sup>109</sup>. Dans plusieurs cas, elle s'est appuyée sur la définition de la torture énoncée à l'article premier de la Convention contre la torture pour établir que celle-ci avait été pratiquée<sup>110</sup>.
70. La Cour a également déclaré que les autorités de l'État ne devaient pas invoquer l'intérêt public, le secret d'État ou la sécurité nationale pour classer ou retenir des informations faisant état de violations des droits de l'homme qui émanent des autorités judiciaires ou administratives<sup>111</sup>. De plus, elle a vivement condamné toute participation du personnel militaire de l'État aux enquêtes et aux poursuites relatives aux violations des droits de l'homme, jugeant qu'elles doivent plutôt être effectuées par des entités civiles<sup>112</sup>.

<sup>102</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Barrios Altos Vs. Perú*, arrêt du 14 mars 2001, par. 41.

<sup>103</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Barrios Altos y La Cantuta Vs. Perú*, décision de suivi du 30 mai 2018, par. 47.

<sup>104</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Barrios Altos Vs. Perú*, par. 41.

<sup>105</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, arrêt du 25 novembre 2006, par. 326 ; *González et al. (« Cotton Field ») v. Mexico*, arrêt du 16 novembre 2009, par. 502 et 542 ; *Rosendo Cantú et al. v. Mexico*, arrêt du 31 août 2010, par. 239 à 243 ; *Vélez Loo v. Panama*, arrêt du 23 novembre 2010, par. 270.

<sup>106</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *La Cantuta v. Peru*, arrêt du 29 novembre 2006, par. 159 et 160. Voir également Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Goiburú et al. v. Paraguay*, arrêt du 22 septembre 2006, par. 128 à 132.

<sup>107</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, arrêt du 25 novembre 2006, par. 279.

<sup>108</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Godínez-Cruz v. Honduras*, arrêt du 20 janvier 1989, par. 164. Voir également Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Luis Lizardo Cabrera v. Dominican Republic*, affaire n° 10.832, rapport n° 35/96, 19 février 1998, par. 86 et 87.

<sup>109</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Suárez-Rosero v. Ecuador*, arrêt du 12 novembre 1997, par. 51.

<sup>110</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Maritza Urrutia v. Guatemala*, arrêt du 27 novembre 2003, par. 90.

<sup>111</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Gomes Lund et al. (« Guerrilha do Araguaia ») v. Brazil*, arrêt du 24 novembre 2010, par. 202.

<sup>112</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Fernández Ortega et al. v. Mexico*, arrêt du 30 août 2010, par. 172 et 176.



71. Pour la Cour, il incombe à l'État de garantir le droit à un traitement humain de toute personne qui se trouve sous sa garde<sup>113</sup>. À cet égard, l'État est présumé responsable d'actes de torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants subis par toute personne qui se trouve sous la garde d'agents publics si les autorités n'ont pas sérieusement enquêté sur les faits<sup>114</sup>. Par conséquent, c'est à l'État qu'incombe la charge d'expliquer de manière satisfaisante et convaincante ce qui s'est passé et de réfuter les allégations concernant sa responsabilité<sup>115</sup>.
72. Dans de nombreuses décisions, la Cour déclare que certaines personnes en situation de vulnérabilité sont plus exposées au risque de subir des atteintes aux droits de l'homme et des actes de torture et qu'elles ont donc droit à des protections et à des recours utiles tenant compte de cette situation personnelle<sup>116</sup>. De même, selon la Commission interaméricaine des droits de l'homme, les contrôles exercés par des organismes indépendants, les inspections faites par le public et l'accès aux sites dans lesquels se trouvent des personnes privées de liberté sont des mesures efficaces pour prévenir la torture<sup>117</sup>.
73. Pour que soit assurée la protection des détenus plus vulnérables, notamment ceux dont la détention est illégale, la Cour interaméricaine des droits de l'homme estime que les centres de garde à vue doivent respecter certaines normes minimales garantissant, entre autres, le droit à un traitement humain et au respect de la dignité de la personne humaine<sup>118</sup>. La Cour juge également que les États doivent réglementer et surveiller les établissements de santé publics et privés relevant de leur juridiction afin de protéger la vie et l'intégrité de toutes les personnes relevant de leur juridiction<sup>119</sup>.
74. La question de la torture et des mauvais traitements a été abordée par la Commission interaméricaine des droits de l'homme dans les Principes et bonnes pratiques de protection des personnes privées de liberté dans les Amériques en 2008 et dans un rapport détaillé traitant des droits humains des personnes privées de liberté dans les Amériques en 2011. Les Principes garantissent notamment à toutes les personnes privées de liberté le droit de porter plainte pour des actes de torture, soit en leur propre nom, soit au nom d'autrui<sup>120</sup>.
75. La Cour interaméricaine des droits de l'homme reconnaît également les effets psychologiques négatifs que la mise à l'isolement peut avoir sur les mères séparées de leurs enfants et déclare que les États doivent accorder une attention particulière aux femmes enceintes détenues et veiller à ce que les mères puissent rendre visite à leurs enfants<sup>121</sup>.
76. En 1996, la Commission interaméricaine des droits de l'homme est devenue le premier organe juridictionnel international à considérer le viol comme une forme de torture, en déclarant que le viol est une méthode de torture psychologique qui a souvent pour objectif d'humilier la victime ainsi que sa famille et sa communauté<sup>122</sup>. Depuis lors, la Commission et la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont établi une vaste jurisprudence précisant l'obligation qui incombe aux États de faire preuve de la diligence voulue pour prévenir les cas de violence fondée sur le genre, enquêter sur ceux-ci et les sanctionner<sup>123</sup> et de le faire plus généralement pour les cas de torture et de mauvais traitements<sup>124</sup>. La Cour a élaboré des normes importantes sur le recueil des éléments de preuve en matière de violence sexuelle<sup>125</sup>, la valeur probante des déclarations des victimes<sup>126</sup> et la nécessité

<sup>113</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Baldeón-García v. Peru*, arrêt du 6 avril 2006, par. 120 ; *Ximenes-Lopes v. Brazil*, arrêt du 4 juillet 2006, par. 138 ; *López Álvarez v. Honduras*, arrêt du 1<sup>er</sup> février 2006, par. 104 à 106.

<sup>114</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, par. 273.

<sup>115</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Juan Humberto Sánchez v. Honduras*, arrêt du 7 juin 2003, par. 111 ; *Baldeón-García v. Peru*, par. 120.

<sup>116</sup> Voir, par exemple, Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Ximenes Lopes v. Brazil*, arrêt du 4 juillet 2006, par. 103 ; *Baldeón-García v. Peru*, par. 119 ; *Furlan and Family v. Argentina*, arrêt du 31 août 2012, par. 284 à 288.

<sup>117</sup> Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Truth, Justice and Reparation: Colombia Country Report* (2013), par. 1121.

<sup>118</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Baldeón-García v. Peru*, par. 119 ; *Ximenes Lopes v. Brazil*, par. 125 à 130 ; *Furlan and Family v. Argentina*, par. 131 et 132 ; *Bulacio v. Argentina*, arrêt du 8 septembre 2003, par. 132.

<sup>119</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Ximenes Lopes v. Brazil*, par. 141.

<sup>120</sup> Principes et bonnes pratiques de protection des personnes privées de liberté dans les Amériques, principe V.

<sup>121</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, par. 330.

<sup>122</sup> Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Raquel Martí de Mejía v. Peru*, affaire n° 10.970, rapport n° 5/96, 1<sup>er</sup> mars 1996.

<sup>123</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Azul Rojas Marín y otra Vs. Perú*, arrêt du 12 mars 2020 (concernant des actes de torture commis avec une intention discriminatoire fondée sur l'identité de genre de la victime), par. 178 à 205 (en espagnol uniquement ; résumé officiel disponible en anglais) ; *Fernández Ortega et al. v. Mexico*, par. 193 ; *Cabrera García and Montiel Flores v. Mexico*, arrêt du 26 novembre 2010, par. 213 à 215 ; *J. v. Peru*, arrêt du 27 novembre 2013, par. 344 ; *López Soto et al. v. Venezuela*, arrêt du 26 septembre 2018, par. 273 à 287 ; *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, par. 378.

<sup>124</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Espinoza Gonzáles v. Peru*, arrêt du 20 novembre 2014, par. 237 à 240, et *J. v. Peru*, par. 341 à 343.

<sup>125</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *González et al. (« Cotton Field ») v. Mexico*, et *Velásquez Paiz et al. v. Guatemala*, arrêt du 19 novembre 2015.

<sup>126</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Fernández Ortega et al. v. Mexico*, par. 100.

de ne pas considérer que les divergences constatées dans ces déclarations dénotent en soi la fausseté du témoignage<sup>127</sup>. En outre, elle a déclaré des États responsables de violences sexuelles constitutives de torture commises par des acteurs non étatiques dans des cas où les autorités avaient manqué à l'obligation de prévenir le crime et d'enquêter sur celui-ci<sup>128</sup>.

**77.** En 1994, l'Organisation des États américains a adopté la Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará)<sup>129</sup>. Cette convention dispose que les femmes ont le droit de vivre à l'abri de la violence et fait obligation aux États parties de prendre les mesures appropriées pour modifier ou abroger les lois et règlements en vigueur qui perpétuent ou tolèrent la violence à l'égard des femmes et modifier les pratiques légales ou coutumières qui perpétuent ou tolèrent ce phénomène.

**78.** Aux termes de l'article premier de la Convention de Belém do Pará, la violence à l'égard des femmes s'entend de « tout acte ou comportement fondé sur la condition féminine qui cause la mort, des torts ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychiques à la femme, aussi bien dans sa vie publique que dans sa vie privée ». L'article 2 reconnaît que la violence peut se produire au sein de la famille ou du ménage, ainsi que dans le cadre d'autres relations interpersonnelles. L'article 6 reconnaît que la femme a le droit d'être valorisée et éduquée à l'abri des stéréotypes comportementaux et sociaux et des pratiques fondées sur l'infériorité ou la subordination, tandis que l'article 7 fait obligation aux États de s'abstenir de commettre ou de pratiquer des actes de violence à l'égard des femmes et de faire preuve de la diligence voulue pour prévenir de tels actes, enquêter sur ceux-ci et les sanctionner.

**79.** En 1994 également, l'Organisation des États américains a adopté la Convention interaméricaine sur la disparition forcée des personnes, qui prévoit des garanties supplémentaires permettant de veiller à ce que les actes de disparition forcée donnent lieu à des enquêtes et à des sanctions<sup>130</sup>.

**80.** En 2004, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a établi le mandat du Rapporteur spécial/de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes privées de liberté dans les Amériques. Le Rapporteur spécial ou la Rapporteuse spéciale effectue des visites d'établissement des faits dans les États membres de l'Organisation des États américains, surveille le traitement des personnes privées de liberté et leurs conditions de détention, publie des rapports nationaux et thématiques et, le cas échéant, formule des recommandations tendant à améliorer la situation des personnes privées de liberté ainsi que des mesures urgentes qu'il convient de prendre<sup>131</sup>.

#### **(b) Conseil de l'Europe : Cour européenne des droits de l'homme**

**81.** L'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme) dispose que « [n]ul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Toutes les victimes peuvent directement saisir la Cour européenne des droits de l'homme.

**82.** Dans sa jurisprudence, la Cour estime que la garantie consacrée par l'article 3, qui est un élément essentiel de l'état de droit, occupe une place prépondérante dans le mécanisme de protection mis en place par la Convention européenne des droits de l'homme, comme l'atteste le fait que l'article 15 n'autorise aucune dérogation à cette garantie en cas de guerre ou d'autre danger public<sup>132</sup>. Pour tomber sous le coup de l'article 3, dit la Cour, « un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité », lequel s'apprécie à l'aune de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement, de ses effets physiques ou mentaux ainsi que du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime<sup>133</sup>. La Cour a également déclaré qu'en l'absence de lésions ou de souffrances physiques ou mentales, les actes qui ont pour effet d'humilier un individu, de diminuer sa dignité humaine, notamment l'usage inutile de la force physique par les forces de l'ordre, ou de susciter chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser

<sup>127</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Espinoza González v. Peru*, par. 149.

<sup>128</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *López Soto et al. v. Venezuela*.

<sup>129</sup> La Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (« Convention de Belém do Pará »), adoptée le 9 juin 1994, est entrée en vigueur le 5 mars 1995.

<sup>130</sup> La Convention interaméricaine sur la disparition forcée des personnes, adoptée à Belém do Pará le 6 septembre 1994, est entrée en vigueur le 28 mars 1996.

<sup>131</sup> Voir [www.oas.org/en/iachr/jsForm/?File=/en/IACHR/r/DPPL/mandato.asp](http://www.oas.org/en/iachr/jsForm/?File=/en/IACHR/r/DPPL/mandato.asp).

<sup>132</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Öcalan c. Turquie*, requête n° 46221/99, arrêt du 12 mai 2005, par. 179 à 183.

<sup>133</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Bouyid c. Belgique*, requête n° 23380/09, arrêt du 28 septembre 2015, par. 86.

sa résistance morale et physique peuvent être qualifiés de dégradants et tomber ainsi sous le coup de l'interdiction énoncée à l'article 3<sup>134</sup>.

- 83.** La Cour a souligné l'importance de l'article 3 et présenté la distinction entre les comportements constitutifs de traitements inhumains ou dégradants et la torture dans l'affaire *Aksoy c. Turquie*, où le requérant avait été soumis à la suspension par les bras, les mains liées dans le dos, à des coups, à des décharges électriques sur les parties génitales dont l'effet avait été exacerbé par le déversement d'eau sur son corps et à des agressions verbales ; elle a déclaré que le comportement manifesté dans cette affaire était « d'une nature tellement grave et cruelle que l'on ne [pouvait] le qualifier que de torture »<sup>135</sup>. La Cour a également jugé que pour constituer des actes de torture au sens de l'article 3, les traitements inhumains délibérés doivent avoir provoqué de « fort graves et cruelles souffrances »<sup>136</sup>.
- 84.** Dans l'affaire *Gäfgen c. Allemagne*, la Cour a estimé que « menacer quelqu'un de le torturer pourrait ... constituer pour le moins un traitement inhumain » et porter ainsi atteinte à l'article 3<sup>137</sup>. Elle a jugé par la suite que la gravité des souffrances était l'un des principaux éléments distinguant la torture des peines ou traitements inhumains ou dégradants, au même titre que le but et l'intention, rapprochant ainsi sa perception de la torture de la définition de celle-ci énoncée dans la Convention contre la torture, qu'elle a invoquée à cette occasion<sup>138</sup>. Cependant, elle n'a pas qualifié cette liste d'éléments distinctifs d'exhaustive<sup>139</sup>.
- 85.** La Cour a également déclaré que le viol pouvait constituer un acte de torture au sens de l'article 3

de la Convention. Dans l'affaire *Aydin c. Turquie*, elle a estimé que « l'ensemble des actes de violence physique et mentale commis sur la personne de la requérante et celui de viol, qui revêt[ait] un caractère particulièrement cruel, [étaient] constitutifs de tortures interdites par l'article 3 de la Convention »<sup>140</sup>.

- 86.** Dans ses décisions, la Cour s'est également appuyée sur la définition de la torture énoncée dans la Convention contre la torture pour conclure à l'existence d'actes de torture. Dans l'affaire *Selmouni c. France*, elle a retenu que la douleur et les souffrances infligées au requérant étaient aiguës et avaient pour but de lui extorquer des « aveux », établissant ainsi fermement que les juridictions doivent tenir compte à la fois de la gravité des souffrances infligées et de leur but lorsqu'elles recherchent si un acte est constitutif de torture<sup>141</sup>. Par la suite, elle a précisé qu'en dépit du fait que le but poursuivi constituait un critère d'appréciation, « [l']absence d'un tel but ne saurait toutefois exclure de façon définitive un constat de violation de l'article 3 »<sup>142</sup>. En outre, elle a affirmé qu'en recherchant si une forme particulière de traitement était « dégradante » au sens de l'article 3, elle examinait si son but était « d'humilier et de rabaisser l'intéressé » ; toutefois, elle a de nouveau déclaré que l'absence d'un tel but n'interdisait pas de conclure à la violation de l'article 3<sup>143</sup>.
- 87.** La Cour a établi que l'absence d'enquête effective pouvait donner lieu à une violation de l'interdiction de la torture ou des mauvais traitements énoncée à l'article 3 dans des affaires concernant la violence domestique<sup>144</sup>, la violence à l'égard des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres<sup>145</sup>, la stérilisation des femmes roms<sup>146</sup>, la brutalité policière<sup>147</sup> et la

<sup>134</sup> Ibid., par. 87 et 88.

<sup>135</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Aksoy c. Turquie*, requête n° 21987/93, arrêt du 18 décembre 1996, par. 60 à 64, notamment par. 64.

<sup>136</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Irlande c. Royaume-Uni*, requête n° 5310/71, arrêt du 18 janvier 1978, par. 167.

<sup>137</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Gäfgen c. Allemagne*, requête n° 22978/05, arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2010 (tel que rectifié le 3 juin 2010), par. 91.

<sup>138</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Cestaro c. Italie*, requête n° 6884/11, arrêt du 7 avril 2015, par. 172 à 176.

<sup>139</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Bouyid c. Belgique*, par. 100 à 102.

<sup>140</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Aydin c. Turquie*, requête n° 23178/94, arrêt du 25 septembre 1997, par. 86.

<sup>141</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Selmouni c. France*, requête n° 25803/94, arrêt du 28 juillet 1999, par. 97 à 105. Dans l'affaire *Selmouni*, la Cour a également tenu compte du fait que la Convention était un « instrument vivant », ce qui l'a amenée à conclure que des actes qui n'auraient peut-être pas été considérés comme constitutifs de torture en 1979 au moment où elle statuait sur l'affaire *Irlande c. Royaume-Uni* étaient assurément qualifiés d'actes de torture en 1999 où elle a tranché l'affaire *Selmouni*.

<sup>142</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *V. c. Royaume-Uni*, requête n° 24888/94, arrêt du 16 décembre 1999, par. 71.

<sup>143</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Kalashnikov c. Russie*, requête n° 47095/99, arrêt du 15 juillet 2002, par. 95. Voir également Cour européenne des droits de l'homme, *Peers c. Grèce*, requête n° 28524/95, arrêt du 19 avril 2001, par. 74.

<sup>144</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Opuz c. Turquie*, requête n° 33401/02, arrêt du 9 juin 2009, par. 176 ; *Eremia c. République de Moldova*, requête n° 3564/11, arrêt du 28 mai 2013 (texte officiel disponible en anglais uniquement), par. 67 ; *M.G. c. Turquie*, requête n° 646/10, arrêt du 22 mars 2016, par. 107 ; *Talpis c. Italie*, requête n° 41237/14, arrêt du 2 mars 2017 (tel que rectifié le 21 mars 2017), par. 129 à 131 ; *Bălşan c. Roumanie*, requête n° 49645/09, arrêt du 23 mai 2017, par. 71 et 89.

<sup>145</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Identoba et autres c. Géorgie*, requête n° 73235/12, arrêt du 12 mai 2015, par. 71, et *M.C. et A.C. c. Roumanie*, requête n° 12060/12, arrêt du 12 avril 2016, par. 124 et 125.

<sup>146</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *V.C. c. Slovaquie*, requête n° 18968/07, arrêt du 8 novembre 2011, par. 109 et 120, et *I.G. et autres c. Slovaquie*, requête n° 15966/04, arrêt du 13 novembre 2012, par. 124, 126 et 134.

<sup>147</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Jasar c. l'ex-République yougoslave de Macédoine*, requête n° 69908/01, arrêt du 15 février 2007, par. 60 ; *Petropoulou-Tsakiris c. Grèce*, requête n° 44803/04, arrêt du 6 décembre 2007, par. 55 et 66 ; *Adam c. Slovaquie*, requête n° 68066/12, arrêt du 26 juillet 2016, par. 82.

disparition forcée<sup>148</sup>. En outre, elle a conclu que « la notion de «recours effectif» ... impliqu[ait], outre le versement d'une indemnité là où il échet, ... un accès effectif du plaignant à la procédure d'enquête »<sup>149</sup>.

**88.** La Cour a conclu à des violations de la Convention<sup>150</sup> eu égard à la règle d'exclusion des preuves obtenues illégalement et a réaffirmé le caractère absolu de l'article 3 et l'impossibilité d'y déroger dans des affaires concernant des actes de terrorisme présumés, déclarant que les requérants soupçonnés ou accusés d'activités terroristes ont le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements inhumains ou dégradants pendant leur garde à vue<sup>151</sup>. Dans l'affaire *El-Masri c. l'ex-République yougoslave de Macédoine*, la Cour a jugé que la remise secrète du requérant par l'ex-République yougoslave de Macédoine et sa détention secrète ultérieure étaient illégales et constituaient une violation de l'article 3<sup>152</sup>. La Cour a aussi toujours estimé que les États ont l'obligation de ne pas extraditer ni expulser des personnes, y compris des terroristes présumés, vers des pays dans lesquels elles courent un risque réel d'être soumises à la torture ou à de mauvais traitements (voir également les paragraphes 112 et suivants ci-dessous)<sup>153</sup>.

**89.** Dans sa jurisprudence, la Cour déclare que les atteintes aux droits garantis en matière de santé procréative peuvent constituer des mauvais traitements<sup>154</sup> et que le fait de ne pas assurer comme il se doit la surveillance médicale des détenus ayant des tendances suicidaires ou souffrant d'autres handicaps psychosociaux pourrait entraîner la violation de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements énoncée à l'article 3<sup>155</sup>. Les actes médicaux jugés nécessaires sur le plan thérapeutique (par exemple, l'alimentation forcée visant à sauver la vie) ne peuvent en principe

être considérés comme inhumains ou dégradants ; cependant, la nécessité médicale doit être établie, les garanties procédurales doivent être respectées et l'acte médical doit être administré de manière à limiter autant que possible les souffrances<sup>156</sup>. Si ces garanties ne sont pas respectées, on peut toujours conclure à la violation de l'article 3.

**90.** L'existence de conditions de vie déplorables dans les centres de rétention de personnes expulsées ou extradées ou de migrants peut également constituer une violation de l'article 3. La Cour estime que l'exposition des mineurs à de mauvaises conditions de vie dans les centres de rétention constitue une violation de l'article 3 et elle ne fait à cet égard aucune distinction entre le mineur accompagné<sup>157</sup> et le mineur non accompagné<sup>158</sup>. Dans les deux cas, elle juge que l'élément déterminant consiste dans le fait que les conditions de détention ont suscité chez le mineur des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité.

### (c) Conseil de l'Europe : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

**91.** La Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a créé le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

**92.** Le Comité effectue des visites inopinées dans les lieux de privation de liberté situés dans les États membres du Conseil de l'Europe. Ses membres peuvent s'entretenir en privé avec les personnes privées de liberté, rendre visite à toutes les personnes

<sup>148</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Er et autres c. Turquie*, requête n° 23016/04, arrêt du 31 juillet 2012, par. 92 à 97.

<sup>149</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Aksoy c. Turquie*, par. 98.

<sup>150</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *El Haski c. Belgique*, requête n° 649/08, arrêt du 25 septembre 2012, par. 86 et 99. Voir également Cour européenne des droits de l'homme, *Othman (Abu Qatada) c. Royaume-Uni*, requête n° 8139/09, arrêt du 17 janvier 2012, par. 267, 273 et 276, dans lesquels la Cour confirme que le fait d'établir l'existence d'un « risque réel » que des éléments de preuve aient été obtenus par la torture suffit pour que ceux-ci soient exclus, en raison des difficultés particulières qu'il y a à prouver la véracité des allégations de torture.

<sup>151</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Martínez Sala et autres c. Espagne*, requête n° 58438/00, arrêt du 2 novembre 2004, par. 118 et 120, et *Öcalan c. Turquie*, par. 179 et 192 à 196.

<sup>152</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *El-Masri c. l'ex-République yougoslave de Macédoine*, requête n° 39630/09, arrêt du 13 décembre 2012, par. 215 à 223.

<sup>153</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Chahal c. Royaume-Uni*, requête n° 22414/93, arrêt du 15 novembre 1996, par. 73 et 74 ; *Cruz Varas et autres c. Suède*, requête n° 15576/89, arrêt du 20 mars 1991, par. 69 et 70 ; *H.R. c. France*, requête n° 64780/09, arrêt du 22 septembre 2011, par. 49 à 65.

<sup>154</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, arrêt du 26 mai 2011, par. 148 à 162.

<sup>155</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Rivière c. France*, requête n° 33834/03, arrêt du 11 juillet 2006, par. 59 à 77 ; *Renolde c. France*, requête n° 5608/05, arrêt du 16 octobre 2008, par. 119 à 130 ; *Güveç c. Turquie*, requête n° 70337/01, arrêt du 20 janvier 2009, par. 82 à 99 ; *Ketreb c. France*, requête n° 38447/09, arrêt du 19 juillet 2012, par. 108 à 116.

<sup>156</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Nevmerzhiysky c. Ukraine*, requête n° 54825/00, arrêt du 5 avril 2005, par. 93 à 99 ; *Ciorap c. Moldova*, requête n° 12066/02, arrêt du 19 juin 2007, par. 76 à 89.

<sup>157</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Popov c. France*, requêtes n° 39472/07 et 39474/07, arrêt du 19 janvier 2012, par. 91 à 103 ; *Mahmundi et autres c. Grèce*, requête n° 14902/10, arrêt du 31 juillet 2012, par. 61 à 76 ; *A.B. et autres c. France*, requête n° 11593/12, arrêt du 12 juillet 2016, par. 107 à 115 ; *S.F. et autres c. Bulgarie*, requête n° 8138/16, arrêt du 7 décembre 2017, par. 84 à 93.

<sup>158</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Mohamad c. Grèce*, requête n° 70586/11, arrêt du 11 décembre 2014, par. 69 à 76.

de leur choix dans les lieux de privation de liberté et visiter tous les locaux sans restriction.

- 93.** Le Comité a élaboré des règles de traitement des personnes en garde à vue, qui constituent des normes générales<sup>159</sup>. Ces normes traitent non seulement des conditions matérielles, mais aussi des garanties procédurales, notamment du droit des personnes privées de liberté d'informer immédiatement un tiers (membre de la famille) de leur arrestation, d'avoir immédiatement accès à un avocat et d'avoir également accès à un médecin, voire un médecin de leur choix s'ils le souhaitent.
- 94.** Le Comité a souligné à maintes reprises que l'un des moyens les plus efficaces de prévenir les mauvais traitements pratiqués par les responsables de l'application des lois consistait à faire en sorte que toutes les plaintes déposées pour faits de torture et mauvais traitements soient diligemment examinées par les autorités compétentes et que des sanctions appropriées soient, le cas échéant, infligées aux auteurs.

**(d) Union africaine : Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et Cour africaine des droits de l'homme et des peuples**

- 95.** À la différence des systèmes européen et interaméricain, le système africain ne comporte pas de convention spécialement consacrée à la lutte contre la torture ou à sa prévention. C'est l'article 5 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui traite principalement de la question de la torture. Il se lit comme suit :

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

- 96.** Aux termes de l'article 30 de la Charte africaine, la Commission africaine des droits de l'homme

et des peuples a pour mandat de promouvoir les droits de l'homme et des peuples et d'assurer leur protection en Afrique. Toute victime ou toute ONG peut porter plainte auprès de la Commission pour des actes de torture tels qu'ils sont visés à l'article 5 de la Charte africaine<sup>160</sup>.

- 97.** En 2017, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté son observation générale n° 4 sur la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, concernant le droit à réparation des victimes de torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 5). Dans cette observation générale, elle donne une interprétation autorisée de l'article 5 de la Charte sur la portée et le contenu du droit à réparation des victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements dans certains contextes et dit que la réparation comprend la restitution, l'indemnisation, la réadaptation et la satisfaction, laquelle inclut le droit à la vérité et à des garanties de non-répétition<sup>161</sup>. Elle définit également des mesures concrètes et pratiques que les États doivent prendre pour accorder réparation aux victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements dans divers contextes, notamment aux victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre, aux personnes torturées pendant des conflits armés et aux personnes victimes d'actes de torture dans le cadre de la justice transitionnelle, en particulier en cas de préjudice collectif. La Commission relève que même si les actes de torture et les mauvais traitements sont pour l'essentiel commis contre des individus, ils peuvent néanmoins avoir des répercussions sur des groupes, en particulier ceux qui sont structurellement défavorisés<sup>162</sup>.
- 98.** La Commission a donné une interprétation des éléments distinctifs de la torture, tant physique que psychologique, et des mauvais traitements<sup>163</sup>. Par exemple, elle considère que le fait de ne pas informer, sans raison valable, les membres de la famille d'un détenu de la date et de l'heure de l'exécution de ce dernier constitue un cas de mauvais traitement et une violation de l'article 5 de la Charte<sup>164</sup>.

<sup>159</sup> Conseil de l'Europe, « Détention par la police » (Strasbourg, 1992). Consultable à l'adresse suivante : <https://rm.coe.int/16806cea30>.

<sup>160</sup> Par exemple, en novembre 2017, des victimes ont porté plainte auprès de la Commission pour non-exécution par le Tchad d'une réparation qu'une juridiction tchadienne leur avait allouée en 2015. Voir Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Clément Abaifouta et 6 999 autres c. République du Tchad*, affaire n° 691/18.

<sup>161</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, observation générale n° 4 (2017), par. 10.

<sup>162</sup> Ibid., par. 50 et 51.

<sup>163</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Gabriel Shumba c. Zimbabwe*, communication 288/04, décision, 2004, par. 143 à 145.

<sup>164</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Spilg and Mack & Ditshwanelo (on behalf of Lehlohonolo Bernard Kobedi) v. Botswana*, communication 277/2003, décision du 16 décembre 2011, par. 177.



- 99.** La Commission a déclaré des États parties responsables d'actes de torture subis par une personne relevant de leur juridiction dans des cas où le plaignant ou une autre partie crédible, telle qu'une organisation internationale, avait produit des éléments de preuve clairs exposant ces actes de façon détaillée<sup>165</sup>. Si la Commission estime que les éléments de preuve produits ne permettent pas d'établir qu'un acte de torture a été commis, elle peut toujours conclure à la violation de l'article 5 par l'État partie si celui-ci n'a pas ouvert d'enquête<sup>166</sup>.
- 100.** La Commission a également conclu à la violation de l'article 5 à raison de l'existence de mauvaises conditions carcérales, notamment l'isolement excessif, la surpopulation, le manque d'accès à des soins médicaux appropriés, l'utilisation d'entraves et la très mauvaise qualité de la nourriture<sup>167</sup>.
- 101.** D'autres instruments traitent également de la torture et des mauvais traitements dans le contexte africain, notamment les Lignes directrices sur les conditions d'arrestation, de garde à vue et de détention provisoire en Afrique (Lignes directrices de Luanda) (2014), les Lignes directrices sur la lutte contre les violences sexuelles et leurs conséquences en Afrique (2017) et les Principes et directives sur les droits de l'homme et des peuples dans la lutte contre le terrorisme en Afrique (2015). De plus, la Commission a adopté un certain nombre de résolutions et de documents relatifs à la torture et aux mauvais traitements, notamment les Lignes directrices et mesures d'interdiction et de prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en Afrique (Lignes directrices de Robben Island), adoptées en 2002, qui traitent de la torture sur le continent africain et contribuent à faire respecter l'interdiction absolue de la torture et des mauvais traitements énoncée dans la Charte africaine.
- 102.** La Commission a créé des mécanismes spéciaux chargés de certaines questions thématiques, selon le modèle des procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme.
- 103.** Le Comité pour la prévention de la torture en Afrique, précédemment connu sous le nom de Comité de suivi des Lignes directrices de Robben Island, fournit des conseils aux États et à la Commission africaine sur les mesures requises pour appliquer l'article 5 de la Charte africaine et les Lignes directrices de Robben Island. Depuis la mise en place du Comité, ses membres ont mené un certain nombre d'activités de formation et de sensibilisation dans différents pays et ont effectué des visites dans un certain nombre d'États<sup>168</sup>.
- 104.** La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a également créé un poste de rapporteur spécial/rapporteuse spéciale sur les prisons, les conditions de détention et l'action policière en Afrique, un poste de rapporteur spécial/rapporteuse spéciale sur les droits des femmes en Afrique et un groupe de travail sur la peine de mort, les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires et les disparitions forcées en Afrique. Ces mécanismes ont mis en place des voies que les victimes d'actes de torture et les ONG peuvent utiliser pour faire parvenir directement des informations aux rapporteurs spéciaux/rapporteuses spéciales.
- 105.** La Cour africaine des droits de l'homme et des peuples a rendu des décisions pertinentes dans lesquelles elle estime notamment que « [l]a détention au secret constitue [en soi] une grave violation des droits de l'homme qui peut entraîner d'autres violations telles que la torture [et] le mauvais traitement »<sup>169</sup>.
- 106.** Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (le Protocole de Maputo), en vigueur depuis 2005, dresse une liste détaillée des droits de la femme en Afrique. Il énonce notamment l'interdiction de toutes les formes d'exploitation et de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (« toutes formes d'exploitation, de punition et de traitement inhumain ou dégradant » dans le texte français du Protocole)<sup>170</sup>.

<sup>165</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Gabriel Shumba c. Zimbabwe*, par. 111, 113 et 121.

<sup>166</sup> *Ibid.*, par. 136.

<sup>167</sup> Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Krishna Achuthan (pour le compte de Aleke Banda), Amnesty International (pour le compte d'Orton et Vera Chirwa), Amnesty International (pour le compte d'Orton et Vera Chirwa) c. Malawi*, communication 64/92-68/92-78/92\_8AR (1995), décision du 27 avril 1994, par. 4 et 7.

<sup>168</sup> Depuis 2007, le Comité a organisé divers séminaires à l'intention des responsables de l'application des lois au Nigéria, au Libéria, au Bénin et au Cameroun. Il a organisé à Dakar (Sénégal) des conférences régionales sur le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et une autre sur le mécanisme national de prévention. Voir [www.achpr.org/fr\\_sessions/intersession?id=152](http://www.achpr.org/fr_sessions/intersession?id=152).

<sup>169</sup> Cour africaine des droits de l'homme et des peuples, *Commission africaine des droits de l'homme et des peuples c. Libye*, requête n° 002/2013, arrêt du 3 juin 2016, par. 84 et 85.

<sup>170</sup> Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Maputo, 11 juillet 2003), art. 4 (par. 1).

**107.** La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant énonce un large éventail de droits de l'enfant en Afrique et contient notamment une disposition protégeant les enfants contre les mauvais traitements et la torture (art. 16)<sup>171</sup>. Dans sa jurisprudence, le Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant, qui contrôle l'application de la Charte, déclare des États responsables de violation de l'article 16 au motif qu'ils ont manqué à l'obligation de protéger des enfants contre les passages à tabac que leur ont fait subir des acteurs non étatiques dans un contexte où ces passages à tabac servaient de châtiments corporels et étaient destinés à provoquer des douleurs ou des malaises, s'apparentant dans certains cas à de la torture<sup>172</sup>.

#### (e) Autres juridictions, institutions et instruments à caractère régional

**108.** *Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest.* L'organe judiciaire de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest est la Cour de justice de la Communauté, créée en application des articles 6 et 15 du traité révisé de la Communauté en 2005. La Cour est compétente pour examiner les cas de violations alléguées des droits de l'homme et a pour mandat d'enquêter et de statuer sur les allégations de torture, de retenir la responsabilité des États concernés et d'allouer des dommages-intérêts aux victimes<sup>173</sup>.

**109.** *Cour de justice de l'Afrique de l'Est.* La Cour de justice de l'Afrique de l'Est a été créée en novembre 2001 en application de l'article 9 du Traité pour l'établissement de la Communauté d'Afrique de l'Est. Elle a pour mandat de résoudre les différends opposant des États membres de la Communauté. Les plaignants peuvent intenter des actions contre des États parties pour violation de leur droit de ne pas être soumis à la torture ni à de mauvais traitements qui est protégé par l'article 7 (par. 2) du Traité<sup>174</sup>.

**110.** *Déclaration des droits de l'homme de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) et Commission intergouvernementale des droits de l'homme de l'ASEAN.* La Déclaration des droits de l'homme de l'ASEAN dispose que « [n]ul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>175</sup>.

**111.** *Charte arabe des droits de l'homme.* La Charte arabe des droits de l'homme a été adoptée lors d'un sommet de la Ligue des États arabes tenu en 2004 et est entrée en vigueur en 2008<sup>176</sup>. Son article 8 interdit expressément la torture et les traitements cruels, dégradants, humiliants ou inhumains, mais pas les peines de ce type. Le paragraphe 2 de l'article 8 prévoit la répression des actes de torture et des mauvais traitements ainsi que leur imprescriptibilité et garantit la réparation du préjudice subi par les victimes, y compris sous forme d'indemnisation, et leur réadaptation. Toutefois, la Charte autorise l'imposition de la peine de mort, y compris pour les personnes âgées de moins de 18 ans lorsque cette peine est « prévue par les lois en vigueur au moment où le crime est commis »<sup>177</sup>. L'imposition de la peine de mort à des personnes âgées de moins de 18 ans au moment de la commission de l'infraction constitue une violation manifeste du droit international des droits de l'homme<sup>178</sup>.

## B. Droit international des réfugiés et non-refoulement

**112.** Le principe de non-refoulement, qui découle de l'article 33 de la Convention relative au statut des réfugiés, est un élément important non seulement du droit des réfugiés, mais aussi du droit international des droits de l'homme, notamment en ce qui concerne la torture et les mauvais traitements. Il est codifié dans des conventions internationales<sup>179</sup> et considéré comme une composante de l'interdiction de la torture

<sup>171</sup> Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (Addis Abeba, 11 juillet 1990), art. 16.

<sup>172</sup> Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant, *Centre for Human Rights (Université de Pretoria) et La Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme (Sénégal) c. Sénégal*, décision du 15 avril 2014, par. 62 à 68.

<sup>173</sup> Cour de justice de la Communauté, *Federation of African Journalists and Others v. The Republic of The Gambia*, ECW/CCJ/JUD/04/18, arrêt du 13 mars 2018, par. 60 à 62, et *Martha Adamu and Seven Others v. Federal Republic of Nigeria*, ECW/CCJ/JUD/33/19, arrêt du 9 décembre 2019, p. 56 et 57 (concluant que la Cour est compétente pour connaître des allégations de violation de l'article 5 formulées par les demandeurs).

<sup>174</sup> Cour de justice de l'Afrique de l'Est, *Plaxeda Rugumba v. Secretary General of the East African Community and the Attorney General of Rwanda*, affaire n° 8 de 2010, arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2011 (invocation de l'article 7 (par. 2) du Traité (bonne gouvernance) pour porter plainte contre l'État à raison des conditions de détention au secret).

<sup>175</sup> Déclaration des droits de l'homme de l'ASEAN (Phnom Penh, 19 novembre 2012), principe général 14.

<sup>176</sup> Charte arabe des droits de l'homme (Tunis, 22 mai 2004).

<sup>177</sup> Ibid., art. 7 (par. 1).

<sup>178</sup> Voir les interdictions expressément énoncées dans la Convention relative aux droits de l'enfant, art. 37 (al. a), et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 6 (par. 5).

<sup>179</sup> Convention contre la torture, art. 3 ; Convention relative au statut des réfugiés, art. 33.

et des mauvais traitements<sup>180</sup> selon la jurisprudence constante du Comité des droits de l'homme<sup>181</sup> et de la Cour européenne des droits de l'homme<sup>182</sup>. La Convention relative au statut des réfugiés le définit comme le principe interdisant aux États contractants d'expulser ou de refouler, de quelque manière que ce soit, un réfugié aux frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques<sup>183</sup>. C'est également une règle du droit international coutumier<sup>184</sup>.

**113.** La protection contre le refoulement prévue par la Convention relative au statut des réfugiés s'applique à toute personne qui répond à sa définition du terme « réfugié », ainsi qu'aux personnes dont le statut n'a pas encore été déterminé, telles que les demandeurs d'asile<sup>185</sup>. L'article premier de la Convention définit le réfugié comme une personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». La torture est considérée comme une forme de persécution<sup>186</sup>. Comme l'a déclaré le Comité contre la torture, l'interdiction du refoulement de personnes vers des lieux où il y a des motifs sérieux de croire qu'elles risquent d'être soumises à la torture, telle que l'énonce l'article 3 de la Convention contre la torture, est absolue<sup>187</sup>.

**114.** Cependant, la portée du principe de non-refoulement diffère selon que l'on est dans le cadre de la Convention contre la torture ou dans celui de la Convention relative au statut des réfugiés. Alors que la Convention relative au statut des réfugiés interdit de refouler des personnes vers les pays qu'elles ont fuies, la Convention contre la torture, telle qu'elle est

appliquée, interdit expressément le transfert forcé, l'expulsion, la déportation, le renvoi ou l'extradition vers tout pays où il y a des motifs sérieux de croire que la personne concernée court personnellement un risque prévisible et réel d'être soumise à la torture ou à de mauvais traitements<sup>188</sup>. En outre, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés estime que le principe de non-refoulement énoncé dans la Convention relative au statut des réfugiés s'applique non seulement au refoulement de réfugiés vers leur pays d'origine, mais également à leur refoulement vers tout autre lieu où ils craignent avec raison d'être persécutés<sup>189</sup>. La Convention contre la torture, en revanche, a un champ d'application plus large et n'exige pas que la personne concernée soit exposée au risque d'être persécutée pour l'un des motifs énoncés dans la Convention relative au statut des réfugiés ; il faut plutôt que cette personne soit exposée à un risque de torture ou de mauvais traitements.

**115.** Les États sont tenus de veiller à ce que leurs décisions tendant au transfert forcé de personnes, quelle que soit la forme du transfert, notamment les expulsions, les retours forcés et les extraditions, soient prises au cas par cas, d'une manière impartiale et indépendante et dans le respect des garanties procédurales<sup>190</sup>. Le risque de torture doit être notamment apprécié à l'aune de la situation générale des droits de l'homme dans le pays d'origine de la personne concernée<sup>191</sup>, y compris dans les cas de transfert d'étrangers vers un État qui les transférera à son tour vers un État tiers où ils risquent d'être torturés, qualifiés de refoulements indirects ou en chaîne. Il n'est pas permis à l'État d'envoi de s'appuyer sur les assurances diplomatiques de l'État destinataire tendant à garantir que la personne concernée ne sera pas torturée à son retour pour contourner le principe de non-refoulement<sup>192</sup>. Pour déterminer s'il existe un risque de torture, les États doivent prendre en compte les situations relatives aux droits de l'homme qui pourraient constituer des indices révélateurs

<sup>180</sup> Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 7 ; Convention européenne des droits de l'homme, art. 3.

<sup>181</sup> Comité des droits de l'homme, *Kindler c. Canada* (CCPR/C/48/D/470/1991), par. 13.2 ; Comité des droits de l'homme, observation générale n° 20 (1992), par. 9.

<sup>182</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Jabari c. Turquie*, requête n° 40035/98, arrêt du 11 juillet 2000, par. 38.

<sup>183</sup> Convention relative au statut des réfugiés, art. 33 (par. 1).

<sup>184</sup> Voir, par exemple, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), « The principle of non-refoulement as a norm of customary international law: Response to the questions posed to UNHCR by the Federal Constitutional Court of the Federal Republic of Germany in cases 2 BvR 1938/93, 2 BvR 1953/93, 2 BvR 1954/93 » (Genève, 1994) ; « Avis consultatif sur l'application extraterritoriale des obligations de non-refoulement en vertu de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et de son Protocole facultatif de 1967 » (Genève, 2007), par. 14 à 16.

<sup>185</sup> HCR, « Avis consultatif », par. 6.

<sup>186</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 29 (al. c)).

<sup>187</sup> *Ibid.*, par. 9.

<sup>188</sup> *Ibid.*, par. 11.

<sup>189</sup> HCR, « Avis consultatif », par. 7.

<sup>190</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 13.

<sup>191</sup> Comité des droits de l'homme, *X c. Danemark* (CCPR/C/110/D/2007/2010), par. 9.2 ; *X c. Suède* (CCPR/C/103/D/1833/2008), par. 5.18.

<sup>192</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 20. Voir également Comité contre la torture, *Agiza c. Suède* (CAT/C/34/D/233/2003), par. 13.4.

de l'existence d'un tel risque ainsi que les mauvais traitements qui ne sont pas assimilables à la torture. En outre, les États ne doivent pas adopter de mesures ou de politiques dissuasives visant à contraindre les personnes à retourner dans leur pays d'origine malgré le risque de torture, telles que leur détention dans de mauvaises conditions pour une durée indéterminée ou le refus de traiter leurs demandes d'asile<sup>193</sup>. Des organes chargés des droits de l'homme ont confirmé et développé le principe de non-refoulement dans leurs décisions<sup>194</sup>. Selon le Comité des droits de l'homme, il n'est pas permis aux États d'extrader, de déporter, d'expulser ou de renvoyer des personnes qui se trouvent sur leur territoire s'il y a des motifs sérieux de croire que les intéressées courent personnellement un risque réel d'être soumises à la torture ou à de mauvais traitements au sens de l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques<sup>195</sup>.

- 116.** Selon la Cour interaméricaine des droits de l'homme, l'expulsion de membres d'une famille vers leur pays d'origine alors que l'on sait qu'ils sont en mesure de bénéficier d'une protection en qualité de réfugiés dans un pays tiers est incompatible avec le droit de demander et de se voir accorder l'asile et avec le principe de non-refoulement<sup>196</sup>. Quant à la Cour européenne des droits de l'homme, elle estime que la question des mauvais traitements se pose lorsqu'il y a des motifs de croire qu'en cas de renvoi d'une personne gravement malade, l'intéressée « ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie »<sup>197</sup>. Elle estime également que le fait d'expulser collectivement ou individuellement des demandeurs d'asile vers des pays dont le système d'asile présente notoirement des lacunes d'ordre procédural constitue une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme<sup>198</sup>.

## C. Droit international humanitaire

- 117.** Les instruments internationaux et les règles du droit coutumier régissant les conflits armés sont également connus sous le nom de droit international humanitaire, droit de la guerre ou droit des conflits armés ; ils interdisent sans équivoque la torture et les mauvais traitements dans toutes les situations de conflit armé<sup>199</sup>. Les quatre Conventions de Genève du 12 août 1949 établissent des règles régissant la conduite des conflits armés et, en particulier, le traitement des personnes qui ne participent pas ou plus aux hostilités, dont les blessés, les personnes capturées et les civils. Les quatre conventions interdisent la pratique de la torture et des mauvais traitements et l'interdiction de la torture s'applique de façon extraterritoriale afin de protéger les personnes pendant les conflits armés quel que soit le lieu où ils se déclenchent et qu'ils soient ou non reconnus ou déclarés par les belligérants.
- 118.** Le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I) et le Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II) élargissent la protection garantie par les Conventions de Genève et le champ d'application de celles-ci. Les quatre Conventions de Genève et les deux Protocoles additionnels y afférents adoptés en 1977 disposent que la torture, les traitements inhumains et le fait de causer intentionnellement de grandes souffrances ou de porter des atteintes graves à l'intégrité physique ou à la santé constituent des violations et des infractions graves aux Conventions de Genève, soit des crimes de guerre.
- 119.** Lorsqu'ils sont commis dans le cadre d'un conflit armé international, les actes de torture et certaines formes de mauvais traitements constituent également des crimes de guerre en droit international humanitaire coutumier. Dans l'affaire *Le Procureur c. Duško Tadić*, le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie a

<sup>193</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 14 et 18.

<sup>194</sup> CAT/C/CAN/CO/7, par. 25 (al. a) ; CAT/C/NLD/CO/7, par. 11 ; Comité contre la torture, *F.B. c. Pays-Bas* (CAT/C/56/D/613/2014) (concluant à la violation du principe de non-refoulement énoncé à l'article 3 dans un cas où l'État partie cherchait à expulser une ressortissante étrangère qui serait forcée de subir une mutilation génitale féminine après son refoulement).

<sup>195</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 20 (1992), par. 9. Voir également Comité des droits de l'homme, *Hashi et S.A.A. c. Danemark* (CCPR/C/120/D/2470/2014), par. 9.3.

<sup>196</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Pacheco Tineo Family v. Plurinational State of Bolivia*, arrêt du 25 novembre 2013, par. 199.

<sup>197</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Paposhvili c. Belgique*, requête n° 41738/10, arrêt du 13 décembre 2016, par. 183.

<sup>198</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Sharifi et autres c. Italie et Grèce*, requête n° 16643/09, arrêt du 21 octobre 2014, par. 240 à 243 ; *M.S.S. c. Belgique et Grèce*, requête n° 30696/09, arrêt du 21 janvier 2011, par. 192 et 344 à 361.

<sup>199</sup> Pour de plus amples informations sur les règles du droit international humanitaire coutumier, voir la Base de données sur le DIH coutumier du Comité international de la Croix-Rouge. Consultable à l'adresse suivante : <https://ihl-databases.icrc.org/fr/customary-ihl>.

estimé que des crimes de guerre pouvaient être commis tant dans le cadre de conflits armés internationaux que dans celui de conflits armés non internationaux<sup>200</sup>. Selon les tribunaux pénaux internationaux et d'autres organismes, toutes les parties à un conflit armé – qu'il s'agisse d'un conflit international ou d'un conflit « ne présentant pas un caractère international » et que la partie en cause combatte au nom d'un État ou d'un groupe armé non étatique – sont liées par l'interdiction absolue de la torture et des mauvais traitements<sup>201</sup>.

**120.** L'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève (article 3 commun) s'applique aux conflits armés « ne présentant pas un caractère international », expression qui n'est pas précisée, et les obligations fondamentales doivent être respectées par toutes les parties dans tous les conflits armés, ce qui est généralement compris comme signifiant que, quelle que soit la nature d'un conflit armé, certaines règles fondamentales d'humanité ne peuvent être abrogées<sup>202</sup>. L'interdiction de la torture et des mauvais traitements est l'une de ces règles et est commune au droit international humanitaire et au droit des droits de l'homme. L'article 3 commun dispose que :

« sont et demeurent prohibés, en tout temps et en tout lieu, ... a) les atteintes portées à la vie et à l'intégrité corporelle, notamment le meurtre sous toutes ses formes, les mutilations, les traitements cruels, tortures et supplices ; ... c) les atteintes à la dignité des personnes, notamment les traitements humiliants et dégradants ».

**121.** Un ancien Rapporteur spécial sur la torture, Sir Nigel Rodley, a déclaré à cet égard ce qui suit : « L'interdiction de la torture ou des mauvais traitements ne pouvait guère être formulée en des termes plus absolus. Selon le commentaire officiel de ce texte établi par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), « aucune échappatoire possible n'est laissée ; il ne peut pas y avoir d'excuses ni de circonstances atténuantes »<sup>203</sup>.

**122.** Un autre lien unissant le droit international humanitaire et le droit des droits de l'homme se trouve

dans le préambule du Protocole II additionnel aux Conventions de Genève de 1949, qui dispose que « les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme offrent à la personne humaine une protection fondamentale »<sup>204</sup>. Selon le commentaire du CICR sur les Protocoles additionnels aux Conventions de Genève de 1949, l'expression « instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme » désigne en particulier le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et la Convention contre la torture<sup>205</sup>. Bien que le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme soient deux systèmes juridiques distincts, chacun ayant ses propres fondements et mécanismes, ils s'appliquent simultanément en période de conflit armé<sup>206</sup>.

## D. Justice pénale internationale

**123.** Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, adopté le 17 juillet 1998, a créé une cour pénale internationale permanente chargée de juger les personnes responsables de génocide, de crimes contre l'humanité et de crimes de guerre, auxquels le Statut a ajouté par la suite le crime d'agression. La Cour a compétence à l'égard des allégations de torture constitutive de crime de guerre, en particulier lorsque les actes de torture s'inscrivent dans le cadre d'un plan ou d'une politique ou lorsqu'ils font partie d'une série de crimes analogues commis sur une grande échelle, ou constitutive d'acte de génocide ou de crime contre l'humanité, dans ce dernier cas lorsque la torture est commise dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre toute population civile et en connaissance de cette attaque. Dans ce contexte, le Statut de Rome définit la torture constitutive de crime contre l'humanité comme le fait d'infliger intentionnellement une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, à une personne se trouvant sous la garde ou sous le contrôle de l'accusé(e)<sup>207</sup>.

**124.** La torture n'est pas seulement un crime international relevant de la compétence universelle, mais elle a été intégrée dans les statuts de nombreuses

<sup>200</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Duško Tadić*, affaire n° IT-94-1, décision du 2 octobre 1995, par. 94.

<sup>201</sup> A/HRC/34/54, par. 44 à 48.

<sup>202</sup> Jelena Pejić, « The protective scope of common article 3: more than meets the eye », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, vol. 93, n° 881 (mars 2011), p. 214 à 216.

<sup>203</sup> Nigel Rodley et Matt Pollard, *The Treatment of Prisoners under International Law*, 3<sup>e</sup> éd. (Oxford, Oxford University Press, 2009), p. 60.

<sup>204</sup> Protocole II additionnel aux Conventions de Genève de 1949, deuxième alinéa du préambule.

<sup>205</sup> CICR, *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949* (1987), par. 4428.

<sup>206</sup> Ibid., par. 4429.

<sup>207</sup> Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 7 (par. 2 e)).



juridictions internationales, notamment la Cour pénale internationale<sup>208</sup>, le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie<sup>209</sup>, le Tribunal pénal international pour le Rwanda<sup>210</sup> et le Tribunal spécial pour la Sierra Leone<sup>211</sup>.

- 125.** Des actes de torture ont fait l'objet de poursuites en tant que crimes de guerre tant devant le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie que devant le Tribunal pénal international pour le Rwanda. Ce dernier a joué un rôle marquant en droit international pénal en concluant, entre autres, que le viol pouvait être poursuivi comme acte de torture et acte de génocide. Étant la toute première juridiction créée par l'Organisation des Nations Unies pour connaître des crimes de guerre, le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie a établi de nombreux précédents et révolutionné la poursuite des actes de torture, notamment dans le cadre des conflits armés.
- 126.** La définition de la torture constitutive de crime de guerre utilisée par le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie et le Tribunal pénal international pour le Rwanda diverge de celle applicable en droit des droits de l'homme, en raison des spécificités du droit international humanitaire qui indiquent clairement que son champ d'application se limite aux conflits armés. Premièrement, la participation d'un agent public n'est pas nécessaire<sup>212</sup>. Cette divergence se justifie par la nécessité de tenir « compte des traits spécifiques [du droit international humanitaire] »<sup>213</sup>. Une autre divergence est propre au Statut de Rome, dans lequel l'infraction principale de torture constitutive de crime contre l'humanité ne requiert pas de but spécifique<sup>214</sup>. Cependant, l'infraction n'est constituée que si l'auteur savait que son comportement s'inscrivait « dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre une population civile » ou entendait qu'il s'y inscrive<sup>215</sup> et elle doit avoir été commise « en application ou dans la poursuite

de la politique d'un État ou d'une organisation ayant pour but une telle attaque »<sup>216</sup>, ce qui dénote l'existence de quelque but dans les deux cas.

- 127.** Le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie a donné des indications sur l'interdiction de la torture dans les conflits armés dans l'affaire *Le Procureur contre Anto Furundžija*. Il a estimé qu'il n'était pas nécessaire de déterminer si les dispositions des Conventions de Genève et des Protocoles additionnels étaient devenues dans leur ensemble partie intégrante du droit coutumier, au motif qu'« une interdiction générale de la torture s'[était] imposée dans le droit international coutumier »<sup>217</sup>, et a souligné que selon les circonstances particulières de chaque affaire, la torture pouvait donner lieu à des poursuites en tant qu'elle constituait une catégorie de violations graves du droit humanitaire, d'infractions graves aux Conventions de Genève, de crimes contre l'humanité ou de génocide<sup>218</sup>. De plus, « [e]n l'état actuel du droit international humanitaire en vigueur, peut être engagée non seulement la responsabilité pénale individuelle [pour les actes de torture] mais également celle de l'État, si ses agents se livrent à des actes de torture ou s'il n'empêche pas la perpétration de ces actes ou n'en punit pas les auteurs »<sup>219</sup>. Le Tribunal a également estimé que l'interdiction de la torture pendant les conflits armés était renforcée par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et que l'interdiction de la torture était devenue une norme impérative du droit international, couvrait les infractions potentielles et imposait des obligations *erga omnes*<sup>220</sup>.
- 128.** La question du viol et de la violence sexuelle en temps de conflit armé a également été abordée. Dans l'affaire *Le Procureur c. Jean-Paul Akayesu*, une Chambre de première instance du Tribunal pénal international pour le Rwanda a jugé que le viol pouvait constituer un acte de torture. Selon elle :

<sup>208</sup> Ibid.

<sup>209</sup> Statut actualisé du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (2009), art. 2 (al. b)) et 5 (al. f)).

<sup>210</sup> Statut du Tribunal pénal international pour le Rwanda (mis à jour en 2002), art. 3 (al. f)) et 4 (al. a)).

<sup>211</sup> Statut du Tribunal spécial pour la Sierra Leone (2002), art. 2 (al. f)) et 3 (al. a)).

<sup>212</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Dragoljub Kunarac et consorts*, affaire n° IT-96-23-T et IT-96-23/1-T, jugement du 22 février 2001, par. 495 et 496 ; Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Laurent Semanza*, affaire n° ICTR-97-20-T, jugement du 15 mai 2003, par. 342 et 343.

<sup>213</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Dragoljub Kunarac et consorts*, par. 471.

<sup>214</sup> Statut de Rome, art. 7 (par. 1 f)).

<sup>215</sup> Ibid., art. 7 (par. 1).

<sup>216</sup> Ibid., art. 7 (par. 2 a)).

<sup>217</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Anto Furundžija*, affaire n° IT-95-17/1-T, jugement du 10 décembre 1998, par. 137.

<sup>218</sup> Ibid., par. 141.

<sup>219</sup> Ibid., par. 142.

<sup>220</sup> Ibid., par. 144 et 147 à 152.

À l'instar de la torture, le viol est utilisé à des fins d'intimidation, de dégradation, d'humiliation, de discrimination, de sanction, de contrôle ou de destruction d'une personne. Comme elle, il constitue une atteinte à la dignité de la personne et s'assimile en fait à la torture lorsqu'il est commis par un agent de la fonction publique ou par toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite<sup>221</sup>.

- 129.** La Chambre d'appel du Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie a confirmé que le viol pouvait s'assimiler à la torture<sup>222</sup> et la Cour pénale internationale a constaté que le viol et d'autres formes de violence sexuelle étaient utilisés comme armes de guerre<sup>223</sup>.
- 130.** Le Tribunal pénal international pour le Rwanda a également jugé que la torture pouvait s'inscrire

parmi les « infractions principales » caractérisant le génocide en ce qu'elle constitue une « atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe »<sup>224</sup>. En outre, le Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie a déclaré que la présence de séquelles permanentes n'était pas une condition nécessaire pour que des actes soient qualifiés de torture, que le fait de causer des souffrances mentales pouvait être considéré comme un acte de torture et qu'il « n'était pas nécessaire que le but défendu fût le but unique ou principal quand sont infligées une douleur ou des souffrances aiguës »<sup>225</sup>. Il n'a cependant pas donné de réponse uniforme à la question de savoir si des agents publics devaient ou non jouer un rôle dans les actes de torture<sup>226</sup>. En revanche, le Tribunal pénal international pour le Rwanda a jugé qu'il n'était pas nécessaire que le crime soit commis par un agent de la fonction publique en cas d'actes de torture constitutifs de crimes contre l'humanité<sup>227</sup>.

<sup>221</sup> Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Jean-Paul Akayesu*, affaire n° ICTR-96-4-T, jugement du 2 septembre 1998, par. 597 (voir également par. 687).

<sup>222</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Dragoljub Kunarac et consorts*, affaire n° IT-96-23 et IT-96-23/1-A, arrêt du 12 juin 2002, par. 149 à 151.

<sup>223</sup> Cour pénale internationale, *Le Procureur c. Jean-Pierre Bemba Gombo*, affaire n° ICC-01/05-01/08, jugement du 21 mars 2016, par. 98 à 112. La Chambre d'appel de la Cour pénale internationale a infirmé ce jugement en 2018.

<sup>224</sup> Human Rights Watch, *Genocide, War Crimes, and Crimes Against Humanity: Topical Digests of the Case Law of the International Criminal Tribunal for Rwanda and the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia* (New York, 2004), p. 12, 21 et 22. Voir également Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Jean-Paul Akayesu*, par. 504 ; *Le Procureur c. Georges Anderson Nderubumwe Rutaganda*, affaire n° ICTR-96-3-T, jugement du 6 décembre 1999, par. 51.

<sup>225</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Miroslav Kvočka et consorts*, affaire n° IT-98-30/1-T, jugement du 2 novembre 2001, par. 153 ; voir également par. 148 et 149.

<sup>226</sup> Tribunal international pour l'ex-Yougoslavie, *Le Procureur c. Dragoljub Kunarac et consorts*, arrêt du 12 juin 2002, par. 148 ; *Le Procureur c. Milorad Krnojelac*, affaire n° IT-97-25-T, jugement du 15 mars 2002, par. 187 ; *Le Procureur c. Anto Furundžija*, par. 162 ; *Le Procureur c. Zdravko Mucić et consorts*, jugement du 16 novembre 1998, par. 494 à 496.

<sup>227</sup> Tribunal pénal international pour le Rwanda, *Le Procureur c. Laurent Semanza*, par. 342 et 343.



# CHAPITRE II

## **Codes de déontologie pertinents**



**131.** Toutes les professions exercent leurs activités dans des limites fixées par des codes de déontologie qui énoncent les valeurs communes auxquelles adhèrent leurs membres, ainsi que les obligations reconnues de ces derniers, et établissent des normes que les membres de la profession sont censés respecter. Les normes de déontologie sont principalement établies de deux manières : par des instruments internationaux qu'élaborent des organismes tels que l'Organisation des Nations Unies et par des codes de conduite que rédigent les professions elles-mêmes par l'intermédiaire de leurs associations représentatives aux niveaux national ou international. Les principes fondamentaux sont généralement les mêmes et sont axés sur les obligations des professionnels à l'égard de chacun de leurs clients ou de leurs patients, de la société en général et de leurs collègues, afin de protéger les intérêts des clients et des patients, de préserver l'intégrité de la profession et de prévenir tout abus des pouvoirs et de l'autorité dont sont investis les membres de la profession. Ces obligations reflètent et complètent les droits garantis à toutes les personnes par les instruments internationaux. Certes, le présent chapitre traite tout particulièrement de la déontologie des professionnels du droit et de la santé, mais les autres professionnels qui travaillent auprès des victimes et des rescapés présumés de la torture ou des mauvais traitements doivent être conscients de leurs obligations professionnelles et, dans les cas où celles-ci n'auraient pas été définies, tenir compte des obligations déontologiques pertinentes présentées ci-dessous.

## A. Déontologie pertinente des professionnels du droit

### 1. Principes communs à tous les codes de déontologie des professionnels du droit

**132.** Les professionnels du droit « jouent un rôle primordial dans la défense des droits de l'homme, notamment le droit absolu et intangible de ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>228</sup>. Les obligations déontologiques des juges, des procureurs (ci-après dénommés également « magistrats du parquet » ou « procureurs et poursuivants ») et des avocats sont énoncées par des normes et des codes de déontologie élaborés par l'Organisation des Nations Unies<sup>229</sup> ainsi que par les associations internationales<sup>230</sup>, régionales et nationales de professionnels du droit<sup>231</sup>. Elles sous-tendent les droits à un procès équitable et aux garanties d'une procédure régulière, dont le droit à ce que sa cause soit entendue par un tribunal compétent, indépendant et impartial<sup>232</sup>.

#### (a) Obligation de se comporter de manière professionnelle et indépendante

**133.** Les professionnels du droit doivent exercer leurs fonctions sans restrictions, incitations, pressions, intimidations et influences ou ingérences indues, directes ou indirectes, pour quelque raison que ce soit et sans encourir sans raison valable de responsabilité civile, pénale ou autre<sup>233</sup>. Ils doivent aussi se comporter de manière professionnelle en tout temps. De plus, ils doivent faire preuve des plus hautes

<sup>228</sup> Résolution 35/12 du Conseil des droits de l'homme, treizième alinéa du préambule.

<sup>229</sup> Pour les obligations déontologiques des juges établies par l'Organisation des Nations Unies, voir Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature ; Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Commentaire des Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire* (Vienne, 2007) ; Judicial Integrity Group, « Measures for the effective implementation of the Bangalore Principles of Judicial Conduct » (mesures d'application des Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire) (Lusaka, 2010). Pour les procureurs, voir Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, adoptés lors du huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (1990) (A/CONF.144/28/Rev.1). Pour les avocats, voir Principes de base relatifs au rôle du barreau, adoptés lors du même congrès.

<sup>230</sup> Pour les obligations déontologiques internationales des juges, voir International Association of Judicial Independence and World Peace ; Bologna and Milan Global Code of Judicial Ethics (2015) ; Commission internationale de juristes, *Judicial Accountability: A Practitioners' Guide* (Genève, 2016). Pour les procureurs, voir Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, adoptées par l'Association internationale des procureurs et poursuivants (1999) ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *The Status and Role of Prosecutors: A United Nations Office on Drugs and Crime and International Association of Prosecutors Guide* (New York, 2014). Pour les avocats, voir Principes internationaux de déontologie de la profession juridique, adoptés par l'Association internationale du barreau (2011).

<sup>231</sup> Voir [www.icj.org/icj-launches-new-practitioners-guide-on-judicial-accountability/universal-pg-13-judicial-accountability-publications-reports-practitioners-guide-2016-eng/](http://www.icj.org/icj-launches-new-practitioners-guide-on-judicial-accountability/universal-pg-13-judicial-accountability-publications-reports-practitioners-guide-2016-eng/). Voir également American Bar Association, *Model Code of Judicial Conduct*, édition révisée (2020) ; Conseil de l'Europe, « Lignes directrices européennes sur l'éthique et la conduite des membres du ministère public » (Lignes directrices de Budapest) (Strasbourg, 2005).

<sup>232</sup> Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 14 ; Comité des droits de l'homme, observation générale n° 32 (2007).

<sup>233</sup> En ce qui concerne l'obligation des juges de faire preuve de professionnalisme et d'indépendance dans leur conduite, voir Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature, art. 2 ; Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire, valeur 2 ; American Bar Association, *Model Code of Judicial Conduct* (Code type de déontologie judiciaire), canon 1 ; Bologna and Milan Global Code of Judicial Ethics (Code mondial de déontologie judiciaire de Bologne et Milan), principe 3.5. Pour les procureurs, voir Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 4 ; Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 2 ; Protocole d'Istanbul, par. 49 et 74. Pour les avocats, voir Principes de base relatifs au rôle du barreau, principe 16. Voir également le préambule de la résolution 35/12 du Conseil des droits de l'homme, dans lequel le Conseil rappelle qu'« un pouvoir judiciaire indépendant et impartial, un barreau indépendant et un parquet objectif et impartial capable d'exercer ses fonctions en conséquence, ainsi que l'intégrité du système judiciaire sont des préalables indispensables à la protection des droits de l'homme, au respect de la légalité et à la garantie de procès équitables et d'une administration de la justice exempte de discrimination ».

qualités d'intégrité, de respect pour les convenances, d'honneur, de dignité, de compétence et de diligence<sup>234</sup>.

### (b) Obligation de veiller à ce que toutes les personnes jouissent de l'égalité de traitement

- 134.** Les juges et les procureurs sont tenus de veiller à ce que toutes les personnes jouissent de l'égalité de traitement, sans discrimination ni parti pris<sup>235</sup>. À cet égard, lorsqu'ils ont affaire aux victimes de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ils « devraient s'efforcer de réduire les possibilités de revivre les violences ou le traumatisme »<sup>236</sup>. De même, les avocats doivent éviter toutes les formes de discrimination et les juges peuvent leur ordonner « de s'abstenir de faire preuve de partialité ou de parti pris ou de pratiquer le harcèlement » dans le cadre des affaires portées devant les tribunaux<sup>237</sup>.

## 2. Principes directeurs relatifs à la conduite des juges

### (a) Obligation de promouvoir et de protéger les droits de l'homme

- 135.** En tant qu'arbitres suprêmes de la justice, les juges jouent un rôle particulier dans la protection des droits de l'homme. Ils ont l'obligation déontologique de veiller à la protection de ces droits. Ils peuvent se rendre responsables de violations des droits de l'homme lorsqu'ils « exercent leurs pouvoirs ou s'abstiennent de les exercer de façon à dissimuler des violations perpétrées par des militaires, des membres de groupes paramilitaires ou des agents des forces de l'ordre »<sup>238</sup>.

### (b) Obligation de statuer avec impartialité et conformément à la loi

- 136.** Le principe 6 des Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature dispose qu'« [e]n

vertu du principe de l'indépendance de la magistrature, les magistrats ont le droit et le devoir de veiller à ce que les débats judiciaires se déroulent équitablement et à ce que les droits des parties soient respectés». En outre, le Code mondial de déontologie judiciaire de Bologne et Milan appelle à la stricte indépendance du pouvoir judiciaire à l'égard des pouvoirs législatif et exécutif et dispose que « dans le processus décisionnel, les juges doivent être indépendants et pouvoir agir sans restrictions, influences indues, incitations, pressions, menaces ou ingérences, directes ou indirectes, de la part de qui que ce soit ou pour quelque raison que ce soit »<sup>239</sup>. Il reconnaît également l'importance d'un pouvoir judiciaire compétent, indépendant et impartial dans la protection des droits de l'homme. Ainsi, afin de protéger les personnes contre la torture et les mauvais traitements, les juges doivent avoir une connaissance suffisante du Protocole d'Istanbul et des principes que celui-ci énonce et veiller à ce qu'ils soient appliqués par les parties concernées dans les procédures judiciaires.

### (c) Rôle des juges dans la protection des personnes contre la torture et la prévention de celle-ci

- 137.** Afin de protéger les personnes contre la torture et les mauvais traitements, les juges peuvent exiger que les suspects leur soient présentés dans les plus brefs délais et vérifier que les intéressés sont correctement traités. Lorsqu'ils sont investis d'un pouvoir d'appréciation en la matière, ils peuvent interpréter le rapport entre les preuves produites à l'appui des allégations de torture et les preuves obtenues par la torture dans un sens susceptible de dissuader les agents des forces de l'ordre et les responsables des lieux de détention de pratiquer la torture et d'autres formes de mauvais traitements ou de permettre à autrui de les pratiquer<sup>240</sup>. Selon un ancien Rapporteur spécial sur la torture, Sir Nigel Rodley, « lorsqu'il existe des indices suffisants pour présumer que la personne poursuivie a fait des aveux sous la torture et que ses allégations concordent avec d'autres éléments de preuve, tels que des preuves

<sup>234</sup> Pour les juges, voir Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire, valeurs 3, 4 et 6 ; Code mondial de déontologie judiciaire de Bologne et Milan, principes 5.1 et 5.2. Pour les procureurs, voir Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 3 ; Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 1 ; Pour les avocats, voir Principes internationaux de déontologie de la profession juridique, principe 2.

<sup>235</sup> En ce qui concerne l'obligation des juges de veiller à ce que toutes les personnes jouissent de l'égalité de traitement, voir Principes de Bangalore sur la déontologie judiciaire, valeur 5 ; Code mondial de déontologie judiciaire de Bologne et Milan, principe 5.3. Pour les procureurs, voir Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 13 a).

<sup>236</sup> Commission internationale de juristes, *Principes sur le rôle des magistrats et avocats en relation avec les réfugiés et les migrants* (Genève, 2017), p. 24, commentaire relatif au principe 13. Voir également Conor Foley, *Protecting Brazilians From Torture: A Manual for Judges, Prosecutors, Public Defenders and Lawyers*, 2<sup>e</sup> éd. (Londres, Association internationale du barreau, 2013), p. 181.

<sup>237</sup> American Bar Association, Code type de déontologie judiciaire, règle 2.3 C).

<sup>238</sup> Commission internationale de juristes, *Judicial Accountability: A Practitioners' Guide* (Genève, 2016), p. 9.

<sup>239</sup> Code mondial de déontologie judiciaire de Bologne et Milan, par. 4.4 (note de bas de page omise). Les dispositions de ce code ont été formulées pour apporter des précisions sur les codes de déontologie judiciaire internationaux précédents et sont censées s'appliquer à tous les juges.

<sup>240</sup> Conor Foley, *Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors* (Colchester, University of Essex, 2003), p. 2.



médico-légales, le/la juge doit suspendre le procès »<sup>241</sup>. En outre, « si le seul élément de preuve à charge produit est un aveu [obtenu par la torture ou sous la contrainte], le/la juge doit conclure qu'il n'y a pas lieu de prononcer une déclaration de culpabilité »<sup>242</sup>.

### 3. Principes directeurs relatifs à la conduite des procureurs

#### (a) Obligation d'enquêter sur les actes constitutifs de torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et de les poursuivre

**138.** Les procureurs ont l'obligation déontologique d'enquêter sur les actes constitutifs de torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants commis par des agents publics et de les poursuivre. Le paragraphe 15 des Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet dispose que « [L]es magistrats du parquet s'attachent dûment à engager des poursuites dans le cas de délits commis par des agents de l'État, notamment des actes de corruption, des abus de pouvoir, des violations graves des droits de l'homme et autres délits reconnus par le droit international et, lorsque la loi ou la pratique nationale les y autorise, à ouvrir une enquête sur de telles infractions »<sup>243</sup>. Les procureurs doivent « prendre au sérieux toutes les plaintes déposées pour mauvais traitements »<sup>244</sup> et enquêter sur celles-ci activement (voir par. 253 ci-dessous) et dans le plus court délai<sup>245</sup>. Pour s'acquitter de l'obligation qui leur incombe d'enquêter efficacement sur les allégations de torture ou de mauvais traitements, les procureurs doivent avoir une connaissance suffisante du Protocole d'Istanbul et des principes qu'il énonce et les appliquer dans leurs opérations d'enquête et de recueil d'informations<sup>246</sup>.

#### (b) Obligation de rejeter les éléments de preuve obtenus par la torture ou des mauvais traitements : la règle d'exclusion de la preuve

**139.** Le paragraphe 16 des Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet se lit comme suit :

Lorsque les magistrats du parquet reçoivent contre des suspects des preuves dont ils savent ou ont des motifs raisonnables de penser qu'elles ont été obtenues par des méthodes illicites, qui constituent une grave violation des droits de la personne humaine et impliquent en particulier la torture ou un traitement ou un châtement cruel, inhumain ou dégradant, ou ayant entraîné d'autres violations graves des droits de l'homme, ils refusent d'utiliser ces preuves contre toute personne autre que celles qui ont recouru à ces méthodes, ou informent le tribunal en conséquence, et prennent toutes les mesures nécessaires pour les faire traduire en justice.

Afin d'éviter des conflits d'intérêts, lorsqu'une personne allègue que des éléments de preuve ont été obtenus par des moyens illicites, l'enquête relative à cette allégation doit être menée par un procureur autre que celui qui est chargé de l'enquête pénale initiale<sup>247</sup>. Selon les normes internationales, « le procureur et le poursuivant n'engagent des poursuites pénales que s'ils croient raisonnablement qu'une affaire repose sur une preuve fiable et recevable et, en l'absence d'une telle preuve, ils abandonnent la poursuite »<sup>248</sup>. S'il n'existe pas d'autres éléments de preuve à charge, les procureurs ne doivent pas se fonder uniquement sur des aveux pour engager des poursuites. Ils sont tenus d'« examiner la preuve qui doit être présentée pour s'assurer qu'elle a été obtenue légalement ou de manière conforme aux principes constitutionnels du ressort »<sup>249</sup>. Dans cet examen, ils doivent « tenir compte

<sup>241</sup> E/CN.4/2001/66/Add.2, par. 102.

<sup>242</sup> Ibid.

<sup>243</sup> Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 15 ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *The Status and Role of Prosecutors: A United Nations Office on Drugs and Crime and International Association of Prosecutors Guide* (New York, 2014).

<sup>244</sup> Foley, *Protecting Brazilians From Torture*, p. 29.

<sup>245</sup> Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 11 et 12 ; Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 4.2 ; Foley, *Protecting Brazilians From Torture*, p. 181.

<sup>246</sup> « L'État partie devrait : a) [f]aire en sorte que le Protocole d'Istanbul soit une composante essentielle de la formation dispensée à tous les professionnels de la santé et fonctionnaires qui s'occupent des personnes privées de liberté » [CAT/C/NOR/CO/8, par. 30].

<sup>247</sup> E/CN.4/2001/66/Add.2, par. 102.

<sup>248</sup> Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 4.2 d) ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *La Convention des Nations Unies contre la corruption : Guide d'application et Cadre d'évaluation pour l'article 11* (New York, 2015), par. 159.

<sup>249</sup> Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 4.3 e).

de la gravité de l'illicéité ou de l'irrégularité et des normes applicables énoncées dans les règles de preuve de leur propre État »<sup>250</sup>.

### (c) Obligation d'impartialité et d'objectivité

**140.** S'il incombe à l'État de « veille[r] à ce que les magistrats du parquet puissent s'acquitter de leurs fonctions professionnelles en toute liberté, sans faire l'objet d'intimidations, sans être harcelés, sans subir d'ingérence non fondée et sans devoir assumer de façon injustifiée une responsabilité civile, pénale ou autre », les intéressés ont l'obligation de mener leurs enquêtes de manière impartiale (Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 4) et « exercent leurs fonctions conformément à la loi, en toute équité, de manière cohérente et diligente, respectent et protègent la dignité humaine et défendent les droits de la personne humaine » (ibid., par. 12). En outre, ils doivent s'efforcer d'être objectifs et impartiaux et d'être perçus comme tels<sup>251</sup>.

### (d) Obligation de veiller à ce que les autorités publiques respectent le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**141.** Les procureurs doivent veiller à ce que les autorités publiques respectent le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ils doivent donner des instructions précises interdisant l'utilisation de méthodes illégales ou inappropriées pour obtenir des preuves aux autres enquêteurs et aux agents placés sous leur responsabilité et surveiller le comportement des intéressés ; visiter régulièrement les lieux de détention et les commissariats de police ; exiger que les aveux se fassent en présence d'un juge<sup>252</sup>. En outre, ils ont l'obligation spéciale de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour traduire en justice les personnes soupçonnées d'avoir commis des violations des droits de l'homme telles que les actes de torture et les mauvais traitements. Leurs activités sont indispensables non seulement pour remédier aux violations des droits de l'homme, mais également pour les prévenir<sup>253</sup>.

## 4. Principes directeurs relatifs à la conduite des avocats

### (a) Obligation de promouvoir et de protéger les droits de l'homme

**142.** Selon le principe 14 des Principes de base relatifs au rôle du barreau, « [e]n protégeant les droits de leurs clients et en promouvant la cause de la justice, les avocats doivent chercher à faire respecter les droits de l'homme et les libertés fondamentales reconnus par le droit national et international et agissent à tout moment librement et avec diligence, conformément à la loi et aux normes reconnues et à la déontologie de la profession d'avocat ». Compte tenu de l'obligation professionnelle qui leur incombe de défendre les libertés fondamentales, telles que le droit de ne pas être soumis à la torture ni aux mauvais traitements, les avocats doivent avoir une connaissance suffisante du Protocole d'Istanbul et des principes qu'il énonce et les appliquer afin de garantir le bon déroulement des opérations d'enquête et de recueil d'informations.

### (b) Obligation de considérer les intérêts des clients comme primordiaux

**143.** Selon le principe 13 des Principes de base relatifs au rôle du barreau, les obligations des avocats à l'égard de leurs clients consistent à : « a) [l]es conseiller quant à leurs droits et obligations juridiques et quant au fonctionnement du système juridique, dans la mesure où cela a des incidences sur lesdits droits et obligations juridiques ; b) [l]es assister par tous les moyens appropriés et prendre les mesures juridiques voulues pour préserver leurs intérêts ; c) [l]es assister devant les tribunaux ou autorités administratives, le cas échéant ». En outre, le principe 15 dispose que « [l]es avocats servent toujours loyalement les intérêts de leurs clients ». En 2011, l'Association internationale du barreau a élaboré les Principes internationaux de déontologie de la profession juridique en vue d'amener les avocats à placer les intérêts des clients au-dessus des leurs et à s'efforcer de respecter l'état de droit. Ces principes consistent notamment à préserver son indépendance professionnelle ; à faire preuve de probité, d'intégrité et d'équité

<sup>250</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *The Status and Role of Prosecutors: A United Nations Office on Drugs and Crime and International Association of Prosecutors Guide* (New York, 2014), p. 41.

<sup>251</sup> Association internationale des procureurs et poursuivants, Normes de responsabilité professionnelle et Déclaration des droits et devoirs essentiels des procureurs et poursuivants, par. 1 e), 3 a) et 4.2 c).

<sup>252</sup> L'article 11 de la Convention contre la torture le confirme.

<sup>253</sup> HCDH, *Human Rights in the Administration of Justice: A Manual on Human Rights for Judges, Prosecutors and Lawyers*, (New York et Genève, 2003), Série sur la formation professionnelle n° 9, p. 369.

dans ses interactions avec ses clients, les tribunaux et ses confrères ; à assurer la confidentialité des affaires de ses clients ; à accorder aux intérêts de ses clients la plus haute importance<sup>254</sup>. L'avocat a une obligation primordiale à l'égard de ses clients ; il doit les « représenter[r] ... et ... leur fournir des conseils impartiaux ... concernant [notamment] les chances de succès que présente l'affaire du client » et accorder « aux intérêts du client la plus haute importance »<sup>255</sup>. La note explicative du principe 1 rappelle que « [l]e fait qu'un avocat soit payé par un tiers ne doit pas affecter son indépendance ni son jugement professionnel dans sa prestation de service au client ». Toutefois, l'avocat s'acquitte de ses obligations à l'égard de ses clients « sous réserve qu'[elles] ne soient pas incompatibles avec les devoirs de l'avocat vis-à-vis de la cour et avec les intérêts de la justice et en veillant, toujours, à respecter la loi et à préserver les règles d'éthique »<sup>256</sup>. Aux termes du principe 5, « [l]es avocats doivent se garder d'adopter une conduite ... visant à tromper la cour ou à compromettre l'intérêt de la justice, ou à délibérément enfreindre la loi » ou « d'assister leur client [avec une telle] conduite »<sup>257</sup>.

### (c) Obligation de confidentialité

**144.** L'avocat doit toujours assurer la confidentialité « des affaires de ses clients actuels et de ses anciens clients ... à moins que la loi ou les règles de déontologie professionnelle applicables autorisent ou imposent [le contraire] »<sup>258</sup>. En outre, le principe 22 des Principes de base relatifs au rôle du barreau dispose que « toutes les communications et les consultations entre les avocats et leurs clients, dans le cadre de leurs relations professionnelles, restent confidentielles ». Néanmoins, l'avocat « ne peut invoquer la confidentialité ou le secret professionnel dans des circonstances où il agirait comme complice d'une infraction »<sup>259</sup>.

## B. Obligations déontologiques des professionnels de la santé

**145.** Il existe des liens manifestes entre les concepts des droits de l'homme et les principes bien établis de la déontologie médicale. Les obligations déontologiques des professionnels de la santé sont définies dans des documents de l'Organisation des Nations Unies de la même manière que pour la profession d'avocat. Elles sont également énoncées dans des déclarations publiées par des organisations internationales représentant les professionnels de la santé, telles que l'Association médicale mondiale (AMM), l'Association mondiale de psychiatrie (WPA) et le Conseil international des infirmières (CII)<sup>260</sup>. Au niveau national, les ordres des médecins et les organisations d'infirmières publient aussi des codes de déontologie que leurs membres sont censés respecter. Quelle que soit la façon dont il est énoncé, le principe central de tous les codes de déontologie médicale est toujours l'obligation fondamentale de respecter la dignité humaine et d'agir dans l'intérêt supérieur des patients, indépendamment d'autres contraintes, pressions ou obligations contractuelles. Dans certains pays, des principes de déontologie médicale tels que le principe du secret professionnel entre le médecin et ses patients sont incorporés dans la législation nationale. Dans certains cas, la législation nationale peut être en conflit avec les obligations déontologiques des professionnels de la santé. Tous les professionnels de la santé sont moralement liés par les normes de déontologie établies par leurs organismes professionnels et peuvent être jugés coupables de faute professionnelle s'ils s'écartent des normes professionnelles sans justification raisonnable.

**146.** Il importe de relever que les obligations déontologiques des professionnels de la santé s'appliquent dans toutes leurs rencontres avec des personnes dans lesquelles ils doivent mettre leurs connaissances et compétences au service de certaines fins. L'appréciation clinique des cas allégués ou suspectés de torture, qu'ils soient survenus dans le cadre d'activités médico-légales, du maintien de l'ordre, d'activités militaires, de soins de santé primaires ou dans d'autres contextes, est

<sup>254</sup> Principes internationaux de déontologie de la profession juridique, principes 1, 2, 4 et 5.

<sup>255</sup> Ibid., principes 1 et 5 ; Principes de base relatifs au rôle du barreau, principes 13 et 15.

<sup>256</sup> Principes internationaux de déontologie de la profession juridique, principe 5.

<sup>257</sup> Ibid., p. 28, note explicative du principe 5.

<sup>258</sup> Ibid., principe 4.

<sup>259</sup> Principes internationaux de déontologie de la profession juridique, p. 23, note explicative du principe 4.

<sup>260</sup> Il existe également un certain nombre de groupements régionaux, tels que la Commonwealth Medical Association et la Federation of Islamic Medical Associations, qui publient des déclarations importantes sur la déontologie médicale et les droits de l'homme à l'intention de leurs membres.

une opération faisant appel à des connaissances et des compétences professionnelles qui comporte des avantages et des risques potentiels pour l'individu. Le terme « patient »<sup>261</sup> est couramment utilisé pour désigner les personnes qui font l'objet des interventions des professionnels de la santé et inclut par conséquent les victimes présumées d'actes de torture ou de mauvais traitements. Que les professionnels de la santé qualifient ces dernières de « patients » ou non, leurs obligations déontologiques s'appliquent à toutes les évaluations cliniques. Les obligations déontologiques fondamentales examinées dans le présent chapitre – la bienfaisance, la non-malfaisance, la confidentialité et le respect de l'autonomie du patient – s'appliquent aussi bien en temps de conflit armé et d'autres situations d'urgence qu'en temps de paix, et le personnel militaire est soumis aux mêmes obligations déontologiques que les professionnels de la santé civils<sup>262</sup>.

### 1. Déclarations de l'Organisation des Nations Unies relatives aux professionnels de la santé

**147.** L'Organisation des Nations Unies a expressément énoncé les obligations déontologiques des médecins et autres professionnels de la santé dans les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>263</sup>. Ces principes imposent au personnel de santé l'obligation de dispenser des soins médicaux à tous les détenus et de protéger leur santé physique et mentale, dans le respect des principes de non-discrimination et d'égalité de traitement médical (principe premier). Ils précisent également les circonstances constitutives de violations de la déontologie médicale et évoquent la responsabilité que les membres du personnel de santé encourent dans de telles circonstances. Celles-ci consistent notamment à se livrer, activement ou passivement, à des actes de torture ou à de mauvais traitements (principe 2) ; à avoir avec des détenus des relations d'ordre professionnel qui n'ont pas uniquement pour objet d'évaluer, de protéger ou d'améliorer leur santé physique et mentale (principe 3) ; à faire usage de ses connaissances et de ses compétences pour

aider à soumettre des prisonniers ou détenus à un interrogatoire qui risque d'avoir des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale ou sur leur état physique ou mental et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents (principe 4 (al. a)) ; à certifier que des prisonniers ou des détenus sont aptes à subir une forme quelconque de traitement ou de châtement qui peut avoir des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale (telle que la mise à l'isolement prolongé) et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou à participer à un tel traitement ou châtement non conforme aux instruments internationaux pertinents (principe 4 (al. b)) ; à participer, de quelque manière que ce soit, à la contention de prisonniers ou de détenus, à moins que celle-ci ne soit jugée, sur la base de critères purement médicaux, nécessaire pour la protection de la santé physique ou mentale ou pour la sécurité du prisonnier ou du détenu lui-même, des autres prisonniers ou détenus, ou de ses gardiens et ne présente aucun danger pour sa santé physique ou mentale (principe 5). Les Principes d'éthique médicale rappellent également qu'il ne peut être dérogé aux principes susmentionnés en aucune circonstance (principe 6).

**148.** Les professionnels de la santé, comme toutes les autres personnes travaillant dans les systèmes pénitentiaires, doivent respecter l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), lequel exige que tous les détenus aient accès aux services médicaux, y compris psychiatriques, sans discrimination et que tous les détenus malades ou demandant des traitements soient vus quotidiennement. Les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) complètent les Règles Nelson Mandela et énoncent des obligations déontologiques spécifiques visant à protéger les femmes privées de liberté<sup>264</sup>. Elles renforcent les obligations déontologiques des médecins et des autres professionnels de la santé examinées ci-dessous qui consistent à traiter leurs patientes et à agir dans l'intérêt supérieur de celles-ci. Aux termes du paragraphe 1 de la règle 32 des Règles Nelson Mandela, « [l]a relation entre le médecin ou les autres professionnels de la santé et les détenus est soumise aux mêmes normes déontologiques et professionnelles

<sup>261</sup> Le « patient » s'entend non seulement de la « personne qui attend ou reçoit des soins et des traitements médicaux », mais aussi de la personne « bénéficiaire de certaines prestations personnelles » ou « subissant une intervention ». Le terme « patient » vient du latin « *patis* », qui signifie souffrir.

<sup>262</sup> Association médicale mondiale (AMM) et autres, Principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence (adoptés en 2015). Voir également les Règles de l'AMM en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence (adoptées en 1956 et révisées pour la dernière fois en 2012).

<sup>263</sup> Résolution 37/194 de l'Assemblée générale, annexe.

<sup>264</sup> Règles de Bangkok, règles 10 et 12 à 18.

que celles qui s'appliquent aux patients au sein de la société ». Ces normes sont notamment le « devoir de protéger la santé physique et mentale des détenus »<sup>265</sup>, le « respect de l'autonomie des patients dans les décisions concernant leur santé et du consentement éclairé dans la relation médecin-patient »<sup>266</sup>, la « confidentialité des informations d'ordre médical, sauf en cas de menace réelle et imminente pour le patient ou pour autrui »<sup>267</sup> et l'« interdiction absolue de se livrer, activement ou passivement, à des actes assimilables à la torture ou à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>268</sup>. Il est également interdit aux professionnels de la santé de jouer quelque rôle dans l'imposition de sanctions disciplinaires ou d'autres mesures de restriction<sup>269</sup>, telles que l'isolement cellulaire (isolement d'un détenu pendant 22 heures par jour ou plus, sans contact humain réel), l'isolement cellulaire prolongé (isolement cellulaire pour une période de plus de 15 jours consécutifs), le placement d'un détenu dans une cellule obscure ou constamment éclairée, les châtiments corporels ou la réduction de la ration alimentaire ou de l'eau potable que reçoit le détenu et les punitions collectives<sup>270</sup>. En outre, la règle 34 des Règles Nelson Mandela fait obligation aux professionnels de la santé qui « constatent des signes de torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » de « le consigner et le signaler aux autorités médicales, administratives ou judiciaires compétentes ».

**149.** En ce qui concerne les femmes privées de liberté, le commentaire des Règles de Bangkok relatif à la règle 10 précise que « [t]outes les femmes ont droit aux traitements et aux soins équivalents aux standards de la communauté en matière de besoins de soins de santé propres à leur sexe » ainsi qu'au secret médical<sup>271</sup>. En outre, le paragraphe 5 du commentaire relatif à la règle 6 fait obligation aux membres du personnel de santé de consigner « tout signe de mauvais traitement ou de torture » constaté lors des examens médicaux.

**150.** Les garanties procédurales appropriées doivent être respectées afin de ne pas exposer les détenus ou les

personnes qui leur sont associées à des risques de dommage prévisibles. Les garanties procédurales permettant de conjurer les risques de dommage lors de l'appréciation clinique des actes de torture ou des mauvais traitements sont examinées aux paragraphes 312 à 315 ci-dessous. Les organismes régionaux chargés des droits de l'homme, tels que le Comité européen pour la prévention de la torture, exigent également des professionnels de la santé travaillant dans les lieux de détention qu'ils rassemblent et signalent les indices médicaux d'actes de torture ou de mauvais traitements<sup>272</sup>.

**151.** La « participation à la torture » consiste notamment à évaluer la capacité d'une personne à résister à de mauvais traitements ; à assister à de mauvais traitements, à les superviser ou à les infliger ; à ranimer une personne afin qu'elle puisse subir d'autres mauvais traitements ou à administrer des traitements immédiatement avant, pendant ou après des actes de torture sur instruction de personnes susceptibles d'être responsables de tels actes ; à apporter des connaissances professionnelles à des tortionnaires ou à leur communiquer des informations sur l'état de santé des victimes ; à négliger délibérément des preuves d'actes de torture ou à falsifier des comptes rendus tels que les rapports d'autopsie et les certificats de décès<sup>273</sup>. Lorsqu'après des actes de torture une intervention d'urgence est indispensable pour préserver la vie d'une personne, il est permis de l'effectuer. En outre, les membres du personnel de santé sont tenus de signaler les effets négatifs des sanctions disciplinaires et d'autres mesures de restriction et de conseiller au directeur de mettre fin à toute mesure de séparation non volontaire pour veiller à ce que celle-ci n'aggrave pas l'état de santé ou la déficience mentale ou physique de la personne détenue. Les Principes d'éthique médicale interdisent aussi toutes les relations d'ordre professionnel avec les prisonniers ou les détenus qui n'ont pas uniquement pour objet d'évaluer, de protéger ou d'améliorer leur santé physique et mentale. Il est dès lors manifestement

<sup>265</sup> Règles Nelson Mandela, règle 32 (par. 1 a)).

<sup>266</sup> Ibid., règle 32 (par. 1 b)).

<sup>267</sup> Ibid., règle 32 (par. 1 c)).

<sup>268</sup> Ibid., règle 32 (par. 1 d)).

<sup>269</sup> Ibid., règle 46 (par. 1).

<sup>270</sup> Ibid., règle 43 (par. 1 a) à e)).

<sup>271</sup> Règles de Bangkok, règles 8 et 11. Voir également les règles 12 à 18, qui précisent les obligations tendant à répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière de soins de santé physique et mentale.

<sup>272</sup> Comité européen pour la prévention de la torture, 23<sup>e</sup> rapport général du CPT (1<sup>er</sup> août 2012-31 juillet 2013) (Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2013), par. 71 à 84.

<sup>273</sup> Les professionnels de la santé doivent cependant garder à l'esprit l'obligation de secret professionnel qu'ils ont à l'égard de leurs patients et l'obligation qui leur incombe d'obtenir le consentement éclairé de ces derniers avant de divulguer des informations les concernant, en particulier lorsque la divulgation risque de mettre des personnes en danger (voir par. 165 à 171).



contraire à la déontologie d'évaluer l'état de santé des détenus pour permettre de les punir ou de les torturer.

- 152.** L'obligation qui incombe aux professionnels de la santé de ne pas participer, activement ou passivement, à des pratiques constitutives d'actes de torture et de mauvais traitements et de rassembler des informations sur ces pratiques et les signaler s'étend à un large éventail de sévices que le Rapporteur spécial sur la torture et le Comité contre la torture assimilent à la torture ou aux mauvais traitements<sup>274</sup>. Il s'agit notamment, mais pas exclusivement, des pratiques abusives liées à la discrimination fondée sur le genre, y compris celles qui revêtent la forme d'un traitement ou d'un examen médical telles que les tests de virginité, des examens anaux visant à « détecter l'homosexualité », du viol, des mutilations génitales féminines, des mariages forcés, des mariages d'enfants, des crimes d'honneur, de la crémation des veuves, de la traite des personnes, des thérapies de conversion visant à changer l'orientation sexuelle, des opérations chirurgicales de confirmation de genre non consenties, des tests de grossesse forcés, de la stérilisation forcée, des constatations médicales de genre non consenties et des opérations chirurgicales ou traitements inutiles sur des enfants intersexués sans leur consentement. Le Rapporteur spécial a également constaté certaines formes d'actes illicites ayant lieu dans le cadre des soins de santé qui peuvent être assimilées à la torture ou aux mauvais traitements, notamment l'alimentation forcée des grévistes de la faim<sup>275</sup>, le refus de soulager la douleur<sup>276</sup>, la détention obligatoire pour des raisons médicales telle que le placement obligatoire dans des centres de traitement et de « réadaptation » des toxicomanes, les interventions médicales non consenties sur des personnes handicapées, notamment l'administration de la psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée<sup>277</sup>.
- 153.** Les professionnels de la santé qui participent à la surveillance des lieux de détention, notamment dans le cadre des mécanismes nationaux de prévention de la

torture<sup>278</sup>, jouent un rôle particulier dans le règlement des questions de santé liées à la torture et aux mauvais traitements, dans l'évaluation du système de santé en milieu carcéral, par exemple par l'analyse des dossiers médicaux et des registres et des échanges de vues avec des membres du personnel de santé dans les lieux de détention, et dans l'évaluation de l'incidence des conditions générales de détention (hygiène, nutrition, accès aux douches, surpopulation, etc.) sur la santé de la population carcérale. Leurs compétences médicales améliorent la qualité de la surveillance effectuée par les mécanismes chargés des visites. Dans cette optique, les professionnels de la santé peuvent apporter une contribution substantielle à l'application des normes et règles – notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, leur fourniture et les pratiques déontologiques des personnes travaillant dans les lieux de détention – et formuler des recommandations à l'intention des autorités publiques sur les problèmes de santé existant en milieu carcéral qui peuvent s'apparenter à la torture ou aux mauvais traitements<sup>279</sup>.

## 2. Déclarations d'organismes professionnels internationaux

- 154.** De nombreuses déclarations établies par des organismes professionnels internationaux font une large place aux principes relatifs à la protection des droits de l'homme et représentent un consensus médical international sur cette question. Les déclarations de l'Association médicale mondiale définissent les obligations déontologiques qui incombent à tous les médecins. Les Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement (Déclaration de Tokyo) adoptées par l'Assemblée médicale mondiale<sup>280</sup> réitèrent l'interdiction faite aux médecins de participer ou d'assister sous quelque forme que ce soit à des actes de torture ou à des mauvais traitements. Cette interdiction est renforcée par les Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, susmentionnés qui font expressément référence à la Déclaration de Tokyo.

<sup>274</sup> A/HRC/31/57 ; A/HRC/7/3, par. 25 et 26 ; HCDH, « Gender-based crimes through the lens of torture – International Women's Day », communiqué de presse publié le 8 mars 2016.

<sup>275</sup> HCDH, « Force-feeding is cruel and inhuman – UN experts urge Israel not to make it legal », communiqué de presse, 25 juin 2014.

<sup>276</sup> La résolution de l'AMM sur l'accès à des traitements anti-douleurs appropriés (2011, révisée en 2020) souligne que l'immense majorité de la population mondiale n'a pas accès à des traitements anti-douleurs ou n'a accès qu'à des traitements anti-douleurs inadéquats. Elle demande instamment aux professionnels de la santé et aux gouvernements de garantir un traitement adéquat de la douleur à tous et de mettre en place des mécanismes efficaces de suivi et de contrôle du respect de cette règle.

<sup>277</sup> A/HRC/22/53, par. 89 b).

<sup>278</sup> Selon le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

<sup>279</sup> Association pour la prévention de la torture, « Visites des lieux de détention : Quel rôle pour les médecins et autres professionnels de la santé ? » (Genève, 2008), p. 6 et 7.

<sup>280</sup> Adoptées en 1975 et révisées en 2005, 2006 et 2016.

Il est expressément interdit aux médecins de fournir des informations ou des instruments ou substances à caractère médical susceptibles de faciliter des mauvais traitements. La même règle est expressément appliquée à la psychiatrie dans la Déclaration de Hawaï de l'Association mondiale de psychiatrie<sup>281</sup> qui interdit l'utilisation abusive des compétences psychiatriques pour violer les droits humains de toute personne ou tout groupe, ainsi que dans sa Déclaration de Madrid sur les normes déontologiques relatives à la pratique de la psychiatrie<sup>282</sup>. La Conférence internationale sur la médecine islamique va dans le même sens dans sa Déclaration de Koweït<sup>283</sup> qui interdit aux médecins de permettre que leurs connaissances spécialisées soient utilisées « pour nuire, pour détruire ou pour porter atteinte à l'intégrité physique, mentale ou spirituelle d'autrui pour quelque motif militaire ou politique que ce soit ». Des dispositions similaires sont prévues pour le personnel infirmier dans la prise de position du Conseil international des infirmières sur le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus<sup>284</sup>.

- 155.** Les professionnels de la santé sont également tenus de soutenir leurs collègues qui dénoncent les violations des droits de l'homme liées à la torture. S'ils ne le font pas, ils risquent non seulement de porter atteinte aux droits des patients et de contrevenir aux déclarations susmentionnées, mais aussi de jeter le discrédit sur les professions de la santé. Des précisions sont apportées sur cette question dans d'autres politiques de l'Association médicale mondiale qui complètent la Déclaration de Tokyo. Par exemple, sa recommandation sur la mise au point d'un mécanisme de suivi et de signalement permettant de vérifier l'adhésion des États à la Déclaration de Tokyo demande de soutenir les médecins et les associations médicales nationales dans les efforts qu'ils déploient pour signaler les violations des droits des patients en matière de santé et celles de la déontologie des médecins qui sont commises en milieu carcéral. L'Association médicale mondiale examine les cas de violations alléguées

de la Déclaration de Tokyo et facilite les enquêtes menées par les associations médicales nationales sur ces cas, y compris le renvoi éventuel au Rapporteur spécial sur la torture<sup>285</sup>. Sa Déclaration de Hambourg sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant<sup>286</sup> réaffirme la responsabilité qui incombe aux personnes et aux groupes médicaux organisés dans le monde entier d'encourager les médecins à résister à la torture ou à toute pression exercée sur eux pour les inciter à accomplir des actes contraires aux principes déontologiques. Elle invite chaque médecin à s'élever contre la torture et les mauvais traitements et exhorte les organisations médicales nationales et internationales à soutenir les médecins qui résistent à de telles pressions. La résolution de l'Association médicale mondiale sur la responsabilité des médecins dans la documentation et la dénonciation des actes de torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants établit l'obligation des médecins de recueillir des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements et de les dénoncer et dispose que tout manquement à cette obligation constitue un acte de complicité de torture ou de mauvais traitements<sup>287</sup>. Cette obligation s'applique à tous les médecins – gouvernementaux et non gouvernementaux – partout où ils ont affaire à des victimes présumées d'actes de torture dans un cadre médico-légal ou dans d'autres cadres. La même obligation déontologique de détecter les actes de torture, de recueillir des informations sur ceux-ci et de les signaler incombe à d'autres professionnels de la santé<sup>288</sup>. L'obligation qui incombe aux médecins de recueillir des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements et de les signaler autorise par conséquent une exception au principe du secret professionnel en permettant aux médecins de signaler les sévices dans des circonstances limitées. L'Association mondiale de psychiatrie et le Conseil international des infirmières imposent également aux psychiatres et au personnel infirmier l'obligation de signaler les actes de torture et les mauvais traitements<sup>289</sup>.

<sup>281</sup> Adoptée en 1977 et mise à jour en 1983.

<sup>282</sup> Approuvée par l'Assemblée générale de l'Association mondiale de psychiatrie en 1996 et révisée en 1999, 2002, 2005 et 2011.

<sup>283</sup> Adoptée en 1981, elle est également connue sous le nom de code islamique de déontologie médicale.

<sup>284</sup> Adoptée par le Conseil international des infirmières (CII) en 1998 et révisée en 2006 et 2011.

<sup>285</sup> Adoptée en 2011.

<sup>286</sup> Adoptée en 1997 et révisée en 2017.

<sup>287</sup> Adoptée en 2003 et révisée en 2007, 2008 et 2020.

<sup>288</sup> Par exemple, les membres du personnel infirmier qui ont connaissance de violences et de mauvais traitements doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger les droits des détenus et des prisonniers. Voir Conseil international des infirmières, « Le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus ».

<sup>289</sup> Association mondiale de psychiatrie, *Consensus Guidelines for Independent Medical Examinations* (mars 2015) ; Conseil international des infirmières, « Le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus ».

- 156.** De même, l'Association médicale mondiale impose aux médecins l'obligation déontologique de ne pas participer à d'autres pratiques illicites constitutives de traitements cruels et dégradants, voire de torture, notamment l'isolement prolongé<sup>290</sup>, les fouilles corporelles forcées<sup>291</sup>, l'alimentation forcée de personnes aptes à agir telles que les grévistes de la faim<sup>292</sup>, les examens anaux forcés pour apporter la preuve d'activités homosexuelles<sup>293</sup> et la chirurgie à des fins de mutilations génitales féminines<sup>294</sup>.
- 157.** En outre, lorsqu'ils se trouvent dans des situations où la législation nationale ou militaire ou les politiques gouvernementales permettent des pratiques de détention ou d'interrogatoire qui sont systématiquement contraires au droit international et à la déontologie médicale, les professionnels de la santé doivent refuser de participer à ces pratiques et signaler la situation aux autorités internationales. Les professionnels de la santé qui ne respectent pas leurs obligations déontologiques peuvent se rendre complices de pratiques de torture et de mauvais traitements à bien des égards<sup>295</sup>.

### 3. Codes nationaux de déontologie médicale

- 158.** Les principes de déontologie sont également énoncés dans des codes nationaux. Ceux-ci reflètent dans une large mesure les mêmes valeurs fondamentales que celles mentionnées ci-dessus, la déontologie médicale étant l'expression de valeurs communes aux professionnels de la santé. Dans presque toutes les cultures et tous les codes, les mêmes présomptions de base s'attachent à l'obligation d'éviter de nuire, d'aider les malades et de protéger les personnes vulnérables, ainsi que de ne pas faire de discrimination entre les patients sur une base autre que l'urgence de leurs besoins médicaux. Des valeurs identiques sont énoncées dans les codes régissant la profession infirmière. Les principes de déontologie présentent cependant des difficultés en ce qu'ils ne définissent pas de règles précises pour résoudre chaque dilemme,

créant ainsi la nécessité de les interpréter. Lors de l'examen des dilemmes déontologiques, il est indispensable que les professionnels de la santé gardent à l'esprit les obligations morales fondamentales exprimées dans leurs valeurs professionnelles communes et qu'ils les exécutent d'une manière conforme à l'obligation fondamentale qui leur incombe d'éviter de nuire à leurs patients<sup>296</sup>.

## C. Application des principes déontologiques dans l'appréciation clinique des actes de torture et des mauvais traitements

- 159.** Les codes de conduite des professionnels de la santé partagent un certain nombre de principes fondamentaux. Les principes déontologiques les plus pertinents qu'il faut respecter dans l'appréciation clinique des cas allégués ou suspectés de torture ou de mauvais traitements sont les suivants : agir dans l'intérêt supérieur des patients (bienfaisance), « ne pas nuire » (non-malfaisance), respecter les décisions des patients (autonomie) et maintenir la confidentialité des informations partagées lors des rencontres avec les professionnels de la santé. Ces dernières années, l'Association médicale mondiale et les Règles Nelson Mandela ont établi à l'intention des médecins et des autres membres du personnel médical l'obligation déontologique de recueillir des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements et de les signaler dans certaines circonstances. Bien que les principes déontologiques susmentionnés puissent se renforcer mutuellement et faciliter l'appréciation clinique des cas allégués de torture ou de mauvais traitements, ils peuvent entrer en conflit et mettre ainsi les professionnels de la santé à rude épreuve. La présente section porte sur l'application des principes déontologiques fondamentaux dans l'appréciation clinique des cas allégués ou suspectés de torture ou de mauvais traitements.

<sup>290</sup> Prise de position de l'AMM sur l'isolement cellulaire, adoptée en 2014 et révisée en 2019.

<sup>291</sup> Déclaration de l'AMM sur la fouille corporelle de prisonniers, adoptée en 1993 et révisée en 2005 et 2016.

<sup>292</sup> Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim, adoptée en 1991 et révisée en 1992, 2006 et 2017.

<sup>293</sup> Résolution de l'AMM sur les examens anaux forcés pour apporter la preuve d'activités homosexuelles, adoptée en 2017.

<sup>294</sup> Déclaration de l'AMM sur la mutilation génitale féminine, adoptée en 1993 et révisée en 2005 et 2016.

<sup>295</sup> David H. Hoffman et autres, *Independent Review Relating to APA Ethics Guidelines, National Security Interrogations, and Torture* (Chicago, Sidley Austin, 2015). L'American Psychological Association (APA), la plus grande association de psychologues au monde, interdit à ces derniers d'assister aux interrogatoires relatifs à la sécurité nationale ; voir American Psychological Association, Council of Representatives, « Resolution to amend the 2006 and 2013 Council resolutions to clarify the roles of psychologists related to interrogation and detainee welfare in national security settings, to further implement the 2008 petition resolution, and to safeguard against acts of torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment in all settings », adoptée en 2015.

<sup>296</sup> L'Association médicale mondiale le reconnaît en révisant régulièrement (au moins tous les 10 ans) ses politiques pour veiller à ce qu'elles demeurent suffisamment détaillées et claires pour guider les médecins dans la prise de décisions. Les mises à jour apportent des précisions sur les termes de ces politiques et traitent de questions qui n'ont pas été abordées dans les versions précédentes.

## 1. Bienfaisance et non-malfaisance

- 160.** L'obligation qui incombe aux médecins d'agir dans l'intérêt supérieur de leurs patients et de ne pas nuire à ces derniers est reconnue depuis des siècles dans un certain nombre de codes, dont le Charaka Samhita, un code hindou datant du premier siècle de l'ère chrétienne, la Déclaration de Koweït, la Prière de Maïmonide et le Serment d'Hippocrate. La Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale<sup>297</sup> est une reformulation moderne des valeurs hippocratiques reflétant quatre principes fondamentaux, à savoir la bienfaisance, la non-malfaisance, la confidentialité et le respect de l'autonomie du patient. Il s'agit d'une promesse par laquelle les médecins s'engagent à faire de la santé de leurs patients leur première préoccupation et jurent de se consacrer au service de l'humanité avec conscience et dignité. Ces principes déontologiques fondamentaux sont également reconnus par l'Association mondiale de psychiatrie et le Conseil international des infirmières et s'appliquent aux psychiatres et au personnel infirmier<sup>298</sup>.
- 161.** Dans les cas d'actes de torture ou de mauvais traitements présumés, l'intérêt supérieur du patient ou de la victime présumée est souvent compatible avec le but de l'appréciation clinique, lequel consiste à recueillir dûment des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements qui pourraient corroborer des allégations de sévices.
- 162.** L'obligation déontologique de bienfaisance est énoncée dans de nombreuses déclarations et prises de position de l'Association médicale mondiale, qui précisent que les médecins doivent toujours faire ce qu'il y a de mieux pour leurs patients, y compris les personnes poursuivies ou déclarées coupables d'infractions. Elle trouve également son expression dans la notion d'indépendance professionnelle, qui exige des médecins qu'ils se conforment aux bonnes pratiques médicales acceptées en dépit des pressions qu'ils pourraient subir. Le Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale met l'accent sur l'obligation qui incombe aux médecins de dispenser des soins adaptés en toute indépendance morale et professionnelle, avec compassion et dans le respect de la dignité humaine<sup>299</sup>. Il énonce également

l'obligation de refuser d'utiliser les connaissances médicales pour violer les droits de l'homme, même sous la menace. Les grandes orientations permanentes de l'Association médicale mondiale telles que la Déclaration de Tokyo ou la Déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique<sup>300</sup> imposent sans ambiguïté aux médecins l'obligation de revendiquer la liberté d'agir dans l'intérêt des patients en faisant abstraction de toute autre considération, y compris les instructions données par les employeurs, les autorités pénitentiaires ou les forces de sécurité. Des principes similaires sont énoncés à l'intention du personnel infirmier dans le Code déontologique du Conseil international des infirmières pour la profession infirmière.

- 163.** L'Association médicale mondiale exprime également les obligations mises à la charge des médecins par la reconnaissance des droits des patients. Dans sa Déclaration de Lisbonne sur les droits du patient<sup>301</sup>, elle reconnaît que toute personne a le droit de recevoir, sans aucune discrimination, des soins médicaux appropriés et rappelle que les médecins doivent toujours agir dans l'intérêt supérieur du patient. Selon la Déclaration, les médecins et les autres personnes ou organismes chargés de dispenser des soins de santé doivent à ce titre s'efforcer de défendre les droits des patients, y compris le droit à l'autonomie et le droit à la justice. La Déclaration dispose dans son préambule que « [l]orsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer ». Toute personne a le droit de recevoir des soins de santé appropriés, sans considération de facteurs tels que la race, la couleur, l'origine nationale, ethnique ou sociale, la langue, l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, le statut migratoire, l'opinion politique ou autre, la religion, l'ascendance, la naissance, le handicap, l'état de santé, le mérite individuel, etc. Les personnes poursuivies ou déclarées coupables d'infractions ont sur un plan d'égalité le droit moral de recevoir des soins médicaux et infirmiers appropriés. La Déclaration souligne que le seul critère qu'il est permis de prendre en compte pour opérer une discrimination entre les patients est l'urgence relative de leurs besoins médicaux.

<sup>297</sup> Adoptée en 1948 et révisée en 1968, 1983, 1994, 2005, 2006 et 2017.

<sup>298</sup> Association mondiale de psychiatrie, Déclaration d'Hawaï (1983) et Déclaration de Madrid ; Conseil international des infirmières, Code déontologique du CII pour la profession infirmière (adopté en 1953 et révisé pour la dernière fois en 2012).

<sup>299</sup> Adopté en 1949 et révisé en 1968, 1983 et 2006.

<sup>300</sup> Adoptée en 2008 et révisée en 2018.

<sup>301</sup> Adoptée en 1981 et révisée en 1995, 2005 et 2015.

**164.** Lorsque l'on travaille auprès des enfants et des jeunes, il importe de se rappeler que « [l]es organisations ont l'obligation de protéger les enfants avec lesquels elles travaillent ou sont en contact ou qui subissent les effets de leurs activités et de leurs opérations »<sup>302</sup>. Le principe de protection de l'enfance consiste notamment à veiller à ce que les enfants soient à l'abri de tout dommage, à ce qu'ils ne soient exposés à aucun risque de dommage et à ce que tout risque de ce type soit signalé et conjuré immédiatement.

## 2. Consentement éclairé

**165.** Le principe de déontologie médicale le plus fondamental est l'autonomie du patient. Le principe d'autonomie reconnaît que le patient est le meilleur juge de ses intérêts. Il en découle que pour déterminer la meilleure solution pour le patient adulte, les professionnels de la santé doivent se conformer aux décisions de l'intéressé et non à l'avis des personnes investies d'une autorité. Cela s'applique également à l'appréciation clinique des actes de torture ou des mauvais traitements présumés qui pourrait exposer la victime à des représailles et à des atteintes graves à son intégrité physique ou mentale. Lorsque le patient est inconscient ou lorsqu'en dépit d'efforts considérables déployés à cette fin il n'est pas possible d'obtenir le consentement libre et éclairé d'une personne ou de déterminer sa volonté et ses préférences, même au prix de mesures d'accompagnement et d'aménagements, il convient d'appliquer en dernier recours le standard de l'« interprétation optimale de la volonté et des préférences ».

**166.** Les organisations de professionnels de la santé, telles que l'Association médicale mondiale, l'Association mondiale de psychiatrie et le Conseil international des infirmières, ainsi que les Règles de Bangkok et les Règles Nelson Mandela, exigent des médecins et des membres du personnel infirmier qu'ils respectent les décisions autonomes de leurs patients et obtiennent leur consentement volontaire et éclairé avant d'effectuer tout examen ou toute intervention. Cela signifie que les patients doivent connaître et comprendre les implications du consentement et les conséquences du refus de consentement, ainsi que les autres options raisonnables possibles. Avant d'examiner les patients, les professionnels de la santé doivent donc leur expliquer franchement et d'une manière accessible le but de l'examen et du

traitement. Aucun consentement obtenu par la contrainte ou sur la base d'informations fausses ou partielles fournies au patient n'est valable et les médecins qui s'en prévalent sciemment se rendent coupables de violation de la déontologie médicale. En outre, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a fait observer que « [p]our respecter l'autonomie d'un individu, son droit à l'autodétermination et sa dignité dans le cadre d'un continuum approprié de soins de santé volontaires, il est essentiel de garantir un consentement éclairé »<sup>303</sup>.

**167.** La torture et les mauvais traitements sont, par définition, des infractions commises par des agents publics ou avec leur consentement exprès ou tacite. Ces derniers tentent souvent de dissimuler ces infractions en menaçant de soumettre les victimes à des actes de torture et à des mauvais traitements supplémentaires si elles en informent qui que ce soit, y compris les cliniciens chargés de l'appréciation des actes de torture et des mauvais traitements. Il est indispensable d'obtenir le consentement éclairé des victimes dans le cadre de l'appréciation médico légale des actes de torture et des mauvais traitements présumés. Pour que leur consentement soit éclairé, il faut porter à leur connaissance toutes les informations importantes (notamment le but de l'appréciation), les risques et avantages potentiels, la nature de l'appréciation (y compris la possibilité de prendre des photos), les limites dans lesquelles la confidentialité serait respectée (telles que l'éventuelle obligation de signalement mise à la charge du clinicien), la manière dont les informations recueillies dans le cadre de l'appréciation seraient utilisées et conservées et les personnes qui auraient accès à ces informations.

**168.** Le consentement doit être confirmé de nouveau à la fin de l'entretien lorsque la victime présumée a fourni les informations précises voulues et avant l'appréciation clinique. Pour que le consentement soit éclairé, il faut également que les patients et les victimes présumées comprennent les informations qu'ils reçoivent, que les informations les plus importantes fassent l'objet d'une discussion approfondie avec eux, au besoin avec l'assistance de services de traduction ou d'interprétation, et que les intéressés donnent leur consentement de leur plein gré. Les informations fournies par le clinicien doivent être accessibles et compréhensibles, ce qui signifie

<sup>302</sup> Keeping Children Safe, *The International Child Safeguarding Standards ... and How to Implement Them* (2014/2020), p. 10.

<sup>303</sup> A/64/272, par. 18.



qu'elles doivent le cas échéant être fournies par des moyens, modes et formats de communication accessibles, et des aménagements raisonnables tels que des mécanismes de prise de décisions accompagnée doivent être mis en place. Comme indiqué ci-dessous au paragraphe 273, le consentement éclairé doit être sollicité dès le début de l'appréciation clinique d'actes de torture ou de mauvais traitements allégués ou suspectés et être pleinement attesté.

**169.** Les patients adultes sont toujours présumés aptes à prendre les décisions qui les concernent. Les professionnels de la santé ont l'obligation de reconnaître et de respecter la capacité juridique de tous les adultes, y compris les personnes handicapées et les personnes dont la capacité mentale a été altérée, et ils sont dès lors tenus de respecter le consentement libre et éclairé des intéressés. Ils doivent s'efforcer de communiquer d'une manière qui soit accessible et compréhensible aux adultes concernés. Pour ce faire, il peut s'avérer nécessaire de recourir à des formats de communication accessibles, d'interpréter les informations en langue des signes ou d'utiliser des mécanismes de prise de décisions accompagnée. Lorsqu'en dépit d'efforts considérables déployés à cette fin il n'est pas possible d'obtenir le consentement libre et éclairé d'une personne, les professionnels de la santé ne doivent pas rechercher son « intérêt supérieur » pour le retenir en lieu et place de sa décision, mais appliquer en dernier recours le standard de « l'interprétation optimale de la volonté et des préférences » de la personne<sup>304</sup>. Ce standard veut que l'on détermine ce que la personne concernée aurait voulu au lieu de prendre une décision sur la base de son intérêt supérieur, notamment en tenant compte de ses préférences, valeurs, attitudes, déclarations et actions antérieures, y compris ses communications verbales et non verbales<sup>305</sup>.

**170.** Les personnes qui sont mineures au moment de la prise de décision peuvent être en mesure de donner leur consentement, car il n'existe pas d'âge précis à partir duquel le consentement devient valable. La capacité des enfants à donner leur consentement se développe au fur et à mesure qu'ils apprennent à prendre des décisions de plus en plus complexes et sérieuses et peut donc se rattacher à l'expérience

plutôt qu'à l'âge. Par conséquent, il faut les informer aussi complètement que possible de l'appréciation clinique à effectuer et des procédures qui s'y rapportent et d'une manière qui puisse leur permettre de les comprendre, en veillant à ce que les informations et les modalités de communication soient accessibles et en adaptant la communication à leur âge ainsi qu'à leur niveau de développement. L'appréciation médico-légale de faits étant une opération difficile à comprendre, il est dans de nombreux cas nécessaire ou recommandé d'en informer leurs parents et de solliciter le consentement de ces derniers, mais le consentement parental n'est pas valable s'il est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant<sup>306</sup>. En outre, l'âge auquel les parents ou les tuteurs légaux doivent être informés de la participation de l'enfant dont ils ont la charge ou de la procédure qui le concerne varie d'un pays à l'autre<sup>307</sup>. Il est dès lors nécessaire de s'informer des obligations juridiques locales qu'il faut respecter pour obtenir le consentement éclairé de l'enfant et de choisir des modes d'action répondant à son intérêt supérieur. Il importe de se rappeler que l'existence d'un consentement éclairé ne dispense pas les professionnels de la santé de l'obligation de protéger les enfants et leur intérêt supérieur. Cette obligation exige des professionnels de la santé qu'ils détectent tous les risques immédiats et à long terme auxquels l'appréciation clinique pourrait exposer l'enfant et les prennent en compte avant de solliciter le consentement de l'intéressé et de procéder à l'appréciation des faits<sup>308</sup>. S'agissant des enfants n'ayant pas encore atteint un niveau de développement qui puisse leur permettre de comprendre leur situation et les options dont ils disposent, il convient de leur offrir la possibilité de donner leur assentiment au traitement ou d'exprimer de toute autre manière leurs souhaits, dans le cadre de leur droit fondamental d'être entendus.

**171.** L'autonomie des personnes qui refusent de consentir à l'appréciation doit être respectée et ces personnes ne doivent en aucun cas être contraintes de s'y soumettre. Dans certains cas, il convient de présumer que les examens cliniques ont été effectués de force et sans consentement éclairé lorsqu'ils sont motivés par une discrimination profonde ou par des accusations portées contre la personne concernée ou lorsque les victimes considèrent que les agents publics ont le pouvoir de les

<sup>304</sup> Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 1 (2014), par. 21.

<sup>305</sup> A/HRC/37/56, par. 31.

<sup>306</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health: Ethics Advisory Committee, « Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 82 (2000), p. 177 à 182.

<sup>307</sup> Pirkko Lepola et autres, « Informed consent for paediatric clinical trials in Europe », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 101 (2016), p. 1017 à 1025.

<sup>308</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health, « Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children ».

contraindre à subir un examen et que le non-respect de cette obligation pourrait les exposer à des conséquences juridiques négatives, à des mauvais traitements ou à des représailles. Les examens forcés de l'hymen visant à détecter la virginité et les examens anaux forcés visant à détecter les activités homosexuelles sont des exemples de ces examens cliniques : ils n'ont aucune valeur clinique, représentent des formes d'agression sexuelle, constituent des mauvais traitements et peuvent être assimilés à la torture en fonction des circonstances<sup>309</sup>.

### 3. Confidentialité

**172.** Depuis l'époque de la rédaction du serment d'Hippocrate jusqu'à l'époque moderne, les codes de déontologie font de l'obligation de confidentialité un principe fondamental. La confidentialité figure également en bonne place dans les déclarations de l'Association médicale mondiale, telles que la Déclaration de Lisbonne, ainsi que dans les Règles Nelson Mandela. Dans certains pays, l'obligation de confidentialité est jugée si importante qu'elle est intégrée dans la législation nationale. Elle n'est pas absolue, car il est permis de la violer pour des motifs déontologiques dans des circonstances exceptionnelles où son respect risque de causer un préjudice grave au patient ou à d'autres personnes. En règle générale, toutefois, l'obligation de confidentialité qui protège les informations sanitaires permettant d'identifier le patient ne peut faire l'objet d'une dérogation qu'avec l'autorisation éclairée de ce dernier<sup>310</sup>. Les informations qui ne permettent pas d'identifier le patient peuvent être utilisées à d'autres fins et doivent être utilisées de préférence dans tous les cas où la divulgation de son identité ne revêt pas un caractère essentiel, par exemple dans la collecte de données sur les modes de torture ou de mauvais traitements, bien qu'il faille accorder une attention particulière à la sécurisation de ces données. Des dilemmes se posent lorsque des pressions sont exercées sur les professionnels de la santé pour leur faire divulguer des informations permettant d'identifier les patients qui pourraient exposer ces derniers à un risque de dommage ou lorsque la loi fait obligation aux professionnels de la santé de divulguer de telles informations. Dans ce cas, les obligations déontologiques fondamentales consistent à respecter l'autonomie et la vie privée

du patient et à éviter de lui nuire. Elles prévalent sur toute autre considération. Les professionnels de la santé doivent indiquer clairement au tribunal ou à l'autorité qui demande des informations qu'ils sont tenus à l'obligation professionnelle de confidentialité en dépit de leur éventuelle responsabilité juridique. Les professionnels de la santé qui réagissent de cette manière ont droit au soutien de leur association professionnelle et de leurs collègues. En outre, en temps de conflit armé, le droit international humanitaire accorde une protection particulière au secret médical en faisant obligation aux médecins de ne pas dénoncer les personnes malades ou blessées<sup>311</sup>. Les professionnels de la santé ne peuvent être contraints de divulguer des informations sur leurs patients dans de telles situations, en particulier en temps de conflit armé.

## D. Professionnels de la santé soumis à des obligations antagoniques

**173.** Les professionnels de la santé peuvent avoir des responsabilités antagoniques en raison de leurs conditions d'emploi ou des obligations déontologiques antagoniques en raison du cadre dans lequel ils rencontrent le patient. Dans le cas des professionnels de la santé employés dans des institutions publiques, en particulier ceux qui travaillent auprès de la police, de l'armée ou d'autres services de sécurité ou dans le système pénitentiaire, les intérêts de leur employeur et de leurs collègues non membres du personnel de santé peuvent être en conflit avec l'intérêt supérieur du détenu ou du patient. Quelles que soient leurs conditions d'emploi, tous les professionnels de la santé ont l'obligation fondamentale d'agir dans l'intérêt supérieur des personnes qu'ils examinent et traitent. Ils ne peuvent être contraints pour des motifs contractuels ou autres de manquer à leurs obligations déontologiques fondamentales ou de compromettre leur indépendance professionnelle. Ils doivent évaluer de manière impartiale les intérêts du patient en matière de santé et agir en conséquence. En outre, les professionnels de la santé peuvent avoir des obligations déontologiques antagoniques en ce qu'ils ont envers le patient l'obligation primordiale d'assurer son intérêt supérieur et envers la société l'obligation générale de veiller à ce que

<sup>309</sup> Groupe indépendant d'experts de médecine légale, « Statement on virginity testing », *Torture Journal*, vol. 25, n° 1 (2015), p. 62 à 68 ; « Statement on anal examinations in cases of alleged homosexuality », *Torture Journal*, vol. 26, n° 2 (2016), p. 85 à 91.

<sup>310</sup> À l'exception des impératifs de santé publique communs tels que la nécessité de signaler nommément les personnes atteintes, par exemple, de maladies infectieuses, de dépendance à la drogue ou de troubles mentaux et du cas des actes de violence tels que les homicides, les violences domestiques, les agressions sexuelles et la maltraitance des enfants et des personnes âgées.

<sup>311</sup> Protocole I (art. 16) et Protocole II (art. 10) additionnels aux Conventions de Genève de 1949.

justice soit rendue et de prévenir les violations des droits de l'homme. Dans de telles circonstances, leur obligation déontologique primordiale consiste à agir dans l'intérêt supérieur de leurs patients. Dans les cas où des pressions institutionnelles sont exercées sur eux, ils doivent veiller à se doter des mécanismes nécessaires pour résister à ces pressions, les signaler à leur organisme professionnel et faire part de leurs préoccupations concernant la santé de leurs patients au niveau supérieur de la hiérarchie si leurs recommandations ne sont pas suivies<sup>312</sup>.

### 1. Principes directeurs relatifs au comportement des professionnels de la santé soumis à des obligations antagoniques

**174.** Dans tous les cas où les professionnels de la santé interviennent pour le compte d'une tierce partie, ils ont l'obligation de veiller à ce que le patient le comprenne. Ils doivent faire connaître leur identité au patient et lui expliquer le but de l'examen ou du traitement. Même lorsqu'ils sont désignés et rémunérés par un tiers, ils demeurent manifestement tenus de respecter leurs obligations déontologiques fondamentales. Ils doivent refuser de se conformer à toute règle susceptible de nuire aux patients ou de les rendre physiquement ou psychologiquement vulnérables. Ils doivent également veiller à ce que les clauses de leur contrat leur permettent de jouir de l'indépendance professionnelle requise pour porter des jugements cliniques et à ce que toute personne détenue ait accès à tout examen médical et à tout traitement dont elle a besoin. Dans les cas où le détenu est un mineur ou un adulte vulnérable, les médecins ont l'obligation supplémentaire de jouer le rôle de défenseur. De plus, les professionnels de la santé sont soumis à une obligation générale de confidentialité qui leur interdit de divulguer des informations à l'insu du patient. Ils doivent veiller à la confidentialité de leurs dossiers médicaux. Lorsque les services auxquels ils participent sont contraires à la déontologie, abusifs, inadéquats ou de nature à compromettre la santé des patients, ils sont tenus de suivre la situation et de la signaler. Dans de tels cas, ils ont l'obligation déontologique d'agir dans le plus court délai, car il est plus difficile d'émettre des protestations à un stade ultérieur s'ils ne prennent pas position immédiatement. Ils doivent signaler le problème aux autorités compétentes ou aux organismes internationaux capables d'enquêter sur celui-ci, sans toutefois exposer les patients, les

familles de ces derniers ou eux-mêmes à un risque grave et prévisible de dommage. Les professionnels de la santé et les associations professionnelles doivent soutenir les membres de la profession qui agissent ainsi sur la base de preuves raisonnables.

### 2. Dilemmes découlant de conflit d'obligations

- 175.** Des dilemmes peuvent survenir en cas d'incompatibilité entre la déontologie et la législation. En effet, il peut arriver que les obligations déontologiques des professionnels de la santé les contraignent à ne pas obéir à une loi déterminée, par exemple à une loi qui leur fait obligation de révéler des informations médicales confidentielles concernant un patient ou de participer à des pratiques préjudiciables. Les déclarations nationales et internationales des principes déontologiques s'accordent à dire que d'autres impératifs, y compris la loi, ne peuvent pas obliger les professionnels de la santé à accomplir des actes contraires à la déontologie médicale et à leur conscience. Face à de tels impératifs, les professionnels de la santé doivent refuser de se conformer à la loi ou au règlement en cause plutôt que de porter atteinte aux principes déontologiques fondamentaux ou d'exposer les patients à un dommage.
- 176.** Dans certains cas, deux obligations déontologiques peuvent aussi être en conflit. Les codes et principes déontologiques internationaux exigent que les informations relatives à la torture ou aux mauvais traitements soient communiquées à un organisme compétent. La législation nationale l'exige également dans certains pays. Il peut arriver cependant que les patients refusent de consentir à être examinés à de telles fins ou à ce que les informations obtenues lors de l'examen soient communiquées à des tiers, de peur de s'exposer ou d'exposer des membres de leur famille à des représailles. Dans de telles situations, les professionnels de la santé assument des responsabilités antagoniques : l'une envers le patient et l'autre envers la société dans son ensemble qui a intérêt à prévenir les actes de torture et les mauvais traitements et à veiller à ce que les auteurs d'actes illicites soient traduits en justice.
- 177.** Comme il a été indiqué plus haut, l'alinéa c) du paragraphe 1 de la règle 32 des Règles Nelson Mandela exige le respect de la confidentialité des informations d'ordre médical « sauf en cas de

<sup>312</sup> Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians, *Quality Standards for Healthcare Professionals Working with Victims of Torture in Detention* (Londres, 2019, version révisée de 2022).

menace réelle et imminente pour le patient ou pour autrui ». En outre, la règle 34 dispose que les signes de torture ou de mauvais traitements doivent être signalés aux « autorités médicales, administratives ou judiciaires compétentes » et que « [d]es précautions procédurales adéquates doivent être prises pour ne pas exposer le détenu ou les personnes associées à des préjudices prévisibles ». La règle 71 fait obligation aux directeurs d'établissements pénitentiaires de signaler les actes de torture et les mauvais traitements à une « autorité compétente indépendante de l'administration pénitentiaire, qui sera chargée d'ouvrir promptement une enquête impartiale et efficace sur les circonstances et les causes de tels cas ». Il a été relevé que l'exception à l'obligation de confidentialité énoncée à l'alinéa c) du paragraphe 1 de la règle 32 doit être interprétée de manière étroite et non pas comme une disposition applicable à l'ensemble du dossier médical. En fait, il faut apprécier selon le principe du « besoin d'en connaître » les éléments d'information précis qui doivent être communiqués ainsi que le niveau hiérarchique des personnes qui doivent en recevoir communication<sup>313</sup>. L'Association médicale mondiale a donné aux médecins des indications sur les circonstances dans lesquelles ils peuvent envisager de rompre la confidentialité, l'une de ces circonstances étant le cas où ils estiment qu'un dommage grave (et irréversible) est imminent, ne peut être évité que par la divulgation non autorisée d'informations et est plus important que celui qui pourrait résulter de la divulgation. Pour déterminer la proportionnalité de ces dommages respectifs, le médecin doit évaluer et comparer leur gravité ainsi que la probabilité qu'ils se produisent. L'Association médicale mondiale recommande qu'en cas de doute, le médecin demande l'avis d'un expert. Elle recommande également que le médecin ne divulgue que les informations nécessaires pour prévenir le dommage prévu, que celles-ci ne soient communiquées qu'aux personnes qui en ont besoin pour prévenir le dommage et que le médecin informe le patient de la divulgation, lui en explique le motif et s'efforce d'obtenir sa coopération si possible. Des mesures raisonnables doivent être prises pour réduire autant que possible le dommage et l'offense que la divulgation pourrait causer au patient. Il est recommandé aux médecins d'informer le patient que la confidentialité pourrait être rompue pour assurer sa protection et celle de toute victime potentielle. La coopération du patient doit être sollicitée et obtenue si possible.

**178.** Lorsqu'ils appliquent ces indications dans le cadre de l'appréciation clinique des cas allégués ou suspectés de torture ou de mauvais traitements, les professionnels de la santé doivent trouver un équilibre entre l'obligation de ne pas nuire à la victime présumée et celle de prévenir le préjudice susceptible d'être causé à d'autres personnes qui, s'il en était autrement, pourraient être soumises à des pratiques de torture auxquelles il serait donné libre cours. Avant d'envisager la possibilité de rompre la confidentialité sans le consentement de la victime présumée, le professionnel de la santé doit raisonnablement être convaincu que les conditions suivantes sont remplies :

**(a)** Il est raisonnablement certain qu'un préjudice grave ou de nature à mettre en danger la vie d'autrui se produira sous peu (c'est-à-dire qu'il n'est pas seulement prévisible et probable) s'il n'agit pas ;

**(b)** La divulgation d'informations permettra d'éviter ce préjudice grave ou de nature à mettre en danger la vie d'autrui dont on peut être raisonnablement certain qu'il va se produire de manière imminente ;

**(c)** Le risque de représailles auquel sont exposées les victimes présumées est jugé faible par le clinicien comme par la victime présumée ;

**(d)** Il existe suffisamment de preuves cliniques, telles que des lésions ou des signes de détresse psychologique constatés, pour justifier des soupçons de torture ou de mauvais traitements ;

**(e)** Les informations en cause peuvent être communiquées à un organisme indépendant qui mènera dans le plus court délai une enquête impartiale et efficace sur la situation.

**179.** Les professionnels de la santé doivent tout mettre en œuvre pour garantir la sécurité de la victime présumée et s'assurer qu'elle ne sera pas torturée à nouveau. En conséquence, les circonstances dans lesquelles il leur est permis de manquer à l'obligation de confidentialité sont limitées. Par exemple, les cliniciens qui constatent des indices de la pratique systématique des sévices ont toute latitude pour communiquer des informations anonymes à un organisme indépendant s'ils peuvent le faire sans déclencher de représailles à l'encontre de la victime de la torture. Ceux qui travaillent dans les établissements pénitentiaires, les lieux de détention,

<sup>313</sup> Penal Reform International et Centre des droits de l'homme de l'Université d'Essex, *Essex Paper 3: Initial Guidance on the Interpretation and Implementation of the UN Nelson Mandela Rules* (Londres, 2017).

les institutions médico-légales et les organismes de surveillance nationaux (par exemple, les institutions nationales des droits de l'homme et les mécanismes nationaux de prévention) et internationaux peuvent être en mesure de constater des indices de la pratique systématique des sévices et de communiquer des informations anonymes y afférentes, prévenant ainsi des dommages que d'autres personnes auraient pu subir. Lorsque le clinicien examine une victime présumée qui, par crainte de représailles, refuse de consentir à l'appréciation clinique, il ne doit cependant pas violer les obligations déontologiques primordiales de « ne pas nuire » et de respecter l'autonomie du patient au profit de l'obligation de recueillir des informations et de signaler.

- 180.** La capacité du clinicien à respecter l'autonomie du patient et la confidentialité établit la base de confiance indispensable pour mener à bien l'appréciation des indices physiques et psychologiques d'actes de torture et de mauvais traitements. Si les obligations déontologiques des cliniciens sont les mêmes dans toutes leurs rencontres avec les patients et les victimes présumées, la capacité de ces derniers à décider librement de la divulgation d'informations peut dépendre des circonstances de l'appréciation. Par exemple, dans le cadre des interventions thérapeutiques et des appréciations médico-légales menées par des cliniciens indépendants et non gouvernementaux à la demande de la victime présumée, il n'y a généralement pas d'obligation de signalement. Dans de telles circonstances, les personnes concernées considèrent généralement que l'appréciation clinique d'actes de torture et de mauvais traitements se fait dans leur intérêt supérieur et la capacité du clinicien à respecter leur autonomie et la confidentialité établit une base de confiance et, par conséquent, la base nécessaire pour divulguer des informations. Il est tout à fait opportun de recueillir des informations sur les actes de torture et les mauvais traitements et les signaler dans le cadre de telles rencontres, à condition d'obtenir le consentement éclairé du patient.
- 181.** Bien que les professionnels de la santé travaillant dans les institutions publiques aient les mêmes obligations déontologiques que les autres professionnels de la santé, les conditions dans lesquelles ils apprécient les faits dans certaines institutions publiques peuvent rendre difficile l'établissement d'une relation de confiance avec les patients et les victimes présumées.

Les agents publics, en particulier les experts légistes et les personnes qui travaillent auprès de la police, de l'armée ou d'autres services de sécurité ou dans le système pénitentiaire, sont souvent soumis à l'obligation de signalement. Dans de tels contextes, il peut arriver que les patients et les victimes présumées aient des pouvoirs et des possibilités de choix limités dans l'appréciation des faits et qu'ils ne souhaitent pas parler ouvertement des sévices qu'ils auraient subis, de peur de s'exposer ou d'exposer des membres de leur famille à des représailles. Dans ces circonstances, les professionnels de la santé doivent néanmoins respecter leurs obligations déontologiques et faire de leur mieux pour faciliter l'établissement de contacts et d'une relation de confiance avec le patient ou le détenu. Comme indiqué aux paragraphes 166 et 167 ci-dessus, avant de commencer l'appréciation des faits, le clinicien doit faire connaître son identité au patient, l'informer du but et du contenu de l'appréciation et lui faire part de toute obligation de signalement mise à sa charge. Il peut arriver que la réglementation en vigueur n'autorise pas le patient à refuser l'examen, mais ce dernier a la possibilité de choisir de coopérer ou non à l'appréciation des faits et de révéler ou non la cause de ses lésions. Dans de tels cas, le clinicien doit respecter la décision du patient, y compris celle de ne pas coopérer à l'appréciation. Les cliniciens ne doivent pas examiner des personnes à des fins judiciaires sans leur consentement, quel que soit ce que la législation prévoit. Les médecins légistes ne sont pas autorisés à falsifier leurs rapports et doivent fournir des preuves impartiales, notamment en consignait clairement dans leurs rapports tout indice de mauvais traitements<sup>314</sup>. Si le détenu ne consent pas à l'appréciation (ou à une partie de celle-ci) ou à ce qu'il en soit gardé trace, le clinicien doit consigner le motif pour lequel il n'y consent pas (voir également le paragraphe 273).

- 182.** Comme indiqué ci-dessus, les professionnels de la santé doivent également garder à l'esprit que le signalement de sévices aux autorités chargées de la structure dans laquelle ils se seraient produits peut exposer à un risque de dommage le patient ou d'autres personnes, y compris le lanceur d'alerte. Ils ne doivent pas sciemment exposer des personnes à des risques de représailles. Ils ne sont pas dispensés de l'obligation d'agir, mais ils doivent faire preuve de discernement et envisager la possibilité de communiquer les informations en cause à un organisme compétent qui ne relève pas de la structure directement concernée

<sup>314</sup> Vincent Iacopino et autres, « Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in postdetention medical examinations in Turkey », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, n° 5 (1996), p. 396 à 402.



ou, dans les cas où cela n'entraînerait pas de risques prévisibles pour eux-mêmes et le patient, celle de les communiquer aux autorités compétentes d'une manière ne permettant pas d'identifier le patient. Il est évident que si cette dernière solution est retenue, les professionnels de la santé doivent tenir compte de la probabilité que des pressions soient exercées sur eux pour qu'ils divulguent des données d'identification ou

de la possibilité que leurs dossiers médicaux soient saisis de force. Bien qu'il n'y ait pas de solutions faciles, les professionnels de la santé doivent être guidés par l'obligation fondamentale d'éviter tout dommage avant toute autre considération et demander, si possible, l'avis d'organismes nationaux ou internationaux de professionnels de la santé.



**Enquêtes  
juridiques  
sur les actes  
de torture et  
les mauvais  
traitements**



**183.** La Convention contre la torture prévoit trois piliers principaux dans la lutte contre celle-ci, à savoir les obligations qui incombent à l'État de garantir la justice, de prévenir tous les actes de torture et de réparer les préjudices subis par les victimes de tels actes. L'obligation d'enquêter joue un rôle crucial dans la réalisation de ces trois piliers<sup>315</sup>. Selon le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :

L'obligation d'enquêter sur les actes de torture commence par l'existence de motifs raisonnables. La présomption de torture qui s'élève au niveau de « preuve » dans un procès pénal (c'est-à-dire au-delà de tout doute raisonnable) ne doit pas être jugée nécessaire pour établir la reconnaissance et la responsabilité de l'État vis-à-vis de la torture ou pour créer les obligations qui n'impliquent pas d'attribuer la culpabilité et une sanction, telles que la mise en œuvre de politiques de prévention et de recours administratifs ou civils, y compris de réhabilitation. Cela est important, parce que les États prétendent souvent que la torture et les obligations qu'elle impose d'y remédier n'existent pas parce que la torture n'a jamais été « prouvée » devant le tribunal<sup>316</sup>.

**184.** Le droit international fait obligation aux États d'enquêter dans le plus court délai, de manière impartiale et efficacement sur les cas de torture qui leur sont signalés<sup>317</sup>. Lorsque les éléments de preuve disponibles le justifient, tout État dans lequel se trouve une personne soupçonnée d'avoir commis des actes de torture ou d'y avoir participé doit soumettre l'affaire à ses propres autorités compétentes afin que celles-ci mènent des enquêtes sur ces actes et engagent des poursuites conformément à la législation pénale nationale ou locale, à moins qu'il n'extrade l'auteur présumé vers un autre État compétent<sup>318</sup>. Les principes fondamentaux permettant de mener des enquêtes valables sur des cas de torture sont la compétence, l'impartialité, l'indépendance, l'adéquation des ressources, la rapidité, l'efficacité, l'exhaustivité, la prise en compte du genre, de l'âge, du handicap et d'autres traits caractéristiques également reconnus,

la participation de la victime et le droit de regard du public. Ces éléments peuvent être adaptés à n'importe quel système juridique et doivent guider toutes les enquêtes ouvertes sur des allégations de torture.

**185.** Les enquêtes peuvent être menées notamment sur les actes de torture tels qu'ils sont définis à l'article premier de la Convention contre la torture, sur les actes de torture constitutifs de crime de guerre, de crime contre l'humanité ou de génocide ou sur d'autres formes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (mauvais traitements)<sup>319</sup>. Les enquêtes relatives à de tels actes peuvent également relever du mandat des institutions nationales des droits de l'homme, des missions d'établissement des faits ou des commissions d'enquête, qui exercent d'importantes fonctions d'enquête<sup>320</sup>. Les preuves d'actes de torture sont utiles, et souvent d'une importance cruciale, dans toute une série de procédures juridiques, par exemple dans les enquêtes de droit civil ou de droit public, les actions en réparation du préjudice causé par des actes de torture, les demandes d'asile et de non-refoulement, les procédures de plainte nationales, régionales ou internationales relatives aux droits de l'homme et les procédures pénales, notamment aux fins d'exclusion des preuves obtenues par la torture dans ce dernier cas. Quel que soit le contexte juridique dans lequel elle se déroule, toute enquête relative à la torture ou aux mauvais traitements ou toute autre procédure visant à établir des faits et des responsabilités en matière de torture ou de mauvais traitements doit être menée conformément aux normes énoncées dans le présent manuel si l'on veut lutter contre l'impunité.

**186.** La Convention contre la torture fait obligation aux États de prendre des mesures législatives, institutionnelles, administratives, budgétaires et autres pour mettre en place un cadre approprié pour mener dans le plus court délai des enquêtes impartiales, indépendantes, efficaces et tenant compte des questions de genre et des besoins de l'enfant<sup>321</sup>. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a recommandé l'adoption et l'application du présent manuel « en tant qu'instrument d'enquête et que

<sup>315</sup> A/69/387, par. 21.

<sup>316</sup> Ibid., par. 25.

<sup>317</sup> Convention contre la torture, art. 12 et 13. Voir également A/69/387, par. 22 à 28.

<sup>318</sup> Convention contre la torture, art. 5 à 8.

<sup>319</sup> Voir, entre autres, le Statut de Rome, art. 8 (par. 2, al. a) ii) et c) i)), 7 (par. 1 f)) et 6 (al. b).

<sup>320</sup> HCDH, *Commissions d'enquêtes et missions d'établissement des faits sur le droit international des droits de l'homme et le droit humanitaire international – Orientations et pratiques* (New York et Genève, 2015).

<sup>321</sup> Convention contre la torture, art. 2 ; Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 2.

norme »<sup>322</sup>. Les États sont tenus d'ériger la torture en infraction dans l'ordonnement juridique national et d'adopter des sanctions proportionnées à la gravité de l'infraction pour la réprimer<sup>323</sup>, d'établir leur compétence pour connaître de l'infraction de torture, notamment en prévoyant l'application du principe de compétence universelle<sup>324</sup>, et de supprimer les obstacles juridiques tels que les amnisties, les immunités, la prescription et d'autres restrictions procédurales<sup>325</sup>, y compris la grâce et d'autres mesures aboutissant à l'impunité<sup>326</sup>. Ils doivent garantir les droits des victimes et des témoins à tous les stades de l'enquête, notamment le droit de porter plainte, de participer à la procédure et d'être protégés contre les menaces et le harcèlement<sup>327</sup>, le droit de voir respecter leur droit à la vie privée, ainsi que le droit à un recours utile et à une réparation. La réparation doit tenir compte des questions de genre et être axée sur la victime, adéquate, effective, rapide et intégrale, adaptée aux besoins particuliers de la victime ou des victimes et proportionnée à la gravité du préjudice subi<sup>328</sup>.

**187.** Lorsque les procédures d'enquête établies sont inadéquates, soit que les ressources, les compétences techniques ou l'impartialité nécessaires fassent défaut, soit que l'on se trouve en présence de sévices apparemment systématiques ou pour toute autre raison grave, les États doivent veiller à ce que l'enquête soit confiée à un organe ou un mécanisme indépendant, tel qu'une commission d'enquête, ou menée selon une procédure similaire. Les membres de cet organe ou mécanisme doivent être choisis pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance personnelles reconnues. Ils doivent, en particulier, être indépendants de toute institution, de tout organisme ou de toute personne susceptible de faire l'objet de l'enquête. Les organes d'enquête, tels que les commissions d'enquête, doivent être dotés de ressources financières et humaines suffisantes<sup>329</sup>.

**188.** Le droit international reconnaît le rôle important que jouent dans les enquêtes des acteurs autres

que les organes d'enquête de la justice pénale, notamment les organes indépendants nationaux, régionaux et internationaux ainsi que les acteurs non étatiques, tels que les défenseurs des droits de l'homme qui recueillent des informations sur les actes de torture, déclenchent et suivent les enquêtes et représentent les victimes de la torture<sup>330</sup>. Les États doivent respecter l'exercice des fonctions légitimes de ces acteurs<sup>331</sup>. Tout acteur mandaté ou non mandaté qui enquête sur des actes de torture ou des mauvais traitements ou exerce des fonctions ayant une incidence sur des enquêtes relatives à la torture ou aux mauvais traitements doit se conformer aux normes énoncées dans le présent manuel.

**189.** La section A présente le but général des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements. La section B énonce les principes fondamentaux relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants pour établir la réalité des faits. La section C propose des règles à appliquer pour mener des enquêtes sur des actes de torture ou des mauvais traitements allégués, en s'intéressant d'abord à la détermination de l'autorité qui doit être chargée de l'enquête et en énonçant ensuite des lignes directrices à suivre pour recueillir les dépositions de la victime déclarée et des témoins ainsi que d'autres éléments de preuve. La section D énonce des lignes directrices à suivre pour mettre en place une commission d'enquête indépendante spéciale. Ces lignes directrices sont fondées sur l'expérience des praticiens et sur la pratique de plusieurs pays qui ont mis en place des commissions indépendantes chargées d'enquêter sur des violations présumées des droits de l'homme, notamment des exécutions extrajudiciaires, des actes de torture et des disparitions. La section E décrit le rôle des procureurs, des juges et des autres acteurs dans les enquêtes sur des actes de torture ou de mauvais traitements. La section F énonce les principes fondamentaux régissant l'utilisation des

<sup>322</sup> A/69/387, par. 67.

<sup>323</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 8 à 11.

<sup>324</sup> A/HRC/4/33, par. 41 à 47.

<sup>325</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 5 ; observation générale n° 3 (2012), par. 38.

<sup>326</sup> Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Barrios Altos Vs. Pérou* (voir note 102) ; *Barrios Altos and La Cantuta Vs. Pérou* (voir note 103). Voir également Comité contre la torture, *Urra Gurruti c. Espagne* (CAT/C/34/D/212/2002), par. 6.7.

<sup>327</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 29 à 36.

<sup>328</sup> *Ibid.*, par. 6 à 18 ; Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire ; Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, observation générale n° 4.

<sup>329</sup> A/HRC/19/61, par. 58.

<sup>330</sup> A/69/387, par. 54.

<sup>331</sup> Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus (résolution 53/144 de l'Assemblée générale, annexe), notamment l'article 9 ; Ensemble de principes actualisé pour la protection et la promotion des droits de l'homme par la lutte contre l'impunité, principe 19.



preuves d'actes de torture ou de mauvais traitements dans le cadre d'autres procédures juridiques.

## A. Objet des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements

**190.** L'enquête a pour objectif général d'établir les faits relatifs aux cas de torture ou de mauvais traitements allégués en vue d'identifier les personnes responsables de ces cas et de faciliter l'exercice de poursuites contre elles ou d'utiliser les faits en cause dans le cadre d'autres procédures visant à faire obtenir réparation aux victimes ou à assurer leur protection. Les questions traitées ici peuvent également présenter un intérêt pour d'autres types d'enquête sur des actes de torture ou de mauvais traitements. Pour atteindre l'objectif susvisé, les personnes chargées de l'enquête doivent, au minimum, chercher à : a) obtenir des déclarations des victimes des actes de torture présumés ; b) recueillir et préserver les preuves, y compris médicales, des actes de torture ou des mauvais traitements présumés, afin de faciliter d'éventuelles poursuites contre les personnes responsables ; c) identifier des témoins et auteurs potentiels et obtenir d'eux des déclarations concernant les actes de torture ou les mauvais traitements présumés ; d) déterminer comment, quand et où les cas présumés de torture ou de mauvais traitements en cause ont été commis, ainsi que toute ligne de conduite ou pratique dans lesquelles ils s'inscrivent, notamment les lieux des faits et leurs auteurs, les méthodes utilisées et le rôle de la corruption, ainsi que d'autres éléments contextuels tels que le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le handicap, la race, l'appartenance ethnique, la nationalité, l'âge et le statut socioéconomique de la victime ou des victimes.

## B. Principes relatifs aux moyens d'enquêter et de documenter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**191.** Les principes énoncés ci-après sont fondés sur les normes juridiques internationales exposées au chapitre I et sur des exemples de bonnes pratiques. Ils font l'objet d'un consensus entre les personnes et

les organisations ayant des compétences techniques en matière d'enquête sur les actes de torture et les mauvais traitements. Toute enquête efficace sur la torture et les mauvais traitements visant à établir la réalité des faits a notamment pour objet (voir l'annexe I) :

- (a) D'élucider les faits, d'établir et de reconnaître la responsabilité des particuliers et de l'État envers les victimes et leur famille ;
- (b) De déterminer les mesures nécessaires pour éviter que ces faits ne se reproduisent ;
- (c) De faciliter les poursuites ou, le cas échéant, les sanctions disciplinaires contre ceux dont l'enquête a établi la responsabilité, et de mettre en évidence la nécessité pour l'État d'accorder pleine réparation, notamment de verser une indemnité juste et adéquate et de fournir des soins médicaux et des moyens de réadaptation<sup>332</sup>.

### 1. Éléments constitutifs de l'infraction de torture

**192.** Les faits qui doivent être établis dans le cadre d'une enquête dépendent des éléments constitutifs de l'infraction (ou d'autres circonstances juridiques) faisant l'objet de l'enquête, tels qu'ils sont reconnus dans le pays ou devant le tribunal en question. En ce qui concerne la torture, telle qu'elle est définie à l'article premier de la Convention contre la torture, ces éléments consistent dans le fait d'infliger intentionnellement une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, le but poursuivi et le degré de participation de personnes agissant à titre officiel. Les éléments des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants consistent en de multiples formes de mauvais traitements visées par des instruments internationaux, la jurisprudence et les pratiques pertinentes<sup>333</sup>. Pour établir la réalité de faits de torture ou de mauvais traitements constitutifs de crimes internationaux, il faut prouver la présence d'éléments supplémentaires tels qu'un lien avec un conflit armé, pour la torture constitutive de crime de guerre, ou le fait que les actes ont été commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre une population civile, pour la torture constitutive de crime contre l'humanité<sup>334</sup>. Les infractions fondées sur le genre commises contre

<sup>332</sup> La réparation adéquate comprend la restitution, l'indemnisation, la réadaptation, la satisfaction et les garanties de non-répétition, comme indiqué dans les Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire. Voir également Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012).

<sup>333</sup> A/HRC/13/39, par. 60.

<sup>334</sup> Voir, par exemple, Cour pénale internationale, Éléments des crimes (2010), art. 7 (par. 1 f)) et 8 (par. 2, al. a) ii)-1 et c) i)-4).

des hommes, des femmes, des garçons, des filles ou des personnes transgenres ou intersexes, les infractions commises pour des motifs raciaux, ethniques ou politiques et les infractions commises par abus de la vulnérabilité des victimes telles que les enfants ou les personnes handicapées peuvent appeler une attention particulière. Ces infractions peuvent constituer à la fois des actes de torture et de viol ou des actes de torture et d'autres infractions, selon les formes particulières respectives des sévices commis<sup>335</sup>. Dans le cadre des enquêtes y afférentes, il faut établir les faits pertinents, les caractéristiques de l'infraction et ses causes, en particulier la discrimination, en vue également d'éviter que les faits incriminés ne se reproduisent, notamment en prenant les mesures de protection voulues.

## 2. Réalisation d'enquêtes indépendantes et efficaces dans le plus court délai

**193.** Les États doivent mettre en place, de préférence par voie législative, des mécanismes dotés de pleins pouvoirs pour mener des enquêtes et suffisamment indépendants sur les plans institutionnel et opérationnel pour être impartiaux, tels que des commissions indépendantes d'examen des plaintes dirigées contre la police ou des médiateurs<sup>336</sup>. Les organes d'enquête doivent refléter la diversité des communautés qu'ils servent<sup>337</sup>. Les États doivent veiller à ce que toute plainte ou information alléguant des actes de torture ou des mauvais traitements fasse promptement l'objet d'une enquête approfondie. Même en l'absence d'une plainte formelle, une enquête doit être ouverte s'il existe d'autres indications donnant à penser qu'on se trouve en présence de cas de torture ou de mauvais traitements. Mener promptement l'enquête est indispensable pour assurer la protection de la victime et éviter le risque de voir disparaître les traces de torture ou de mauvais traitements<sup>338</sup>. L'enquête doit être ouverte sans délai, dans les heures ou, au plus tard, dans les jours qui suivent

l'apparition d'un soupçon de torture ou de mauvais traitements, et être menée avec diligence tout au long du processus<sup>339</sup>. Le fait qu'une enquête n'ait pas été menée dans le plus court délai ou avec diligence ne constitue pas un motif suffisant pour qu'elle soit frappée de prescription, la torture et les mauvais traitements étant en principe imprescriptibles<sup>340</sup>. L'enquête doit être menée en toute impartialité, en tenant compte des éventuels conflits d'intérêts, des liens de subordination avec les suspects potentiels et du comportement spécifique des enquêteurs<sup>341</sup>. Toute enquête impartiale doit être approfondie et comprendre plusieurs étapes essentielles, dont une étape médico-légale<sup>342</sup>. Les enquêteurs doivent être compétents et impartiaux et indépendants vis-à-vis des suspects et de l'organe qui les emploie. Ils doivent être habilités à prendre connaissance des résultats des enquêtes menées par des experts médicaux impartiaux ou par d'autres experts ou à ordonner de telles enquêtes. L'enquête doit être menée selon des méthodes qui répondent aux normes professionnelles les plus exigeantes. Elle doit également être menée de manière transparente et les victimes, leurs avocats et l'autorité judiciaire doivent avoir accès à ses conclusions. Les autorités doivent systématiquement collecter des données ventilées sur le nombre, le contenu et l'issue des plaintes et des enquêtes relatives à la torture ou aux mauvais traitements et les publier régulièrement<sup>343</sup>. Un organe de contrôle indépendant doit être chargé de contrôler la façon dont sont gérées ces plaintes et enquêtes lorsque la demande en est faite, d'examiner l'efficacité des procédures de plainte et des enquêtes pertinentes et d'en faire rapport chaque année<sup>344</sup>.

## 3. Ressources suffisantes, capacité et compétence

**194.** L'autorité chargée de l'enquête doit être en mesure et à l'obligation d'obtenir tous les renseignements nécessaires à l'enquête<sup>345</sup>. Les enquêteurs doivent disposer de toutes les ressources budgétaires et

<sup>335</sup> A/HRC/31/57, entre autres, par. 51 à 53.

<sup>336</sup> Conseil de l'Europe, « Avis du Commissaire aux droits de l'homme sur le règlement indépendant et efficace des plaintes contre la police », CommDH(2009)4, 12 mars 2009.

<sup>337</sup> Les organes d'enquête doivent s'efforcer d'intégrer des mesures de lutte contre les préjugés dans leurs règles de recrutement, de formation, d'éducation et d'évaluation des enquêteurs. Voir Michael H. Tulloch, *Report of the Independent Police Oversight Review* (Ontario, 2017), sections 4.100, par. 9, et 4.730 ; Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale 31 (2005), par. 1 b).

<sup>338</sup> Comité contre la torture, *Blanco Abad c. Espagne* (CAT/C/20/D/59/1996), par. 8.2.

<sup>339</sup> Convention contre la torture, art. 12 et 13 ; Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture, art. 8. Voir également A/69/387, par. 24 et 68 a).

<sup>340</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Cestaro c. Italie* (voir note 138), par. 208. Voir également, par exemple, CCPR/C/JOR/CO/5, par. 17 a) ; CAT/C/THA/CO/1, par. 9 c).

<sup>341</sup> Règles Nelson Mandela, règle 57 (par. 3).

<sup>342</sup> Voir, par exemple, A/68/295.

<sup>343</sup> Erik Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements – Lignes directrices fondées sur les normes européennes*, 2<sup>e</sup> édition (Conseil de l'Europe, 2014), p. 16 et 73 ; Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 23. Voir également CAT/C/57/4, par. 59 et 75.

<sup>344</sup> Erik Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, p. 47, 48, 65 et 66 ; Conseil de l'Europe, « Avis du Commissaire aux droits de l'homme sur le règlement indépendant et efficace des plaintes contre la police », par. 80 à 87.

<sup>345</sup> Dans certaines circonstances, la déontologie peut exiger que des informations restent confidentielles. Cette exigence doit être respectée.

techniques dont ils ont besoin pour travailler efficacement. Ils ont aussi le pouvoir d'obliger à comparaître et à témoigner toute personne agissant à titre officiel dont on suppose qu'elle est impliquée dans des actes de torture ou des mauvais traitements. Il en va de même en ce qui concerne les témoins. À cette fin, l'autorité chargée de l'enquête est habilitée à citer les témoins à comparaître, y compris les fonctionnaires en cause, et à exiger que des preuves soient fournies.

#### 4. Mesures de protection

**195.** Les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et leur famille doivent jouir d'une protection contre la violence, les menaces de violence ou toute autre forme d'intimidation qui peut être liée à l'enquête. Les personnes éventuellement impliquées dans des actes de torture ou des mauvais traitements doivent être écartées de toute fonction leur permettant d'exercer une autorité, directe ou indirecte, sur les plaignants, les témoins et leur famille ainsi que sur les personnes chargées de l'enquête<sup>346</sup>. En outre, les États doivent prendre les mesures qui s'imposent pour protéger les victimes et les témoins, notamment en les plaçant dans un lieu sûr (par exemple, dans des centres de protection de témoins et des refuges).

#### 5. Droits des victimes dans le cadre des enquêtes

**196.** Les victimes présumées d'actes de torture ou de mauvais traitements ont le droit de porter plainte pour ces comportements et de voir examiner leurs plaintes dans le plus court délai et en toute impartialité, ainsi que le droit à un recours utile<sup>347</sup>. Les États doivent veiller à ce que le droit de porter plainte puisse être exercé de manière efficace. Ce droit se compose du

droit : a) d'être informé des voies de recours et des procédures de plainte disponibles<sup>348</sup> ; b) d'avoir accès à un avocat, à un médecin (au moment de la mise en détention et régulièrement pendant la détention), aux membres de la famille<sup>349</sup> et aux représentants diplomatiques et consulaires (pour les ressortissants étrangers<sup>350</sup> et pour les réfugiés et les apatrides)<sup>351</sup> ; c) de déposer des plaintes en temps voulu et de manière confidentielle<sup>352</sup> ; d) d'avoir accès à des organes judiciaires et de surveillance externes<sup>353</sup>. Il convient « [q]ue les plaintes faisant état de torture soient consignées par écrit et qu'un examen médico-légal (effectué notamment, s'il y a lieu, par un psychiatre) soit immédiatement ordonné »<sup>354</sup>. De plus, l'intérêt général commande que toute personne ait la possibilité de formuler des allégations de torture ou de mauvais traitements ou de signaler des actes de torture ou des mauvais traitements, sans que l'action en justice intentée et exercée à cet égard par cette personne, les membres de sa famille, ses représentants légaux et les défenseurs des droits de l'homme ne les expose à des dommages<sup>355</sup>.

**197.** Les victimes présumées d'actes de torture ou de mauvais traitements et leurs représentants légaux doivent être informés de toute audience à tenir, avoir la possibilité d'y participer, avoir accès à toute information nécessaire à l'enquête et jouir du droit de produire des éléments de preuve. En outre, ils doivent pouvoir contester les mesures d'enquête, ou leur absence, devant un organe indépendant et, le cas échéant, bénéficier d'une aide juridictionnelle<sup>356</sup>. Les autorités doivent garantir les droits des victimes à la sécurité, à la vie privée et à l'intégrité physique et mentale, et prendre des mesures pour réduire autant que possible le risque de traumatisme tout au long de l'enquête et d'autres procédures judiciaires

<sup>346</sup> Règles Nelson Mandela, règle 71 (par. 3).

<sup>347</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 25, 33 et 34.

<sup>348</sup> Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 13 ; Règles Nelson Mandela, règle 54 b).

<sup>349</sup> Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principes 15 à 19, 24 et 25 ; Règles Nelson Mandela, règles 58 à 61 ; Comité européen pour la prévention de la torture, « 12<sup>e</sup> rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2001 », CPT/Inf(2002)15, par. 40. Voir, pour les services de santé en détention, les Règles Nelson Mandela, règles 24 à 35 ; Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, p. 27 à 33.

<sup>350</sup> Règles Nelson Mandela, règle 62 (par. 1) ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 16 (par. 2) ; Convention de Vienne sur les relations consulaires, art. 36 (par. 1).

<sup>351</sup> Règles Nelson Mandela, règle 62 (par. 2).

<sup>352</sup> Ibid., règles 56 et 57 ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 33 (par. 1 à 3) ; Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, p. 39 à 42.

<sup>353</sup> Règles Nelson Mandela, règle 56 (par. 3) ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principes 29 et 33 (par. 4). Voir également Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas* (2011), par. 254.

<sup>354</sup> A/62/221, par. 53 a). Voir également Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 25.

<sup>355</sup> A/69/387, par. 55.

<sup>356</sup> Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, p. 65 et 66, par. 4.5.1.

pertinentes<sup>357</sup>. Dans le cas où l'enquête porte sur des violences sexuelles ou des sévices commis sur des enfants ou d'autres personnes vulnérables, les autorités doivent adopter une approche qui tienne pleinement compte des particularités des victimes et de l'incidence de la forme particulière de torture en cause.

## 6. Commission d'enquête indépendante

**198.** Lorsque les procédures d'enquête établies sont inadéquates, soit que les compétences techniques ou l'impartialité nécessaires fassent défaut, soit que l'on se trouve en présence de sévices apparemment systématiques ou pour toute autre raison grave, les États doivent veiller à ce que l'enquête soit confiée à une commission d'enquête indépendante ou menée selon une procédure similaire. Les membres de la commission doivent être choisis pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance personnelles reconnues. Ils doivent, en particulier, être indépendants vis-à-vis des suspects et des institutions ou organes qui les emploient. La commission doit avoir tout pouvoir pour obtenir tout renseignement nécessaire à l'enquête, et mener celle-ci conformément aux principes ci-dessus<sup>358</sup>. Un rapport écrit doit être établi dans un délai raisonnable ; il doit notamment indiquer la portée de l'enquête, décrire les procédures et méthodes utilisées pour apprécier les éléments de preuve et contenir des conclusions et recommandations fondées sur les faits établis et le droit applicable. Les constatations opérées doivent être publiées dans le respect de l'intérêt supérieur des victimes. Lors de l'examen des faits, la commission doit donc tenir compte de l'obligation de confidentialité et du risque qu'il soit porté atteinte à l'intégrité des victimes à la suite de la publication de ses constatations. Elle doit également exposer en détail les événements constatés et les éléments de preuve sur lesquels s'appuient ces constatations et préciser le nom des témoins ayant déposé, à l'exception de ceux dont l'identité n'a pas été révélée aux fins de leur protection. L'État doit, dans un délai raisonnable, répondre au rapport d'enquête et, le cas échéant, indiquer les mesures à prendre pour y donner suite (voir les paragraphes 238 à 251 ci-dessous).

## 7. Rapport d'expertise médicale

**199.** Les experts médicaux intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, doivent, avant de procéder à tout examen, obtenir que les intéressés consentent en connaissance de cause. Cet examen doit être conforme aux règles établies de la pratique médicale. En particulier, il doit se faire en privé sous le contrôle de l'expert médical et en dehors de la présence d'agents de la sécurité et autres fonctionnaires. L'expert médical doit élaborer sans retard un rapport écrit détaillé, qui comporte à tout le moins les éléments suivants (voir annexe I) :

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

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

**(c) Examen physique et psychologique :** compte rendu de toutes les conclusions d'ordre physique et psychologique tirées de l'examen clinique, y compris des tests de diagnostic appropriés, des schémas anatomiques indiquant l'emplacement et la nature de toutes les lésions et, si possible, des photos en couleurs de toutes les lésions ;

**(d) Opinion :** considérations concernant le lien probable existant entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou de mauvais traitements. Une recommandation doit

<sup>357</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 21 ; Sara Ferro Ribeiro et Danaé van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict: Best Practice on the Documentation of Sexual Violence as a Crime or Violation of International Law*, 2<sup>e</sup> éd. (Londres, 2017), p. 239, qui énumère les stratégies d'atténuation de la réactivation du traumatisme suivantes : a) garantie de la sécurité physique et affective avant, pendant et après l'entretien ; b) renforcement de la confiance ; c) choix ; d) collaboration et participation ; e) autonomisation.

<sup>358</sup> Dans certaines circonstances, la déontologie peut exiger que des informations restent confidentielles. Cette exigence doit être respectée.

être faite sur tout traitement médical ou psychologique ou un examen ultérieur qui seraient nécessaires ;

(e) *Identification* : le rapport doit indiquer clairement les personnes qui ont procédé à l'examen ainsi que leur qualité et être signé.

**200.** Le rapport doit être placé sous le sceau de la confidentialité et communiqué à l'intéressé ou au représentant qu'il a désigné. Il doit, le cas échéant, être également communiqué à l'autorité chargée d'enquêter sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Il incombe à l'État de veiller à ce que ce document parvienne effectivement à ces personnes. Le rapport ne doit être communiqué à personne d'autre, sauf avec le consentement de l'intéressé ou l'autorisation d'un tribunal habilité à cet effet. Pour des considérations générales sur les rapports écrits relatifs aux allégations de torture, voir le chapitre IV. Les chapitres V et VI décrivent en détail les modalités d'appréciation des constatations physiques et psychologiques respectivement.

## C. Modalités des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements

### 1. Détermination de l'organe d'enquête approprié

**201.** Les États doivent veiller à ce que toute enquête relative à la torture soit menée par un organe indépendant et impartial n'ayant aucun lien institutionnel avec l'auteur ou les auteurs présumés des faits et exempt de tout préjugé<sup>359</sup>. Lorsque des personnes agissant à titre officiel sont soupçonnées de participer à des actes de torture, notamment lorsque des ministres, des collaborateurs de ministres, des fonctionnaires agissant au su de ministres, de hauts responsables de ministères, des chefs militaires de haut rang ou d'autres personnes occupant des postes d'autorité similaires sont soupçonnés d'ordonner le recours à la torture ou de tolérer la pratique de celle-ci, il n'est possible de mener une enquête objective et impartiale que si un organe indépendant spécialement constitué à cet effet (tel qu'une commission d'enquête) est mis en place. La mise en place d'un organe d'enquête indépendant spécialement constitué peut également être nécessaire dans les cas où cela servirait l'intérêt

général, en particulier lorsque les enquêtes menées par les organes d'enquête habituels sont sujettes à caution en raison d'un manque de capacités, de compétences techniques ou d'impartialité, ou pour d'autres motifs tels que l'importance de l'affaire, le fait que des sévices semblent être pratiqués systématiquement, les plaintes de la personne concernée ou d'autres motifs importants.

**202.** Pour décider de mettre en place un organe ou un mécanisme indépendant spécialement constitué, tel qu'une commission d'enquête, les États doivent tenir compte des impératifs suivants. Premièrement, les personnes qui font l'objet d'une enquête doivent bénéficier des garanties procédurales minimales reconnues par le droit international à tous les stades de l'enquête. Deuxièmement, les enquêteurs doivent bénéficier du soutien d'un personnel technique et administratif approprié et avoir accès à des avis juridiques objectifs et impartiaux afin que l'enquête génère des éléments de preuve recevables en matière pénale et dans d'autres procédures juridiques. Troisièmement, les enquêteurs doivent bénéficier de l'ensemble des ressources et des pouvoirs de l'État. Enfin, ils doivent être habilités à solliciter le concours de la communauté internationale des experts en droit et en médecine.

**203.** Les États sont tenus de « [f]aire en sorte que les caractéristiques fondamentales de l'enquête ... soient ... officiellement reconnues par les départements et le personnel pertinents, y compris les procureurs, les avocats de la défense, les juges, les forces de l'ordre, le personnel pénitentiaire et militaire, le personnel médico-légal et les professionnels de la santé et autres personnes responsables de la santé des détenus »<sup>360</sup>. Ils doivent organiser des formations et mettre en place les orientations et les instructions voulues sur les normes internationales intéressant les enquêtes relatives aux actes de torture ou aux mauvais traitements, telles qu'elles sont énoncées dans le présent manuel, ainsi que sur les bonnes pratiques à l'intention de toutes les personnes qui participent aux enquêtes et à d'autres procédures juridiques pertinentes<sup>361</sup>. Dans le cadre de ces mesures, ils doivent faire une large place aux considérations particulières qu'il convient de prendre en compte dans les enquêtes relatives aux violences ou aux atteintes sexuelles commises sur des enfants ou d'autres personnes vulnérables, telles que

<sup>359</sup> Règles Nelson Mandela, règle 71 ; Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 23 ; CAT/C/DEU/CO/5, par. 19.

<sup>360</sup> A/69/387, par. 66.

<sup>361</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 35 ; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Espinoza Gonzáles v. Peru*, par. 323 à 327.



la nécessité d'adopter une approche tenant compte des questions de genre et des besoins de l'enfant.

## 2. Planification et préparation de l'enquête

**204.** Les organes d'enquête doivent soigneusement planifier et préparer leurs enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements. Les modalités essentielles de la planification consistent notamment : a) à réaliser des évaluations approfondies et dynamiques des risques et des menaces ; b) à sélectionner, former et évaluer les membres de l'équipe d'enquête (enquêteurs, interprètes éventuels, intermédiaires, analystes et personnel d'appui) ; c) à élaborer un plan d'enquête écrit ; d) à recenser les services d'appui vers lesquels la victime peut être orientée si nécessaire ; e) à réfléchir aux éléments de preuve à recueillir et à la manière dont ils peuvent, le cas échéant, être enregistrés, stockés, transportés, organisés et analysés en toute sécurité ; f) à mettre en place des codes de conduite et des instructions permanentes, notamment des procédures d'auto-prise en charge appropriées permettant de réduire autant que possible le risque de traumatisme secondaire chez les membres de l'équipe d'enquête ; g) à choisir un lieu d'entretien sûr, privé, neutre et confortable ; h) à mettre en place des mesures de protection des victimes et des témoins.

**205.** Étant donné qu'il peut arriver que de multiples acteurs (nationaux et internationaux) soient investis de mandats différents pour mener des enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements, les enquêteurs doivent être conscients, dès les premiers stades de l'enquête et tout au long de celle-ci, de la nécessité de la coordination. Ils doivent être dotés de connaissances et de compétences sur l'utilisation de déclarations de synthèse. Les enquêteurs et les autres acteurs doivent s'efforcer de ne pas recueillir de déclarations supplémentaires ou redondantes auprès des victimes et des témoins qui ont déjà été interrogés, en particulier pour éviter le risque de réactiver le traumatisme qu'ils ont subi, d'ébranler leur confiance dans les travaux et de réduire l'efficacité des procédures judiciaires. Pour ce faire, ils doivent notamment travailler en équipe comprenant des enquêteurs judiciaires et des médecins examinateurs qui, eux aussi, veulent et doivent établir un historique détaillé des faits.

## 3. Réalisation de l'enquête

**206.** Les organes d'enquête doivent exécuter dans le plus court délai et aussi rapidement que possible tout l'éventail de mesures d'enquête généralement reconnues, en vue d'établir un dossier aussi complet et exact que possible dans les circonstances de l'espèce. Ces mesures d'enquête consistent à recueillir : a) des preuves testimoniales (c'est-à-dire à interroger les victimes présumées, les témoins et l'auteur ou les auteurs présumés)<sup>362</sup>, b) des preuves matérielles, y compris des preuves médico-légales, c) des preuves numériques et d) des preuves documentaires, tant sur les actes de torture ou les mauvais traitements en cause et, le cas échéant, les éléments constitutifs pertinents de l'infraction que sur les caractéristiques générales des actes de torture et des mauvais traitements qui se commettent.

### (a) Entretiens avec les victimes présumées et les témoins

**207.** En raison de la nature des actes de torture et des traumatismes qu'ils entraînent, notamment en suscitant souvent un sentiment d'impuissance dévastateur, il est particulièrement important de faire preuve de sensibilité à l'égard de la victime présumée et des témoins en mettant en place des mesures et des procédures de nature à réduire le risque de les traumatiser davantage ou à nouveau<sup>363</sup>. L'État doit protéger les victimes présumées, les témoins et les membres de leur famille contre les actes de violence, les menaces de violence et toute autre forme d'intimidation auxquels l'enquête pourrait les exposer. Les enquêteurs doivent informer les témoins des conséquences de leur participation à l'enquête et de tout fait nouveau survenu par la suite dans l'affaire qui pourrait les concerner.

#### (i) Consentement éclairé et autres mesures de protection des victimes présumées

**208.** Dès le début, les victimes présumées doivent être informées, dans la mesure du possible, de la nature de la procédure, du motif pour lequel leur témoignage est sollicité et de l'usage qui pourrait éventuellement en être fait. Les enquêteurs doivent leur indiquer les éléments de l'enquête qui seront rendus publics et ceux

<sup>362</sup> Pour des orientations sur les moyens de réaliser efficacement des entretiens et d'appliquer des garanties pendant les interrogatoires, voir les Principes relatifs aux entretiens efficaces dans le cadre d'enquêtes et de collecte d'informations (2021). Consultable à l'adresse suivante : [www.apt.ch/sites/default/files/publications/apt\\_PoEI\\_FR\\_03.pdf](http://www.apt.ch/sites/default/files/publications/apt_PoEI_FR_03.pdf).

<sup>363</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), par. 21. En ce qui concerne la nécessité de « recevoir une formation méthodologique afin d'empêcher que les victimes de torture ou de mauvais traitements ne vivent un nouveau traumatisme », voir l'observation générale n° 3 (2012), par. 35.

qui seront placés sous le sceau de la confidentialité et établir un mécanisme permettant de déterminer ces différents éléments. Ils doivent s'efforcer de tenir compte de l'emploi du temps et des souhaits des victimes présumées. Ces dernières doivent être régulièrement informées de l'état d'avancement de l'enquête, en particulier à la suite des entretiens et des examens. Elles doivent également être informées de toutes les audiences essentielles organisées dans le cadre de l'enquête et des poursuites, ainsi que de l'arrestation des auteurs présumés des faits. Les enquêteurs doivent fournir aux victimes présumées d'actes de torture ou de mauvais traitements les coordonnées des groupes de défense et de traitement susceptibles de les aider. Ils doivent travailler en collaboration avec de tels groupes présents dans leur pays afin d'assurer des échanges d'informations et de formations concernant la torture et les mauvais traitements entre eux.

- 209.** Pour demander le consentement éclairé de l'enfant, les enquêteurs doivent faire appel à la participation de ses parents ou de ses tuteurs légaux, mais également tenir compte de l'éventuelle possibilité d'obtenir le consentement indépendant de l'enfant en plus de celui des adultes responsables. L'obtention du consentement est subordonnée à la protection de l'intérêt supérieur de l'enfant (voir le paragraphe 170 et l'annexe II ci-dessous).

*(ii) Choix de l'enquêteur*

- 210.** Les autorités chargées de l'enquête doivent désigner une personne qui sera chargée au premier chef d'interroger les victimes présumées. Bien qu'il puisse s'avérer nécessaire que ces dernières discutent de leur cas avec des professionnels du droit et des professionnels de la santé, l'équipe chargée de l'enquête doit s'efforcer de réduire autant que possible les répétitions inutiles de leur exposé des faits. Lors de la sélection de l'enquêteur principal chargé d'interroger les victimes présumées, il convient d'accorder une attention particulière à leur préférence pour une personne du même genre, de la même origine culturelle ou capable de communiquer dans leur

langue maternelle. L'enquêteur principal doit justifier d'une formation ou d'une expérience dans le domaine du recueil d'informations sur les actes de torture et celui du travail auprès de personnes traumatisées, notamment de victimes d'actes de torture. Le cas échéant, il doit également posséder des compétences techniques particulières en matière de travail auprès d'enfants victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements, ou de victimes d'actes de torture sexuelle. Les enfants qui auraient été traumatisés par des actes de torture ne doivent pas être privés de contacts concrets et réconfortants avec des adultes. La qualité des témoignages peut être compromise si les enfants sont interrogés par des personnes qui ne possèdent pas les compétences requises. Par conséquent, seuls les enquêteurs qui possèdent suffisamment d'expérience en matière d'audition d'enfants ou suffisamment de compétences techniques en matière de travail auprès d'eux doivent participer à l'audition d'enfants victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements. Les auditions qui ne sont pas menées correctement peuvent traumatiser à nouveau les victimes, les exposer à des risques supplémentaires, nuire à la qualité et à la fiabilité des informations fournies et déformer les souvenirs des victimes sur les faits en cause<sup>364</sup>. En outre, s'il convient de veiller à ce qu'ils soient interrogés par des professionnels possédant les compétences voulues, les enfants ne doivent pas être isolés par crainte de voir leur récit contaminer les témoignages des personnes qui doivent continuer à avoir régulièrement des contacts avec eux pour s'occuper d'eux. Le bien-être de l'enfant et son intérêt supérieur doivent être des facteurs primordiaux en tout temps. On trouvera des informations et des orientations sur la torture et l'audition de ses victimes dans différentes sources, dont le présent manuel, plusieurs publications professionnelles et de formation, des cours de formation et des conférences professionnelles<sup>365</sup>. L'enquêteur doit également pouvoir prendre l'avis d'experts internationaux et bénéficier de leur assistance tout au long de l'enquête.

<sup>364</sup> Ferro Ribeiro et van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict*, p. 161.

<sup>365</sup> Les autres sources sont notamment les suivantes : Polona Tepina, *The Torture Reporting Handbook: How to Document and Respond to Allegations of Torture within the International System for the Protection of Human Rights*, 2<sup>e</sup> éd. (Colchester, Centre des droits de l'homme de l'Université d'Essex, 2015), qui comprend des annexes présentant une liste d'instruments pertinents ainsi que des informations et des ouvrages de référence supplémentaires ; Svandize, *Enquêtes efficaces sur les mauvais traitements*, ouvrage qui comporte six annexes, dont des documents européens clés ; Forum des institutions nationales de défense des droits de l'homme pour la région de l'Asie et du Pacifique, *Undertaking Effective Investigations: A Guide for National Human Rights Institutions* (Sydney, 2013, version mise à jour en 2018) ; Association pour la prévention de la torture, Forum des institutions nationales de défense des droits de l'homme pour la région de l'Asie et du Pacifique et HCDH, *Prévenir la torture – Guide opérationnel à l'intention des institutions nationales des droits de l'homme* (Genève, 2010) ; Redress Trust, *Taking Complaints of Torture Seriously: Rights of Victims and Responsibilities of Authorities* (Londres, 2004) ; Foley, *Combating Torture* (voir la note 240). En ce qui concerne les violences sexuelles, voir Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Lignes directrices pour lutter contre les violences sexuelles et leurs conséquences en Afrique* (2017) ; Ferro Ribeiro et van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict*. Pour l'audition d'enfants victimes de maltraitance, voir États-Unis d'Amérique, Institut national de la santé de l'enfant et du développement humain, « Revised NICHD Protocol: interview guide » (2014).

*(iii) Contexte de l'enquête*

- 211.** L'enquêteur doit examiner attentivement le contexte dans lequel il travaille, prendre les précautions qui s'imposent et mettre en place les garanties correspondantes. S'il est appelé à interroger des personnes qui sont encore en détention ou dans toute autre situation susceptible de les exposer à des représailles, il doit veiller à ne pas les mettre en danger. Il doit choisir, dans la mesure du possible, un lieu d'entretien privé où le témoin se sent suffisamment à l'aise pour parler librement et faire tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir de telles conditions.
- 212.** Les enquêtes se déroulent dans des contextes politiques variés. Il en résulte des différences importantes dans la manière dont elles doivent être menées. L'enquêteur doit adapter les lignes directrices énoncées ci-après aux circonstances particulières de l'enquête et à son but.
- 213.** Lorsque l'enquête se déroule dans des contextes difficiles, par exemple dans une situation de conflit armé ou dans un cadre où les ressources disponibles sont extrêmement limitées, l'enquêteur doit malgré tout prendre toutes les mesures raisonnables pour se conformer aux normes énoncées dans le présent manuel<sup>366</sup>. Dans les cas où le strict respect de ces normes se révèle impossible, par exemple lorsque les capacités ou les ressources requises font défaut, les États doivent s'efforcer de faire appel à l'expertise et à l'aide internationales afin de s'acquitter de leurs obligations.
- 214.** Le contexte politique peut être hostile à la victime présumée et à l'examineur, par exemple lorsqu'il s'agit d'interroger des personnes privées de liberté emprisonnées par leur gouvernement ou détenues par un gouvernement étranger en vue de leur expulsion. Dans les pays où les demandeurs d'asile sont examinés à l'effet d'établir s'ils ont été victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements, le bien-fondé de leurs allégations de traumatisme et de torture ou de mauvais traitements peut ne pas être reconnu pour des motifs politiques. Le risque de mettre davantage en danger la sécurité du détenu est très réel et doit être pris en compte à chaque étape de l'enquête. Même dans les cas où les personnes qui allèguent avoir été victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements ne sont

- pas exposées à un danger imminent, les enquêteurs doivent faire preuve d'une grande prudence dans leurs contacts avec elles. Le langage et l'attitude adoptés par l'enquêteur ont une influence considérable sur la capacité de la victime présumée à lui accorder un entretien et sa volonté de l'accorder. Le lieu de l'entretien doit être aussi sûr et confortable que possible et l'accès aux toilettes et aux rafraîchissements doit être assuré. Il faut prévoir suffisamment de temps pour interroger la victime présumée. L'enquêteur ne doit pas s'attendre à obtenir un récit complet des faits au cours du premier entretien. Les questions relevant de la vie privée peuvent être traumatisantes pour la victime présumée. Compte tenu du risque de voir le témoignage de celle-ci la traumatiser, l'enquêteur doit faire preuve de sensibilité dans le ton, la formulation et l'enchaînement des questions. Le témoin doit être informé de son droit d'interrompre l'entretien à tout moment, de faire une pause si nécessaire ou de choisir de ne pas répondre à une question.
- 215.** La victime présumée, les témoins et les membres de l'équipe d'enquête doivent, dans la mesure du possible, pouvoir recourir aux services de professionnels de l'accompagnement psychologique ou de personnes formées au travail auprès des victimes d'actes de torture. Le fait de relater à nouveau les actes de torture ou les mauvais traitements subis peut amener la victime à revivre l'expérience ou à souffrir d'autres symptômes de traumatisme (voir les paragraphes 277 à 280 ci-dessous). De même, entendre le récit détaillé d'actes de torture peut provoquer des symptômes de traumatisme induit chez les enquêteurs, et ceux-ci doivent par conséquent être encouragés à discuter de leurs réactions les uns avec les autres, dans le respect de l'obligation déontologique de confidentialité qui leur incombe. Dans la mesure du possible, ces discussions doivent avoir lieu en présence d'un facilitateur expérimenté. Il existe deux risques particuliers dont il faut être conscient : premièrement, l'enquêteur risque de s'identifier aux personnes qui allèguent avoir subi des actes de torture et ne pas remettre suffisamment en question la version des faits donnée par ces personnes ; deuxièmement, il risque d'entendre des récits d'actes de torture si couramment qu'il finit par réduire dans son esprit la portée des expériences vécues par la personne interrogée.

<sup>366</sup> Voir également Cour européenne des droits de l'homme, *Mocanu et autres c. Roumanie*, requêtes n<sup>os</sup> 10865/09, 45886/07 et 32431/08, arrêt du 17 septembre 2014, par. 319 : « Même si les faits à l'origine de l'obligation d'enquête surviennent dans un contexte de violences généralisées et que les enquêteurs rencontrent des obstacles et des contraintes imposant le recours à des mesures d'investigation moins efficaces ou retardant les recherches, il n'en reste pas moins que les articles 2 et 3 [de la Convention européenne des droits de l'homme, portant respectivement sur le droit à la vie et l'interdiction de la torture] exigent l'adoption de toutes les mesures raisonnables propres à assurer la conduite d'une enquête effective et indépendante ».

*(iv) Sécurité du témoin*

**216.** Le témoignage de la victime est essentiel pour établir l'existence d'actes de torture ou de mauvais traitements. D'autres témoins jouent un rôle important dans les enquêtes sur les actes de torture ou les mauvais traitements, notamment les témoins oculaires des actes ou des omissions pertinents, les personnes dont le témoignage porte sur l'état de la victime présumée avant et après les actes de torture ou les mauvais traitements allégués, sur les conditions de détention, sur d'autres circonstances pertinentes ou sur l'identité des auteurs et celles qui témoignent à titre d'experts. Les témoins peuvent être vulnérables, peu coopératifs ou hostiles et mettre par conséquent à rude épreuve les autorités chargées de l'enquête. Les États doivent tenir compte de la situation difficile dans laquelle se trouvent généralement les témoins qui participent à des enquêtes sur des actes de torture ou des mauvais traitements. Il leur incombe de protéger les plaignants, les victimes et les témoins, les membres de leur famille et leurs représentants légaux, ainsi que les défenseurs des droits de l'homme, contre les actes de violence, les menaces de violence et toute autre forme d'intimidation auxquels l'enquête pourrait les exposer et contre certaines mesures d'enquête telles que les séances d'identification. Les personnes éventuellement impliquées dans des actes de torture ou des mauvais traitements doivent être écartées de toute fonction leur permettant d'exercer une autorité, directe ou indirecte, sur les plaignants, les témoins et leur famille ainsi que sur les personnes chargées de l'enquête. Les enquêteurs doivent accorder une attention constante aux effets de l'enquête sur la sécurité de la personne qui allègue avoir été victime d'actes de torture ou de mauvais traitements et celle des autres témoins. Il n'est permis de porter atteinte aux droits des témoins, tels que le droit à la vie privée, que dans la mesure absolument nécessaire à l'enquête et dans le respect des normes internationales reconnues en matière de droits de l'homme.

**217.** L'une des techniques proposées pour veiller à la sécurité des personnes interrogées, notamment celle des personnes privées de liberté dans les pays en situation de conflit, consiste à tenir un registre sécurisé des personnes visitées afin que les enquêteurs puissent s'assurer de la sécurité des intéressés lors de visites ultérieures. Les enquêteurs doivent être autorisés à parler à tout le monde, librement et en privé, et à visiter à nouveau toute personne si le besoin s'en fait sentir (d'où la nécessité de pouvoir retrouver l'identité des personnes interrogées). Ce ne

sont pas tous les pays qui acceptent ces conditions et les enquêteurs peuvent éprouver des difficultés à obtenir de telles garanties. Dans les cas où le témoin risque de se mettre en danger s'il donne sa version des faits, l'enquêteur doit rechercher d'autres formes de preuves visées dans le présent chapitre qui peuvent être obtenues sans créer un tel risque.

**218.** Les personnes privées de liberté sont plus exposées au risque de subir des représailles du fait de leur coopération avec les enquêteurs, et leurs réactions peuvent varier selon les circonstances. Dans certains cas, elles peuvent involontairement se mettre en danger en s'exprimant trop inconsidérément, pensant être protégées par la présence même de l'enquêteur « extérieur », alors que ce n'est pas nécessairement le cas. Dans d'autres, l'enquêteur peut se heurter à un « mur de silence », les personnes privées de liberté étant trop intimidées pour faire confiance à qui que ce soit, même si l'enquêteur leur propose un entretien en privé. En pareille situation, il peut s'avérer nécessaire de commencer par des « séances d'information de groupe » (mais pas d'« entretiens de groupe »), afin de pouvoir expliquer clairement la portée et le but de l'enquête, puis de proposer dans un deuxième temps des entretiens en privé avec les personnes qui souhaitent s'exprimer. Si la crainte de représailles, justifiée ou non, est trop forte, il peut être nécessaire d'interroger toutes les personnes privées de liberté dans un lieu de détention donné, afin d'éviter d'attirer l'attention sur telle ou telle personne. Lorsque l'enquête débouche sur des poursuites judiciaires ou sur la mise en place d'une autre instance publique de recherche de la vérité, l'enquêteur devrait recommander des mesures de protection de la victime présumée contre les risques de dommage, telles que la suppression des noms et de toute autre information permettant d'identifier l'intéressé dans les dossiers accessibles au public ou l'aménagement de la possibilité pour la victime de témoigner à l'aide de dispositifs de modification de l'image ou de la voix ou de la télévision en circuit fermé. Ces mesures doivent être compatibles avec les droits de la personne poursuivie.

*(v) Recours à des interprètes*

**219.** L'interprète joue un rôle crucial dans les enquêtes. Il est le gardien et le véhicule des informations qui circulent dans les deux sens entre l'enquêteur et la personne interrogée. L'absence d'un bon interprète risque de compromettre l'efficacité de l'enquête. Il n'est pas facile de s'appuyer sur des interprètes, même professionnels, pour mener des enquêtes sur

des actes de torture (voir les paragraphes 296 à 298 ci-dessous). En effet, il n'est pas toujours possible de trouver des interprètes disponibles pour toutes les langues et tous les dialectes, et il peut dès lors parfois s'avérer nécessaire de faire appel à des interprètes de la famille ou du groupe culturel de la personne interrogée. Cette solution n'est pas idéale, certaines personnes ne se sentant pas toujours à l'aise pour parler des actes de torture ou des mauvais traitements qu'elles ont subis par l'intermédiaire de personnes qu'elles connaissent. Il ne faut pas s'attendre à ce que les enfants servent d'interprètes à leurs parents lors d'entretiens portant sur la torture ou les mauvais traitements. Dans l'idéal, l'interprète doit faire partie de l'équipe d'enquête, avoir reçu une formation professionnelle, faire l'objet d'une vérification d'antécédents et bien connaître les questions relatives à la torture et aux mauvais traitements ainsi que les mots et les euphémismes utilisés pour désigner les parties du corps et les actes sexuels, afin de pouvoir reconnaître les indices par lesquels la personne interrogée révèle avoir été victime d'actes de torture sexuelle et de réagir comme il se doit. Lors de l'audition d'enfants, il convient de ne faire appel qu'à des interprètes qui ont reçu une formation spéciale en la matière et ont une expérience du travail auprès des enfants (voir annexe II). Les interprètes doivent : a) parler directement aux victimes et aux témoins ; b) utiliser uniquement le discours direct (dire, par exemple, « pouvez-vous relater ce qui s'est passé » et non « l'enquêteur vous demande ce qui s'est passé ») ; c) utiliser des techniques d'écoute active (bonne posture, hochement de tête et contact visuel respectueux) ; d) être capables de maîtriser leurs réactions émotionnelles et de faire preuve d'empathie et de sensibilité ; e) éviter de faire des digressions, c'est-à-dire interpréter exactement ce qui est dit et rien de plus.

*(vi) Informations à recueillir auprès de la victime présumée d'actes de torture ou de mauvais traitements*

**220.** L'enquêteur doit s'efforcer d'obtenir autant que possible les informations suivantes dans le cadre du témoignage de la victime présumée (voir les paragraphes 360 à 370 ci-dessous) :

**(a)** Les circonstances précédant les actes de torture ou les mauvais traitements allégués, notamment les menaces, les harcèlements, les insultes, l'arrestation ou l'enlèvement et la détention ;

**(b)** Les dates et heures approximatives des actes de torture ou des mauvais traitements allégués, notamment celles du cas le plus récent. Il n'est pas toujours facile de les déterminer, les actes de torture ou les mauvais traitements en cause pouvant avoir été commis dans plusieurs lieux et par plusieurs auteurs présumés (ou groupes d'auteurs présumés). Il peut se révéler nécessaire de recueillir des récits distincts pour les différents lieux. En outre, il faut s'attendre à ce que la chronologie des faits soit inexacte et qu'elle prête parfois même à confusion, la notion de temps étant souvent difficile à appréhender pour des personnes qui ont été victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements. Recueillir des récits distincts pour les différents lieux peut être utile pour avoir une vue d'ensemble de la situation. Les rescapés ne savent souvent pas exactement où ils ont été emmenés, du fait qu'ils avaient les yeux bandés ou n'étaient qu'à moitié conscients. En rassemblant des témoignages convergents, on peut établir un « tableau » des lieux, des méthodes et même des auteurs précis ;

**(c)** Une description détaillée des personnes ayant directement ou indirectement participé à l'arrestation, à la détention et aux actes de torture ou aux mauvais traitements allégués, indiquant notamment la structure de commandement du lieu de détention, si la victime présumée connaissait l'une de ces personnes avant les faits liés aux actes de torture ou aux mauvais traitements allégués, les vêtements que portaient ces personnes, leurs cicatrices, leurs taches de naissance, leurs tatouages, leur taille, leur poids (la victime peut être en mesure de décrire les auteurs d'actes de torture ou de mauvais traitements allégués par rapport à sa propre morphologie), leurs particularités anatomiques, leur langue et leur accent, leurs noms, y compris les surnoms utilisés, et si elles étaient en état d'ébriété à un moment ou un autre ;

**(d)** Les détails de ce qui a été dit ou demandé à la victime présumée, ces éléments pouvant, par exemple, fournir des informations utiles pour déterminer les lieux de détention secrets ou non reconnus ;

**(e)** Une description – qui peut être complétée par des croquis – du lieu de détention et de son agencement, ou du lieu où les actes de torture ou les mauvais traitements allégués ont été commis s'il ne s'agit pas d'un centre de détention, des cellules de détention, des salles d'interrogatoire et des salles de torture si celles-ci sont différentes, y compris le matériel de torture présent dans la salle ou utilisé (par exemple,



barres, tuyaux, crochets, cordes, fils de fer barbelés et réservoirs d'eau) ;

**(f)** Une description des conditions de détention (par exemple, l'espace, la nourriture, l'hygiène, la température, la lumière, l'accès aux soins médicaux, les contacts avec d'autres détenus et les visites), les activités courantes menées dans le lieu de détention et les caractéristiques des mauvais traitements allégués (par exemple, le lieu et l'heure où les actes de torture ou les mauvais traitements sont généralement commis, leur durée et d'autres facteurs de ce type) ;

**(g)** Une description des faits de torture ou de mauvais traitements allégués, y compris les méthodes utilisées. Elle est naturellement difficile dans bien des cas, et les enquêteurs ne doivent pas s'attendre à obtenir un récit exhaustif des faits au cours d'un seul entretien. Il est important de recueillir des informations précises, mais les questions relatives à des humiliations et voies de fait intimes sont traumatisantes, voire extrêmement traumatisantes dans bien des cas ;

**(h)** Des informations sur la question de savoir si la victime présumée a été agressée sexuellement. La plupart des personnes invitées à répondre à des questions sur des agressions sexuelles alléguées assimilent généralement celles-ci à de véritables actes de viol ou de sodomie. Les enquêteurs doivent être conscients que les agressions verbales, le déshabillage, les attouchements, les actes obscènes ou humiliants et les coups ou les décharges électriques sur les parties génitales ne sont souvent pas considérés par la victime comme des agressions sexuelles, et que les enfants pourraient ne pas comprendre la notion d'agression sexuelle ou discerner des agressions sexuelles. Ces actes portent tous atteinte à l'intimité de la personne et doivent donc être considérés comme des formes d'agression sexuelle. Très souvent, les victimes d'agressions sexuelles gardent le silence, voire nient en avoir été victimes. Dans bien des cas, ce n'est qu'au cours de la deuxième ou même de la troisième visite qu'elles apportent de plus amples informations sur l'agression sexuelle qu'elles ont subie, à condition encore que l'enquêteur ait fait preuve d'empathie à leur égard et de sensibilité à leur genre, à leur orientation sexuelle, à leur culture et à leur personnalité lors du premier contact (voir les paragraphes 274 à 276 ci-dessous) ;

**(i)** Les lésions physiques subies au cours des actes de torture ou des mauvais traitements allégués, ainsi que

les autres atteintes à l'intégrité physique immédiates ou à long terme qui y sont liées ;

**(j)** Les atteintes à l'intégrité mentale immédiates ou à long terme subies, les limitations fonctionnelles causées et l'incidence socioéconomique des actes de torture ou des mauvais traitements allégués sur la victime présumée et sa famille ;

**(k)** Une description des armes ou des autres objets matériels qui auraient été utilisés. Au cas où du matériel de torture spécialement conçu à cet effet aurait été utilisé, toute information sur son type, sa marque (son fabricant) et son pays d'origine ;

**(l)** L'identité des témoins des faits liés aux actes de torture ou aux mauvais traitements allégués ;

**(m)** Une description de tout autre élément de preuve pertinent, tel que des enregistrements des actes de torture ou des mauvais traitements allégués ou des faits qui les ont précédés ou suivis, et toute information sur l'existence de documents pertinents, tels que des déclarations signées sous la menace de torture ou de mauvais traitements.

*(vii) Déclarations de la personne qui allègue avoir été torturée et d'autres témoins*

**221.** L'enquêteur officiellement mandaté et habilité à conserver les dossiers doit enregistrer une déclaration détaillée de la personne concernée et la faire transcrire. Il doit utiliser des questions ouvertes générales (c'est-à-dire des questions qui appellent des réponses narratives) pour obtenir un récit général et ininterrompu, et des questions ouvertes plus précises pour obtenir certains détails et des précisions sur le récit. Les notes sur la déclaration ou l'entretien doivent reposer sur des réponses données à des questions ouvertes invitant la personne concernée à « raconter, expliquer et décrire » (par exemple, « Veuillez me raconter comment ... », « Veuillez m'expliquer ce que/ce qui ... » et « Veuillez me décrire ... ») et à des questions ouvertes concernant les actes de torture ou les mauvais traitements allégués introduites par « quoi », « qui », « quand », « où », « comment » et « comment savez-vous ». Une question introduite par « pourquoi » n'est généralement pas utile, car elle peut susciter une réponse fondée sur l'opinion de la personne interrogée et non pas sur des faits ; qui plus est, elle peut avoir un caractère stigmatisant ou culpabilisant. L'enquêteur ne doit pas poser de questions tendancieuses. Les questions

non tendancieuses sont celles dans lesquelles il n'est pas émis de suppositions ni de conclusions et qui permettent à la personne interrogée de livrer le témoignage le plus exhaustif et le plus impartial possible. Voici quelques exemples de questions non tendancieuses : « Que vous est-il arrivé ? » et « Où cela s'est-il passé ? », plutôt que « Avez-vous été torturé en prison ? ». Dans cette dernière question, il est présumé que ce qui est arrivé au témoin est d'avoir été torturé, et on limite le lieu où les faits se sont déroulés à une prison. L'enquêteur doit éviter de poser des questions à choix multiples, car cela pourrait obliger la personne interrogée à donner des réponses inexactes si ce qui s'est réellement passé ne correspond pas exactement à l'une des options proposées. Il doit laisser la personne interrogée relater elle-même les faits sans l'interrompre afin d'obtenir d'abord un récit libre, mais l'aider en lui posant des questions de plus en plus précises. Il doit également encourager la personne interrogée à faire appel à tous ses sens pour décrire ce qui lui est arrivé et lui demander ce qu'elle a senti, entendu ou ressenti, cela étant important, par exemple, dans les cas où la personne interrogée aurait eu les yeux bandés au moment des faits ou subi l'agression dans l'obscurité. Des considérations similaires s'appliquent, sous réserve des ajustements voulus, à l'audition d'autres témoins, dont les membres de la famille des victimes présumées, les codétenus et les fonctionnaires, dans le cadre de l'établissement des faits pertinents liés aux actes de torture ou aux mauvais traitements allégués qui seraient survenus avant, pendant ou après ces actes ou traitements.

#### *(viii) Déclarations des auteurs présumés des actes*

**222.** L'enquêteur doit faire tout son possible pour interroger les auteurs présumés des actes. Le cas échéant, il doit avoir recours à des séances d'identification ou à d'autres mesures d'enquête pour les identifier. Il doit leur offrir les protections juridiques garanties par le droit international et le droit interne, notamment les garanties contre les arrestations et détentions arbitraires, la présomption d'innocence et le droit à un procès équitable. Ces garanties ne comprennent pas les amnisties, les immunités ou d'autres mécanismes qui aboutissent à l'impunité des auteurs.

#### **(b) Préservation et obtention de preuves matérielles**

**223.** L'un des éléments les plus importants d'une enquête approfondie et impartiale sur des actes de torture ou des mauvais traitements consiste dans la collecte

et l'analyse de preuves matérielles. Celles-ci sont constituées de tous les objets et toutes les matières physiques susceptibles d'apporter des informations utiles pour établir que des actes de torture ont été commis ou de rattacher ces actes à la victime présumée ou à leur auteur ou leurs auteurs présumés. Il s'agit notamment : a) d'éléments matériels, tels que des bandeaux, du ruban adhésif, des vêtements ou des appareils électriques ; b) d'armes, telles que des couteaux, des matraques ou d'autres instruments de torture ; c) d'éléments biologiques ou médico-légaux, notamment la salive, le sang, les vomissures, le sperme et les sécrétions vaginales ; d) d'appareils électroniques ou numériques, tels que des téléphones ou des ordinateurs ; e) d'analyses toxicologiques mettant en évidence la présence de stupéfiants, de poison ou d'alcool ; f) de traces, telles que des fibres ou des cheveux ; g) d'empreintes, notamment les empreintes digitales, les empreintes de pied et les marques ; h) de lieux où les violations auraient été commises, tels que les centres de détention.

**224.** Si l'enquêteur possède l'autorité juridique et la formation professionnelle requises pour recueillir et stocker les preuves matérielles pertinentes et dispose des ressources nécessaires pour les stocker, les transporter et les conserver de manière appropriée et en toute sécurité, il doit recueillir autant de preuves matérielles que possible pour établir l'existence d'un cas de torture ou de mauvais traitements ou de la pratique systématique de la torture ou de mauvais traitements. L'enquêteur qui ne dispose pas de l'autorité, des capacités ou des ressources nécessaires doit s'abstenir de recueillir des preuves matérielles et, en lieu et place de celles-ci, prendre des notes, dessiner des croquis et photographier ou filmer les éléments de preuve disponibles. L'enquêteur doit recueillir des informations sur la chaîne de conservation des preuves matérielles disponibles afin de pouvoir utiliser celles-ci dans de futures procédures juridiques, notamment dans le cadre d'éventuelles poursuites pénales.

**225.** La plupart des actes de torture et des mauvais traitements sont commis dans des lieux de détention où il peut être au début difficile, voire impossible, de conserver des preuves matérielles ou de bénéficier d'un accès illimité. L'État doit conférer aux enquêteurs le pouvoir d'obtenir un accès illimité à tout lieu ou local et les mettre en mesure de sécuriser le cadre dans lequel des actes de torture auraient été commis. Les agents chargés de l'enquête et les autres enquêteurs doivent coordonner leurs efforts pour mener une enquête approfondie dans les lieux où

des actes de torture ou des mauvais traitements auraient été commis. Les enquêteurs doivent avoir un accès illimité à ces lieux, notamment, mais pas exclusivement, aux zones ouvertes et aux zones d'accès restreint, dont les bâtiments, les véhicules, les bureaux, les cellules carcérales ou d'autres locaux dans lesquels des actes de torture ou des mauvais traitements auraient été commis.

- 226.** Les lieux où des violations des droits de l'homme ou des infractions sont commises, tels que les lieux de détention, peuvent contenir des preuves matérielles, numériques et documentaires utiles susceptibles de corroborer les dépositions de la victime présumée ou d'autres témoins. La collaboration avec des cliniciens et des experts médico-légaux est indispensable pour recueillir les éléments de preuve présents sur de tels lieux, les analyser et garantir la bonne tenue de la chaîne de conservation. Les bâtiments et les zones faisant l'objet d'une enquête doivent être fermés afin d'éviter la perte ou le risque de contamination d'éventuels éléments de preuve. Seuls des enquêteurs dûment formés et leurs collaborateurs doivent être autorisés à pénétrer dans une zone dès lors qu'elle a été désignée zone d'enquête. Ils doivent l'examiner pour rechercher tout élément de preuve important.
- 227.** Tous les éléments de preuve doivent être correctement recueillis, manipulés, emballés, étiquetés et mis en lieu sûr afin d'éviter tout risque de contamination, d'altération ou de disparition. Au cas où les actes de torture ou les mauvais traitements en cause seraient suffisamment récents pour que ces éléments de preuve soient pertinents, tout échantillon trouvé de fluides corporels (tels que le sang ou le sperme), de cheveux, de fibres et de fils doit être recueilli, étiqueté et dûment conservé. Tous les instruments susceptibles d'être utilisés pour infliger des tortures, qu'ils soient conçus à cette fin ou utilisés de manière circonstancielle, doivent être prélevés et conservés. Si elles sont suffisamment récentes pour être pertinentes, toutes les empreintes digitales trouvées doivent être relevées et conservées. Un croquis étiqueté des locaux ou du lieu où les actes de torture auraient été commis doit être réalisé à l'échelle et assorti de tous les détails pertinents, tels que l'emplacement des étages du bâtiment, des salles, des entrées, des fenêtres, du mobilier et du terrain environnant. Des photos en couleur ou des enregistrements vidéo de ces éléments doivent également être réalisés. L'identité de toutes les personnes présentes sur les lieux des actes de torture allégués doit être consignée, à savoir leurs noms complets, ainsi que leurs adresses et leurs numéros

de téléphone ou d'autres informations permettant de prendre contact avec elles. Si les actes de torture sont suffisamment récents pour que cela soit pertinent, il convient de dresser un inventaire des vêtements de la personne qui allègue avoir été torturée, de la literie, des draps, des bandeaux et d'autres éléments de preuve pertinents et de les faire analyser dans un laboratoire, s'il en existe un, afin de rechercher des fluides corporels et d'autres preuves matérielles. Des informations doivent être obtenues de toute personne présente sur les lieux ou dans la zone d'enquête afin de déterminer si elle a été témoin des actes de torture ou des mauvais traitements allégués. Tous les papiers, registres ou documents pertinents doivent être conservés à des fins d'administration de la preuve et d'analyse graphologique.

### (c) Preuves médico-légales

- 228.** Les pièces médico-légales peuvent revêtir la forme de notes, de fiches médicales (notamment de fiches anatomiques, telles que celles figurant à l'annexe III, établies pour présenter l'emplacement des lésions), de certificats médicaux officiels, de fichiers informatiques, de fichiers numériques portables, d'enregistrements, de photos, de rapports ou d'une combinaison de ces éléments. La collecte de preuves médico-légales consiste à : a) recueillir l'exposé chronologique des actes de torture ou des mauvais traitements allégués, procéder à des examens médicaux (physiques et psychologiques), consigner les résultats aux fins de corroboration et, si possible, stocker et traiter des échantillons ; b) recueillir des preuves matérielles – échantillons médico-légaux – prélevées sur le corps de la victime ou des victimes présumées (ou d'autres personnes concernées). Les preuves médico-légales ne doivent être recueillies, traitées et analysées que par des professionnels de la santé et de la médecine légale ayant reçu une formation en la matière. Les enquêteurs qui demandent aux services médicaux de fournir des dossiers médicaux, des prestations de services ou des informations sur les patients ne doivent le faire que s'ils sont dûment mandatés et disposent des pouvoirs légaux requis ; pour ce faire, ils doivent en outre tenir pleinement compte des principes de confidentialité, de protection des données et de consentement éclairé.
- 229.** L'enquêteur doit prendre des dispositions pour que les victimes présumées subissent un examen médical. Il est particulièrement important que cet examen se fasse en temps utile. Un examen médico-légal doit être effectué quel que soit le laps de temps écoulé depuis que les actes de torture ou les mauvais traitements

présupposés ont été commis et de préférence le plus rapidement possible avant que les signes les plus évidents ne s'estompent. Il doit comprendre une évaluation des besoins de la personne concernée en matière de traitement des lésions et des maladies, de soutien psychologique, de conseils et de suivi (voir le chapitre V pour une description de l'appréciation clinique des preuves matérielles). L'examen médico-légal ne doit avoir lieu qu'avec le consentement éclairé de la victime présumée, assorti du respect de son droit d'être examinée par un praticien du sexe de son choix et dans un cadre privé et sécurisé. Dans l'idéal, le traitement clinique et l'examen médico-légal doivent être effectués en même temps afin de réduire le nombre d'interventions que la victime doit subir. L'appréciation de l'état psychologique de la victime présumée de la torture est toujours nécessaire et peut se faire dans le cadre de l'examen physique ou, dans les cas où il n'y a pas de signes physiques, à titre autonome (voir le chapitre VI pour une description de l'appréciation clinique des preuves psychologiques). Dans les cas où il est allégué qu'une personne est décédée des suites d'actes de torture ou de mauvais traitements, ou après avoir été soumise à de tels sévices, l'enquêteur doit faire procéder à une autopsie conformément aux normes internationales reconnues<sup>367</sup>.

**230.** Aux termes des Principes d'Istanbul, les cliniciens doivent présenter des « considérations concernant le lien probable existant entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou de mauvais traitements »<sup>368</sup>. Dans l'interprétation des constatations qu'ils ont opérées sur les plans physique et psychologique, ils doivent rechercher la mesure dans laquelle celles-ci rejoignent les allégations de torture ou de mauvais traitements en cause. On trouvera des indications supplémentaires sur l'interprétation des preuves matérielles et psychologiques d'actes de torture et de mauvais traitements aux chapitres IV, V et VI (voir les paragraphes 379 à 381, 417 à 423 et 540 à 545) et dans les annexes I et IV. Si le clinicien estime qu'une constatation ne concorde pas avec les allégations pour des motifs d'ordre clinique, il doit exposer ceux-ci (voir les paragraphes 268, 342 à 353 et 386 ci-dessous). Les principes d'Istanbul font également obligation aux cliniciens de donner un avis clinique sur l'éventualité générale que des actes de torture ou des mauvais traitements aient

été commis. Pour formuler un tel avis, les cliniciens doivent prendre en compte toutes les preuves cliniques pertinentes, notamment « les constatations d'ordre physique et psychologique, les données rétrospectives, les constatations photographiques, les résultats des tests de diagnostic, la connaissance des pratiques régionales en matière de torture, les rapports de consultation, etc. », comme indiqué à l'annexe IV. En plus de cet avis, ils doivent indiquer les symptômes et les handicaps dont souffre la personne concernée ainsi que leurs effets probables sur son fonctionnement social et formuler des recommandations à appliquer pour apprécier à nouveau la situation et prodiguer des soins supplémentaires à l'intéressée.

**231.** L'enquêteur doit veiller à ce que l'appréciation clinique soit du plus haut niveau et conforme au Protocole d'Istanbul et aux principes qu'il énonce afin d'éviter la nécessité d'une seconde appréciation clinique. Dans les cas où une appréciation clinique effectuée ou organisée par l'enquêteur n'a pas été conforme au Protocole d'Istanbul et aux principes qu'il énonce, notamment du fait de l'influence présumée de la qualité d'agent public de l'examineur clinique, l'enquêteur doit prendre les dispositions qui s'imposent pour qu'un professionnel de la santé compétent et indépendant procède à une seconde appréciation. L'enquêteur doit respecter le droit des victimes présumées d'actes de torture ou de mauvais traitements et des membres de leur famille de demander en tout temps qu'une appréciation clinique indépendante soit effectuée et que le rapport d'appréciation leur soit communiqué<sup>369</sup>. Si une appréciation antérieure n'a pas été conforme aux présentes normes, l'examineur clinique doit faire preuve d'une prudence accrue lors de l'éventuel second examen et mettre en place des mesures d'atténuation des risques de répétition inutile d'activités qui pourraient notamment traumatiser à nouveau la personne concernée et engendrer des incohérences dans le second entretien. Des experts étrangers doivent être autorisés à réaliser des appréciations cliniques si la victime présumée ou les membres de sa famille – au cas où elle ne serait pas en mesure de le faire – y consentent ou le demandent.

<sup>367</sup> Protocole du Minnesota relatif aux enquêtes sur les décès résultant potentiellement d'actes illégaux : version révisée du Manuel des Nations Unies sur la prévention des exécutions extrajudiciaires, arbitraires et sommaires et les moyens d'enquête sur ces exécutions (publication de l'ONU, 2017).

<sup>368</sup> Résolution 55/89 de l'Assemblée générale, annexe, par. 6 b) iv).

<sup>369</sup> A/69/387, par. 39 ; Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 25.

**(d) Preuves numériques et enquêtes reposant sur des sources numériques ouvertes**

**232.** L'enquêteur doit s'efforcer de recueillir toutes les informations ayant valeur probante qui sont stockées, reçues ou transmises par voie électronique. Il peut notamment recueillir des preuves numériques en exploitant des appareils électroniques, tels que des ordinateurs et des téléphones portables, saisis et en parcourant Internet pour rechercher des informations provenant de sources ouvertes. Si des preuves numériques sont extraites d'appareils électroniques saisis, ces appareils doivent être conservés à titre de preuves matérielles et l'expert numérique qui a extrait les données doit établir un rapport ou une déclaration sous serment qui pourront être utilisés devant le tribunal. Les preuves numériques comprennent : a) les dossiers de santé électroniques ; b) les vidéos enregistrées par des caméras en circuit fermé ; c) les photos et les vidéos, par exemple celles de lieux où des violations des droits de l'homme et des lésions physiques ont été commises, prises à l'aide d'appareils portables tels que des appareils photo et caméras numériques ou des smartphones ; d) les photos, vidéos ou autres éléments d'information publiés sur les médias sociaux ; e) les informations stockées sur les disques durs d'ordinateur et autres organes périphériques, tels que les cartes à mémoire, les lecteurs USB et les CD-ROM ; f) les courriels, les textes et les messages instantanés ; g) les photos aériennes et les images satellites, par exemple celles de centres de détention secrets ou d'autres lieux de violations des droits de l'homme ; h) les données de localisation stockées sur des téléphones portables ou des médias sociaux ; i) les métadonnées, c'est-à-dire les données qui fournissent des renseignements sur un fichier (par exemple, l'heure et le lieu d'une photo numérique). L'authenticité des preuves numériques est une condition essentielle de leur utilisation comme éléments de preuve. Elle doit donc être vérifiée à l'aide de techniques de criminalistique numérique reconnues.

**233.** Comme l'indique le Protocole de Berkeley sur l'utilisation des sources ouvertes numériques dans les enquêtes :

Les enquêtes reposant sur des sources ouvertes s'entendent de celles dans lesquelles l'enquêteur s'appuie, en tout ou en partie, sur

des informations relevant du domaine public pour faire, de façon formelle et systématique, des investigations en ligne sur des allégations d'actes répréhensibles. Aujourd'hui, de grandes quantités d'informations relevant du domaine public peuvent être consultées sur Internet, où un paysage numérique en évolution rapide a donné naissance à de nouveaux types et de nouvelles sources d'informations susceptibles de faciliter les enquêtes menées sur des allégations de violations des droits de l'homme et de crimes internationaux graves. Les moyens d'enquêter sur de telles allégations qui en découlent sont particulièrement utiles pour les enquêteurs qui ne peuvent pas se rendre physiquement sur les lieux des infractions en temps voulu, ce qui est souvent le cas dans les enquêtes internationales.

Les informations provenant de sources ouvertes peuvent fournir des pistes d'enquête, corroborer les produits des services de renseignement et servir de preuves directes devant les tribunaux. Toutefois, pour qu'elles puissent être utilisées dans le cadre de processus d'enquête officiels, notamment dans les enquêtes judiciaires, les missions d'établissement des faits et les commissions d'enquête, les enquêteurs doivent les recueillir par des méthodes cohérentes, lesquelles renforcent l'exactitude de leurs constatations et permettent aux juges et aux autres personnes chargées de l'établissement des faits de mieux évaluer la qualité du processus d'enquête lui-même.<sup>370</sup>

**(e) Photos**

**234.** Il convient de prendre des photos en couleur des lésions subies par les personnes qui allèguent avoir été torturées ou maltraitées si elles y consentent, celles des locaux (intérieur et extérieur) où les actes de torture ou les mauvais traitements en cause auraient été commis et celles de tout autre élément de preuve matériel trouvé dans ces locaux. Il est essentiel de disposer d'un mètre ou d'un autre moyen d'indiquer l'échelle sur les photos. Celles-ci doivent être prises dès que possible, même au moyen d'un appareil photo rudimentaire ou d'un autre appareil approprié, car certains signes matériels s'estompent rapidement et les lieux peuvent subir des altérations. Les photos développées

<sup>370</sup> Centre des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Californie à Berkeley et HCDH, *Berkeley Protocol on Digital Open Source Investigations: A Practical Guide on the Effective Use of Digital Open Source Information in Investigating Violations of International Criminal, Human Rights and Humanitarian Law* (New York et Genève, 2020), p. vii.



instantanément peuvent se dégrader avec le temps. Des photos plus professionnelles sont donc préférables et doivent être prises dès que le matériel est disponible. Dans la mesure du possible, les photos doivent être prises à l'aide d'un appareil photo numérique qui enregistre la date et l'heure (soit sur la photo elle-même, soit sous forme de métadonnées jointes à la photo par voie électronique). Si un appareil photo à pellicule est utilisé, il doit, si possible, être doté d'une fonction automatique de datation et d'horodatage, et la chaîne de conservation de la pellicule, des négatifs et des tirages doit être entièrement consignée. Le stockage et l'utilisation d'images intimes doivent être soumis à une rigueur accrue. Si des photos analogiques sont prises par une personne autre que l'enquêteur, elles doivent être recueillies et traitées dans le respect des principes régissant la collecte des éléments de preuve et la chaîne de conservation.

#### (f) Preuves documentaires

- 235.** Les documents, qu'ils soient officiels ou non, peuvent apporter des informations extrêmement utiles pour établir la réalité de faits de torture ou de mauvais traitements. Les preuves documentaires doivent être recueillies en particulier dans les lieux de détention, les bâtiments officiels, les bases militaires, les archives judiciaires, les archives hospitalières, les archives historiques ou les sources ouvertes.
- 236.** Les documents officiels comprennent : a) les listes de détenus et les autres dossiers pénitentiaires (par exemple, les listes de personnes décédées, les registres de transfèrement et les registres de livraison de nourriture) ; b) les certificats médicaux ; c) les dossiers de la police et les dossiers d'enquête ; d) les plaintes déposées auprès de la police, des institutions nationales des droits de l'homme, des services des personnes disparues ou d'autres services ; e) les documents relatifs aux procès et la jurisprudence ; f) les rapports de l'armée et des services de renseignement et d'autres documents opérationnels (registres de service, registres de transport, dossiers logistiques, rapports d'activités, plans et stratégies militaires, dossiers de communications, directives et instructions écrites) ; g) les documents d'identification et d'enregistrement, notamment les documents officiels concernant les personnes disparues et les documents d'enregistrement de tombes ; h) les archives officielles, telles que les procès-verbaux des séances du conseil

des ministres, les documents de commandement et de contrôle, les mémorandums internes des services gouvernementaux et les dossiers diplomatiques.

- 237.** Les documents non officiels comprennent : a) les autres dossiers médicaux ; b) les rapports et les dossiers des organisations de la société civile, notamment ceux des organisations non gouvernementales de défense des droits de l'homme ; c) les articles de journaux et les documents journalistiques, notamment les notes prises par les journalistes qui ne sont pas incluses dans les publications ; d) les récits de lanceurs d'alerte ou de sources internes présentant des pratiques, des informations et des faits pertinents ; e) les journaux intimes et les mots griffonnés sur un mur, par exemple dans un lieu de détention ; f) les croquis, par exemple ceux de lieux de violations des droits de l'homme.

## D. Commissions d'enquête

- 238.** Les commissions d'enquête jouent un rôle important en ce qu'elles contribuent à l'établissement de la responsabilité des auteurs, répondent aux besoins des victimes, déterminent la responsabilité des institutions, proposent des réformes institutionnelles et juridiques ainsi que des réformes concernant le personnel et favorisent la réconciliation<sup>371</sup>. Cependant, à elle seule, une commission d'enquête n'est « jamais suffisante pour satisfaire pleinement [aux obligations mises à la charge] d'un État [par le] droit international [en matière de] torture et [d']autres formes de [mauvais traitements] » et « des mesures doivent être prises pour veiller à ce que les travaux de la commission n'entravent les poursuites d'aucune manière que ce soit »<sup>372</sup>.

### 1. Définition de la portée de l'enquête

- 239.** Les États et les organisations qui créent des commissions d'enquête doivent préciser la portée de l'enquête en veillant à définir le mandat de la commission. La définition de son mandat peut considérablement accroître le succès de la commission en conférant une légitimité à ses travaux, en aidant ses membres à parvenir à un consensus sur la portée de l'enquête et en mettant en place une mesure à l'aune de laquelle le rapport final de la commission peut être jugé. Une fois qu'une tâche précise a été assignée à la commission, il faut la

<sup>371</sup> A/HRC/19/61, par. 26.

<sup>372</sup> Ibid., par. 69 et 55. Voir également l'Ensemble de principes actualisé pour la protection et la promotion des droits de l'homme par la lutte contre l'impunité, principes 6 à 13.

doter des ressources nécessaires pour s'acquitter de cette tâche. Voici les recommandations à appliquer pour définir le mandat de la commission :

**(a)** Le mandat doit être formulé en des termes neutres afin de ne pas suggérer de résultat prédéterminé. Pour que le mandat soit neutre, il faut éviter de limiter l'enquête à des points susceptibles de mettre en évidence la responsabilité de l'État dans des actes de torture ou des mauvais traitements ;

**(b)** Le libellé du mandat doit indiquer avec précision les faits et les questions qui doivent faire l'objet de l'enquête et être traités dans le rapport final de la commission ;

**(c)** Le libellé du mandat doit prévoir une certaine marge de manœuvre dans la définition de la portée de l'enquête afin d'éviter qu'un éventuel caractère trop limité ou trop large du mandat n'empêche la commission d'approfondir l'enquête. Cette marge de manœuvre peut, par exemple, être établie par une clause autorisant la commission à modifier son mandat selon les besoins. Il importe cependant que la commission tienne le public informé de toute modification apportée à son mandat.

## 2. Pouvoirs de la commission

**240.** Il convient de définir les pouvoirs de la commission sous la forme de principes généraux. Celle-ci a plus particulièrement besoin d'être investie des prérogatives suivantes :

**(a)** Le pouvoir d'obtenir toutes les informations nécessaires à l'enquête, y compris le pouvoir de contraindre toute personne à témoigner sous peine de sanction juridique, d'ordonner la production de documents, y compris des dossiers de l'État et des dossiers médicaux, et de protéger les témoins, les membres de la famille de la victime et d'autres sources ;

**(b)** Le pouvoir d'établir un rapport public ;

**(c)** Le pouvoir d'effectuer des visites sur le terrain, y compris sur les lieux où les actes de torture ou les mauvais traitements en cause auraient été commis ;

**(d)** Le pouvoir de recueillir des preuves auprès de témoins et d'organisations qui se trouvent à l'extérieur du pays.

## 3. Critères de sélection des membres

**241.** Les membres de la commission doivent être choisis pour leurs antécédents et pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance personnelles reconnues, telles qu'elles sont définies ci-après :

**(a) Impartialité.** Les membres de la commission ne doivent pas avoir de liens étroits avec une personne, une entité publique, un parti politique ou une autre organisation susceptibles d'avoir participé aux actes de torture ou aux mauvais traitements en cause. Ils ne doivent pas non plus avoir de liens trop étroits avec une organisation ou un groupe dont la victime est membre, l'existence de tels liens risquant de saper la crédibilité de la commission. Ce principe ne doit cependant pas servir de prétexte pour écarter systématiquement de la commission, par exemple, des personnes appartenant à de grandes organisations dont la victime est également membre ou des personnes liées à des organisations qui se consacrent au traitement et à la réadaptation des victimes de la torture ;

**(b) Compétence.** Les membres de la commission doivent être capables d'apprécier et de soupeser des éléments de preuve ainsi que de faire preuve de sûreté de jugement. Dans la mesure du possible, les commissions d'enquête doivent comprendre des personnes possédant des compétences en droit, en médecine et dans d'autres domaines spécialisés appropriés ;

**(c) Indépendance.** Les membres de la commission doivent être réputés au sein de leur communauté pour leur honnêteté et leur sens de l'équité ;

**(d) Représentation.** La composition de la commission doit être de nature à garantir une représentation adéquate des genres et des personnes dont les particularités et l'expérience sont pertinentes dans le contexte considéré.

**242.** L'objectivité de l'enquête et des constatations de la commission peut varier selon que celle-ci est, entre autres, composée de trois membres ou plus ou d'un seul ou deux membres. En règle générale, un commissaire unique ne doit pas mener d'enquête sur des actes de torture ou des mauvais traitements. Un commissaire unique et isolé ne peut généralement approfondir l'enquête que jusqu'au niveau où il est capable de la mener seul. En outre, un commissaire unique est obligé de prendre des décisions controversées et importantes sans débats

et est particulièrement vulnérable aux pressions exercées par l'État et des parties extérieures.

#### 4. Personnel de la commission

**243.** La commission d'enquête doit faire appel aux services de conseils impartiaux et spécialisés. Lorsque la commission enquête sur des allégations faisant état d'actes illicites commis par l'État, il est souhaitable que ces conseils ne relèvent pas du Ministère de la justice. Le conseil principal de la commission doit être à l'abri de toute influence politique, qu'il soit titulaire d'un poste dans la fonction publique ou un membre du barreau totalement indépendant. L'enquête nécessite souvent aussi la participation de conseillers spécialisés. En outre, la commission doit pouvoir faire appel aux services d'experts techniques dans des domaines tels que la pathologie, la médecine légale, la psychiatrie, la psychologie, la gynécologie et la pédiatrie. Pour que la commission puisse mener l'enquête de façon totalement impartiale et approfondie, il est presque toujours nécessaire que ses propres enquêteurs suivent les pistes trouvées et exploitent les éléments de preuve. Il s'ensuit que l'enquête gagne considérablement en crédibilité dès lors que la commission est en mesure de s'appuyer sur ses propres enquêteurs.

#### 5. Protection des témoins

**244.** L'État doit protéger les plaignants, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et les membres de leurs familles contre les actes de violence, les menaces de violence ou toute autre forme d'intimidation (voir les paragraphes 204 à 207 ci-dessus). Si la commission conclut à l'existence de raisons de craindre qu'un témoin ou un témoin potentiel fasse l'objet de persécution ou de harcèlement ou subisse un dommage, elle peut juger souhaitable d'entendre le témoin à huis clos, de placer l'identité de l'informateur ou du témoin sous le sceau de la confidentialité, de n'utiliser que des éléments de preuve qui ne permettent pas d'identifier le témoin et de prendre d'autres mesures appropriées.

#### 6. Travaux de la commission

**245.** Il découle des principes généraux de la procédure pénale que les audiences doivent être publiques, à moins que le huis clos ne soit nécessaire pour protéger la sécurité ou la vie privée du témoin. Les audiences à huis clos doivent être enregistrées et le dossier, qui ne peut être publié, doit être scellé et conservé dans un lieu connu. Il peut arriver que l'observation du secret total soit nécessaire pour

encourager les personnes à témoigner et que la commission souhaite entendre des témoins en privé, de manière informelle ou sans enregistrer leur récit.

#### 7. Avis d'enquête

**246.** La création de la commission et l'objet de l'enquête doivent être largement diffusés. L'avis publié pour les diffuser doit être assorti d'une invitation à soumettre des informations pertinentes et des déclarations écrites à la commission, ainsi que d'instructions à l'intention des personnes disposées à témoigner. Il peut être diffusé à l'aide de journaux, de magazines, de la radio, de la télévision, de brochures et d'affiches.

#### 8. Recueil des éléments de preuve

**247.** La commission d'enquête doit être investie du pouvoir de contraindre toute personne à témoigner ou à produire des documents, y compris des fonctionnaires soupçonnés de participation à des actes de torture ou à des mauvais traitements. En pratique, ce pouvoir peut inclure celui d'imposer des amendes ou des peines si les fonctionnaires ou les autres personnes concernés refusent d'obtempérer. La première mesure que la commission doit prendre pour recueillir des éléments de preuve consiste à inviter les personnes à témoigner ou à lui soumettre des déclarations écrites. Lorsque des personnes ont peur de faire des dépositions, ne peuvent pas se déplacer pour participer à la procédure ou ne sont pas disponibles pour d'autres raisons, les déclarations écrites qu'elles établissent peuvent constituer une importante source d'éléments de preuve. La commission d'enquête doit étudier d'autres procédures par lesquelles elle pourrait obtenir des informations pertinentes.

#### 9. Droits des parties

**248.** Les personnes qui allèguent avoir été torturées (ou avoir subi des mauvais traitements) et leurs représentants légaux doivent être informés de toute audience à tenir, avoir la possibilité d'y participer, avoir accès à toute information nécessaire à l'enquête et jouir du droit de produire des éléments de preuve. Cette attention particulière accordée à la victime présumée en tant que partie à la procédure rend compte du rôle particulièrement important que ses intérêts jouent dans la conduite de l'enquête. Toutefois, les autres parties intéressées doivent également avoir la possibilité d'être entendues. L'organe d'enquête doit être habilité à convoquer des témoins, y compris les fonctionnaires mis en

cause, et à exiger la production de preuves. Tous ces témoins doivent pouvoir être assistés d'un avocat si l'enquête risque de leur porter préjudice, par exemple si leur déposition est susceptible de les exposer à des poursuites pénales ou à une responsabilité civile. Les témoins ne peuvent être contraints de témoigner contre eux-mêmes. La commission doit avoir la possibilité de les interroger efficacement. Les parties à l'enquête doivent être autorisées à soumettre des questions par écrit à la commission.

## 10. Appréciation des éléments de preuve

**249.** La commission doit apprécier toutes les informations et tous les éléments de preuve qu'elle reçoit afin de déterminer s'ils sont fiables et dignes de foi. Elle doit apprécier les témoignages oraux, en tenant compte du comportement et de la crédibilité générale du témoin. En outre, elle doit être sensible aux questions sociales et culturelles et aux questions de genre qui influent sur le comportement du témoin. La concordance d'éléments de preuve émanant de sources différentes accroît leur force probante et la fiabilité des preuves par oui-dire. La commission doit minutieusement examiner la fiabilité de celles-ci avant de les considérer comme établissant un fait. Les témoignages qui ne font pas l'objet d'un contre-interrogatoire doivent également être considérés avec prudence. Les témoignages à huis clos conservés dans un dossier fermé ou non enregistrés ne font souvent pas l'objet d'un contre-interrogatoire et, par conséquent, peuvent se voir accorder moins de poids.

## 11. Rapport de la commission

**250.** La commission doit rendre dans un délai raisonnable un rapport public qui « doit être publié à grande échelle et de manière à être accessible au plus grand nombre de personnes possible »<sup>373</sup>. En outre, lorsque ses constatations ne recueillent pas l'unanimité de ses membres, les commissaires minoritaires doivent déposer une opinion dissidente. Le rapport de la commission doit contenir, au minimum, les informations suivantes :

(a) La portée de l'enquête et le mandat ;

(b) Les modalités et méthodes d'appréciation des éléments de preuve ;

(c) La liste exhaustive des témoins ayant déposé, assortie de leur âge et de leur genre, à l'exception de ceux dont l'identité n'a pas été révélée pour des raisons de protection ou qui ont déposé à huis clos, ainsi que celle des pièces à conviction admises en preuve ;

(d) Le lieu, la date et l'heure de chaque audience (informations pouvant être jointes en annexe au rapport) ;

(e) Le contexte général de l'enquête, notamment les conditions sociales, politiques et économiques pertinentes<sup>374</sup> ;

(f) Les faits précis qui se sont produits et les éléments de preuve sur lesquels leur constatation est fondée ;

(g) Les règles de droit sur lesquelles la commission s'est appuyée ;

(h) Les conclusions tirées par la commission sur le fondement du droit applicable et des constatations de fait qu'elle a opérées ;

(i) Les recommandations découlant des constatations opérées par la commission.

**251.** L'État doit répondre dans le plus court délai et publiquement au rapport de la commission et, le cas échéant, indiquer les mesures qu'il entend prendre pour y donner suite, notamment pour appliquer rapidement et efficacement les recommandations formulées par la commission.

## E. Rôle des procureurs, des juges, des institutions nationales des droits de l'homme et d'autres acteurs dans les enquêtes relatives à la torture

**252.** « [L]es juges, les procureurs et les avocats jouent un rôle primordial dans la défense des droits de l'homme, notamment le droit absolu et intangible de

<sup>373</sup> A/HRC/19/61, par. 77.

<sup>374</sup> Selon le Rapporteur spécial sur la torture, « [a]u-delà de la récitation des faits, le rapport d'une commission d'enquête doit essayer de donner une image exacte du contexte social et politique dans lequel les actes de torture et les autres crimes internationaux ont eu lieu. Le rapport doit essentiellement identifier les failles dans l'ordre institutionnel public et privé ayant permis l'effondrement des protections juridiques et procédurales, et conduit à une culture de l'impunité des crimes objet d'enquêtes de la commission » (Ibid., par. 75).

ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>375</sup>.

### 1. Procureurs (ou magistrats du parquet)

**253.** En matière d'administration de la justice, les magistrats du parquet « jouent un rôle actif dans la procédure pénale, y compris l'engagement de poursuites et, lorsque la loi ou la pratique nationale les y autorise, ils participent aux enquêtes criminelles, supervisent la légalité de ces enquêtes, supervisent l'exécution des décisions des tribunaux et exercent d'autres fonctions en qualité de représentants de l'intérêt public »<sup>376</sup>.

Ce faisant, ils « s'attachent dûment à engager des poursuites dans le cas de délits commis par des agents de l'État, notamment des actes de corruption, des abus de pouvoir, des violations graves des droits de l'homme et autres délits reconnus par le droit international et, lorsque la loi ou la pratique nationale les y autorise, à ouvrir une enquête sur de telles infractions »<sup>377</sup>.

**254.** En règle générale, « [l]es magistrats du parquet exercent leurs fonctions conformément à la loi, en toute équité, de manière cohérente et diligente, respectent et protègent la dignité humaine et défendent les droits de la personne humaine, contribuant ainsi à garantir une procédure régulière et le bon fonctionnement du système de justice pénale »<sup>378</sup>. Ils sont tenus de refuser de prendre en compte les éléments de preuve dont ils savent ou ont des motifs raisonnables de penser qu'ils ont été obtenus par la torture ou des mauvais traitements. Ils doivent veiller à ce que les renseignements ou aveux obtenus d'une personne par de tels moyens soient irrecevables comme élément de preuve contre cette personne dans quelque procédure que ce soit (règle d'exclusion de la preuve). Toutefois, de tels éléments, renseignements ou aveux peuvent être utilisés contre une personne accusée de torture comme preuve de leur obtention par la torture<sup>379</sup>. Dans de tels cas, les magistrats du parquet doivent informer le tribunal de l'existence de ces éléments de preuve et prendre toutes les mesures nécessaires pour traduire en justice les personnes qui ont eu recours aux méthodes illicites en cause<sup>380</sup>.

**255.** Les magistrats du parquet doivent posséder les qualifications professionnelles requises, recevoir régulièrement des formations, être dotés des ressources nécessaires, jouir de l'indépendance et bénéficier d'une protection afin de pouvoir exercer leurs fonctions conformément aux principes énoncés dans le présent manuel dans le cadre d'enquêtes ouvertes sur des actes de torture ou des mauvais traitements allégués. Les autorités chargées des poursuites doivent émettre des lignes directrices sur l'utilisation du présent manuel et les magistrats du parquet doivent être régulièrement formés aux normes, méthodes d'enquête et développements pertinents<sup>381</sup>. En outre, les magistrats du parquet doivent, tout au long de la procédure judiciaire, respecter scrupuleusement le principe de l'interdiction de la torture dans l'exercice de leur liberté d'appréciation. Ils ne doivent pas se rendre complices de la facilitation ou de la commission d'actes de torture ou de mauvais traitements ni de l'impunité de tels faits.

**256.** Dès qu'ils sont saisis d'une plainte ou ont de toute autre manière connaissance d'une allégation de torture ou de mauvais traitements, les magistrats du parquet doivent immédiatement prendre les mesures qui s'imposent pour veiller à ce qu'une enquête impartiale, efficace et tenant compte des questions de genre et des besoins de l'enfant soit menée sur ce cas dans le plus court délai et conformément aux indications données dans le présent manuel<sup>382</sup>. Ils doivent prendre ou demander que soient prises des mesures d'enquête rapides conformément aux indications données dans le présent chapitre. Lorsqu'à un stade de l'enquête il s'avère que celle-ci n'est pas adéquate à la lumière des normes énoncées dans le présent manuel, il convient de la rouvrir ou de commencer une nouvelle enquête. Tout au long de la procédure, les magistrats du parquet doivent prendre toutes les mesures possibles pour assurer la protection des victimes et des témoins, notamment en engageant des poursuites contre toute personne qui met en danger l'intégrité physique ou psychologique des victimes, des témoins ou des autres personnes participant aux enquêtes. Ils doivent s'efforcer d'établir la responsabilité des fonctionnaires ou d'autres personnes ayant participé à des actes de torture ou à de mauvais

<sup>375</sup> Résolution 35/12 du Conseil des droits de l'homme, treizième alinéa du préambule. Voir également Foley, *Combating Torture* (voir la note 240).

<sup>376</sup> Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 11.

<sup>377</sup> Ibid., par. 15.

<sup>378</sup> Ibid., par. 12.

<sup>379</sup> Voir, en particulier, la Convention contre la torture, art. 15.

<sup>380</sup> Principes directeurs applicables au rôle des magistrats du parquet, par. 16.

<sup>381</sup> A/69/387, par. 67.

<sup>382</sup> CAT/C/54/2, par. 92.



traitements et engager des poursuites pénales contre les intéressés pour torture ou mauvais traitements, ou pour des infractions similaires pertinentes prévues par la législation nationale, s'il existe suffisamment d'éléments de preuve. Dans les cas où les éléments de preuve disponibles ne sont pas suffisants pour porter des accusations de torture ou de mauvais traitements, les magistrats du parquet doivent envisager de retenir des infractions moins graves ou de recommander, le cas échéant, des mesures disciplinaires. En requérant toute sanction, en particulier une peine privative de liberté, ils doivent veiller à ce qu'elle soit proportionnée à la gravité de l'infraction et tenir compte, le cas échéant, des droits et des vus des victimes des actes de torture ou des mauvais traitements en cause et de ceux des membres de leurs familles.

## 2. Juges

**257.** « [U]n pouvoir judiciaire indépendant et impartial ... ainsi que l'intégrité du système judiciaire sont des préalables indispensables à la protection des droits de l'homme, au respect de la légalité et à la garantie de procès équitables et d'une administration de la justice exempte de discrimination »<sup>383</sup>. Il faut accorder aux juges l'indépendance, la formation, les ressources et la protection dont ils ont besoin pour pouvoir dûment s'acquitter de leurs multiples fonctions dans le cadre des enquêtes et d'autres procédures judiciaires relatives à la torture et aux mauvais traitements conformément aux principes énoncés dans le présent manuel.

**258.** Les juges doivent être particulièrement vigilants dans l'exercice de leur fonction de contrôle visant à assurer l'intégrité physique et psychologique et le bien-être des personnes privées de liberté<sup>384</sup>. Ils ont le pouvoir d'ordonner et de faire en sorte que les suspects et les détenus ne soient pas arbitrairement privés de liberté ni placés en détention ou transférés dans des lieux où les intéressés risquent d'être torturés. Lorsque des autorités publiques ou d'autres personnes agissant à titre officiel, ainsi que des juges, savent ou ont des motifs raisonnables de penser que des actes de torture ou des mauvais traitements ont été, sont ou seront commis par des acteurs publics ou privés et s'abstiennent de mener des enquêtes sur ces acteurs, de les poursuivre et de les punir dans un contexte où ils sont

mandatés à cette fin, l'État en porte la responsabilité. La responsabilité des fonctionnaires qui n'ont pas pris de mesures pour empêcher de tels faits interdits doit être retenue pour consentement exprès ou tacite à leur commission<sup>385</sup>. Le Comité contre la torture cite à titre d'exemple le cas où un individu doit être transféré ou dirigé à des fins de garde vers une personne ou une institution dont on sait qu'elle s'est livrée à des actes de torture ou à des mauvais traitements ou qu'elle n'a pas mis en place de garanties suffisantes<sup>386</sup>.

**259.** Si les juges soupçonnent qu'une personne a été soumise à la torture ou à des mauvais traitements, ils doivent user de leurs pouvoirs juridictionnels pour ouvrir une enquête ou en informer les procureurs afin que ceux-ci interviennent dans l'affaire. Dans les cas, en particulier, où des suspects ou des personnes poursuivies formulent des allégations de torture ou de mauvais traitements au cours de la procédure judiciaire ou du procès, les juges doivent prendre les mesures qui s'imposent pour qu'une enquête impartiale et efficace soit menée dans le plus court délai sur ces allégations conformément aux principes énoncés dans le présent manuel<sup>387</sup>.

En application de l'article 15 de la Convention contre la torture, le juge ne doit déclarer recevable aucun élément de preuve dont il est allégué qu'il a été obtenu par la torture ou des mauvais traitements dans les cas où les autorités chargées des poursuites ne sont pas en mesure de démontrer le contraire, si ce n'est à titre de preuve à charge contre la personne accusée de l'avoir ainsi obtenu. L'interdiction d'utiliser des éléments de preuve ou des informations dont il est allégué qu'ils ont été obtenus par la torture (règle d'exclusion de la preuve) s'applique à toutes les procédures, judiciaires ou non judiciaires, notamment aux audiences pénales et administratives, et aux audiences d'extradition<sup>388</sup>.

**260.** Les juges chargés d'ordonner des enquêtes sur des cas de torture ou de mauvais traitements doivent veiller à ce que toutes les mesures d'enquête pertinentes soient prises conformément aux principes énoncés dans le présent manuel et ordonner aux organes d'enquête de prendre des mesures supplémentaires si nécessaire. Dans les procès intentés contre les auteurs présumés d'actes de torture, les juges doivent entendre et soupeser tous les témoignages possibles afin de déterminer, sur la base du critère de preuve

<sup>383</sup> Résolution 35/12 du Conseil des droits de l'homme, cinquième alinéa du préambule. Voir également les Principes fondamentaux relatifs à l'indépendance de la magistrature.

<sup>384</sup> Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, principe 4 ; CAT/OP/2.

<sup>385</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 2 (2007), par. 18.

<sup>386</sup> Ibid., par. 19.

<sup>387</sup> CAT/C/54/2, par. 92.

<sup>388</sup> Comité contre la torture, P.E. c. France (CAT/C/29/D/193/2001), par. 3.3, 6.2 et 6.3.

requis, si les accusés sont coupables – tout en tenant pleinement compte de leur droit à un procès équitable – et, dans l'affirmative, quelle est la peine appropriée dans les circonstances particulières de l'espèce. Ils doivent en particulier examiner la pertinence et la fiabilité des preuves médico-légales, considérées comme un type de témoignage d'expert, en tenant compte des compétences professionnelles du médecin légiste, des circonstances pertinentes et d'autres éléments de preuve<sup>389</sup>. Comme l'a souligné le Rapporteur spécial sur la torture :

Le Protocole d'Istanbul devrait être utilisé pour évaluer les allégations de torture et les rapports médico-légaux [établis] conformément aux normes et principes [énoncés dans ce] Protocole, [notamment les principes d'] indépendance et [d']impartialité, [présentent] de[s] constatations fiables [en matière] de torture. Ces rapports médico-légaux doivent donc être considérés comme un moyen fiable de déterminer s'il y a eu ou non torture<sup>390</sup>.

- 261.** Les juges doivent veiller à ce que les principes et les normes énoncés dans le présent manuel soient respectés dans toutes les procédures judiciaires, notamment les affaires relatives aux droits fondamentaux et civils, les procédures administratives et civiles ainsi que les affaires relatives à l'asile et au non-refoulement. Les juges des juridictions régionales et internationales et les membres des organes créés en vertu d'un instrument international relatif aux droits de l'homme doivent dûment tenir compte de ces normes et principes lors de l'examen des questions relatives à la torture ou aux mauvais traitements. Toutefois, l'issue de la procédure judiciaire ne doit pas dépendre de l'éventuelle enquête préalable et exhaustive menée sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Par exemple, lorsque dans une affaire constitutionnelle, civile ou administrative une personne décède en détention ou une victime porte des allégations crédibles faisant état d'actes de torture ou de mauvais traitements qu'elle aurait

subis en détention, la charge de la preuve devrait être renversée et reportée sur l'État afin qu'il apporte des explications plausibles sur la cause du dommage<sup>391</sup>.

### 3. Institutions nationales des droits de l'homme et mécanismes nationaux de prévention

- 262.** Les institutions nationales qui, aux termes des Principes concernant le statut des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme (Principes de Paris), ont compétence pour promouvoir et protéger les droits de l'homme doivent être mandatées pour instruire toutes les plaintes faisant état de violations desdits droits, y compris les actes de torture et les mauvais traitements<sup>392</sup>. Dans l'exercice de ce mandat, elles doivent recourir aux techniques d'enquête non coercitives et s'appuyer sur les normes et principes énoncés dans le présent manuel pour mener les enquêtes relatives aux faits allégués de torture ou de mauvais traitements et à leurs modes d'exécution, en particulier les enquêtes juridiques<sup>393</sup>. Les organes de contrôle, tels que les mécanismes nationaux de prévention, doivent également recevoir des formations sur le manuel bien qu'ils ne soient pas chargés d'instruire des plaintes<sup>394</sup>. Ces organes doivent être habilités à recevoir des allégations de torture ou de mauvais traitements en toute confidentialité et mandatés pour repérer les problèmes préoccupants et les porter à la connaissance des autorités compétentes dans le cadre de leurs visites régulières.

### 4. Autres acteurs

- 263.** Le droit international fait obligation aux États d'enquêter sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. Les acteurs autres que les États, tels que les organisations de la société civile, jouent un rôle indépendant et complémentaire important dans la réalisation des objectifs des enquêtes visant à lutter contre l'impunité, à garantir la justice et à faire respecter l'état de droit. Ce rôle consiste à recueillir des informations sur les actes de torture

<sup>389</sup> A/69/387, par. 49.

<sup>390</sup> Ibid., par. 52.

<sup>391</sup> E/CN.4/2003/68, par. 26 k). Cette thèse est conforme à la jurisprudence des juridictions régionales et internationales et des organes créés en vertu d'un instrument international relatif aux droits de l'homme ; voir Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les victimes de la torture, « Interpretation of torture in the light of the practice and jurisprudence of international bodies » (2011), p. 9.

<sup>392</sup> A/56/44, par. 46 c).

<sup>393</sup> Association pour la prévention de la torture, Forum des institutions nationales de défense des droits de l'homme pour la région de l'Asie et du Pacifique et HCDH, *Prévenir la torture – Guide opérationnel à l'intention des institutions nationales des droits de l'homme*, p. 55 à 60.

<sup>394</sup> Voir, entre autres, le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Pour la relation entre les institutions nationales des droits de l'homme et les mécanismes nationaux de prévention, voir HCDH, *Prévenir la torture – Le rôle des mécanismes nationaux de prévention, Un Guide pratique*, Série sur la formation professionnelle n° 21 (New York et Genève, 2018), p. 16.

ou les mauvais traitements, à représenter les victimes, à susciter des enquêtes ou d'autres investigations ou des procédures judiciaires débouchant sur des enquêtes, à fournir des éléments de preuve ou des services d'expert aux organes d'enquête, à contrôler les procédures et à produire des analyses juridiques tendant à déterminer si les enquêtes menées sont adéquates ou non. En recueillant des informations sur les actes de torture ou les mauvais traitements qui seraient utilisés dans le cadre de procédures juridiques – telles que les enquêtes ou les procédures judiciaires ou quasi-judiciaires – à des fins de réparation, de prévention et d'accès à des services ou dans celui de demandes d'asile ou de non-refoulement, les acteurs non étatiques doivent chercher à obtenir des documents provenant de sources fiables et identifiables, détaillés, cohérents sur le plan interne et recueillis le plus rapidement possible. Ils doivent respecter les principes énoncés dans le présent manuel, afin de ne pas compromettre le but de l'enquête. Les États sont tenus de respecter le rôle joué par ces acteurs et de leur garantir une protection efficace contre les menaces, le harcèlement ou d'autres ingérences injustifiées<sup>395</sup>.

## F. Utilisation des preuves d'actes de torture ou de mauvais traitement dans le cadre d'autres procédures juridiques

**264.** Les conclusions des enquêtes sur des actes de torture ou des mauvais traitements allégués doivent être prises en considération dans toute autre procédure juridique pertinente, notamment : a) les procédures relatives à l'exclusion de déclarations ou d'aveux faits sous la torture (règle d'exclusion de la preuve) dans lesquelles l'État a la charge de prouver que

la personne concernée n'a pas été torturée<sup>396</sup> ; b) les affaires civiles et administratives et les affaires relatives aux droits fondamentaux et aux droits de l'homme, en particulier pour établir les responsabilités et déterminer les formes de réparation appropriées afin de garantir le droit des victimes à un recours utile et à une réparation<sup>397</sup> ; c) les commissions de vérité et d'autres procédures établies au sortir d'un régime répressif ou d'un conflit<sup>398</sup> ; d) les demandes d'asile ou de non-refoulement<sup>399</sup>. Dans les cas où aucune enquête exhaustive préalable n'a été menée, tout élément de preuve à produire dans le cadre de la procédure juridique doit être obtenu dans le respect du Protocole d'Istanbul et des principes qu'il énonce.

**265.** Les décideurs, en particulier ceux qui sont chargés de statuer en matière d'asile et de renvoi, doivent appliquer le critère de preuve approprié – lequel est rempli dès lors que la personne concernée a établi l'existence de l'éventualité raisonnable ou d'un risque réel qu'elle soit soumise à la torture (ou à d'autres violations des droits de l'homme constitutives de persécution) en cas de renvoi – et prendre dûment en compte les éléments de preuve disponibles, notamment les preuves cliniques, dans leur décision. Ils ne doivent pas émettre d'avis sur des questions cliniques qui ne relèvent pas de leur compétence ni rejeter des preuves cliniques du seul fait qu'ils ont déjà conclu à un défaut de crédibilité. L'existence de preuves cliniques d'actes de torture ou de mauvais traitements antérieurs constitue généralement un important indice permettant de penser que la personne concernée court un risque réel de persécution ou de torture en cas de renvoi<sup>400</sup>. En revanche, l'absence de preuves cliniques ne suffit pas à établir que la personne concernée n'a pas été torturée ni que les dires de la personne qui allègue avoir été torturée ne sont pas crédibles.

<sup>395</sup> Résolutions 32/31 et 70/161 de l'Assemblée générale.

<sup>396</sup> A/HRC/25/60.

<sup>397</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 3 (2012), entre autres, par. 30 : « Les États parties ... doivent aussi mettre à la disposition des victimes, à la demande de celles-ci, de leur conseil ou d'un juge, toutes les preuves concernant les actes de torture ou les mauvais traitements. La rétention de preuves et d'informations, comme les rapports d'expertise médicale ou de traitement, peut indûment empêcher la victime de déposer plainte et d'obtenir une réparation, une indemnisation et des moyens de réadaptation. »

<sup>398</sup> A/HRC/24/42.

<sup>399</sup> Comité contre la torture, observation générale n° 4 (2017), par. 18 e).

<sup>400</sup> Ibid., par. 28.



**Considérations  
générales  
concernant  
les entretiens**



**266.** Lorsqu'on interroge une victime présumée d'actes de torture, il convient de tenir compte de certains éléments et considérations pratiques. Cela s'applique à tous les cliniciens appelés à s'entretenir avec les victimes. L'évaluation clinique des actes de torture et autres mauvais traitements permet d'établir les faits et d'identifier les victimes en fournissant de précieux éléments de preuve dans le contexte médico-légal entre autres (voir chap. VII). Elle peut également guider d'autres professionnels qui mènent des entretiens avec des victimes présumées, dont les avocats, les procureurs, les juges, les défenseurs des droits de l'homme et les observateurs, entre autres. Le présent chapitre fournit un cadre commun de référence se rapportant aux considérations générales relatives aux entretiens dans divers contextes.

## A. Considérations préliminaires

### 1. But de l'enquête, de l'examen et de la documentation

**267.** L'enquête a pour objet d'établir les faits constitutifs d'actes allégués de torture ou autres mauvais traitements (voir chap. III et annexe I), de garantir l'application du principe de responsabilité et la réparation de tels actes et, en définitive, d'en assurer la prévention par la dissuasion. L'évaluation clinique de la torture et autres mauvais traitements peut fournir des éléments de preuve déterminants dans le contexte médico-légal et d'autres contextes, (voir chap. VII), notamment :

**(a)** Les évaluations cliniques des preuves physiques et psychologiques d'actes de torture ou de mauvais traitements allégués dans le cadre d'affaires pénales, civiles, administratives et autres, aux fins :

**(i)** de préserver toute personne de la torture et des mauvais traitements en procédant régulièrement à l'évaluation clinique d'éventuelles preuves physiques et psychologiques de tels actes dans les situations de privation de liberté, notamment dans les centres de détention et les prisons ;

**(ii)** d'identifier les auteurs d'actes de torture et autres mauvais traitements et de les déferer à la justice ;

**(iii)** de recueillir les preuves de torture et autres mauvais traitements dans le cadre des procédures d'asile ;

**(iv)** d'attester les cas de torture et autres mauvais traitements et d'établir la réalité des faits pour les besoins de diverses procédures judiciaires, notamment en déterminant si des aveux ont été obtenus par la torture ou les mauvais traitements ;

**(v)** de recenser les pratiques nationales, régionales et internationales en matière de torture et autres mauvais traitements ;

**(b)** La surveillance de la situation des droits de l'homme à l'échelle internationale et visites de prévention de la torture dans les lieux de détention ;

**(c)** La conduite d'enquêtes et de missions relatives aux droits de l'homme ;

**(d)** L'application du principe de responsabilité aux représentants de l'État et dans les pratiques d'enquête et de recueil d'informations des pouvoirs publics, y compris les évaluations cliniques réalisées par ceux-ci ;

**(e)** L'action en faveur de la prévention de la torture, de l'application du principe de responsabilité et de l'octroi de réparation ;

**(f)** Les consultations de soins de santé primaires donnant lieu à des allégations ou à des soupçons d'actes de torture ou autres mauvais traitements ;

**(g)** La mise en place des conditions nécessaires à la conduite d'enquêtes efficaces dans les affaires de torture et de mauvais traitements (voir chap. VIII) ;

**(h)** La détermination des besoins des rescapés de la torture en matière de thérapie, de réadaptation et d'éventuelles réparations.

**268.** L'évaluation médico-légale des cas allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements doit permettre de corréler les observations cliniques avec les allégations de sévices de la victime présumée, et de juger, sur la base des éléments cliniques probants, de la véracité de ces allégations et de la possibilité que des actes de torture aient été commis. Les résultats, interprétations et conclusions doivent ensuite être communiqués au pouvoir judiciaire ou à toute autre autorité compétente. En outre, le témoignage des cliniciens contribue souvent à éclairer les représentants du pouvoir judiciaire ou d'autres fonctionnaires du gouvernement, ainsi que les communautés locale et internationale, sur



les séquelles physiques et psychologiques de la torture. Toutes les évaluations cliniques d'actes de torture ou autres mauvais traitements allégués ou présumés devraient être menées conformément aux Principes énoncés à l'annexe I. La personne chargée de l'examen médical devrait être apte à :

**(a)** constater d'éventuelles lésions et autres symptômes de mauvais traitements, même en l'absence d'allégations spécifiques de la part du sujet, de représentants des forces de l'ordre ou du pouvoir judiciaire ;

**(b)** établir les preuves physiques et psychologiques des lésions et autres symptômes de mauvais traitements ;

**(c)** évaluer la corrélation entre les observations cliniques et les mauvais traitements spécifiques dénoncés par la victime présumée ;

**(d)** évaluer la corrélation entre les résultats de l'examen clinique et les méthodes de torture pratiquées dans telle ou telle région et leurs séquelles usuelles ;

**(e)** fournir une interprétation clinique des résultats des évaluations médico-légales et/ou un avis d'expert sur la possibilité de torture sur la base des preuves cliniques pertinentes, y compris « les observations physiques et psychologiques, informations recueillies, photographies, résultats de tests diagnostiques, connaissance des méthodes locales de torture, rapports de consultations, etc. », comme indiqué à l'annexe IV ;

**(f)** utiliser les informations obtenues de manière à faciliter l'enquête et la documentation de la torture ;

**(g)** à la demande du pouvoir judiciaire ou de toute autre autorité compétente, évaluer la fiabilité des résultats cliniques.

## 2. Aptitudes et conditions essentielles à l'entretien

**269.** Toutes les évaluations cliniques relatives à des actes allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements devraient être menées de manière objective et impartiale. Elles devraient être fondées sur la compétence et l'expérience professionnelle du clinicien. Les obligations déontologiques de ce dernier lui imposent de préserver l'autonomie du sujet, de respecter les principes de bienveillance et de confidentialité, et de faire preuve de la plus grande rigueur et impartialité, de manière à établir et conserver sa crédibilité professionnelle. Le clinicien appelé à

examiner des personnes privées de liberté devrait avoir connaissance du Protocole d'Istanbul et de ses Principes, et être en mesure de constater et d'évaluer efficacement les séquelles physiques et psychologiques de la torture et autres mauvais traitements.

**270.** Dès lors que ces informations sont disponibles, le clinicien devrait être informé des conditions de détention et des méthodes de torture pratiquées dans la région où la victime présumée a été détenue ou emprisonnée, ainsi que des séquelles usuelles de telles pratiques. Le rapport médical devrait être factuel et rédigé avec soin, en évitant le jargon clinique et en définissant tous les termes médicaux d'une manière compréhensible par les profanes. Le clinicien ne devrait pas tenir pour acquis que le représentant des pouvoirs publics qui a demandé l'évaluation médico-légale lui a communiqué tous les éléments matériels pertinents. C'est à lui qu'il incombe de recueillir ces éléments et d'en rendre compte, même si certains d'entre eux peuvent être jugés sans pertinence, voire contraires aux intérêts du sujet ou de la partie qui a demandé l'évaluation clinique.

**271.** L'entretien et l'examen devraient se dérouler dans un lieu privé aussi sûr et confortable que possible, et suffisamment de temps devrait y être consacré, ce qui peut exiger de procéder en plusieurs fois.

**272.** Pour obtenir un compte rendu exact d'actes de torture ou d'autres mauvais traitements, il est indispensable d'établir une relation de confiance avec la victime. L'évaluateur doit traiter celle-ci avec respect et courtoisie dans le cadre d'une écoute active, manifester une empathie sincère, et faire preuve d'honnêteté et de rigueur dans la communication. Informer préalablement le sujet de ce à quoi il doit s'attendre peut contribuer à lui donner le sentiment qu'il maîtrise la situation. Le clinicien devrait être attentif au ton, à la formulation et à l'enchaînement de ses questions (les questions délicates ne devraient être posées qu'une fois un certain degré de confiance établi) et respecter le droit du sujet de faire une pause ou de refuser de répondre à certaines questions. Lui donner le sentiment qu'il contrôle le déroulement de l'entretien peut renforcer la relation de confiance.

**273.** Cliniciens et interprètes ont le devoir de garder confidentielles les informations recueillies et de ne les divulguer qu'avec l'accord de la victime présumée (voir par. 165 à 171). Cette dernière devrait être examinée en privé et clairement informée de toute restriction quant à la confidentialité de l'évaluation qui peut

être imposée, entre autres, par l'État ou l'autorité judiciaire. Le clinicien devrait s'assurer que la victime a bien compris toutes les informations qui lui ont été fournies, y compris les éventuelles obligations du clinicien en matière de signalement. Ce dernier doit lui exposer clairement les conséquences tant positives que négatives à attendre de l'évaluation médicale, s'assurer qu'elle est en pleine possession de ses facultés mentales, et obtenir son consentement en connaissance de cause, ainsi que l'assurance qu'elle donne son accord en toute liberté sans y avoir été contrainte par d'autres parties, notamment des représentants des forces de l'ordre ou des autorités judiciaires. La victime présumée a le droit de refuser de s'y soumettre. Le cas échéant, le clinicien devrait établir le motif du refus.

### 3. Divulgence de sévices ou de mauvais traitements sexuels

**274.** La divulgation de sévices ou de mauvais traitements sexuels peut être éprouvante au point que la victime les passe sous silence ou ne consente à en parler que longtemps après les faits, en thérapie<sup>401</sup>. La non-divulgation risque cependant de faire obstacle à la constitution d'un dossier exhaustif et de compromettre l'évaluation des besoins en soins de santé qui en découlent. Afin de minimiser la réactivation du traumatisme, il importe que les victimes restent maîtres des modalités de leurs divulgations, en particulier en ce qui concerne le moment où elles révèlent les faits, la personne à qui elles les révèlent et le degré de détail qu'elles fournissent. La personne chargée de l'évaluation doit s'efforcer de déterminer elle-même dans quelle mesure les objectifs de la procédure justifient son éventuelle insistance pour obtenir des détails. La présence de lacunes dans l'exposé des faits ou d'euphémismes tels que « Ils ont fait ce qu'ils voulaient » peuvent donner à penser qu'une personne a subi des violences sexuelles sans pour autant en avoir fait état. Il peut être utile, par exemple, de poser la question suivante : « Les agents se sont-ils déshabillés ? ». L'évaluation psychologique peut également révéler des indices laissant craindre que des violences sexuelles ont été commises mais n'ont pas été divulguées, tels que le fait de se laver compulsivement plusieurs fois par jour, les comportements récurrents d'automutilation et la nature des facteurs déclencheurs et comportements

d'évitement liés à des souvenirs intrusifs et à la réminiscence d'expériences traumatisantes.

**275.** L'évitement caractéristique des troubles post-traumatiques peut également faire obstacle à la divulgation des faits. Le clinicien devrait être attentif à ses propres réactions face aux révélations de la victime et veiller à ne pas éluder lui-même ces questions importantes. La divulgation de sévices sexuels, même dans le cadre relativement sûr d'une évaluation clinique, peut être extrêmement pénible et accroître le risque d'automutilation et de suicide. Il doit être procédé à une évaluation du risque que la personne s'automutilie ou que d'autres personnes lui fassent du mal. Si la personne révèle les faits pour la première fois dans le cadre d'une évaluation médico-légale, la question des raisons pour lesquelles elle ne l'avait pas fait avant doit être abordée dans le rapport. Les victimes peuvent avoir l'impression qu'elles seront jugées coupables de s'être mises en danger d'une manière ou d'une autre. Elles peuvent avoir le sentiment que, si elles ne présentent pas de lésion, on ne les croira pas, ou on pensera qu'elles étaient consentantes.

**276.** De nombreux facteurs peuvent décourager la divulgation d'actes de violence sexuelle, dont la honte et la peur, les enjeux dont cela est porteur sur le plan de l'identité de genre et d'orientation sexuelle, ou la crainte de voir la famille ou la communauté commettre un « crime d'honneur ». Hommes, femmes et autres se heurtent à des difficultés particulières quand il s'agit de révéler qu'ils ont subi des violences sexuelles. Dans la plupart des sociétés, les normes de genre sont bien établies, et tant la perception qu'ont les victimes de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre que les vues de leur communauté peuvent être pour une part inextricable des conséquences des violences sexuelles pour la personne qui les a subies, ce qui est susceptible d'en influencer la divulgation. La violence sexuelle à l'égard des hommes met en relief leur vulnérabilité et leur impuissance en tant que victimes, bouleversant et contrariant ainsi leur conception de la masculinité. Leur conception de la sexualité, de la capacité de procréation et de l'identité de genre peut également être remise en question<sup>402</sup>. Chez les hommes, la soumission ou l'immobilité, l'association du viol masculin au plaisir homosexuel, la méconnaissance de la violence sexuelle à l'égard des

<sup>401</sup> Les données d'enquête sur la criminalité au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord montrent que près de 31 % des victimes de viol n'ont jamais révélé les faits à qui que ce soit et qu'environ 83 % ne les ont pas signalés à la police. Office for National Statistics, « Sexual offences in England and Wales: year ending March 2017 » (Londres, 2018).

<sup>402</sup> HCR, « Travailler avec les hommes et les garçons survivants de violence sexuelle et sexiste dans les situations de déplacement forcé » (Genève, 2012), p. 4.

hommes et le manque de services connexes peuvent mettre un frein à la divulgation des faits<sup>403</sup>. Chez les femmes, c'est la stigmatisation sociale et la crainte d'être « déshonorées » et/ou exclues de leur famille ou de leur communauté, souvent ancrées dans les sociétés, qui font obstacle. De même, la violence sexuelle à l'égard des homosexuels a des conséquences particulières pour les victimes et pose, en matière de divulgation, des problèmes qui doivent être pris en considération et auxquels il doit être remédié.

#### 4. Risque de réactivation du traumatisme

**277.** L'évaluateur devrait être conscient que les entretiens et les évaluations cliniques, notamment la réévaluation d'actes de torture et de traumatismes graves, les examens physiques et psychologiques et les procédures courantes et tests diagnostiques auxiliaires tels que les analyses de sang, peuvent être profondément traumatisants pour les victimes, tant sur le moment que par la suite. La réactivation du traumatisme fait référence aux réactions (psychologiques et/ou physiques) de stress traumatique déclenchées par l'exposition à des souvenirs ou la réminiscence d'expériences traumatisantes<sup>404</sup>. Pendant l'évaluation, la réactivation peut se manifester sous des formes diverses : anxiété liée à l'entretien, volonté d'éviter d'aborder des faits particuliers, volonté de réduire les échanges au minimum, réapparition de symptômes physiques ou psychologiques, hypervigilance, insomnie, torpeur généralisée ou fait d'être submergé par les souvenirs et les émotions. Dans de tels cas, la victime peut mobiliser de puissants mécanismes de défense qui se traduisent par un comportement de retrait et de repli affectif durant l'examen ou l'entretien, voire de la colère et de l'hostilité. La réactivation pose des difficultés particulières, car les victimes sont alors dans l'incapacité de s'exprimer pleinement sur leurs expériences traumatisantes et leurs séquelles, même s'il serait salutaire pour elles de le faire. Les symptômes de la réactivation du traumatisme peuvent se manifester pendant l'évaluation ou perdurer pendant des jours, voire des semaines, après l'entretien et l'examen clinique. En outre, les personnes ayant réchappé à la torture qui restent dans leur pays sont souvent hantées par la peur d'une nouvelle arrestation et peuvent éprouver une profonde méfiance, ce qui peut les pousser à se cacher.

**278.** Les entretiens, les examens et les tests diagnostiques peuvent également exacerber les séquelles psychologiques chez les rescapés de la torture. L'entretien peut déclencher l'apparition ou l'aggravation de symptômes de stress post-traumatique tels que : a) des douleurs physiques ou de l'anxiété ; b) la reviviscence de l'événement traumatisant (sous la forme de souvenirs récurrents, par exemple) ; c) l'évitement des réminiscences associées au traumatisme ; d) une torpeur généralisée ; e) des insomnies et autres phénomènes liés au sommeil ; et f) des sentiments de peur, de honte et de culpabilité. Les symptômes de dépression et d'anxiété peuvent également s'aggraver pendant et après l'entretien et l'examen, et étant donné que leur exacerbation peut alimenter les pensées suicidaires, le clinicien devrait envisager de réévaluer le risque d'automutilation le cas échéant. Il devrait également garder à l'esprit que les questions relatives à la détresse psychologique sont taboues dans de nombreuses sociétés traditionnelles et que poser de telles questions peut paraître irrévérencieux ou insultant.

**279.** Les réactions individuelles des rescapés de la torture face à l'évaluateur (et à l'éventuel interprète) peuvent influencer le déroulement de l'entretien et, par extension, l'issue de l'évaluation ; il en va de même pour les réactions de l'évaluateur vis-à-vis du sujet. Il importe d'avoir conscience des entraves à la communication, en ce inclus la partialité implicite et explicite du clinicien, et de l'influence que ces réactions peuvent avoir sur l'évaluation. Dans cette optique, le clinicien devrait réexaminer en permanence le processus d'entretien et d'évaluation. Il peut être utile de consulter des collègues qui possèdent une solide expérience de l'évaluation psychologique et du traitement des rescapés de la torture.

**280.** Pour prévenir et atténuer la réactivation du traumatisme et les séquelles psychologiques, l'évaluateur peut privilégier la communication et l'empathie, et permettre aux victimes d'avoir la maîtrise du compte rendu qu'elles livrent des faits allégués. Ces aptitudes, de même que d'autres compétences essentielles en la matière, sont indispensables à la conduite d'entretiens efficaces, et peuvent permettre d'éviter la réactivation des traumatismes chez les rescapés de la torture. En dépit des efforts déployés à cette fin, ceux-ci sont

<sup>403</sup> Clayton M. Bullock et Mace Beckson, « Male victims of sexual assault : phenomenology, psychology, physiology », *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 39, n° 2 (2011), p. 197-205.

<sup>404</sup> Melanie P. Duckworth et Victoria M. Follette, éd., *Re-traumatization : Assessment, Treatment, and Prevention* (New York, Routledge, 2012), chap. 1.

susceptibles de ressentir une certaine détresse au cours de l'entretien clinique. Le clinicien, en collaboration avec la victime, devrait trouver le juste équilibre entre les effets potentiellement traumatisants de l'entretien et l'utilité d'une évaluation médico-légale approfondie. S'il soupçonne une réactivation du traumatisme, l'évaluateur devrait en prendre acte, veiller à en atténuer les effets (par exemple en faisant des pauses, en proposant des exercices de respiration ou en détournant la discussion vers des sujets moins sensibles), offrir un soutien psychologique à la victime présumée et l'orienter vers le suivi médical adéquat.

## 5. Sexe, orientation sexuelle et identité de genre

**281.** Victimes et auteurs d'actes de torture ou de mauvais traitements peuvent appartenir à n'importe quel sexe ; leur orientation sexuelle n'entre pas davantage en ligne de compte. À cet égard, il convient de préciser que, bien qu'ils soient souvent abordés conjointement, le sexe, le genre et l'orientation sexuelle sont des choses différentes. L'orientation sexuelle fait référence à l'attraction affective, sentimentale et/ou sexuelle ressentie pour autrui, tandis que l'identité de genre fait référence à la façon dont tout un chacun se perçoit et s'autodésigne. Les personnes qui se réclament d'un large éventail d'orientations non hétérosexuelles sont souvent dénommées lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres et queers. Les personnes intersexes sont nées avec des caractéristiques sexuelles (génétales, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires des corps masculins ou féminins. Ces personnes, de même que celles qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle, l'explorent ou commencent à la comprendre, sont toutes exposées à un risque accru de torture et autres mauvais traitements. Dès lors que la victime présumée ne se rattache pas à la notion binaire traditionnelle de genre (ce qui inclut les personnes transgenres, intersexes et non conformes aux catégories établies), les évaluateurs devraient reconnaître l'identité de genre qu'elle a déclarée et employer le nom et les pronoms de genre qu'elle privilégie (voir par. 599 à 601 ci-dessous).

**282.** Il importe de faire la distinction entre sévices sexuels et violence fondée sur le genre. La notion de sévices sexuels recouvre les actes verbaux, émotionnels et physiques de nature sexuelle perpétrés dans l'intention d'infliger des souffrances physiques et psychologiques. La violence fondée sur le genre, en revanche, est indissociable de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle. Tant les sévices sexuels que la violence fondée sur le genre sont régis par des rapports

de force qui peuvent changer en fonction du contexte social, culturel et religieux. Même si aucune agression sexuelle explicite n'est alléguée, de nombreuses formes de torture comportent des aspects sexuels, ou liés au genre, dont l'évaluation doit tenir compte.

**283.** Le sexe du clinicien peut également influencer sur le processus d'évaluation. Idéalement, l'équipe d'évaluation devrait être mixte, de manière à donner au sujet la possibilité d'être assisté par un clinicien – et, si nécessaire, par un interprète – du même sexe ou d'un sexe différent. Le souhait de la victime présumée à cet égard doit être respecté. L'expérience a montré, s'agissant en particulier de victimes encore en détention, que dans la plupart des cas, le fait que l'évaluateur soit un clinicien que la victime peut interroger sans détour, quel que soit son sexe, l'emporte sur tout le reste. Lorsque l'équipe d'évaluation ne compte pas de membre du sexe voulu, le sujet peut néanmoins décider de s'entretenir avec un clinicien afin d'obtenir les informations et conseils qu'il juge utiles. Ces considérations priment dès lors qu'il est avéré que les sévices sont soit d'ordre sexuel, soit fondés sur le genre. Lorsque le clinicien et le sujet sont de sexes différents, et en particulier lors d'un examen physique, il est indispensable de proposer la présence d'une personne du même sexe que la victime.

## 6. Entretien avec des enfants

**284.** Les entretiens avec des enfants sont guidés par des considérations très particulières. Dans l'idéal, les cliniciens appelés à s'entretenir avec des enfants devraient être spécialement formés à la conduite d'évaluations pédiatriques. Les cliniciens qui ne disposent pas d'une telle expertise sont exhortés à faire preuve de prudence.

**285.** Les enfants ont le droit au respect des principes de consentement et de confidentialité. En dehors des circonstances exceptionnelles évoquées au paragraphe 170 ci-dessus, aucun traitement médical ne devrait leur être administré sans leur consentement ou celui d'un proche ou d'un tuteur. L'accompagnement de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière ; il s'agit notamment de prendre le temps d'établir une relation de confiance avec lui, de veiller à toujours utiliser un langage clair et adapté à son âge, de prévoir des pauses et de lui permettre de poser des questions.

**286.** Il est important de comprendre que les particularités et les effets psychologiques de la torture et autres mauvais traitements sont fonction du stade de

développement de l'enfant et des normes sociales propres à sa communauté. Les jeunes enfants peuvent être torturés pour faire souffrir leurs parents. Les enfants plus âgés peuvent l'être pour réprimer toute activité politique. La communication doit être adaptée à leur âge, tant lors de l'obtention de l'assentiment/du consentement en connaissance de cause que pendant l'évaluation. Les informations relatives aux procédures doivent être adaptées aux enfants et aisément compréhensibles. Même si certains enfants ont un physique d'adulte, il est de plus en plus largement admis que le développement du cerveau se poursuit jusqu'au début de l'âge adulte; les entretiens avec des enfants plus âgés, des adolescents et des post-adolescents devraient dès lors tenir compte des capacités cognitives et verbales qui leur sont propres.

- 287.** La mémoire et les fonctions cognitives de l'enfant dépendent de son développement, de la nature et de la fréquence du traumatisme, et du contexte social. Le développement des capacités cognitives nécessaires au stockage de la mémoire à l'âge adulte (c'est-à-dire la capacité de se remémorer des faits donnés et de les restituer selon une chronologie cohérente) est un processus évolutif qui peut être retardé chez les enfants traumatisés. En ce qui concerne la mémoire et la capacité de se remémorer des événements traumatisants, il importe de prendre en compte certaines particularités propres aux enfants. Si les traumatismes tant isolés que récurrents peuvent avoir une incidence sur le langage, le développement et la mémoire de l'enfant, les seconds peuvent être plus lourds de conséquences. Cette mémoire se construit pour partie au départ de souvenirs familiaux et d'expériences relatées qui contribuent à sa consolidation. Si l'enfant a été séparé de sa famille à un âge précoce ou si cette dernière passe certaines expériences sous silence, les souvenirs connexes peuvent être sommaires, précaires et éphémères. Il arrive que les enfants qui ont subi des expériences traumatisantes ou ont été séparés de leur entourage immédiat connaissent un développement particulièrement inégal. Ils peuvent avoir acquis certaines compétences du fait qu'ils ont dû se prendre en charge, ou prendre d'autres personnes en charge, de manière prématurée et sans avoir reçu d'éducation formelle. La torture et autres mauvais traitements, les troubles mentaux consécutifs et les éventuelles difficultés de développement préexistantes (troubles de l'apprentissage ou handicaps, par exemple) peuvent influencer la manière dont l'enfant perçoit les faits et altérer sa capacité à les relater.
- 288.** Veiller à ce que l'entretien se déroule dans un environnement accueillant et de manière aussi informelle que possible peut contribuer à installer la confiance. Il est utile d'impliquer les enfants dans le déroulement des entretiens en les informant de la durée approximative des échanges et de la possibilité de faire des pauses s'ils le souhaitent. Leur capacité d'attention pouvant être relativement limitée, il est parfois nécessaire d'interrompre brièvement les entretiens, voire de prévoir plusieurs séances.
- 289.** L'évaluateur devrait employer un langage adapté à l'enfant et s'aligner sur la terminologie et les normes culturelles locales afin de le mettre à l'aise et de l'inciter à participer activement à l'entretien. Il peut avoir recours à la « simulation narrative », qui consiste à encourager l'enfant à s'exprimer librement sur un sujet anodin; cette stratégie lui permet également d'apprendre à connaître l'enfant et d'évaluer sa capacité d'élocution et son degré d'aisance relationnelle. L'interroger sur son âge, ses loisirs et son lieu de résidence peut contribuer à briser la glace avant d'aborder des questions plus délicates. Pour orienter lentement la conversation vers des sujets liés aux traumatismes, le clinicien peut, dans la mesure du possible, formuler des questions ouvertes en utilisant les propres mots de l'enfant.
- 290.** Les réactions émotionnelles peuvent varier d'un enfant à l'autre. Face à certaines questions, l'enfant peut observer un silence prolongé, détourner les yeux ou changer radicalement de sujet. Dans ce cas, il est généralement préférable de ne pas insister et de passer, au moins temporairement, à un sujet moins sensible. La capacité de l'enfant à se concentrer et de prendre part aux entretiens peut également être altérée par l'émotion et la régulation des affects – c'est particulièrement vrai chez l'adolescent. Le compte rendu de faits a priori superficiels ou invraisemblables aux yeux d'un adulte peut traduire un raisonnement limité ou un comportement impulsif chez l'enfant ou l'adolescent.
- 291.** La présence de figures d'attachement importantes telles que les parents ou les tuteurs, au moins au début, peut rassurer l'enfant anxieux; cela permet également à l'adulte d'approuver tacitement sa coopération. Lorsque l'enfant a été victime d'une séparation forcée d'avec son entourage immédiat, en particulier, le clinicien doit faire preuve de patience afin de le rassurer suffisamment pour qu'il accepte d'être entendu seul – ce qui, en définitive, est souhaitable. L'idée de révéler des informations



relatives à un traumatisme en présence de proches peut mettre l'enfant mal à l'aise s'il craint que cela les perturbe ou ajoute à leur culpabilité, leur honte ou leur embarras. Le clinicien doit faire preuve de patience et de discernement afin de tranquilliser l'enfant et le soutenir s'il est entendu seul, en particulier dans les affaires de violence sexuelle. Il peut être amené à prendre en compte le souhait de l'enfant qui demande à ce que les informations divulguées ne soient pas révélées à ses proches; le cas échéant, il lui incombe de veiller au respect de l'éthique.

**292.** Lorsqu'il aborde des faits traumatisants, certaines techniques peuvent aider l'enfant à s'exprimer ; ainsi, dessiner une ligne du temps peut l'aider à séquencer les faits et à utiliser des ancrages chronologiques concrets (« Est-ce que ceci s'est produit avant ou après ton dixième anniversaire ? » ou « Avant ou après la fin de l'année scolaire ? », par exemple) afin de situer les faits dans le temps avec davantage de précision. Certains enfants seront plus à l'aise s'ils restent en mouvement – en parlant tout en marchant, par exemple. L'enfant peut préférer faire un dessin qu'il commente ensuite. Si les jouets peuvent faciliter l'expression d'un certain nombre d'émotions, reconforter l'enfant et lui permettre d'évacuer son anxiété pendant l'entretien, ils ne devraient pas servir de vecteurs au compte rendu car ils risquent de brouiller la frontière entre imaginaire et réalité. Il faut noter que, chez les rescapés de la torture et d'autres traumatismes, le jeu traumatique, typiquement monotone et répétitif, se caractérise souvent par un affect émoussé et abasé ou, au contraire, une labilité excessive et de l'anxiété, l'un et l'autre pouvant rendre l'enfant quelque peu réfractaire aux interventions du clinicien. Il convient d'employer les méthodes d'exploration non verbales avec prudence ; elles peuvent néanmoins donner certaines indications.

**293.** Les enfants fournissent généralement moins d'informations que les adultes, entre autres parce qu'ils sont moins à même de générer des indices de récupération de manière autonome. Les enfants – les plus jeunes en particulier – sont réceptifs aux questions d'approfondissement car elles comportent un indice intrinsèque (par exemple : « Tu as parlé d'un homme; est-ce que l'homme t'a dit quelque chose ? » ou « Qu'est-ce que l'homme a dit ? »). Toutefois, pour les raisons susmentionnées, l'évaluateur devrait éviter de se cantonner à des questions approfondies et fermées. Il est préférable d'encourager l'enfant à préciser certains de ses propos (par exemple : « Tu as dit [détail]; que s'est-il passé ensuite ? »

ou « Tu as dit [détail]; tu peux m'en dire plus ? »). Plus l'enfant acquiert de la maturité, plus il est apte à générer ses propres indices de récupération et à répondre à des questions ouvertes. Permettre à l'enfant de répondre « je ne sais pas », de différer sa réponse ou de refuser de répondre à certaines questions trop difficiles ou trop douloureuses peut accroître la précision des informations recueillies et permettre d'envisager un programme exploratoire sans compromettre le bien-être de l'enfant.

## 7. Sensibilisation culturelle, religieuse et sociopolitique

**294.** Le clinicien appelé à évaluer des victimes de la torture et autres mauvais traitements allégués devrait pratiquer l'humilité culturelle et adopter une perspective interculturelle afin de comprendre les souffrances physiques et psychologiques du sujet et d'en rendre compte au mieux. Il devrait s'efforcer d'appréhender la détresse psychologique du sujet dans le contexte de l'expérience, des circonstances, des croyances et des normes culturelles qui lui sont propres. Les modes idiomatiques d'expression de la détresse peuvent être spécifiques à une culture ou à une langue en particulier, lesquelles peuvent également influencer sur la perception et la description d'une expérience, d'une maladie ou d'un symptôme caractéristique. La conduite de l'entretien et la formulation des avis et conclusions cliniques issues de l'évaluation exigent une excellente connaissance des modes d'expression de la détresse et des conceptualisations de la douleur et de la maladie propres à chaque culture.

**295.** L'évaluateur devrait également être conscient de la dynamique socioculturelle de sa propre identité et de l'incidence que les perceptions implicites et explicites des notions de pouvoir, d'ethnicité, de nationalité, de sexe, d'âge, d'orientation sexuelle et de statut socioéconomique peuvent avoir sur l'entretien. En outre, il devrait veiller à ne pas heurter les sensibilités culturelles ou religieuses. À défaut, il risque de perdre le contact avec la victime et/ou de la mettre mal à l'aise, ce qui serait préjudiciable à l'entretien.

## 8. Recours à des interprètes

**296.** Les services d'un interprète sont souvent indispensables pour permettre à l'évaluateur de bien comprendre les déclarations du sujet. Certaines considérations relatives aux interprètes peuvent également s'appliquer aux personnes de confiance et aux stagiaires présents lors de l'évaluation. Les interprètes doivent impérativement

être préparés à l'évaluation et dûment informés que tout ce qu'ils entendent et traduisent dans ce cadre est strictement confidentiel. Ils devraient interpréter avec précision les propos du sujet et éviter les apartés avec ce dernier au cours de l'entretien. L'évaluateur devrait faire preuve de prudence lorsqu'il s'en remet à eux pour fournir le contexte culturel, les connaissances de ces derniers pouvant être obsolètes s'ils ont quitté le pays depuis longtemps, ou biaisées par leur propre point de vue socioéconomique, ethnique, religieux ou sexospécifique.

- 297.** L'évaluateur devrait toujours adresser ses questions directement au témoin en maintenant un contact visuel, et non se tourner vers l'interprète. De même, il devrait veiller à s'adresser au sujet à la deuxième personne plutôt qu'à la troisième – comme il le ferait en l'absence d'un interprète. Il doit impérativement rester attentif non seulement aux propos, mais aussi au langage corporel, aux expressions faciales, au ton de la voix et aux gestes du sujet, pour se forger une opinion. L'évaluateur devrait par ailleurs se familiariser avec le vocabulaire et la terminologie de la torture dans la langue de la victime, de manière à pouvoir montrer qu'il sait de quoi il est question.
- 298.** Lors de visites à des personnes privées de liberté, il est préférable de ne pas faire appel à des interprètes employés dans ou par l'établissement concerné. C'est également préférable pour les interprètes eux-mêmes, les autorités locales étant susceptibles d'essayer de leur soutirer des renseignements après un entretien ou, faute d'y parvenir, de les intimider. Dans l'idéal, mieux vaut donc avoir recours aux services d'interprètes indépendants n'entretenant aucun lien avec la communauté locale. À défaut de maîtriser parfaitement la langue locale, il convient, dans toute la mesure du possible, de faire appel à des interprètes chevronnés et compétents, sensibilisés au problème de la torture et à la culture locale. Par principe, on s'abstiendra de solliciter les services de codétenus, sauf s'il s'agit d'une urgence et que le sujet lui-même choisit une personne en qui il a une totale confiance. Bon nombre de ces règles s'appliquent également aux personnes qui ne sont pas en détention.

## 9. Réactions émotionnelles et effets potentiels

- 299.** Le clinicien devrait parler du déroulement de l'entretien à la victime présumée, afin d'anticiper d'éventuelles réactions émotionnelles. Le sujet devrait pouvoir faire des pauses, interrompre à tout instant l'entretien, voire s'en aller s'il le souhaite. Le cas

échéant, il devrait se voir proposer un entretien ultérieur. Le clinicien doit formuler ses questions avec tact et empathie tout en restant objectif.

- 300.** Le clinicien appelé à réaliser des évaluations physiques ou psychologiques devrait garder à l'esprit que l'évocation de traumatismes graves peut induire chez l'évaluateur et le sujet des réactions émotionnelles de transfert et de contre-transfert. On parle de transfert lorsque le rescapé reporte sur la personne du clinicien des sentiments liés à son traumatisme, mais interprétés comme des sentiments concernant le clinicien personnellement. Méfiance, peur, honte, colère et culpabilité sont des réactions typiques chez les rescapés de la torture, en particulier lorsqu'on leur demande de relater ou de se remémorer les détails de leur expérience. Le contre-transfert, qui consiste dans la réaction émotionnelle du clinicien vis-à-vis du rescapé, peut également influencer sur l'évaluation psychologique. Transfert et contre-transfert sont interdépendants et interactifs.
- 301.** Les réactions de transfert peuvent avoir une incidence sur le processus d'évaluation en éveillant chez l'évaluateur des pensées et souvenirs pénibles et indésirables. En outre, même si la victime présumée d'actes de torture consent à l'évaluation dans l'espoir d'en tirer profit, l'exposition qui en résulte risque de réactiver son traumatisme ou de lui laisser des souvenirs troublants de l'entretien et de son interlocuteur. Les réactions de transfert peuvent prendre différentes formes.
- (a)** Si les questions de l'évaluateur sont perçues comme une contrainte apparentée à un interrogatoire, le sujet peut être amené à voir l'évaluateur comme un ennemi. Commencer par prendre le temps d'expliquer au sujet la finalité de l'entretien permet d'atténuer ce problème ;
- (b)** Les rescapés de la torture peuvent percevoir l'évaluateur comme une personne occupant une position de pouvoir – ce qui est souvent le cas – et, de ce fait, hésiter à lui confier certains détails de leur expérience ou, à l'inverse, manifester une confiance excessive alors que l'évaluateur n'est pas en position de garantir leur sécurité. Celui-ci devrait tout faire pour éviter que les détenus se mettent eux-mêmes en danger.
- 302.** Les réactions de contre-transfert, souvent inconscientes, peuvent néanmoins interférer avec le processus d'évaluation, en particulier lorsqu'elles ont échappé au clinicien. Il n'est pas anormal d'éprouver des sentiments à l'écoute de victimes évoquant

des actes de torture. En faire abstraction risque de nuire à l'efficacité du clinicien ; dûment identifiés et interprétés, en revanche, ils peuvent renseigner efficacement sur l'état psychologique de la victime. Il est généralement admis que les professionnels qui mènent régulièrement ce genre d'évaluation devraient être encadrés par des collègues ou des conseillers expérimentés. Ci-dessous, quelques-unes des réactions de contre-transfert les plus courantes :

- (a) Évitement, repli sur soi et indifférence défensive ;
- (b) Désenchantement, impuissance et suridentification au rescapé ;
- (c) Sentiment de toute-puissance et de grandiosité ;
- (d) Sentiment de ne pas être à la hauteur ;
- (e) Culpabilité (l'évaluateur se sent coupable de ne pas partager l'expérience du rescapé de la torture), douleur ou frustration face à son impuissance ;
- (f) Colère et rage vis-à-vis des tortionnaires.  
Ces réactions sont prévisibles, mais elles peuvent nuire à l'aptitude de l'évaluateur à rester objectif et devenir chroniques ou excessives. Lorsqu'elles interviennent pendant l'évaluation, les rescapés risquent d'y voir du dégoût ou de la colère à leur égard ;
- (g) Colère ou répulsion vis-à-vis de la victime. Un tel sentiment peut résulter de l'exposition à un degré inhabituel d'anxiété.

## B. Conduite des entretiens

### 1. Qualification des cliniciens

**303.** Tous les cliniciens appelés à évaluer des cas allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements devraient se conformer au Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Pour établir les preuves physiques et psychologiques de la torture et autres mauvais traitements, l'évaluateur doit notamment disposer de compétences cliniques de base. Réaliser des évaluations conformément au Protocole d'Istanbul ne requiert pas la qualité d'expert légiste, même si celle-ci peut relever de la pratique normative dans certains États, et que cette carence est parfois invoquée dans le but d'exclure délibérément le témoignage de cliniciens indépendants dans le cadre d'une procédure judiciaire.

**304.** Les professionnels de la santé qui participent à des enquêtes sur la torture doivent être des praticiens dûment qualifiés et familiarisés avec la question, qu'ils aient acquis leurs connaissances dans ce domaine par le biais de publications, formations et conférences professionnelles, ou par la pratique. Ces personnes devraient également connaître les méthodes locales de torture et autres mauvais traitements, car une telle information peut éventuellement corroborer les témoignages recueillis. La pratique des entretiens et examens visant à recueillir des éléments de preuve physiques et psychologiques de torture ainsi que de la documentation desdits éléments devrait être acquise sous la supervision de cliniciens expérimentés.

**305.** Juges et juristes devraient être à même d'évaluer la qualification des témoins experts légistes ou cliniques dans les procédures judiciaires sur la base de leurs compétences, de leurs connaissances, de leur expérience et de leur formation, plutôt que sur la base d'un titre professionnel particulier. La qualification requise pour mener des évaluations conformément au Protocole d'Istanbul n'est pas synonyme de certification en tant qu'expert légiste. Le Protocole et ses Principes ciblent au premier chef les témoins experts légistes, et ceux-ci devraient en tenir compte dans leurs évaluations. Dans chaque affaire judiciaire, tant les témoins experts légistes relevant de l'autorité du gouvernement que les témoins experts légistes et cliniques indépendants devraient être préparés à démontrer leur aptitude à documenter des faits de torture et autres mauvais traitements. Les juges ne devraient pas partir du principe que la certification officielle suffit pour permettre à un expert légiste relevant de l'autorité du gouvernement de réaliser une évaluation conforme au Protocole d'Istanbul.

**306.** Le Rapporteur spécial sur la torture, ayant constaté que certains juges et procureurs excluent les experts indépendants dans les procédures judiciaires, a déclaré que :

les tribunaux ne devraient ni exclure les experts indépendants ni accorder plus de poids aux témoignages de leurs homologues relevant de l'autorité du gouvernement au seul titre de leur statut « officiel ». L'expertise requise doit être déterminée au mérite. À cet égard, l'indépendance et l'objectivité priment. L'État dispose généralement de davantage de ressources et occupe une place privilégiée dans l'évaluation des victimes. Cette réalité doit être prise en compte, au même titre que le degré d'indépendance et

d'impartialité dont jouissent les experts qui relèvent de ce système et les obstacles que les experts indépendants peuvent rencontrer en matière d'accès aux preuves. En principe, l'État doit rendre compte de son (in)action et de son incapacité à garantir les droits des personnes placées sous son contrôle effectif. Il lui incombe de réfuter les allégations et de démontrer qu'il a véritablement mené l'enquête<sup>405</sup>.

- 307.** Lorsqu'il s'agit d'évaluer une victime présumée, la qualification clinique première est de savoir appliquer le Protocole d'Istanbul et ses Principes. Les cliniciens invités à faire état de leurs qualifications cliniques dans le cadre de procédures judiciaires peuvent envisager d'apporter des indications supplémentaires telles que : a) études médicales et formation clinique ; b) formation psychologique/psychiatrique ; c) expérience des enquêtes sur la torture, les mauvais traitements et d'autres formes de violence ; d) cours et séminaires pertinents, y compris les modules spécifiques au Protocole d'Istanbul ; e) mentorat et supervision par des cliniciens expérimentés ; f) association avec une organisation ou un réseau de défense des droits de l'homme ou un centre de traitement pour les rescapés de la torture ; et g) expérience au niveau local en matière de droits de l'homme s'appliquant aux évaluations médico-légales. Dans la mesure du possible, les cliniciens chargés des évaluations devraient être familiarisés avec l'environnement carcéral et les méthodes de torture pratiquées dans la région où la victime a subi les actes de torture et mauvais traitements allégués.
- 308.** De nombreux cliniciens, dont les médecins de soins de santé primaires, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmiers, peuvent acquérir les connaissances et les compétences nécessaires au diagnostic des troubles psychiatriques. Certains médecins peuvent être en mesure d'apporter des preuves tant physiques que psychologiques de torture ou d'autres mauvais traitements. Les cliniciens qui n'ont pas reçu de formation formelle en psychiatrie et/ou en psychologie peuvent, par la formation ou l'expérience, acquérir les connaissances et compétences qui leur permettront de déceler des signes psychologiques de torture et d'autres mauvais traitements tels que les symptômes de dépression, les troubles post-traumatiques ou l'anxiété.

## 2. Intégration des évaluations physiques et psychologiques

- 309.** L'évaluation médico-légale des allégations de torture ou de mauvais traitements peut nécessiter l'expertise de plus d'un clinicien, y compris des experts en matière de preuves physiques et psychologiques, ainsi que des sous-spécialistes en médecine, en chirurgie et en neuropsychologie. Dans les procédures judiciaires, il est essentiel, quand c'est possible, de rassembler les résultats de plusieurs évaluations en une seule évaluation globale. Il peut être souhaitable que les experts en matière de preuves physiques et psychologiques procèdent conjointement. Les évaluations cliniques menées séparément devraient préciser, pour la bonne compréhension des juristes, qu'elles sont autant de composantes d'une évaluation clinique globale et devraient être considérées comme telles. Si l'une des évaluations cliniques menées distinctement apporte des éléments de preuve plus solides que les autres, l'ensemble devrait être considéré comme probant.

## 3. Contexte de l'entretien

- 310.** Les évaluations cliniques des personnes alléguant des actes de torture ou d'autres mauvais traitements devraient être réalisées en un lieu que le clinicien et le sujet jugent approprié. C'est particulièrement important dans les centres de détention. Il n'est pas rare que l'entretien doive se dérouler dans un environnement non contrôlé – dans les prisons par exemple. Dans de tels cas, tant l'évaluateur que le sujet devront s'accommoder de conditions qui ne sont pas idéales. Ces manquements devraient être clairement consignés dans le rapport, et des demandes devraient être adressées à l'autorité compétente pour qu'elle fournisse un environnement adéquat. Dans certains cas, il peut s'avérer préférable d'exiger que l'évaluation se déroule dans l'unité médicale de l'établissement ou à l'extérieur de la prison. Parfois, cependant, les détenus préfèrent être examinés dans la sécurité relative de leur cellule, par crainte, par exemple, que l'établissement médical proposé soit placé sous surveillance. Les évaluateurs devraient quoi qu'il en soit appliquer ces principes fondamentaux dans toute la mesure du possible. Le choix du lieu dépend de nombreux facteurs mais, en tout état de cause, l'évaluateur devrait veiller à ce que le sujet ne soit pas contraint d'accepter un lieu qui ne lui convient pas.

<sup>405</sup> A/69/387, par. 53.

**311.** La pièce devrait si possible répondre à certaines exigences matérielles (éclairage, ventilation, espace et température). Les parties devraient avoir accès à des toilettes et pouvoir se rafraîchir. La disposition des sièges devrait permettre à l'évaluateur et au sujet d'être aussi à l'aise l'un que l'autre et d'être suffisamment proches pour établir un contact visuel et voir clairement le visage de leur interlocuteur. Ni l'évaluateur ni le sujet ne devraient s'asseoir de manière à barrer l'accès à la porte. La pièce devrait être aménagée de manière à n'évoquer ni un environnement formel ni un interrogatoire.

#### 4. Garanties procédurales pour les détenus

**312.** L'examen médico-légal d'un détenu devrait être effectué sur demande écrite officielle présentée par le ministère public ou une autre autorité compétente et avec le consentement en connaissance de cause de la victime présumée. Les demandes d'examen médico-légal formulées par des représentants des forces de l'ordre seront réputées invalides si elles ne sont pas étayées par une requête écrite émanant d'un représentant du ministère public ou d'une autre autorité compétente. Le détenu lui-même, son avocat ou sa famille ont toutefois le droit de réclamer un examen clinique en vue d'établir la preuve de la torture ou des mauvais traitements. Lors de l'examen médico-légal, le détenu devrait être accompagné par des agents de l'État n'appartenant ni aux forces armées ni à la police. En effet, les actes de torture ou autres mauvais traitements allégués étant susceptibles d'avoir été commis sous le contrôle de ces dernières, leur présence constituerait pour le détenu ou le clinicien un facteur de pression inacceptable qui interférerait avec l'évaluation de tels actes. Les fonctionnaires escortant le détenu devraient être rattachés au ministère public ou à une autre autorité compétente, et non à d'autres services de maintien de l'ordre. L'avocat du détenu devrait être présent lors de la présentation de la requête et pendant le transfert du détenu à l'issue de l'examen. Les détenus ont le droit de bénéficier d'un deuxième examen ou d'un contre-examen effectué par un clinicien qualifié pendant et après la période de détention.

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

que si le clinicien chargé de l'examen est lui-même intimement convaincu que le détenu représente une menace sérieuse pour la sécurité du personnel de santé. Dans de telles circonstances, toutefois, ce sont non pas des représentants des services de maintien de l'ordre, mais des agents de sécurité de l'établissement médical qui devraient assister à l'examen à la demande du clinicien. Ces personnes devraient rester hors de portée de la voix du sujet (autrement dit, n'assurer qu'une surveillance oculaire).

**314.** Si, pour une raison ou une autre, des policiers, soldats, fonctionnaires de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi sont présents dans la salle d'examen, le rapport médico-légal du clinicien devrait le mentionner. La présence de ces personnes pendant l'examen pourrait constituer un motif de réfutation d'un éventuel rapport médico-légal négatif. L'identité et les titres et fonctions des autres personnes présentes à l'examen devraient également figurer dans le rapport. Toute évaluation médico-légale formelle d'un détenu menée par des experts-légitimes relevant de l'autorité du gouvernement devrait être réalisée au moyen d'un formulaire standard de rapport médical conforme au Protocole d'Istanbul et à ses Principes, y compris l'annexe IV.

**315.** Une fois le rapport établi, l'original devrait être transmis directement à l'instance qui a demandé l'examen, en général le ministère public ou une autre autorité compétente, et/ou leur représentant légal. Tout détenu ou représentant légal d'un détenu qui réclame un rapport médico-légal doit obtenir satisfaction. Le clinicien qui a procédé à l'examen conservera une copie de son rapport. Les rapports médico-légaux ne devraient en aucune circonstance être communiqués à des fonctionnaires chargés de l'application de la loi<sup>406</sup>. Tout détenu doit obligatoirement faire l'objet d'un examen médical approfondi au moment de son placement en détention<sup>407</sup>. Il devrait également pouvoir disposer des services d'un avocat au moment de l'évaluation clinique. Lorsque l'examen se déroule en milieu carcéral, la présence d'une personne extérieure à l'établissement est souvent exclue. Dans de tels cas, il convient de rappeler que le médecin de la prison est, en principe, tenu de respecter rigoureusement la déontologie professionnelle, et devrait être

<sup>406</sup> Le clinicien devrait opposer une fin de non-recevoir aux agents de police chargés d'escorter un détenu en vue d'une évaluation qui réclameraient une copie du rapport ; c'est au procureur ou à tout autre auxiliaire de justice compétent qu'il devrait l'adresser. Le détenu peut recevoir une copie du rapport du clinicien, non sans avoir été préalablement informé du risque que la police y ait alors accès.

<sup>407</sup> Règles Nelson Mandela, règle 30. et Règles de Bangkok, règle 6.



capable de remplir ses fonctions professionnelles sans être influencé en aucune façon par une tierce partie. Lorsque l'examen médico-légal corrobore les allégations de torture ou autres mauvais traitements, le détenu ne devrait pas être ramené à son lieu de détention, mais présenté devant le procureur ou un juge afin qu'il soit statué sur son cas<sup>408</sup>. Une association médicale nationale ou une commission d'enquête pourra décider de vérifier les rapports médico-légaux afin de s'assurer que les garanties procédurales et autres règles de preuve pertinentes ont bien été respectées, en particulier lorsque les cliniciens chargés de l'évaluation sont des fonctionnaires de l'État. Les rapports devraient être systématiquement communiqués à ces organes, sous réserve de l'application des règles d'indépendance et de confidentialité en vigueur.

## 5. Visites officielles des lieux de détention

- 316.** Il peut être très difficile de conduire les visites aux détenus d'une manière objective et professionnelle, notamment dans les pays où la torture demeure une pratique courante. Les visites ponctuelles exemptes de suivi peuvent compromettre le bien-être et la sécurité des intéressés. Le principe selon lequel un élément de preuve même partiel est toujours bon à prendre est sans valeur lorsqu'on a affaire à des détenus que le seul fait de témoigner peut mettre en danger. Des évaluateurs animés des meilleures intentions peuvent commettre l'erreur de se rendre dans une prison ou un commissariat et de s'y faire une idée tronquée, voire trompeuse, de la réalité. Ils risquent en outre de fournir un alibi aux tortionnaires, qui pourront arguer du fait que des évaluateurs indépendants ont visité leur établissement sans rien y constater de répréhensible. Les visites inopinées et aléatoires ont leur utilité, car elles ne laissent pas aux autorités pénitentiaires le loisir de dissimuler des preuves ou de réduire certains détenus au silence.
- 317.** Des commissions indépendantes formées de juristes et de cliniciens devraient être habilitées à se rendre périodiquement dans les prisons et autres lieux de détention. Les visites de contrôle, y compris les visites effectuées par les enquêteurs spécialisés dans les droits de l'homme, les institutions nationales des droits de l'homme ou les mécanismes nationaux de prévention, devraient s'effectuer en présence de juristes et d'experts cliniques qualifiés chargés de s'assurer que les entretiens avec les détenus sont conformes au Protocole d'Istanbul et à ses Principes (voir chap. VII).
- Les membres des mécanismes nationaux de prévention devraient être instruits des normes et recommandations issues du Protocole et de ses Principes, ainsi que des normes régionales/internationales en matière de surveillance des lieux de privation de liberté.
- 318.** Les entretiens avec des personnes en détention, et éventuellement encore aux mains de leurs tortionnaires, sont à l'évidence très différents des entretiens menés dans le cadre privé et sécurisant d'un établissement médical extérieur. Dans de tels contextes, on ne saurait trop insister sur l'importance de gagner la confiance du sujet et, plus important encore, de ne pas trahir cette confiance, même par inadvertance. Toutes les précautions devraient être prises pour éviter que les intéressés se mettent eux-mêmes en danger. Il convient de demander aux détenus qui affirment avoir été torturés ou maltraités s'ils craignent que les informations qu'ils fournissent dans le cadre de l'évaluation soient utilisées contre eux et de quelle manière. Par crainte de représailles, certains pourront refuser que leur identité soit révélée. Évaluateurs, cliniciens et interprètes devraient s'interdire de faire aux détenus des promesses qu'ils ne pourront pas tenir.
- 319.** Le lieu de l'entretien devrait être choisi avec soin, à l'écart des agents de sécurité, afin de garantir la confidentialité. La présence éventuelle de caméras, de microphones et/ou de miroirs sans tain devrait également être envisagée, en particulier si l'entretien se déroule dans la salle d'interrogatoire d'un commissariat de police. L'entretien devrait généralement avoir lieu avec le consentement en connaissance de cause du sujet, dans un local confortable où il ne se sent pas intimidé. Les évaluateurs devraient éviter les endroits susceptibles de rappeler des expériences traumatisantes à certains détenus, ou simplement associés à une autorité abusive.
- 320.** Un sérieux dilemme peut se présenter lorsqu'il apparaît clairement que de nombreux détenus ont subi des actes de torture ou d'autres mauvais traitements au sein d'un même lieu de privation de liberté, mais que tous refusent que les évaluateurs utilisent leurs témoignages par peur de représailles. Le clinicien doit privilégier la confidentialité et s'interdire de trahir la confiance du sujet en décidant unilatéralement de signaler les faits. Dans de telles circonstances, si un certain nombre de détenus présentent des signes évidents de mauvais traitements, tels que des marques de coups ou de flagellation, des lacérations, etc., mais

<sup>408</sup> « Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal », *The Lancet*, vol. 337, n° 8742 (1991), p. 647 et 648.

refusent que cela soit divulgué, on pourra envisager d'organiser une « inspection de santé » collective dans une cour, par exemple. Parcourir les rangs des prisonniers permettra au clinicien-évaluateur d'observer directement les traces manifestes de sévices et de dresser un rapport sans avoir à citer les victimes. Une telle procédure contribuera à mettre les détenus en confiance en vue des visites de suivi ultérieures.

- 321.** Bien entendu, cette formule ne saurait s'appliquer à des formes moins visibles de torture, de nature psychologique ou sexuelle, notamment. Dans de tels cas, les évaluateurs devront peut-être se résoudre à s'abstenir de tout commentaire pendant une ou plusieurs visites, jusqu'à ce que les circonstances s'y prêtent ou que les détenus se sentent suffisamment en confiance.
- 322.** Les cliniciens doivent toujours faire preuve de la diligence requise, même lorsqu'ils procèdent à plusieurs évaluations au cours d'une même journée. Une personne entendue à 20 heures mérite autant d'attention qu'une autre entendue à 8 heures du matin. Les évaluateurs devraient s'organiser de façon à disposer de suffisamment de temps et à ne pas s'épuiser.

## 6. Préparation en vue de l'entretien

- 323.** Les évaluateurs devraient étudier le dossier au préalable et définir les questions potentiellement pertinentes tout en restant ouverts à celles qui pourraient surgir au cours de l'entretien. Pour ce faire, il est utile d'examiner les documents/déclarations que le conseiller juridique du sujet a éventuellement fournis, et qui peuvent aider le clinicien à anticiper le compte rendu de ce dernier. En outre, avoir connaissance de témoignages antérieurs peut l'aider à identifier les éléments à clarifier. Les documents juridiques et déclarations sous serment ont leur utilité, mais les informations qu'ils contiennent ne sauraient être jugées suffisamment fiables pour ne pas être corroborées. C'est au clinicien qu'il incombe de recueillir toutes les informations pertinentes aux fins d'une évaluation clinique.
- 324.** Les personnes traumatisées peuvent avoir de nombreuses raisons de manquer un rendez-vous ou d'être en retard ; en dépit de la frustration qui peut en découler, il est essentiel de faire preuve de compréhension et, lorsque c'est possible, de

reprogrammer le rendez-vous manqué. Dans certains cas, il peut être utile de prendre contact avec le sujet juste avant le rendez-vous.

## 7. Difficultés de communication

- 325.** Le clinicien devrait également s'efforcer d'anticiper et, si possible, de supprimer les entraves à la communication, lesquelles peuvent pénaliser gravement le déroulement et/ou l'efficacité d'un entretien. Les entraves à la communication peuvent être :
- (a) environnementales : manque d'intimité, cadre inconfortable ou durée inadéquate ;
  - (b) physiques : douleur, inconfort, difficulté à rester assis pendant de longues périodes, fatigue ou déficits sensoriels tels que la cécité ou la surdité ;
  - (c) psychologiques : peur, anxiété ou troubles mentaux tels que la dépression, les troubles post-traumatiques ou les déficits cognitifs ;
  - (d) socioculturelles : sexe de l'évaluateur (en particulier pour les victimes de sévices ou de mauvais traitements sexuels), barrières linguistiques (y compris les compétences de l'interprète) ou déséquilibre de pouvoir entre la personne chargée de l'examen et le sujet (y compris la race, la culture ou le statut social) ;
  - (e) liées à l'évaluateur : entretien mal structuré, techniques inadaptées, compétences interpersonnelles inadéquates, préjugés personnels ou méconnaissance des besoins propres à la culture ou à l'âge du sujet.

## 8. Contact avec le sujet

- 326.** Pour mener efficacement l'entretien, il est indispensable qu'un lien s'établisse – en l'occurrence, une relation de travail – entre l'évaluateur et la personne entendue<sup>409</sup>. Prendre le temps d'instaurer un rapport de confiance avec le sujet l'encouragera à aborder des sujets délicats, quel que soit son âge.
- 327.** Lui témoigner du respect, s'impliquer pleinement dans l'entretien, adopter un langage corporel ouvert, être attentif et s'adapter à son style de communication peuvent y contribuer. Dans la même optique, il convient de ménager du temps

<sup>409</sup> Allison Abbe et al., « The role of rapport in investigative interviewing : a review », *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, vol. 10, n° 3 (2013), p. 237 à 249 ; et Jonathan P. Vallano et al., « Rapport-building during witness and suspect interviews : a survey of law enforcement », *Applied Cognitive Psychology*, vol. 29, n° 3 (2015), p. 369 à 380.

pour évoquer sa famille et d'autres préoccupations personnelles. On ne devrait jamais forcer les victimes à parler de la torture si elles n'y tiennent pas.

- 328.** L'empathie joue un rôle important dans l'instauration de la confiance ; le clinicien doit y être particulièrement attentif lorsque le sujet divulgue des informations sur la torture ou d'autres mauvais traitements. L'empathie est la capacité de prendre acte du vécu émotionnel du sujet, de le comprendre et de partager son ressenti. Elle repose sur une écoute active, des expressions faciales appropriées, ou encore la verbalisation de l'état émotionnel du sujet. Dans certains cas, le clinicien peut juger utile de condamner explicitement les violations des droits de l'homme, y compris la torture et les mauvais traitements. Il devrait être sensible à la détresse du sujet sans pour autant franchir les limites professionnelles et ni se départir de son objectivité clinique.

## 9. Degré de détail du récit

- 329.** Lorsque le sujet lui livre le récit des événements et de ce qu'il a vécu, le clinicien devrait s'efforcer d'obtenir autant de détails que possible, dès lors qu'ils sont pertinents. Les récits complets et détaillés fournissent en effet une plus grande quantité d'informations à partir desquelles peut être évaluée la corrélation entre allégations et constatations ; ils donnent souvent le sentiment de pouvoir se représenter les choses « comme s'y on y était », ce que les instances chargées de statuer jugent souvent utile. Il arrive cependant que ces dernières considèrent les récits détaillés hors de propos.
- 330.** Tenter d'obtenir un récit détaillé peut inciter le sujet à relater des faits dont il est moins sûr. Il convient de lui conseiller de ne pas hésiter à faire part de ses incertitudes, par exemple de préciser son degré de certitude concernant tel ou tel élément.
- 331.** Un récit détaillé, ou le fait que le sujet soit certain de tel ou tel souvenir sont utiles, mais un récit moins précis ou le fait pour le sujet de ne pas être certain d'un souvenir donné ne doivent pas être considéré comme indiquant que le souvenir est moins fiable. Des incohérences peuvent apparaître dans le récit, ou entre celui-ci et des informations émanant d'autres sources, et il convient de s'y intéresser au cours de l'entretien. L'évaluateur devrait déterminer les causes cliniques pour lesquelles le sujet peine à se remémorer ce qu'il a vécu et à en faire le récit, comme indiqué au paragraphe 342 ci-dessous.

- 332.** Il convient de rappeler au sujet combien il importe de s'en tenir aux faits dont il se rappelle et de faire preuve de transparence concernant les lésions sans rapport avec les actes de torture ou les mauvais traitements qu'il aurait subis. L'évaluateur devrait être conscient qu'il n'est pas toujours possible de se remémorer des faits en totalité. En outre, le manque de précision ne devrait pas être considéré comme indiquant que le sujet ne dit pas la vérité, car il peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs d'ordre social, cognitif et contextuel, parmi lesquels le degré de confiance à l'égard de l'évaluateur, le genre des parties prenantes à l'entretien, l'âge, la classe sociale, le degré d'alphabétisation et le niveau d'éducation, ou encore les considérations culturelles et les troubles cliniques qui altèrent les processus cognitifs.

## 10. Techniques d'interrogatoire

- 333.** Plusieurs techniques peuvent aider à obtenir des informations auprès des sujets.

### (a) Types de questions

- 334.** Les questions ouvertes permettent de recueillir des informations beaucoup plus nombreuses et nettement plus précises. Ce type de question commence souvent par les mots « raconter », « expliquer » ou « décrire » (par exemple, « Racontez-moi ce qui s'est passé » et « Expliquez-moi ce que vous vouliez dire quand vous avez dit... »). Les questions ouvertes donnent au sujet la liberté de relater les faits avec ses propres mots, tel qu'il s'en souvient. Elles l'encouragent donc à jouer un rôle actif en fournissant spontanément des informations plutôt que de se contenter de répondre aux questions.
- 335.** Pour préciser des réponses à des questions ouvertes, ou pour inciter les sujets hésitants à s'exprimer, il convient d'opter pour des questions d'approfondissement ou des questions ciblées commençant par des mots tels que « qui », « quoi », « où », « quand » et « comment ».
- 336.** Il peut être nécessaire de poser des questions fermées pour obtenir plus de précisions, par exemple « Est-ce que cela s'est produit avant ou après... ? » ou « Qui a fait cela ? ». Les questions fermées (parfois appelées « questions spécifiques » ou « questions directives ») suscitent généralement des réponses courtes ; cette technique n'est donc pas à privilégier. Les questions fermées invitent à la prudence : en effet, les réponses aux questions fermées en rafale sont généralement moins étoffées et moins détaillées. En outre, poser trop

de questions trop rapidement risque de désorienter le sujet, de susciter des réponses contradictoires, voire de lui donner l'impression qu'il subit un interrogatoire.

**337.** Les questions orientées sont à éviter autant que possible, car elles offrent au sujet la possibilité de dire ce qu'il pense que l'évaluateur veut entendre. C'est particulièrement important dans le cadre des évaluations menées à des fins médico-légales dans des situations où le témoignage du sujet peut être contesté devant un tribunal. Les enfants sont particulièrement sensibles aux questions orientées.

### (b) Techniques cognitives

**338.** Certaines techniques spécifiques destinées à aider le sujet à se remémorer des faits peuvent améliorer la qualité des informations recueillies. Tout d'abord, en milieu clinique, le sujet devrait être invité à circonscire les faits (en décrivant les événements et le placement en détention, par exemple), même si cela ne semble pas directement pertinent. Cette technique peut donner accès à des informations ou des détails potentiellement plus importants que le sujet ne le pense. Procéder de la sorte peut faire ressurgir d'autres souvenirs à mesure qu'il s'exprime. Il est utile de l'encourager à se souvenir du contexte dans lequel les faits se sont produits, y compris sous ses aspects physiques, émotionnels et sensoriels (par exemple, « Qu'avez-vous vu ? », « Qu'avez-vous entendu ? », « Y avait-il des odeurs particulières ? » et « Comment vous sentiez-vous ? »). Ce retour en arrière, qui favorise généralement l'évocation de détails supplémentaires, est particulièrement efficace dans le cadre d'évaluations tardives<sup>410</sup>. Ces techniques peuvent toutefois déclencher des souvenirs récurrents ; l'évaluateur devrait donc faire preuve de prudence.

**339.** Certaines informations peuvent être difficiles à verbaliser ou à organiser. L'évaluateur devrait s'interroger sur la possibilité, le cas échéant, de proposer au sujet de faire appel à une forme de communication non verbale, en l'invitant par exemple à réaliser le croquis d'une pièce, d'un bâtiment ou d'un groupe de bâtiments, ce qui peut l'aider à livrer des informations spatiales importantes et à se remémorer des détails qui pourraient lui

avoir échappé. De même, une ligne du temps peut permettre d'établir la chronologie des faits.

**340.** L'utilisation à bon escient des pauses discursives peut favoriser la divulgation de détails très personnels en offrant à la personne entendue un espace de dialogue sécurisant et le temps nécessaire pour organiser ses pensées. Même si l'entretien est limité dans le temps, le sujet ne doit pas se sentir bousculé. Il est préférable de se concentrer sur quelques points spécifiques plutôt que d'essayer d'aborder un maximum de questions dans le temps imparti.

**341.** Il convient de ne pas perdre de vue que la notion de normalité en matière de comportement diffère selon les cultures, y compris dans le cadre de ce genre d'entretien. L'humilité et la compréhension culturelles faciliteront les évaluations interculturelles (voir par. 294 et 295 ci-dessus).

### 11. Difficultés à se remémorer et à relater les faits

**342.** Il peut être difficile pour un rescapé d'établir un compte rendu précis d'actes de torture ou autres mauvais traitements, notamment parce que :

(a) il avait un bandeau sur les yeux ou était drogué ou inconscient pendant la séance de torture ;

(b) il craint de compromettre sa sécurité ou celle d'autres personnes ;

(c) il ne fait pas confiance à l'évaluateur ou à l'interprète ;

(d) sa lucidité est affectée par l'impact psychologique de la torture et des traumatismes – charge émotionnelle extrême, évitement cognitif résultant d'émotions douloureuses telles que la culpabilité et la honte, et troubles de la mémoire consécutifs à la dépression ou au stress post-traumatique ;

(e) il souffre de troubles de la mémoire consécutifs à un traumatisme de la tête, à l'étouffement ou à la suffocation, ou à l'inanition ;

(f) il active des mécanismes de défense tels que le déni, l'évitement ou la dissociation<sup>411</sup> ;

<sup>410</sup> Ronald P. Fisher et Ronald E. Geiselman, *Memory Enhancing Techniques for Investigative Interviewing : The Cognitive Interview* (Springfield, Charles C. Thomas Publisher, 1992), p. 99 à 102.

<sup>411</sup> La dissociation est un processus mental de déconnexion ou de manque de continuité entre les pensées, les souvenirs, l'environnement, les actions et l'identité. Les troubles dissociatifs se développent généralement en réaction à un traumatisme, dans le but d'empêcher les souvenirs pénibles de ressurgir.

(g) il est soumis à des interdits culturels ne permettant l'évocation d'expériences traumatisantes que dans la confidentialité la plus absolue<sup>412</sup>.

## 12. Variabilité et incohérences

**343.** Il convient de garder à l'esprit que le degré de détail des souvenirs liés à un événement traumatisant peut varier. Cela ne signifie pas nécessairement que le narrateur donne des fausses informations ou n'est pas fiable<sup>413</sup>. La variabilité ordinaire de la mémoire, qui explique qu'un compte rendu s'étoffe et s'altère à chaque fois qu'il est relaté, peut être exacerbée par la torture ou les mauvais traitements. Les victimes de la torture subissent généralement de multiples formes de maltraitance, souvent simultanément. C'est particulièrement vrai lorsqu'une personne est soumise à des séances répétées ou prolongées de torture ou d'autres mauvais traitements. En outre, certaines personnes auront été détenues dans des conditions telles qu'elles ont perdu leurs repères dans l'espace ou dans le temps, par exemple parce qu'on leur a bandé les yeux, qu'elles ont été placées à l'isolement dans une cellule obscure, ou qu'elles ont été privées d'eau, de nourriture et/ou de sommeil. Désorientées, elles peuvent livrer un compte rendu confus et mélanger les accès de violence, et éprouvent des difficultés à mettre les informations qu'elles livrent en rapport avec un événement spécifique.

**344.** Trois phénomènes au moins peuvent expliquer la perte de mémoire :

(a) L'incapacité de fixer les souvenirs (à la suite d'un traumatisme crânien ou d'une charge émotionnelle extrême, par exemple) ;

(b) Le refoulement des souvenirs pénibles ;

(c) L'altération de l'aptitude à se remémorer les événements.

**345.** La charge émotionnelle extrême liée aux menaces physiques altère la capacité mémorielle. Les souvenirs d'expériences traumatisantes peuvent donc être fragmentés et mal situés dans l'espace ou dans le temps. Bien que les éléments majeurs de l'expérience soient mieux mémorisés que les détails accessoires (les dates et les nombres, en particulier), il peut

arriver qu'ils aient été mal assimilés. La capacité de se remémorer et de rapporter des événements traumatisants dans le détail peut varier dans le temps, surtout si le sujet souffre de troubles post-traumatiques. Il est possible que les témoignages fluctuent d'un entretien à l'autre (une capacité inégale de se remémorer les détails de séances de torture et autres mauvais traitements est notamment à craindre).

**346.** C'est à l'évaluateur qu'il revient de décider du niveau de détail nécessaire pour documenter les faits allégués. En cas de tortures ou de viols récurrents, par exemple, il peut être inutile, voire inapproprié, de détailler chaque événement. Si c'est indispensable, il convient de demander au sujet de se concentrer sur les plus significatifs ou sur ceux dont il se souvient le mieux. Il peut s'agir du premier événement, ou du dernier, ou d'un événement particulièrement marquant. Il convient de lui demander de les identifier, après quoi ils peuvent être détaillés l'un après l'autre. C'est d'autant plus important si le sujet est un enfant, car il est plus susceptible de confondre des événements récurrents.

**347.** Chacun des facteurs susmentionnés peut entraîner des incohérences entre les allégations de maltraitance et l'issue de l'évaluation ; on ne saurait voir dans ces incohérences un signe d'insincérité. Le clinicien doit tenter d'en trouver l'explication. Dans la mesure du possible, il devrait s'efforcer de clarifier les points douteux. À défaut, il devrait rechercher d'autres éléments de preuve confirmant ou infirmant ces mêmes points. Un faisceau d'indices concordants pourra corroborer et éclairer le compte rendu du sujet. Même si ce dernier ne peut pas fournir tous les détails utiles (date, heure, lieu et fréquence des séances de torture, identité exacte des tortionnaires, etc.), un tableau général des événements traumatisants allégués se dégagera et pourra, à terme, faire progresser l'enquête. Dans un contexte judiciaire, les fluctuations d'un témoignage sont susceptibles d'influer sur la détermination de la crédibilité ; c'est pourquoi une explication relative à l'interprétation de la variabilité et de l'incohérence doit impérativement accompagner le témoignage soumis par l'évaluateur.

**348.** Différents motifs, personnels ou politiques, peuvent pousser un individu à formuler des allégations mensongères de torture ou à exagérer la gravité d'un incident. Le clinicien devrait toujours envisager cette

<sup>412</sup> Richard F. Mollica et Yael Caspi-Yavin, « Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms », *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, éd. (Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1992), p. 255 à 274 ; et Juliet Cohen, « Errors of recall and credibility : can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony ? », *Medico-Legal Journal*, vol. 69, n° 1 (2001), p. 25 à 34.

<sup>413</sup> Cohen, « Errors of recall and credibility ».



possibilité et, le cas échéant, s'efforcer de cerner les motivations du sujet. Toutefois, il ne faut pas oublier que, pour être capable de tromper ainsi un spécialiste, il faut une connaissance des symptômes associés aux traumatismes que peu d'individus possèdent. Pour établir solidement les preuves physiques ou psychologiques d'allégations de torture ou de mauvais traitements, le clinicien doit être capable de repérer les éventuelles incohérences au sein d'un compte rendu. En cas de doute, il devrait organiser des entretiens supplémentaires et consulter éventuellement des parents ou des amis susceptibles de corroborer certains faits. Si, en dépit d'une investigation approfondie, il continue de s'interroger sur la véracité des informations fournies, il devrait faire évaluer le sujet par un confrère et solliciter son opinion. Lorsqu'il existe un doute, celui-ci devrait être mentionné dans le rapport, accompagné de l'avis de deux cliniciens.

### 13. Réduction de la variabilité et des incohérences

- 349.** La fiabilité des données cliniques repose souvent sur des critères de cohérence interne et externe. La cohérence interne repose sur la corroboration entre eux des éléments constitutifs d'un cas donné, tandis que la cohérence externe se rapporte à la cohésion entre le résultat de l'évaluation d'un cas donné et la connaissance des méthodes de torture et autres mauvais traitements employées dans une région particulière, voire la détention d'informations complémentaires livrées par des témoins.
- 350.** Dans le contexte d'une évaluation clinique, la cohérence interne peut être étayée par un large éventail d'observations générales et spécifiques. La fiabilité des preuves cliniques se mesure au degré de concordance entre des allégations spécifiques de mauvais traitements et le résultat de l'évaluation physique et psychologique du sujet. Le degré de concordance entre la description des lésions corporelles et les rapports relatifs à des symptômes aigus ultérieurs, le processus de guérison (en tenant compte des circonstances atténuantes) et les symptômes et infirmités chroniques est un autre indicateur de la cohérence interne des résultats cliniques. La concordance entre l'affect (état émotionnel) observé chez la victime présumée au cours de l'entretien et la teneur de l'évaluation, par exemple la détresse psychologique liée à des expériences douloureuses, peut être un indicateur de la cohérence interne des résultats cliniques, sachant que l'affect peut varier en fonction des circonstances et des mécanismes d'adaptation du sujet.
- 351.** Les incohérences sont fréquentes dans les comptes rendus de victimes de la torture, pour de multiples raisons. Pour autant qu'elles s'expliquent, elles mettent davantage en évidence la fiabilité des résultats cliniques qu'un manque de sincérité du sujet. Il est important de noter qu'à moins de disposer de connaissances médicales en matière d'anatomie et de physiopathologie humaines, la plupart des sujets seraient incapables d'inventer un scénario précis sur la base des séquelles physiques propres à des formes spécifiques de torture ou de mauvais traitements.
- 352.** Le clinicien appelé à évaluer les preuves psychologiques de torture ou d'autres mauvais traitements a la possibilité de prendre en compte un certain nombre de facteurs supplémentaires susceptibles d'accroître la fiabilité des résultats de l'évaluation psychologique – par exemple, la relation temporelle entre les faits allégués et l'apparition des symptômes psychologiques, ainsi que les fluctuations de ces derniers, en tenant compte des facteurs de stress psychologique internes et externes et des circonstances atténuantes. La valeur attribuée aux allégations à la lumière du profil psychosocial du sujet peut également être un indicateur de la cohérence interne, ainsi que de la concordance entre les émotions du sujet (à la fois rapportées et observées par le clinicien) et ses mécanismes d'adaptation. Certains symptômes psychologiques de stress post-traumatique peuvent se rapporter plus spécifiquement à l'événement allégué qu'à d'autres expériences traumatisantes. Par exemple, souvenirs indésirables, cauchemars, reviviscence d'expériences négatives et comportement d'évitement en lien avec la torture ou les mauvais traitements allégués sont plus susceptibles d'être causés par ces derniers que par d'autres expériences traumatisantes.
- 353.** La description des méthodes ou instruments employés, des postures imposées ou des entraves utilisées pendant les séances de torture, de même que les informations permettant d'identifier les tortionnaires et les lieux de détention, sont autant d'éléments propres à garantir la cohérence externe. En outre, des témoins tels que des codétenus, des membres de la famille, des amis, des représentants légaux, de même que les rapports médicaux, historiques de traitement et photographies, peuvent également être des sources externes de corroboration des faits allégués.

## C. Contenu des entretiens

**354.** Toutes les évaluations cliniques de cas allégués ou présumés de torture ou d'autres mauvais traitements menées dans un cadre médico-légal doivent se dérouler conformément aux Principes d'Istanbul (voir annexe I), résumés comme suit :

**(a)** L'évaluateur clinique devrait se conformer aux normes déontologiques les plus exigeantes et obtenir du sujet son consentement en connaissance de cause avant tout examen ;

**(b)** Les évaluations cliniques doivent :

**(i)** Se dérouler rapidement et en privé ;

**(ii)** Respecter les normes établies de la pratique clinique ;

**(iii)** Être conduites par des experts cliniques, et non des agents de sécurité ;

**(c)** Les rapports écrits doivent être précis et comprendre :

**(i)** L'identité de la victime présumée, l'heure et le lieu de l'entretien, et l'indication de toute contrainte physique imposée au sujet et/ou de la présence de policiers ou de tiers pendant l'évaluation ;

**(ii)** Un compte rendu détaillé des allégations du sujet, y compris concernant les méthodes de torture ou autres mauvais traitements, et toute autre plainte au sujet de symptômes physiques et psychologiques ;

**(iii)** Un compte rendu de toutes les conclusions d'ordre physique et psychologique tirées de l'examen clinique, y compris les tests diagnostiques appropriés, les schémas anatomiques indiquant l'emplacement et la nature de toutes les lésions (voir annexe III) et, si possible, des photographies en couleurs de celles-ci ;

**(iv)** Un avis sur le lien probable entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou autres mauvais traitements ;

**(v)** Une recommandation relative à tout traitement médical ou psychologique et/ou examen ultérieur qui pourrait être nécessaire ;

**(vi)** L'identité et la signature du/des clinicien(s) chargé(s) de l'évaluation.

**355.** Il est important de noter que les Principes d'Istanbul s'appliquent aux évaluations cliniques menées dans les contextes juridiques et non juridiques – les évaluations hors contexte juridique ne requièrent cependant ni interprétation du degré de cohérence entre résultats cliniques et allégations de torture ou autres mauvais traitements, ni avis sur la possibilité de torture (voir par. 635 ci-dessous). Néanmoins, dans le contexte non juridique, les cliniciens qui ont une connaissance et une expérience de l'application du Protocole d'Istanbul et de ses Principes devraient toujours envisager de fournir une interprétation du degré de cohérence entre les résultats cliniques et la ou les méthode(s) de torture alléguée(s), ainsi qu'un avis sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements tels que définis dans la Convention contre la torture.

**356.** Le Protocole d'Istanbul comprend les normes minimales que les États doivent appliquer pour garantir l'efficacité des enquêtes sur la torture et les mauvais traitements, telles qu'énoncées dans les Principes d'Istanbul et précisées dans le présent manuel. Le Protocole d'Istanbul et ses Principes fournissent aux cliniciens qui réalisent des évaluations médico-légales des orientations détaillées qu'il convient d'appliquer sur la base d'une juste appréciation des ressources disponibles et du jugement clinique (voir annexe IV). Il importe de comprendre que les évaluations cliniques exhaustives durent généralement plusieurs heures et que les déclarations médico-légales peuvent être très longues. Si l'entretien est limité dans sa durée, le clinicien devrait le signaler et s'efforcer d'obtenir les informations les plus importantes conformément au Protocole et à ses Principes.

**357.** L'évaluation clinique détaillée des victimes d'actes de torture ou d'autres mauvais traitements allégués ou présumés comporte un certain nombre d'éléments, dont beaucoup sont communs aux évaluations des preuves physiques et psychologiques. C'est à ces éléments que les orientations suivantes se rapportent. Les chapitres V et VI proposent d'autres orientations relatives à l'évaluation clinique des preuves physiques et psychologiques de la torture et autres mauvais traitements.

## 1. Présentation et identification

**358.** Lors des entretiens d'évaluation clinique, l'évaluateur commence généralement par se présenter, avant d'aborder l'entretien lui-même :

(a) Exposé de l'objectif de l'évaluation et du rôle du clinicien en tant qu'évaluateur et non en tant que médecin traitant ;

(b) Aperçu des conditions de l'évaluation :

(i) Degré d'indépendance de l'évaluateur ;

(ii) Confidentialité des résultats et limites applicables, dont les obligations du clinicien en matière de signalement ;

(iii) Droit de refuser de répondre à des questions ou de se soumettre à des examens ;

(iv) Importance de l'exhaustivité et de l'exactitude des informations ;

(v) Difficulté éventuelle à se souvenir de certains faits et risque de réactivation du traumatisme et de réactions émotionnelles ;

(vi) Possibilité de faire des pauses ;

(vii) Accès à des rafraîchissements et à des toilettes.

(c) Déclaration relative au contenu général de l'évaluation, y compris des questions détaillées sur les événements survenus avant, pendant et après les faits allégués, un examen physique et psychologique le cas échéant, et la possibilité de prendre des photographies ;

(d) Inventaire des avantages et des risques associés à l'évaluation ;

(e) Réponse aux questions ou aux inquiétudes éventuelles du sujet ;

(f) Sollicitation du consentement à l'évaluation<sup>414</sup>.

**359.** Pour les évaluations médico-légales, le clinicien devrait établir l'identité du sujet. Comme indiqué précédemment, aucun représentant des forces de

l'ordre ne devrait être présent. Tout refus de quitter la salle d'examen devrait figurer dans le rapport du clinicien ; l'évaluation peut également être annulée.

## 2. Profil du sujet

**360.** *Renseignements d'ordre général.* Le clinicien devrait obtenir des renseignements généraux pertinents tels que le nom du sujet, sa date et son lieu de naissance, le(s) motif(s) de l'évaluation, le nom de la personne ou de l'autorité à l'initiative de celle-ci, le nom de tout tiers ou interprète présent lors de l'entretien, la langue utilisée et les restrictions éventuelles, y compris les contraintes de temps ou l'utilisation d'entraves.

**361.** *Antécédents en matière de santé physique et mentale.* Le clinicien devrait établir un profil médical complet incluant les antécédents médicaux, chirurgicaux et/ou psychiatriques du sujet, et documenter toute lésion antérieure à la détention, de même que ses possibles séquelles ; il s'agit de distinguer les signes physiques en rapport avec la torture. Le clinicien devrait s'informer de toute médication éventuelle, car les personnes placées en détention peuvent se voir privées des médicaments prescrits, au péril de leur santé.

**362.** *Examen des évaluations cliniques antérieures consécutives à des allégations de torture ou d'autres mauvais traitements.* Le clinicien devrait s'informer de toute évaluation clinique antérieure consécutive à des allégations de torture ou d'autres mauvais traitements, qu'elle ait été menée en détention ou après la libération du sujet. Le cas échéant, le clinicien devrait s'efforcer, avec le consentement de ce dernier, d'obtenir une copie des rapports, qui peuvent fournir des informations cliniques corroborantes ou contradictoires.

## 3. Profil psychosocial avant l'arrestation

**363.** L'évaluateur devrait s'intéresser au profil social du sujet, à ses activités quotidiennes, à ses relations avec ses parents et amis, à son travail, à ses études, à ses centres d'intérêt, à ses projets d'avenir et à son éventuelle consommation d'alcool, de médicaments et d'autres substances. Il devrait également s'efforcer d'établir le profil psychosocial du sujet après sa détention. Les questions touchant aux activités politiques, croyances et opinions ne sont pertinentes que dans la mesure où elles jouent un rôle dans la détention du sujet ou les actes de torture qu'il a subis.

<sup>414</sup> En cas de doute sur la capacité mentale du sujet avant ou pendant l'évaluation, il convient de rechercher des troubles cognitifs éventuels, car le consentement des personnes jugées inaptes n'est pas valable.

Le clinicien devrait garder à l'esprit qu'inclure des informations relatives aux activités politiques d'une personne dans les documents cliniques peut exposer le sujet à des risques supplémentaires, ce qui serait contraire au principe éthique de « non-nuisance ». Ces questions, si elles sont abordées, devraient l'être de manière indirecte, en demandant au sujet quelles accusations ont été portées à son encontre.

#### 4. Allégations de torture et d'autres mauvais traitements

**364.** Dans de nombreux cas, les allégations de torture ou d'autres mauvais traitements peuvent nécessiter l'intervention de plusieurs instances, dont des évaluateurs et des avocats, par exemple. Toute communication, tout partage d'informations ou toute autre interaction avec ces parties devrait s'inscrire dans une démarche réfléchie respectueuse des principes éthiques.

##### (a) Résumé de la détention et des actes de torture ou autres mauvais traitements

**365.** Avant d'entrer dans les détails, l'évaluateur devrait s'efforcer d'obtenir un bref exposé des faits, y compris les dates, lieux et durée de la détention, et les fréquence et durée des séances de torture ou de mauvais traitements. Ce résumé l'aidera par la suite à employer efficacement le temps à disposition. Dans certains cas, les personnes qui ont été soumises à la torture à plusieurs reprises se souviennent des faits, mais sont incapables de préciser les lieux et les dates de chaque séance. Dans de telles circonstances, il peut être préférable de solliciter un compte rendu évoquant les méthodes de torture plutôt que l'exposé chronologique d'événements précis. Les lieux de détention étant administrés par différents corps des services de sécurité, de la police ou de l'armée, il peut être utile de comprendre ce qui s'est passé dans chacun d'eux pour avoir une vue d'ensemble des pratiques en matière de torture. Un plan des lieux où les actes de torture ou les mauvais traitements allégués ont été infligés peut permettre de recouper les comptes rendus de différentes personnes et faciliter considérablement l'enquête dans son ensemble.

##### (b) Circonstances de l'arrestation et de la détention

**366.** Les circonstances de la détention devraient être précisées. Les questions ciblées et approfondies peuvent porter sur les auteurs, leur apparence, les témoins, le type de détention et la description

des faits : Quelle heure était-il ? Où étiez-vous ? Que faisiez-vous ? Qui était présent ? Comment décririez-vous les personnes qui vous ont détenu ? Qui étaient-ils et que portaient-ils ? Quel type d'armes portaient-ils, le cas échéant ? Qu'ont-ils dit ? Y a-t-il eu des témoins ? Était-ce une arrestation officielle, une détention administrative ou un enlèvement ? A-t-on recouru à la violence, à des menaces ? Y a-t-il eu une quelconque interaction avec des proches ? Prendre note également de l'éventuel usage d'entraves ou d'un bandeau, des moyens de transport ainsi que de la destination et de l'identité des personnes impliquées, lorsqu'elles sont connues.

##### (c) Lieux et conditions de détention

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

##### (d) Récit des séances de torture ou autres mauvais traitements

**368.** Le clinicien devrait s'efforcer d'obtenir une description détaillée de tous les faits allégués de torture ou autres mauvais traitements, tant sous leurs formes physiques que psychologiques. Pour éviter que le sujet déforme le récit, le clinicien devrait se montrer circonspect dans la formulation de questions directes évoquant des formes particulières de torture, comme décrit au paragraphe 372 ci-dessous. L'obtention de réponses négatives peut néanmoins contribuer à établir la crédibilité des résultats cliniques. En règle générale, on formulera les questions de manière à susciter un compte rendu cohérent : Où les faits allégués se sont-ils déroulés, quand et pendant combien

de temps ? Aviez-vous les yeux bandés ? Avant de parler d'abus, savez-vous qui était présent (nom et fonction) ? Pouvez-vous décrire le local ? Avez-vous remarqué des objets particuliers ? Demandez au sujet de décrire, si possible avec précision, chaque instrument de torture et, en cas de torture électrique, d'indiquer le voltage, le dispositif employé, le nombre et la forme des électrodes. Interrogez-le sur sa tenue : a-t-il été dévêtu, l'a-t-on fait changer de vêtements ? Prenez note de ce qui s'est dit pendant l'interrogatoire, des insultes lancées à la victime présumée, des propos tenus par les tortionnaires.

- 369.** Lors de l'examen des preuves physiques de la torture ou d'autres mauvais traitements, pour chaque méthode de torture alléguée, le clinicien notera : la position du corps, les entraves, la nature du contact (durée, fréquence et localisation anatomique) et la partie du corps affectée. Y a-t-il eu hémorragie, traumatisme crânien, perte de conscience ? Le cas échéant, celle-ci a-t-elle résulté du traumatisme à la tête, de l'asphyxie, de la douleur ? Le clinicien devrait également demander au sujet comment il se sentait à la fin de la « séance », et l'interroger sur ses éventuelles difficultés à marcher, sur sa capacité fonctionnelle les jours suivants, et sur la présence de signes physiques, tels que les pieds enflés. Ces détails permettent de préciser les descriptions sur la base d'une liste de contrôle. Le témoignage devrait mentionner les dates, la fréquence et la durée des séances alléguées de torture ou autres mauvais traitements, ainsi que, pour les sévices de type positionnel, la position imposée et, en cas de torture par suspension, le type de suspension (suspension renversée, corps recouvert d'une couverture ou attaché directement avec une corde, poids sur les jambes ou étirement). Dans les cas de torture par suspension, on indiquera également le matériel utilisé (corde, fil métallique et tissu laissent des marques différentes sur la peau). S'agissant de la durée des séances de torture indiquée par le sujet, le clinicien doit garder à l'esprit que le récit livré est subjectif et peut manquer de précision : en effet, il n'est pas rare que la torture et les mauvais traitements altèrent les notions de temps et d'espace. Le clinicien devrait inviter le sujet à décrire tous les faits allégués de harcèlement sexuel, les menaces et les mauvais traitements qu'il a subis et, si possible, à rapporter les propos tenus par ses tortionnaires. Lors des séances de torture impliquant des décharges électriques sur les parties génitales, par exemple, les tortionnaires affirment fréquemment à la victime qu'elle sera désormais impuissante. Se reporter aux paragraphes 455 à 479

ci-dessous pour plus de détails sur l'évaluation des allégations de torture sexuelle, y compris le viol.

- 370.** Comme indiqué au chapitre I, la torture et les mauvais traitements comprennent un large éventail d'actes au cours desquels des peines et/ou des souffrances physiques ou mentales sont infligées. De nombreux actes de violence assimilables à la torture ou à d'autres mauvais traitements sont commis dans des contextes autres que la détention ; c'est par exemple le cas des souffrances physiques et psychologiques infligées en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, ainsi que de l'usage inutile et disproportionné de la force dans le cadre du maintien de l'ordre. L'évaluateur devrait être prêt à interroger le sujet sur la nature et la portée de ces actes, ainsi que sur leurs séquelles physiques et psychologiques.

## 5. Examen des méthodes de torture

- 371.** Une fois obtenu le récit détaillé des faits, il est conseillé de passer en revue d'autres méthodes possibles de torture. Les questions relatives à certaines formes particulières de torture et autres mauvais traitements peuvent s'avérer utiles dans les cas suivants :

(a) Les souvenirs sont brouillés par des symptômes psychologiques ;

(b) Les faits allégués de torture ou d'autres mauvais traitements ont entraîné une altération des facultés sensorielles ;

(c) Il y a une possibilité de lésions organiques du cerveau ;

(d) Des facteurs éducatifs et culturels entrent en jeu et atténuent le récit des faits.

- 372.** La distinction entre torture physique et psychologique est artificielle. Ce que l'on appelle couramment la « torture physique » comporte également des aspects psychologiques, et ce que l'on appelle la « torture psychologique » comporte des aspects physiques. En outre, les victimes sont souvent soumises à plusieurs formes de torture ou autres mauvais traitements à la fois, par exemple lorsqu'elles subissent des menaces tout en recevant des coups de poing ou de pied alors qu'elles sont attachées et qu'elles ont les yeux bandés. La liste ci-dessous vise à donner un aperçu de différentes formes possibles de torture et d'autres mauvais traitements. Elle n'est pas destinée à servir de liste de contrôle pour l'évaluateur ni de modèle pour



répertorier les méthodes de torture et autres mauvais traitements dans un rapport. Une approche fondée sur l'utilisation d'une liste peut être contre-productive, car le tableau clinique complet des conséquences de tels actes va bien au-delà de la simple addition des lésions qui peuvent y être énumérées. Les formes de torture et d'autres mauvais traitements qu'il convient d'envisager comprennent, sans s'y limiter :

**(a)** Les coups de poing ou de pied, gifles, coups infligés au moyen d'un fouet, de fil électrique, d'une matraque et autres traitements causant des lésions contondantes, notamment les contacts forcés avec des surfaces dures telles que le sol ou les murs ;

**(b)** Les tortures positionnelles, consistant à suspendre le sujet, à attacher ses membres en extension, à lui imposer de manière prolongée une position particulière ou inconfortable ;

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

**(d)** Les décharges électriques ;

**(e)** L'asphyxie, notamment par des méthodes faisant appel ou pas à de l'eau, ou par quasi-noyade, étouffement, enfermement dans un caisson étroit ou ressemblant à un cercueil, étranglement ou utilisation de produits chimiques ;

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

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

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

**(i)** Violences sexuelles – coups sur les parties génitales et autres brutalités touchant les organes sexuels, utilisation d'instruments à cette fin, viol ;

**(j)** L'amputation traumatique ou chirurgicale de parties du corps, telles qu'oreilles, doigts ou membres ;

**(k)** L'ablation chirurgicale d'organes ;

**(l)** La torture pharmacologique par l'administration de doses toxiques de sédatifs, de neuroleptiques, de produits paralysants, de substances hallucinogènes ou autres ;

**(m)** Les conditions de détention, telles que cellules exigües ou surpeuplées, insalubrité, mauvaises conditions d'hygiène, manque d'accès à des installations sanitaires, nourriture et boisson fournies de manière irrégulière ou contaminées, températures extrêmes, promiscuité et nudité forcée ;

**(n)** La privation des stimuli sensoriels normaux – son, lumière, notion du temps, isolement ;

**(o)** Le refus de fournir des soins et des traitements médicaux et de santé mentale ;

**(p)** La détention au secret et la privation de contacts sociaux en détention et/ou avec le monde extérieur ;

**(q)** L'utilisation prolongée de moyens de contrainte tels que menottes, chaînes, fers et camisoles de force ;

**(r)** Le placement à l'isolement et autres formes de mise à l'écart ;

**(s)** La surcharge sensorielle, par des moyens tels que musique forte, lumières vives et interrogatoires prolongés ;

**(t)** L'épuisement résultant d'un exercice physique prolongé et forcé, souvent associé à la privation de sommeil ;

**(u)** L'humiliation, le sentiment de culpabilité et la honte, qui résultent souvent de la violence verbale et de la commission d'actes humiliants fondés sur l'identité, le genre et/ou l'orientation sexuelle (réelle ou présumée) d'une personne ;

**(v)** Les menaces de mort, de violences contre la famille, de tortures supplémentaires et d'emprisonnement, les simulacres d'exécutions ou menaces d'agressions par des animaux tels que chiens, chats, rats ou scorpions ;

**(w)** L'utilisation de techniques psychologiques pour briser la personne, notamment en la forçant à trahir, en exacerbant son sentiment d'impuissance, en l'exposant à des situations ambiguës, en lui adressant des messages contradictoires ou en violant des tabous ;

(x) La contrainte comportementale, telle que le fait d'obliger la victime à enfreindre les préceptes de sa religion (par exemple, forcer un musulman à manger du porc), à infliger à d'autres des actes de torture ou d'autres sévices, à détruire des biens, à trahir d'autres personnes en les mettant en danger;

(y) La manipulation des affects et des émotions ;

(z) Le fait de forcer la victime à assister à des actes de torture ou à des atrocités infligées à d'autres personnes, y compris des membres de leur famille.

## 6. Évaluation des preuves physiques et psychologiques

**373.** Lorsqu'une victime présumée est examinée par plus d'un clinicien, l'un se chargeant des preuves physiques et l'autre des preuves psychologiques, par exemple, l'entretien devrait être axé sur les informations les plus pertinentes pour l'un et l'autre. Les chapitres V et VI fournissent des orientations détaillées à ce sujet. Pour résumer, l'évaluation des preuves physiques comprend : a) un examen des symptômes et infirmités aigus et chroniques ; b) un examen physique approfondi ; c) des études diagnostiques et des consultations cliniques, si elles sont indiquées ; d) l'utilisation de schémas anatomiques (voir annexe III) et de documents photographiques pour illustrer les observations physiques ; et e) une évaluation du handicap fonctionnel. L'évaluation psychologique comprend généralement : a) des méthodes d'évaluation ; b) une évaluation de l'état psychologique au moment de l'examen ; c) le profil psychologique avant la torture ; d) le profil psychologique après la torture ; e) les antécédents psychologiques/psychiatriques ; f) les antécédents en matière d'usage de substances ; g) une évaluation de l'état mental ; h) une évaluation des fonctions sociales ; i) des tests psychologiques, s'ils sont indiqués ; et j) des tests neuropsychologiques, s'ils sont indiqués.

**374.** Lors de l'évaluation des séquelles de la torture et d'autres mauvais traitements, il convient de ne pas négliger les corrélations entre les répercussions physiques, psychologiques et sociales des mauvais traitements. Par exemple, les coups que la victime a subis peuvent causer des douleurs musculaires et articulaires chroniques susceptibles d'éveiller le souvenir d'expériences terrifiantes, ce qui peut mener à l'isolement social. Ces considérations peuvent permettre de dresser un tableau plus complet des effets délétères de la torture ou d'autres mauvais traitements.

## 7. Clôture de l'évaluation et orientation du sujet

**375.** Au terme de l'évaluation, le clinicien devrait passer en revue les étapes subséquentes du processus médico-légal, par exemple en transmettant une copie de ses rapports à l'avocat du sujet ou en recommandant des examens ou des consultations supplémentaires. Le clinicien devrait envisager de reconnaître explicitement la charge émotionnelle associée à l'entretien, remercier le sujet pour le temps et les efforts qu'il y a consacrés, et donner suite à ses préoccupations ou à ses besoins médicaux en l'orientant vers les services appropriés. Le clinicien devrait évaluer l'état émotionnel de la victime et, au besoin, prendre des dispositions pour l'apaiser. Il a l'obligation déontologique de l'orienter vers les services médicaux et psychologiques adéquats si nécessaire, en particulier s'il présente un risque de suicide ou de comportement autoagressif. Au cours des évaluations psychologiques, le clinicien peut avoir rassuré le sujet en lui indiquant que ses symptômes sont des réactions normales au stress extrême auquel il a été soumis. C'est particulièrement utile lorsque le sujet a l'impression que ses symptômes indiquent qu'il « devient fou ». Le clinicien peut envisager d'y revenir à la fin de l'entretien. Il devrait également lui expliquer que le processus d'entretien et d'évaluation peut exacerber les symptômes psychologiques, et de quelle manière.

**376.** Le clinicien qui décèle des signes de torture ou de mauvais traitements a l'obligation juridique et déontologique de le signaler aux autorités compétentes. Comme indiqué au chapitre II (voir par. 174 à 182 ci-dessus), en définitive, cette décision devrait être conditionnée par le consentement en connaissance de cause de la victime présumée. Le droit statutaire peut imposer au clinicien l'obligation de signaler les éléments de preuve relatifs à des crimes tels que la torture et les mauvais traitements, mais s'en acquitter peut exposer la victime présumée à des représailles de la part des représentants de l'État, sous la forme d'autres mauvais traitements ou de sanctions juridiques. En outre, les organes de contrôle internationaux, les mécanismes nationaux de prévention et les institutions nationales des droits de l'homme devraient s'efforcer, dans le cadre de leurs mandats officiels, de donner des orientations propres à faire valoir le principe de responsabilité.

**377.** Dans la mesure du possible, les examens d'ordre médico-légal visant à documenter des actes de torture et autres mauvais traitements devraient être assortis d'une évaluation des besoins médicaux,

psychologiques et sociaux de la victime. S'il lui est demandé de prodiguer des soins ou des conseils pendant ou après l'évaluation, le clinicien devrait concilier son rôle d'évaluateur indépendant et ses obligations déontologiques. Pour les questions non urgentes, il peut être judicieux d'adresser le sujet à des spécialistes, des psychologues, des physiothérapeutes ou des assistants sociaux. Si des soins médicaux d'urgence s'imposent, le clinicien est tenu de veiller à ce que la personne entendue bénéficie de l'assistance requise. Il ne devrait pas hésiter à faire appel à d'autres spécialistes s'il le juge utile dans le cadre de l'évaluation clinique. Les évaluateurs devraient être informés des possibilités locales de réadaptation et de soutien.

## D. Considérations postérieures à l'entretien

**378.** Au terme de l'évaluation médico-légale des allégations de torture ou autres mauvais traitements, le clinicien rédige un rapport formel dans lequel il livre son interprétation des observations pertinentes et ses conclusions quant à la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements.

### 1. Interprétation des observations

**379.** Les Principes d'Istanbul imposent au clinicien de se prononcer sur « le lien probable existant entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou autres mauvais traitements ». Il devrait au minimum livrer une évaluation du degré de cohérence entre les observations cliniques et les allégations de torture ou d'autres mauvais traitements. Si le clinicien estime qu'une constatation ne concorde pas avec les allégations pour des motifs d'ordre clinique, il doit exposer ceux-ci (voir par. 342 à 353 ci-dessus et 386 ci-dessous).

**380.** Le degré de compatibilité est généralement exprimé comme suit :

**(a)** « Non compatible » : le symptôme ne peut pas être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués ;

**(b)** « Compatible » : le symptôme pourrait être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués, mais il n'est pas spécifique et il existe nombre d'autres causes possibles ;

**(c)** « Très compatible » : le symptôme pourrait être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués, et il existe peu d'autres causes possibles ;

**(d)** « Typique » : le symptôme est généralement associé à ce type d'allégations de torture ou autres mauvais traitements, mais il existe d'autres causes possibles ;

**(e)** « Spécifique » : le symptôme ne peut être associé qu'à la torture ou aux mauvais traitements allégués.

Le degré de compatibilité exprimé par l'appréciation « typique » n'est généralement pas utilisé comme critère d'appréciation des preuves de torture ou de mauvais traitements psychologiques car les symptômes d'ordre psychologique tendent à dépendre de facteurs individuels. En outre, le degré de compatibilité exprimé par l'appréciation « spécifique » est fréquemment utilisé comme critère pour l'interprétation des preuves physiques de torture ou de mauvais traitements et est rarement utilisé pour interpréter les symptômes d'ordre psychologique.

**381.** On trouvera aux chapitres V et VI, ainsi qu'à l'annexe IV, des indications supplémentaires au sujet de l'interprétation des preuves physiques et psychologiques de la torture et autres mauvais traitements. Bien que l'interprétation des preuves physiques et celle de preuves psychologiques présentent certaines différences, les deux appréciations exigent du clinicien qu'il détermine le degré de cohérence entre l'ensemble des preuves cliniques qu'il a établies et les actes de torture ou mauvais traitements allégués. Dans certains cas, l'évaluation globale peut présenter un degré de cohérence plus élevé que les observations cliniques prises individuellement, en particulier si les résultats de ces dernières sont convergents. Il est important de noter que le degré de cohérence le plus élevé s'étend souvent à l'ensemble des données cliniques.

### 2. Conclusions et recommandations

**382.** Les Principes d'Istanbul exigent du clinicien qu'il formule un avis clinique global sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements sur la base de toutes les données cliniques pertinentes, y compris les « observations physiques et psychologiques, informations recueillies, photographies, résultats de tests diagnostiques, connaissance des pratiques locales en matière de torture, rapports de

consultations, etc. », comme indiqué à l'annexe IV. Pour formuler son opinion sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements, le clinicien se réfère à la même échelle de cohérence que pour l'interprétation de ses observations. Lorsque le sujet est un enfant, le clinicien ne devrait pas perdre de vue que « [L]e seuil à partir duquel un traitement ou une punition peut être qualifié de torture ou de mauvais traitement est plus bas chez les enfants, et en particulier chez les enfants privés de liberté »<sup>415</sup>.

**383.** En définitive, ce sont les observations cliniques dans leur ensemble, et non l'une ou l'autre donnée en particulier, qui priment dans l'appréciation des allégations de torture ou d'autres mauvais traitements. Lorsque les preuves physiques et psychologiques établies sont réunies dans un rapport unique présenté par une seule et même personne, la conclusion générale devrait correspondre au degré de cohérence le plus élevé observé. De même, si le rapport a été élaboré sur la base d'évaluations cliniques distinctes, la conclusion générale devrait correspondre au degré de cohérence le plus élevé observé dans l'une ou l'autre des évaluations, voire un degré supérieur si les conclusions issues des différentes évaluations convergent.

**384.** Les évaluations médico-légales dans lesquelles la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements n'est pas appréciée, et qui ne fournissent pas d'avis sur la question ne sont pas conformes aux Principes d'Istanbul et devraient être considérées comme déficientes. Il arrive que des avis cliniques sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements soient contestés dans des contextes médico-légaux. Il importe de comprendre que les avis cliniques sur la possibilité de torture se fondent sur la probabilité que l'ensemble des symptômes constatés cliniquement soit imputables à des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués, tels que définis par la Convention contre la torture et d'autres définitions juridiques pertinentes<sup>416</sup>. La causalité est exprimée en termes de cohérence plutôt qu'en termes de degré de preuve exigé par la justice (par exemple, « plus probable qu'improbable » ou « au-delà de tout doute raisonnable ») afin d'éviter l'amalgame entre avis clinique et appréciation judiciaire. Le clinicien s'intéresse systématiquement à la cause des symptômes du sujet. Les évaluations médico-légales de la torture et autres mauvais

traitements sont réalisées par des cliniciens dotés des connaissances et de l'expérience qui leur sont nécessaires pour se prononcer sur la possibilité que ce qu'ils ont constaté cliniquement a été causé par les souffrances physiques et/ou mentales aiguës alléguées.

**385.** En plus de se prononcer sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements, le clinicien devrait rappeler les symptômes et infirmités observés chez le sujet, ainsi que sur leurs effets probables sur son fonctionnement social, et recommander si nécessaire des évaluations et des soins supplémentaires. Comme indiqué à l'annexe IV, les rapports médico-légaux peuvent également inclure une déclaration de bonne foi du clinicien, l'indication d'éventuelles restrictions à l'évaluation, les renseignements concernant l'identité du clinicien et la signature de celui-ci, ainsi que toute annexe pertinente.

### 3. Automutilation et simulation

**386.** La question de l'automutilation (ou de l'automutilation assistée, à savoir la mutilation infligée par un tiers) et de la simulation de symptômes physiques ou psychologiques peut être soulevée dans le cadre médico-légal. Juges et cliniciens devraient comprendre que le Protocole d'Istanbul facilite la corrélation entre des allégations spécifiques de violences et des observations cliniques pertinentes telles que des preuves physiques et psychologiques. Si le clinicien soupçonne que les allégations sont mensongères, un autre clinicien devrait mener des entretiens supplémentaires. La possibilité qu'il y ait automutilation ou simulation devrait être mentionnée, d'un commun accord entre les deux cliniciens, dans l'interprétation des observations et dans leur conclusion. Les cliniciens ne sont toutefois pas tenus d'envisager ces possibilités en l'absence d'éléments de preuve qui le justifierait, car les décisions judiciaires reposent sur la force probante des éléments disponibles et non sur des hypothèses sans fondement.

### 4. Fiabilité des preuves cliniques et crédibilité

**387.** Dans les affaires médico-légales, avocats, juges et procureurs sont souvent amenés à s'interroger sur la crédibilité d'un suspect ou d'une victime présumée. Pour s'assurer de la véracité des revendications d'un individu, ils ont fréquemment recours à la détermination de la crédibilité, laquelle peut avoir

<sup>415</sup> A/HRC/28/68, par. 33. Voir, également, *ibid.* par. 17.

<sup>416</sup> Dans certains pays, la définition de la torture peut différer de celle de la Convention contre la torture, et les juges peuvent demander ou imposer aux cliniciens de se prononcer sur l'usage même de la torture. Le cas échéant, il leur appartient de rappeler les limites de leur champ de compétences et de préciser que l'éthique leur interdit de les outrepasser.

du poids dans les décisions judiciaires. Les modalités en varient selon les pays, mais elles prennent généralement un certain nombre de facteurs en considération, dont les preuves cliniques. Il arrive que les juristes sollicitent un avis clinique sur la crédibilité d'un suspect ou d'une victime présumée. Dans certains pays, dans le contexte de l'asile, les cliniciens peuvent être tenus de se prononcer sur la crédibilité d'une victime présumée préalablement à une éventuelle prise en charge de son dossier.

- 388.** Les avis cliniques relatifs à la crédibilité d'un suspect ou d'une victime présumée devraient être examinés à la lumière de l'expertise du clinicien et se fonder uniquement sur la fiabilité des preuves cliniques et leur compatibilité avec les allégations spécifiques de torture ou d'autres mauvais traitements. La fiabilité des données cliniques repose souvent sur les critères de cohérence interne et externe décrits aux paragraphes 349 à 353 ci-dessus. Si les tribunaux lui demandent – ou lui imposent – de se prononcer sur la crédibilité d'un sujet plutôt que sur les observations cliniques, le clinicien devrait noter que la détermination de la crédibilité d'une personne sort du champ d'application du Protocole d'Istanbul, lequel recommande que les avis cliniques se limitent à la fiabilité des preuves cliniques et à leur compatibilité avec des allégations spécifiques de torture ou d'autres mauvais traitements.
- 389.** Il est déconseillé au clinicien de se prononcer sur la crédibilité d'une victime présumée ou d'un suspect dans ses rapports médico-légaux ou dans ses témoignages. S'il y est invité par un juriste, il devrait formuler une appréciation de la fiabilité des preuves cliniques en termes de crédibilité et veiller à dissocier ses avis et évaluations de toute détermination judiciaire de la crédibilité.

## **5. Limites, interprétation erronée ou usage impropre du Protocole d'Istanbul**

- 390.** Il est nécessaire d'avoir conscience des limites et des risques d'interprétation erronée ou d'usage

impropre du Protocole d'Istanbul. Si le Protocole et ses Principes peuvent contribuer à révéler les preuves cliniques d'actes de torture ou d'autres mauvais traitements allégués, l'absence de preuves physiques et/ou psychologiques ne signifie pas pour autant que de tels actes n'ont pas été perpétrés. L'absence d'observations physiques et psychologiques peut tenir à de nombreux facteurs qu'il est utile de relever pour corroborer des allégations spécifiques de torture ou d'autres mauvais traitements. Il arrive malheureusement que les parties accusées de torture ou d'autres mauvais traitements fassent une mauvaise lecture ou un usage impropre du Protocole d'Istanbul et parviennent à se faire exonérer faute de preuves physiques ou psychologiques, par exemple en l'absence de critères de diagnostic de troubles post-traumatiques. Le cas échéant, l'interprétation erronée ou l'usage impropre des normes consacrées par le Protocole d'Istanbul aux fins d'écarter ou de dissimuler des preuves de torture ou d'autres mauvais traitements peut constituer une forme de complicité ou engager d'autres formes de responsabilité.

- 391.** Dans certains pays, l'interprétation erronée ou l'usage impropre de ces normes peut trahir une volonté, de la part des représentants de l'État, d'écarter ou de dissimuler des preuves de torture ou d'autres mauvais traitements et, dans certains cas, de poursuivre les auteurs de « fausses allégations » à l'encontre de représentants des forces de l'ordre. La valeur intrinsèque du Protocole d'Istanbul réside dans la possibilité qu'il offre de déceler des preuves cliniques susceptibles d'étayer des allégations spécifiques de maltraitance. Il n'a pas vocation à démontrer qu'un acte hypothétique n'a pas eu lieu.
- 392.** En excluant des preuves de torture ou d'autres mauvais traitements, certains tribunaux rejettent également des avis cliniques pertinents sous prétexte qu'ils ne relèvent pas des attributions ou des compétences du clinicien. Au contraire, conformément aux Principes d'Istanbul, les cliniciens devraient toujours se prononcer, dans leurs évaluations médico-légales, sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements<sup>417</sup>.

<sup>417</sup> Dans un arrêt rendu en 2019, la Cour suprême du Royaume-Uni a reconnu que le Protocole d'Istanbul faisait autorité en matière d'évaluation clinique des allégations de torture et d'autres mauvais traitements, en ce inclus la formulation d'un avis sur la possibilité que la torture soit à l'origine des observations cliniques. Voir Royaume-Uni, Cour suprême, *KV (Sri Lanka) c. Secretary of State for the Home Department*, arrêt du 6 mars 2019.





**Preuves  
physiques  
de la torture et  
autres mauvais  
traitements**



**393.** L'évaluation clinique d'actes de torture et autres mauvais traitements allégués devrait être menée conformément aux dispositions des chapitres IV, V et VI. Le présent chapitre détaille l'évaluation clinique des preuves physiques de torture ou d'autres mauvais traitements ; il devrait donc s'entendre comme s'y référant. Dès lors qu'il existe des preuves physiques de torture ou d'autres mauvais traitements, l'évaluation clinique permet d'établir qu'une personne a subi de tels actes. Toutefois, l'absence de telles preuves ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de torture ou autres mauvais traitements, car de nombreuses formes de sévices ne laissent pas de traces permanentes.

## A. Profil médical

**394.** Le clinicien devrait établir un profil médical complet incluant les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques du sujet, ainsi que toute éventuelle blessure antérieure à chacune des séances de torture ou autres mauvais traitements, de même que leurs possibles séquelles. Il convient d'éviter les questions orientées et de conduire l'entretien de manière à favoriser une relation chronologique libre des faits. Le clinicien devrait garder à l'esprit que le sujet peut éprouver des difficultés à s'exprimer parce qu'il conserve des séquelles des sévices qu'il a subis ou que la culture dont il est issu ne donne pas la priorité à l'expression des expériences individuelles. Le clinicien devrait s'intéresser en particulier aux châtiments corporels reçus dans l'enfance, à la violence au sein de la famille et aux blessures subies dans une zone de conflit ou pendant le service militaire, car ces traumatismes laissent des séquelles très proches des signes physiques de la torture, et il importe de faire la différence. Il convient de procéder à l'inventaire complet des symptômes, lequel peut révéler des séquelles passées inaperçues lors de l'examen des antécédents médicaux, notamment, mais pas exclusivement, d'éventuels sévices sexuels.

**395.** Une connaissance des méthodes de torture en général sera utile pour établir le lien entre les pratiques locales et les allégations de torture ou d'autres mauvais traitements. La description des instruments de torture, de la position du corps, des entraves, des lésions et infirmités aiguës ou chroniques, des tortionnaires et des lieux de détention fournit de précieuses informations. Toutefois, les pratiques

peuvent évoluer et différer d'un endroit à l'autre ; la prudence est donc de rigueur dans l'examen d'informations issues d'autres sources. Toute plainte exprimée par une personne ayant subi la torture doit être prise en compte, même lorsqu'elle n'est pas étayée par des observations cliniques. De même, tous les symptômes et infirmités aigus et chroniques associés à des formes particulières de torture et aux processus de guérison devraient être documentés.

**396.** En ce qui concerne les demandeurs d'asile, il arrive que les dossiers et rapports médicaux du pays d'origine soient accessibles et corroborent le compte rendu des antécédents de prise en charge médicale des blessures ou des troubles mentaux résultant de la torture ou d'autres mauvais traitements. Il arrive qu'ils manquent d'exactitude, les sujets pouvant passer volontairement sous silence des actes de torture ou de maltraitance qui, par exemple, donneraient obligatoirement lieu à un rapport susceptible d'attirer l'attention des autorités. Les dossiers médicaux ne contiennent généralement qu'une mention succincte des maladies et traitements éventuels, et servent surtout à transmettre des informations cliniquement pertinentes à un confrère ou au sujet lui-même. Ils n'ont pas la même portée qu'un rapport médico-légal rédigé par un clinicien qualifié et ne peuvent pas comporter d'avis sur la cause des observations cliniques.

### 1. Symptômes aigus

**397.** Le sujet devrait être invité à décrire tout trouble ou symptôme ayant pu résulter d'une forme particulière de torture ou de mauvais traitements allégués : hémorragie, contusions, tuméfaction, plaie ouverte, lacération, fracture, luxation, affections articulaires, paralysie, hémoptysie, pneumothorax, troubles visuels, perforation du tympan, lésions du système génito-urinaire associées à des urines rouges ou foncées, dysurie, incontinence, pertes et saignements vaginaux, brûlures (coloration, cloques ou nécrose, selon le degré de gravité), lésions consécutives à des décharges électriques (coloration et caractéristiques superficielles), lésions par torture chimique (couleur et signes de nécrose), douleurs, engourdissement, constipation, incontinence fécale ou flatulences incontrôlées, nausées et vomissements, conscience altérée, convulsions ou troubles de la mémoire. L'intensité, la fréquence et la durée de chaque symptôme devraient être relevées. L'éventuelle

apparition de lésions cutanées subséquentes<sup>418</sup> devrait également être mentionnée, en précisant si elles ont laissé ou non des cicatrices. Le clinicien devrait se renseigner sur l'état de santé du sujet après les événements traumatisants : était-il capable de marcher ou était-il alité ? Dans l'affirmative, pendant combien de temps ? Combien de temps les plaies ont-elles mis à cicatrifier ? Étaient-elles infectées ? Quels soins le sujet a-t-il reçus ? Ces soins lui ont-ils été prodigués par un médecin ou par un guérisseur ? Le clinicien devrait garder à l'esprit que la capacité de la victime présumée à répondre à de telles questions peut avoir été altérée par la torture ou par ses séquelles. Le cas échéant, il convient d'en prendre note.

## 2. Symptômes chroniques

**398.** Le clinicien devrait demander au sujet de mentionner tous les troubles physiques qu'il pense associés à la torture ou aux mauvais traitements, et prendre note de la gravité, de la fréquence et de la durée de la manifestation des divers symptômes, de leurs éventuels effets invalidants, ainsi que des soins médicaux ou psychologiques requis pour les traiter. Même si les lésions aiguës ont disparu, certaines séquelles physiques des sévices subis peuvent encore être observées après des mois, voire des années – cicatrices, hyperpigmentation ou dépigmentation, déformations osseuses, fractures mal réduites, problèmes dentaires, chute des cheveux et myofibrose. Les symptômes somatiques les plus courants sont les maux de tête, les douleurs dorsales et articulaires, les troubles gastro-intestinaux, les troubles sexuels et les douleurs musculaires et, sur le plan psychologique, la dépression, l'anxiété, l'insomnie, les cauchemars et les troubles de la mémoire (voir par. 499 à 522 ci-dessous).

## 3. Importance des antécédents médicaux

**399.** Les victimes de la torture peuvent présenter des lésions relativement atypiques. Bien que les lésions aiguës puissent être caractéristiques des sévices allégués, la plupart guérissent en quelques semaines, sans laisser de traces significatives. Dans bien des cas, cela tient au fait que les tortionnaires utilisent des méthodes destinées à éviter ou à limiter les marques visibles des blessures infligées. L'une des formes de torture les plus courantes est le traumatisme contondant, qui cause principalement des ecchymoses et des abrasions, et ne

laisse donc pas de marques durables. Dans de telles circonstances, l'examen physique pourra dégager un bilan apparemment normal, mais on ne saurait en conclure à l'absence de sévices. Les précisions du sujet concernant ses lésions aiguës et le processus de guérison fournissent souvent de précieux éléments de preuve à l'appui d'allégations spécifiques d'actes de torture et d'autres mauvais traitements.

## B. Examen physique

**400.** En règle générale, l'examen physique est réalisé à la fin de l'évaluation, par un médecin qualifié, et seulement avec le consentement de la victime présumée. Dans la mesure du possible, celle-ci devrait avoir la possibilité de choisir le sexe du médecin et de l'éventuel interprète. À défaut, l'examen devrait pouvoir se dérouler en présence d'une personne du même sexe qu'elle (voir le paragraphe 283 ci-dessus). La victime doit savoir qu'elle reste libre, à tout moment, de limiter le champ de l'examen ou d'y mettre un terme. Bien qu'il soit important d'examiner l'ensemble du corps, il convient de procéder par sections, en découvrant le sujet le moins possible. L'exposition du corps peut être traumatisante, la nudité forcée étant une forme de torture répandue. L'examen devrait être exhaustif, car il est possible que la victime n'ait pas conscience de certains éléments (par exemple des marques sur le dos) ou qu'elle ait omis de les mentionner au moment où son profil a été établi.

**401.** L'évaluation clinique des preuves physiques de torture ou d'autres mauvais traitements peut nécessiter des examens supplémentaires, voire l'intervention de spécialistes. À moins que la victime présumée soit en détention, il importe que les médecins aient accès à des services de soins physiques et psychologiques aptes à répondre aux besoins de suivi éventuellement identifiés. Dans bien des cas, certains tests diagnostiques ne sont pas disponibles, mais cela ne doit en aucune façon invalider le rapport. Si un résultat positif peut corroborer des allégations de torture, un résultat négatif ne les contredit pas nécessairement.

**402.** Lorsqu'il existe des allégations d'actes récents de torture ou autres mauvais traitements et que le sujet a gardé sur lui les vêtements qu'il portait alors, on devrait mettre ceux-ci de côté sans les laver en vue de

<sup>418</sup> Toute observation physique recueillie au cours d'un examen ou d'une enquête constitue une lésion. Au niveau cutané, les lésions cicatrisées ou en voie de guérison comprennent les plaies, les cicatrices et les zones présentant une pigmentation anormale. Certaines lésions cutanées peuvent présenter à la fois des cicatrices et une pigmentation anormale. Les processus inflammatoires consécutifs à une blessure peuvent entraîner un phénomène d'hyperpigmentation ou de dépigmentation de la zone affectée. Les traumatismes osseux, les défaillances neurologiques et les dysfonctionnements articulaires sont des lésions également.

leur examen ultérieur, et fournir au sujet des vêtements de rechange. Les procédures locales visant à garantir la traçabilité des preuves devraient être respectées. La salle d'examen devrait être dotée d'un éclairage suffisant et de tout l'équipement médical requis. Toute carence dans ce domaine devrait être notée dans le rapport. L'évaluateur devrait documenter toutes les observations pertinentes, tant positives que négatives, en indiquant l'emplacement et la nature de toutes les lésions sur des schémas anatomiques (voir annexe III). Certaines formes de sévices, comme les décharges électriques et les coups, potentiellement indétectables dans un premier temps, pourront être révélées par des examens complémentaires. Bien qu'il soit rarement possible de photographier les lésions de sujets qui se trouvent encore aux mains de leurs tortionnaires, les photographies sont utiles pour l'évaluation. S'il dispose d'un appareil photo, le clinicien devrait prendre les meilleurs clichés possibles et les compléter au moyen de descriptions détaillées et de schémas anatomiques, puis faire réaliser au plus tôt des photographies de qualité professionnelle (voir par. 234 ci-dessus). La prise de photographies exige le consentement en connaissance de cause du sujet, lequel doit être informé de leur nature et de leur destination, entre autres choses. Il convient également d'établir des protocoles régissant le traitement et l'accessibilité des clichés à caractère intime. La qualité d'image peut être très variable, et il existe un certain nombre de directives connexes. Les clichés peuvent être réalisés au moyen de différents dispositifs, dont les smartphones et les tablettes. Le clinicien devrait toujours s'assurer de la présence d'échelles de couleurs et de référence. La polarisation croisée peut également mettre en évidence certaines lésions consécutives à des traumatismes contondants dont il ne subsiste pas de trace visible.

**403.** Il convient de noter qu'une lésion qui n'apparaît pas sur une photographie n'est pas forcément inexistante, surtout si l'auteur du cliché n'est pas un photographe médico-légal qualifié disposant d'un matériel de qualité. En l'absence de lésions cutanées, la scintigraphie osseuse peut contribuer à détecter les lésions non fracturaires consécutives à des coups, en particulier en cas de torture prolongée<sup>419</sup>.

## 1. Peau

**404.** L'examen devrait couvrir le corps dans son intégralité, à la recherche d'éventuels signes d'affections cutanées généralisées, comme les avitaminoses A, B et C,

ainsi que de lésions antérieures et/ou consécutives à la torture – abrasions, ecchymoses, modification de la pigmentation, lacérations, piqûres, brûlures (au moyen de cigarettes, d'instruments portés à haute température, de liquides bouillants ou de substances caustiques), lésions consécutives à des décharges électriques, entailles, alopecie, ongles arrachés, etc. Pour chaque lésion associée à la torture, on indiquera l'emplacement, la forme, la taille, la couleur, l'aspect (squameux, croûteux, ulcéreux) ainsi que la démarcation et le niveau par rapport à la peau entourant la zone. Le clinicien devrait relever toute anomalie capillaire et tout phénomène d'engourdissement. Les lésions peuvent être fraîches/aiguës ou anciennes. Il est conseillé de faire des photographies quand c'est possible. Pour l'interpréter, il est utile de déterminer si la lésion est pigmentée ou dépigmentée, s'il s'agit d'une cicatrice ou si elle comporte des zones cicatricielles.

## 2. Visage

**405.** Le visage devrait être palpé à la recherche d'éventuels signes de fracture, crépitation, tuméfaction ou douleur. Tous les nerfs crâniens devraient être examinés. Il serait utile, dans la mesure du possible, de faire appel à l'imagerie radiologique propre à diagnostiquer les fractures faciales, vérifier les alignements osseux et détecter les lésions et complications associées aux tissus mous. Il convient de garder à l'esprit que les lésions crâniennes et de la colonne cervicale sont souvent associées à des traumatismes faciaux.

### (a) Yeux

**406.** Il existe de nombreuses formes de lésions directes des yeux, parmi lesquelles les hémorragies conjonctivales, subhyaloïdes, rétro-oculaires et rétinienues, le déplacement du cristallin, la neuropathie optique traumatique, la rupture du globe oculaire et la perte de champ visuel. Une hémorragie choroïdienne peut laisser des cicatrices au niveau du globe oculaire, et une lésion de l'iris peut entraîner une déformation de la pupille. On réclamera systématiquement une consultation ophtalmologique en cas de suspicion d'un traumatisme ou d'une affection oculaire. Les techniques radiologiques sont le meilleur moyen de diagnostiquer les fractures orbitales et les lésions des tissus mous au niveau du globe ou de l'arrière-globe. L'observation forcée du soleil peut provoquer des lésions oculaires, notamment des brûlures rétinienues. Un examen de la

<sup>419</sup> Onder Ozkalipci et al., « A significant diagnostic method in torture investigation : bone scintigraphy », *Forensic Science International*, vol. 226, n° 1-3 (2013), p. 142 à 145.



rétine devrait également être réalisé afin d'exclure une hémorragie rétinienne, laquelle peut être associée à un coup de fouet cervical ou à un traumatisme crânien.

### (b) Oreilles

**407.** Les traumatismes de l'appareil auditif, notamment la rupture du tympan, sont un symptôme courant de coups violents. Le médecin devrait examiner à l'otoscope les canaux de l'oreille et le tympan et décrire les lésions éventuellement constatées. Une méthode courante de torture, connue sous le nom de *telefono* en Amérique latine, consiste à asséner des coups violents sur les oreilles avec la paume de la main. La pression augmente rapidement dans le canal de l'oreille, ce qui provoque la rupture de la membrane du tympan. Les chocs de ce genre peuvent également entraîner une hémorragie sous-durale ipsilatérale, laquelle peut nécessiter un examen par tomodensitométrie. Cet examen doit intervenir sans délai, car les lésions ainsi causées au tympan cicatrisent généralement dans les 10 jours. On pourra parfois observer un écoulement de fluide dans l'oreille médiane ou externe. Si les analyses de laboratoire confirment l'hématorrhée, il convient de recourir à l'IRM ou au scanner afin de localiser l'emplacement de la fracture. Les éventuelles pertes d'acuité auditive pourront être détectées au moyen de simples tests d'évaluation. Si nécessaire, on pourra procéder à des mesures audiométriques sous la conduite d'un technicien qualifié. Une imagerie radiologique spécialisée est nécessaire pour diagnostiquer les fractures de l'os temporal ou la rupture de la chaîne des osselets.

### (c) Nez

**408.** Dans l'examen du nez, on sera attentif à l'alignement et à d'éventuels signes de crépitation et de déviation du septum nasal. Pour les fractures simples, des radiographies conventionnelles suffiront dans la plupart des cas. On recourra à des techniques radiologiques pour diagnostiquer les fractures et les lésions des tissus mous.

### (d) Mâchoire, oropharynx et cou

**409.** Les coups peuvent provoquer des fractures et des luxations mandibulaires. Le syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire résulte souvent de gifles et de coups portés au bas du visage et à la mâchoire. On sera attentif également à d'éventuels signes de crépitation de l'os hyoïde ou du cartilage laryngé pouvant résulter de coups sur la nuque.

Les observations relatives à l'oropharynx, notamment les lésions par brûlure pouvant résulter de décharges électriques, devraient être notées de manière détaillée. Il peut y avoir rupture du frein labial maxillaire. Les hémorragies gingivales et autres affections des gencives devraient également être relevées.

**410.** En cas de tentative de strangulation par ligature ou à mains nues, on pourra entre autres constater :

(a) l'absence de lésion apparente ;

(b) des douleurs ou une sensibilité accrue à la déglutition ou au mouvement du cou au point de compression, sans lésion visible ;

(c) des rougeurs (érythème), qui peuvent disparaître au bout de quelques heures ;

(d) des ecchymoses, des éraflures ou un œdème au point de compression – par exemple, à l'endroit où le doigt, le pouce ou la ligature a exercé une pression – qui peuvent apparaître immédiatement ou non et persister pendant plusieurs jours ;

(e) de petites taches hémorragiques (pétéchies) au-dessus du point de compression ;

(f) des lésions du larynx/cartilage thyroïdien et/ou de l'os hyoïde (os situé à la base du cou) provoquant un enrouement ;

(g) des griffures au cou infligées par l'agresseur, la victime ou les deux, ou résultant d'une ligature accidentelle (si la victime a tenté de se dégager) ;

(h) de lésions de la muqueuse buccale et de la langue résultant de la pression exercée directement sur les dents et du gonflement de la langue ;

(i) d'un saignement des muqueuses à l'endroit où la pression intraveineuse a augmenté, par exemple au niveau du nez et des oreilles ;

(j) d'autres caractéristiques non spécifiques plus rares, parmi lesquelles une hémorragie importante au niveau d'orifices tels que le nez et l'oreille, ou une évacuation spontanée d'urine et de matières fécales. Ces symptômes peuvent être isolés ou combinés.

**411.** En cas de compression du cou ou de strangulation, il est indispensable d'examiner sous un bon éclairage toutes les zones (yeux, peau et muqueuses, y compris

l'intérieur de la bouche, les paupières, le palais, la luette et le cuir chevelu) situées au-dessus du point de compression afin de déceler d'éventuelles pétéchies localisées. Il importe de les identifier à un stade précoce, car elles s'atténuent et se résorbent en 24 heures environ. En cas de strangulation ou de compression à mains nues, les pétéchies peuvent se regrouper pour former des ecchymoses plus importantes. On pourra également observer des difficultés respiratoires, un ptosis ou une paralysie du nerf facial. La pneumonie par inhalation, l'œdème pulmonaire et les convulsions comptent au nombre des complications secondaires<sup>420</sup>. Souvent, une asphyxie très brève ne laissera pas, ou guère, de séquelles. Cela peut également se produire en cas de compression extrême et prolongée. En général, plus la force est appliquée durablement, plus il est probable qu'il en subsiste des preuves visuelles<sup>421</sup>.

### (e) Cavité buccale et dents

**412.** L'examen des détenus par un dentiste devrait faire partie des visites médicales périodiques. Souvent négligé, cet examen constitue un élément important de leur évaluation médicale. Il arrive que l'on prive délibérément les détenus de soins dentaires à seule fin de favoriser l'aggravation de caries, gingivites et abcès. L'évaluateur devrait demander au sujet un compte rendu complet de ses antécédents dentaires et, pour autant qu'il existe, demander à consulter son dossier. Dents arrachées ou fracturées, plombages disloqués et prothèses brisées sont autant de conséquences potentielles de coups ou de tortures électriques. Il convient de prendre note de toute carie ou gingivite. Le mauvais état de la dentition peut être le résultat des conditions de détention ou être antérieur à celle-ci. La cavité buccale doit être soigneusement examinée. Le sujet peut s'être mordu la langue, les gencives ou les lèvres sous l'effet de décharges électriques, lesquelles peuvent, tout comme l'introduction forcée d'objets ou de substances, avoir causé des lésions de la bouche. Les chocs au visage peuvent entraîner des abrasions ou des ecchymoses sur la paroi interne de la joue. Le frein peut être déchiré. Des techniques radiologiques devraient être utilisées pour déterminer l'étendue des lésions des tissus mous, des mandibules et des dents. Les dents cassées sont plus exposées aux caries et

plus fragiles. L'absence d'une dent peut donc être la conséquence d'un traumatisme direct ou indirect.

### 3. Poitrine et abdomen

**413.** Lors de l'examen du tronc, on sera attentif, outre les éventuelles lésions cutanées, à la présence de zones de douleur, de sensibilité ou de gêne qui pourraient être les signes de lésions des muscles, des côtes ou des organes abdominaux. L'évaluateur doit envisager la possibilité d'hématomes intramusculaires, rétropéritonéaux et intra-abdominaux, ainsi que de lacérations ou ruptures d'organes internes. On recourra à des techniques radiologiques pour diagnostiquer ces lésions. Les analyses de sang et d'urine peuvent être utiles également. L'examen systématique du système cardiovasculaire, des poumons et de l'abdomen devrait être réalisé selon la procédure habituelle. La détention peut causer des troubles respiratoires et aggraver les pathologies préexistantes.

### 4. Système musculo-osseux

**414.** Les rescapés de la torture se plaignent très couramment de douleurs musculo-osseuses<sup>422</sup>. Celles-ci peuvent résulter de coups répétés, de la torture par suspension ou d'autres tortures positionnelles, ou encore des conditions générales de la détention<sup>423</sup>. Elles peuvent également être de nature psychosomatique ou somatique (voir par. 507 ci-dessous), mais elles devraient être documentées quoi qu'il en soit. La douleur peut être spécifique à la méthode de torture, ou non spécifique et généralisée. L'examen physique devrait inclure le contrôle de la mobilité des articulations, de la colonne vertébrale et des extrémités. Le clinicien devrait noter toute sensation de douleur associée à la palpation, au mouvement ou à la contraction, la force musculaire, ainsi que l'éventuelle présence d'un syndrome de loge, de fractures avec ou sans déformation et de luxations. La dégradation du tissu musculaire consécutive à des coups violents peut provoquer la libération massive de myoglobine dans la circulation sanguine, ce qui est susceptible d'entraîner une insuffisance rénale aiguë. Le taux de myoglobine dans les urines des rescapés qui ont été sévèrement battus peut être mesuré pendant la phase aiguë<sup>424</sup>. Les probables luxations, fractures et ostéomyélites devraient être radiographiées. Si l'IRM est la meilleure

<sup>420</sup> International Association of Forensic Nurses, *Non-Fatal Strangulation Documentation Toolkit* (Elkridge, 2016).

<sup>421</sup> Jason Payne-James, « Asphyxia : clinical findings », *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2<sup>e</sup> éd. Jason Payne-James et Roger Byard, éd. (Elsevier, 2015).

<sup>422</sup> Emma Baird et al., « Interventions for treating persistent pain in survivors of torture », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2017).

<sup>423</sup> Duncan Forrest, « Examination for the late physical after-effects of torture », *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 6, n° 1 (1999), p. 4 à 13.

<sup>424</sup> Michael S. Pollanen, « The pathology of torture », *Forensic Science International*, vol. 284 (2018), p. 85 à 96.

façon d'évaluer les lésions tendineuses, ligamentaires et musculaires, l'arthrographie donne également de bons résultats. En phase aiguë, elle permet de détecter d'éventuelles hémorragies et déchirures musculaires. Les lésions musculaires guérissent généralement sans laisser de traces cicatricielles, aussi l'imagerie médicale sera-t-elle négative si l'examen n'est pas réalisé rapidement. L'IRM et le scanner peuvent révéler les muscles dénervés et le syndrome chronique de loges sous forme de fibrose. Les écrasements osseux peuvent être détectés au moyen de l'IRM ou de la scintigraphie. Ces lésions osseuses ne laissent généralement pas de traces. Une carence en vitamine D due au manque d'ensoleillement et à une mauvaise alimentation peut également entraîner des douleurs musculo-osseuses ; un traitement de substitution peut y remédier.

## 5. Système génito-urinaire

**415.** Si un examen génital est nécessaire, il ne devrait être effectué qu'avec le consentement exprès de la victime présumée, et peut être différé au besoin. La présence d'une personne du même sexe que le sujet doit être proposée si le médecin est, lui, du sexe opposé. Pour plus de détails, voir le paragraphe 283 ci-dessus. Voir les paragraphes 455 à 479 ci-dessous concernant les sévices sexuels, y compris le viol, et l'examen des victimes d'agressions sexuelles. On pourra recourir aux ultrasons, aux tests de la fonction rénale, à l'analyse d'urine et à la scintigraphie dynamique pour détecter d'éventuels traumatismes génito-urinaires.

## 6. Système nerveux central et périphérique

**416.** L'examen neurologique devrait inclure les nerfs crâniens, les organes des sens et le système nerveux périphérique, en vue de détecter d'éventuelles neuropathies motrices et sensorielles pouvant résulter de traumatismes, d'avitaminoses ou de maladies. Il convient d'évaluer également les capacités cognitives et l'état mental de la victime (voir par. 523 à 598 ci-dessous sur l'évaluation psychologique/psychiatrique). Chez les sujets qui font état de torture par suspension, on sera particulièrement attentif aux possibles symptômes de plexopathie brachiale (dissymétrie de la force manuelle, affaissement du poignet, faiblesse du bras accompagnée de variations des réflexes sensoriels et tendineux). Radiculopathies et autres neuropathies, déficits des nerfs crâniens, hyperalgésie, paresthésies, hyperesthésie, modification de la posture, altération de la sensibilité à la chaleur, de la fonction motrice, de la démarche et de la coordination sont autant de

phénomènes pouvant résulter de la torture. Chez les sujets faisant état de vertiges et de vomissements, on procédera à un examen de l'appareil vestibulaire et on notera toute manifestation de nystagmus. Sur le plan radiologique, on recourra si possible à l'IRM ou au scanner, sachant que la première technique se prête mieux à l'évaluation radiologique du cerveau et des fosses postérieures. Des convulsions peuvent survenir à la suite d'un traumatisme crânien ; il est nécessaire de procéder à une anamnèse et à un examen approfondis afin de les distinguer des crises de panique et des malaises vasovagaux.

## C. Interprétation des observations

**417.** Les Principes d'Istanbul imposent au clinicien de se prononcer sur « le lien probable existant entre les conclusions d'ordre physique et psychologique et la possibilité de torture ou autres mauvais traitements » (voir par. 379 ci-dessus et annexe I). En ce sens, les « observations physiques et psychologiques » peuvent inclure des symptômes, des signes, des informations recueillies, des résultats de tests diagnostiques, des photographies et des évaluations médicales antérieures. Le clinicien devrait établir :

**(a)** le degré de cohérence entre les symptômes et infirmités physiques aigus et chroniques et les actes de torture et/ou mauvais traitements allégués ;

**(b)** le degré de cohérence entre les résultats de l'examen physique et les actes de torture et/ou mauvais traitements allégués ; (Note : l'absence d'observations physiques n'exclut pas la possibilité qu'il y ait eu effectivement torture et/ou mauvais traitements.)

**(c)** le degré de cohérence entre les résultats de l'examen physique et la connaissance des méthodes de torture employées localement et de leurs séquelles usuelles.

**418.** Lorsqu'il évalue les preuves matérielles d'allégations de torture ou autres mauvais traitements, le clinicien devrait tenir compte des termes suivants pour en déterminer la compatibilité :

**(a)** « Non compatible » : le symptôme ne peut pas être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués ;

**(b)** « Compatible » : le symptôme pourrait être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués, mais il

n'est pas spécifique et il existe nombre d'autres causes possibles ;

**(c)** « Très compatible » : le symptôme pourrait être associé à la torture ou aux mauvais traitements allégués, et il existe peu d'autres causes possibles ;

**(d)** « Typique » : le symptôme est communément associé à ce type d'allégations de torture ou autres mauvais traitements, mais il existe d'autres causes possibles ;

**(e)** « Spécifique » : le symptôme ne peut être associé qu'à la torture ou aux mauvais traitements allégués.

**419.** La corrélation des symptômes revêt une importance particulière lorsque les méthodes employées n'ont pas laissé de traces physiques durables, comme cela peut être le cas de l'asphyxie, du traumatisme crânien, des chocs électriques, de la torture par suspension ou d'autres tortures positionnelles, des sévices sexuels et de la torture environnementale. Lorsqu'il met en corrélation les observations et la connaissance des méthodes de torture utilisées localement, le clinicien devrait garder à l'esprit que ces pratiques évoluent avec le temps et varient selon les régions.

**420.** Le clinicien devrait évaluer la corrélation entre chacune des observations résultant de l'examen physique et les actes de torture ou mauvais traitements allégués. Si le clinicien estime qu'une constatation ne concorde pas avec les allégations pour des motifs d'ordre clinique, il doit exposer ceux-ci (voir par. 342 à 353 et 386 ci-dessus). Parfois, des lésions similaires peuvent être regroupées. Le clinicien devrait s'interroger sur l'origine possible des observations physiques à la lumière des preuves disponibles, afin de distinguer la torture des atteintes auto-infligées, des blessures accidentelles, des maladies cutanées, des procédures médicales, des soins médicaux culturels, des scarifications rituelles, de l'automutilation et des lésions corporelles délibérées, par exemple. Il n'est pas rare que certaines observations physiques soient attribuées à des causes autres que la torture (une blessure accidentelle, par exemple) ou que le sujet soit incapable d'en expliquer l'origine. Celui-ci peut, en toute bonne foi, attribuer certaines observations physiques à la torture (par exemple, des symptômes de distension striée dans le bas du dos) parce qu'il ne les a remarquées qu'après avoir été torturé, que le médecin qui l'examine les lui signale, ou que la zone est douloureuse.

**421.** Il est parfois impossible de déterminer la cause d'une observation donnée, notamment si le sujet était cerné par plusieurs agresseurs, avait les yeux bandés ou était cagoulé, était partiellement ou totalement inconscient au moment des faits, ou a d'autres raisons cliniques de ne pas se remémorer les faits. Le cas échéant, le clinicien peut être en mesure de corréler le(s) observation(s) physique(s) avec leur cause probable. Souvent, les observations moins caractéristiques de cause indéterminée sont difficiles à corréler ; il reste cependant possible d'en documenter la taille, le nombre et l'emplacement à la lumière des caractéristiques des lésions imputables ou non à la torture. Certaines observations ne sont pas spécifiquement attribuées à la torture, mais à des chutes survenues en tentant d'échapper aux tortionnaires, par exemple. Si le sujet était sous le contrôle de ces derniers au moment des faits, ces lésions relèvent également de la torture et leur compatibilité devrait être évaluée. Les observations attribuées à d'autres agressions sans rapport avec l'allégation spécifique de torture – violence domestique, maltraitance d'enfants, mutilations génitales féminines, châtiments corporels, voies de fait ou violence liée à la guerre et aux conflits – peuvent être corrélées, le cas échéant, dans le cadre de la procédure judiciaire pour les besoins de laquelle le rapport médical est exigé.

**422.** *Blessures accidentelles.* Les extrémités<sup>425</sup>, c'est-à-dire les parties du corps moins protégées par des vêtements et en contact direct avec une surface dure en cas de chute, sont les plus exposées aux blessures accidentelles. C'est le cas des genoux, des tibias, de la crête iliaque, des coudes, des paumes, de la saillie de la colonne vertébrale, du front et du sommet du crâne. Les parties centrales du corps – oreilles, joues, yeux, bouche, bras, intérieur de l'avant-bras, poitrine, organes génitaux, avant de la cuisse, intérieur de la cuisse, arrière de la cuisse, fesses, abdomen, dos des mains, épaules et cou – sont plus souvent associées à des traumatismes non accidentels. Il n'est pas rare, par exemple, qu'une personne porte au visage une ou deux petites cicatrices dues à des blessures accidentelles, mais plus leur nombre augmente, plus la probabilité qu'elles aient toutes une origine accidentelle diminue. Le nombre attendu de lésions accidentelles et leur localisation varient également en fonction de ses antécédents professionnels.

**423.** *Automutilation.* L'automutilation par scarification est observée en de très nombreux endroits du corps, notamment sur la face interne du poignet ou de

<sup>425</sup> Terry Allen, Shannon A. Novak et Lawrence L. Bench, « Patterns of injuries : accident or abuse », *Violence against Women*, vol. 13, n° 8 (2007), p. 802-816.

L'avant-bras du membre supérieur non dominant. Souvent, c'est moins sa localisation que sa nature et sa multiplicité qui importent. En général, le dos est épargné, mais les avant-bras, le haut des bras, le cou, la poitrine, l'abdomen et les cuisses sont également visés. D'autres parties du corps peuvent être exposées à l'automutilation – le front si la personne se cogne la tête contre le mur, ou la main si elle frappe le mur du poing. La forme la plus courante d'automutilation est la scarification ; les entailles sont généralement superficielles, multiples et concentrées. Des brûlures auto-infligées, au moyen de cigarettes ou d'autres sources de chaleur, peuvent aussi être constatées. Certaines victimes de la torture peuvent dévoiler ces blessures sans réticence et indiquer se les être infligées en réaction à la torture, pour exprimer ou maîtriser leur douleur. D'autres peuvent éprouver de grandes difficultés, en raison de la honte et de la stigmatisation, à admettre qu'elles s'automutilent. Les blessures auto-infligées les plus graves peuvent être associées à des maladies mentales telles que la psychose. L'automutilation à des fins secondaires est rare, et les lésions sont généralement superficielles, liées à une seule cause, situées sur des parties du corps accessibles, et peu compatibles avec les antécédents, les observations et la chronologie. Les lésions diffuses, situées à des endroits inhabituels ou dues à des causes multiples (blessures occasionnées par un objet contondant, entailles et brûlures, par exemple) suggèrent la torture. Les preuves physiques et psychologiques doivent être examinées conjointement, dans le contexte du récit de la victime, afin d'exclure toute simulation (voir par. 348 ci-dessus).

## D. Conclusions et recommandations

**424.** Le clinicien devrait se prononcer sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements en se fondant sur toutes les preuves cliniques pertinentes, dont les observations physiques et psychologiques<sup>426</sup>, les informations recueillies, les photographies, les résultats des tests diagnostiques, la connaissance des pratiques régionales en matière de torture, les rapports de consultation, etc., comme indiqué aux paragraphes 382 et 383 ci-dessus et à l'annexe IV. Le clinicien devrait se prononcer sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements en se fondant sur la même échelle de référence que pour l'interprétation des résultats : non compatible, compatible, très compatible, typique

et spécifique. En définitive, c'est l'appréciation globale des observations cliniques, et non la corrélation entre chaque lésion ou symptôme et une forme particulière de sévices, qui prime dans l'évaluation des allégations de torture ou de mauvais traitements.

**425.** En plus de se prononcer sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements, le clinicien devrait insister sur les symptômes et infirmités que le sujet présente, ainsi que sur leurs effets probables sur ses fonctions sociales, et recommander au besoin des évaluations et des soins supplémentaires.

## E. Examen et évaluation pour des formes particulières de torture

### 1. Coups et autres formes de contusions

#### (a) Lésions cutanées

**426.** Les lésions aiguës sont souvent caractéristiques de la torture et autres mauvais traitements car elles se présentent sous des formes particulières qui les distinguent des lésions accidentelles (contours, taille, nombre et répartition sur le corps). La plupart des lésions guérissent en quelques semaines sans laisser de cicatrices ou d'autres marques, une description crédible de la victime concernant lesdites lésions et leur évolution jusqu'à la guérison constitue souvent l'unique élément de preuve à l'appui d'allégations de torture. Les modifications cutanées permanentes par suite de contusions sont non spécifiques et généralement dépourvues de valeur diagnostique. L'application prolongée de liens serrés peut laisser des séquelles caractéristiques, dont une zone linéaire autour du bras ou de la jambe, généralement au niveau du poignet ou de la cheville, presque dépourvue de poils ou de follicules pileux – une forme d'alopecie cicatricielle. Ces observations peuvent étayer des allégations de torture ou d'autres mauvais traitements, car de telles lésions ne peuvent être imputées à aucune affection cutanée par ailleurs. Elles sont cependant assez rares ; les cicatrices courtes, étroites et linéaires situées au niveau des os du poignet et résultant d'abrasions causées par des menottes sont plus fréquentes, en particulier lorsque le sujet a été passé à tabac alors qu'il était suspendu par ce moyen. La localisation de ces lésions sur des parties osseuses et leur relative symétrie permettent de les

<sup>426</sup> Les évaluations cliniques menées spécifiquement pour examiner des « preuves physiques » peuvent ou non inclure certaines « observations psychologiques », par exemple des signes de détresse psychologique au cours de l'entretien et/ou le signalement de symptômes psychologiques.



distinguer des blessures auto-infligées plus souvent observées sur l'avant-bras non dominant. Les lésions consécutives à la ligature dépendent de la nature des entraves<sup>427</sup>, de la tension exercée et de la force appliquée – torsion des menottes ou suspension pendant un passage à tabac, par exemple<sup>428</sup>.

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

**428.** Les ecchymoses sont des symptômes d'hémorragies des tissus mous dues à la rupture de vaisseaux sanguins par suite de coups. Leur étendue et leur gravité dépendent non seulement de la violence des traumatismes, mais également de la structure et de la vascularité des tissus lésés. On les observe surtout au niveau des os qui ne sont protégés que par une fine couche de peau et dans les zones grasses. De nombreux problèmes de santé, notamment les avitaminoses et les autres carences nutritionnelles, ainsi que l'âge et la médication, favorisent aussi l'apparition d'hématomes ou de purpura. Les ecchymoses et les abrasions indiquent l'application d'une force contondante en un endroit particulier. Leur absence ne permet cependant pas d'exclure de tels sévices. La forme des ecchymoses permet parfois d'identifier l'instrument qui les a causées. Ainsi, une ecchymose en forme de rails peut être associée à un coup donné au moyen d'une matraque ou d'une canne, par exemple. La couleur d'une ecchymose ne permet pas de situer les sévices dans le temps. En effet, elle varie selon la couleur de peau et ne saurait être déterminée avec précision sur la base de photographies. Sur certains types de peau, les ecchymoses provoquent une hyperpigmentation qui peut persister plusieurs années. Par ailleurs, celles qui se forment dans les tissus sous-cutanés n'apparaissent parfois que plusieurs jours après le choc, le temps pour le sang extravasé de parvenir à la

surface. En cas d'allégation de sévices mais en l'absence d'ecchymose, le sujet devrait donc être réexaminé au bout de quelques jours. Dans ce cas, il importe de ne pas perdre de vue que la localisation et la forme finales des ecchymoses ne constituent pas nécessairement des indications du traumatisme originel, et que certaines lésions peuvent s'être estompées dans l'intervalle<sup>429</sup>.

**429.** Les lacérations, déchirures ou écrasements de la peau et des tissus mous sous-jacents sont plus manifestes lorsque les coups et autres pressions violentes touchent des protubérances osseuses, la peau étant alors comprimée entre l'objet contondant et l'os. Toutefois, une pression violente peut provoquer de telles lésions sur n'importe quelle partie du corps. Un traumatisme contondant peut avoir entraîné une lacération plutôt qu'une ecchymose, en fonction de la zone atteinte, de la force appliquée, du contour de l'objet et du port ou non de vêtements.

**430.** Les cicatrices laissées par la flagellation peuvent être apparentes si le tissu cutané a été lésé dans toute son épaisseur. Ces cicatrices dépigmentées ou hyperpigmentées peuvent être hypertrophiques, en fonction de leur localisation et de la couleur de peau du sujet. La flagellation peut ne laisser que des boursouffures et des ecchymoses, selon la nature de l'instrument utilisé, la force appliquée, le nombre de coups administrés et l'éventuelle protection offerte par les vêtements. L'autoflagellation dans le cadre d'un rituel religieux peut produire des cicatrices similaires. Les dépigmentations linéaires, symétriques et atrophiques de la peau de l'abdomen, du bas du dos, des aisselles et des jambes, parfois imputées à la torture, sont en réalité des symptômes de distension striée résultant de la croissance, d'une grossesse ou d'une prise de poids et, donc, en principe, sans lien avec la torture<sup>430</sup>. Un sujet affirmant avoir été battu ou fouetté dans le dos qui ignorait l'existence de ces stries jusqu'à ce que l'évaluation médicale les mette en évidence pourrait les attribuer en toute bonne foi aux tortures qu'il a subies. Des symptômes de distension striée peuvent apparaître dans la région des aisselles des suites d'une séance alléguée de torture par suspension. L'utilisation de crèmes éclaircissantes peut exacerber ces stries.

**427** Muhammed Nabi Kantarci et al., « Evaluation of plastic and metal handcuff-related injuries under custody in medical examinations », *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Sciences*, vol. 33, n° 2 (2013), p. 360 à 365 (en turc avec abstract en anglais).

**428** Miriam Y. Neufeld et al., « Forensic evaluation of alleged wrist restraint/handcuff injuries in survivors of torture utilizing the Istanbul Protocol », *International Journal of Legal Medicine*, vol. 135, n° 2 (2021), p. 583 à 590.

**429** Jason Payne-James, Jack Crane et Judith A. Hinchliffe, « Injury assessment, documentation, and interpretation », *Clinical Forensic Medicine : À Physician's Guide*, 2<sup>e</sup> éd. Margaret M. Stark, éd. (Totowa, New Jersey, Humana Press), p. 127 à 158.

**430** Karlijn Clarysse et al., « Skin lesions, differential diagnosis and practical approach to potential survivors of torture », *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, vol. 33, n° 7 (2019), p. 1232 à 1240

**431.** Les brûlures peuvent laisser des séquelles cutanées permanentes sous forme de lésions pigmentées ou de cicatrices, selon leur profondeur et le type de peau du sujet. Les lésions pigmentées consécutives à une brûlure au second degré peuvent persister pendant des mois, voire des années, avant de se résorber progressivement. L'apparence et la profondeur de la brûlure sont essentiellement déterminées par la température de l'objet ou de la substance utilisé(e) et la durée du contact avec la peau. La forme et la profondeur des brûlures causées par un liquide à haute température varient selon la viscosité du liquide – ainsi, une brûlure provoquée par du plastique fondu très visqueux sera profonde et relativement circonscrite, tandis qu'au-delà de l'impact initial, une brûlure due à de l'eau chaude s'étendra en fonction de son degré de gravité et pourra parfois s'accompagner de brûlures satellitaires dues aux éclaboussures. Les brûlures de cigarette laissent souvent des macules circulaires ou ovoïdes de 5 à 10 mm de diamètre, caractérisées par un centre hyperpigmenté ou dépigmenté et une périphérie hyperpigmentée aux contours relativement flous. Le diamètre de ces cicatrices peut varier en fonction du type de cigarette. Les brûlures de cigarettes par friction peuvent causer des lésions moins manifestes. L'effacement des tatouages à l'aide de cigarettes a également été rapporté. La forme caractéristique de la cicatrice qui en résulte et les éventuels résidus de tatouage facilitent le diagnostic. Les lésions résultant de brûlures infligées au moyen d'objets portés à haute température permettent parfois d'identifier la nature de l'objet employé ; ces marques sont entourées d'étroites zones hypertrophiées ou hyperpigmentées délimitant la zone de brûlure initiale. La bordure de la lésion, d'abord très nette, s'estompe avec le temps en raison de la migration des mélanocytes, en particulier chez les personnes dotées d'une pigmentation cutanée élevée. C'est notamment le cas pour les brûlures causées par une barre de métal portée à haute température ou d'un briquet à gaz. Le phénomène inflammatoire spontané est exempt des zones marginales caractéristiques et n'entraîne que rarement une perte tissulaire importante. Les brûlures imputables à du caoutchouc brûlant ou à du plastique fondu peuvent produire des cicatrices hypertrophiques ou des chéloïdes.

**432.** En cas de brûlure de la matrice de l'ongle, la croissance ultérieure est caractérisée par un ongle strié, fin et déformé, parfois brisé en segments longitudinaux. Suite à un arrachage, on peut observer une surcroissance tissulaire au niveau du pli proximal, donnant lieu

à la formation d'un ptérygion. Cependant, il est possible qu'un ongle normal repousse. Les altérations de l'ongle causées par *Lichen planus* constituent l'unique diagnostic alternatif, mais elles sont généralement accompagnées d'importantes lésions cutanées. En outre, les infections fongiques se caractérisent par des ongles épais, jaunâtres et friables qui les distinguent des symptômes décrits plus haut. Les ongles endommagés y sont vulnérables.

**433.** Les lésions traumatiques pénétrantes de la peau peuvent résulter de blessures infligées au moyen d'un objet acéré tel que couteau, baïonnette ou morceau de verre brisé ; cela inclut les blessures à l'arme blanche, les entailles et les perforations. Le diagnostic est habituellement plus facile à établir en phase aiguë, les cicatrices ultérieures présentant des contours déformés qui ne sont pas toujours spécifiques. La présence d'un ensemble de petites traces d'incision aux contours réguliers peut être due à l'intervention de guérisseurs traditionnels<sup>431</sup>. L'application de poivre ou d'autres substances délétères sur des plaies ouvertes peut provoquer l'hypertrophie des cicatrices. Les cicatrices issues des rituels juju peuvent être teintées au moyen de pigments tels que la suie.

**434.** Le clinicien peut être amené à évaluer l'âge des cicatrices. L'entreprise est relativement vaine, à moins que la plaie soit très récente et présente encore des croûtes et des rougeurs. Au cours de l'évolution cicatricielle, la croûte initiale est suivie par la formation de tissu cicatriciel rougeâtre qui pâlit et s'aplanit progressivement. La rougeur des cicatrices est variable et dépend non seulement du temps écoulé, mais aussi de la couleur de la peau. Le temps nécessaire à la cicatrisation varie en fonction de multiples facteurs, dont l'état des bords de la plaie, sa profondeur, sa localisation, sa propreté, la présence ou non d'une infection, la méthode de fermeture employée, les tensions et torsions, la pression et le frottement des vêtements, l'accès aux soins, l'alimentation et les maladies chroniques. La cicatrisation de certaines lésions (telles que les brûlures de cigarette) peut provoquer d'intenses démangeaisons et inciter le sujet à se gratter, ce qui retarde la guérison. Des lésions occasionnées au même moment et selon le même procédé peuvent donc guérir à des allures différentes. En général, il est impossible de dater précisément une lésion ; le clinicien peut néanmoins apprécier la cohérence entre le degré de cicatrisation et la chronologie des faits.

<sup>431</sup> Ibid.

**(b) Fractures**

**435.** Les fractures consécutives à des chocs mécaniques entraînent une atteinte à l'intégrité osseuse. Les fractures directes se situent au point d'impact du choc. L'emplacement, le contour et d'autres caractéristiques d'une fracture fournissent des indications sur la nature et la direction du choc. L'aspect de la lésion révélé par l'imagerie radiologique permet parfois de distinguer une fracture accidentelle d'une fracture résultant d'un acte délibéré. La datation radiologique des fractures relativement récentes devrait être confiée aux soins d'un traumatologue expérimenté.

**(c) Traumatismes de la tête**

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

**437.** Les rescapés ayant reçus des coups violents à la tête pourront se plaindre de céphalées aiguës, d'étourdissements, de nausées, de vomissements et de troubles visuels, de maux de tête persistants, de vertiges chroniques et de troubles de la mémoire ou d'autres déficits cognitifs durables, voire de crises d'épilepsie. La douleur peut être somatique ou avoir une origine cervicale. Il arrive que les sujets se plaignent de douleurs à la palpation, laquelle permettra également de détecter des déformations diffuses ou localisées, ou des zones d'induration. Des cicatrices pourront être observées à la suite de lacérations du cuir chevelu. Après un traumatisme crânien, les maux de tête peuvent constituer le symptôme initial d'un hématome sous-dural en expansion. Comme ils peuvent être associés à une altération foudroyante de l'état mental, il est nécessaire de procéder d'urgence à un scanner. En général, les œdèmes et les hémorragies des tissus mous peuvent être détectés par scanner ou IRM. Dans

certain cas, il peut être judicieux de procéder en sus à un examen psychologique ou neuropsychologique (voir par. 549 à 565). Des techniques radiologiques spécialisées permettent de détecter les séquelles tardives des lésions cérébrales. Les lésions cérébrales traumatiques mineures, même sans perte de conscience, peuvent avoir une incidence sur la mémoire et la concentration à court et à long terme. Les lésions cérébrales dues à la torture par asphyxie peuvent également entraîner un déficit cognitif.

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

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

**439.** Les fractures de côtes résultent couramment de coups portés à la poitrine. Le déplacement des côtes peut entraîner des lacérations des poumons et un possible pneumothorax. Les coups peuvent également causer des fractures des pédicules vertébraux. En cas de suspicion de fracture des côtes, des radiographies conventionnelles sont indiquées.

**440.** En cas de traumatisme abdominal aigu, on recherchera d'éventuelles traces de lésions des organes abdominaux et de l'appareil urinaire, bien que l'examen produise souvent des résultats négatifs. Une hématurie abondante constitue le symptôme le plus probant d'une contusion du foie. Un lavement péritonéal peut révéler une hémorragie abdominale occulte. Les épanchements abdominaux détectés par radiographie à la suite d'un lavement péritonéal peuvent toutefois provenir indifféremment du lavement ou d'une hémorragie et ne permettent donc pas de confirmer un tel diagnostic. Les lésions organiques peuvent se manifester sous forme d'air libre, de liquide extraluminal ou de zones de faible atténuation, ce qui peut indiquer un œdème, une contusion, une hémorragie ou une lacération.

L'œdème péripancréatique est un des signes de la pancréatite aiguë traumatique et non traumatique. L'imagerie par ultrasons est particulièrement indiquée pour détecter les hématomes subcapsulaires de la rate. Des coups violents et répétés peuvent entraîner une défaillance rénale consécutive à un syndrome de broiement. L'hypertension rénale peut être une complication postérieure à une lésion rénale.

## 2. Coups sur les pieds

**441.** Les termes *falanga* ou *falaka* désignent communément l'application répétée de coups sur les pieds (ou plus rarement sur les mains ou les hanches), généralement au moyen d'une matraque, d'un segment de tuyau ou autre instrument similaire. Selon certaines victimes, la douleur engendrée irradie dans tout le corps, jusqu'à la tête. Les lésions étant habituellement confinées aux tissus mous, scanner et IRM constituent les meilleures techniques d'examen radiologique, mais l'examen physique à la phase aiguë est primordial. La *falanga* peut entraîner des infirmités chroniques. La marche peut s'avérer douloureuse et difficile. La pression sur la plante du pied peut être douloureuse, de même que la flexion du gros orteil.

**442.** De nombreux syndromes et complications peuvent se présenter<sup>432</sup> :

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

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

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

**(d) Rupture de l'aponévrose plantaire et des tendons du pied.** Un œdème consécutif à la *falanga* peut provoquer la rupture de ces structures. Lorsque la fonction de soutien de la voûte plantaire disparaît, la marche devient plus difficile et les muscles du pied, notamment le quadratus plantaris longus, sont soumis à des contraintes extrêmes. L'extension passive du gros orteil peut permettre de détecter si l'aponévrose a été déchirée ;

**(e) Fasciite plantaire.** La fasciite peut constituer une complication ultérieure de l'application de coups sur les pieds. La *falanga* provoque communément une irritation de toute l'aponévrose pouvant entraîner une inflammation chronique. Des études ont révélé l'existence de zones d'hyperactivité dans le calcanéum ou dans les métatarses chez des prisonniers libérés après 15 années de détention qui s'étaient plaints d'avoir subi la *falanga* au moment de leur arrestation<sup>433</sup> ;

**(f) Déformations permanentes du pied.** Les déformations permanentes du pied sont rares, mais elles peuvent se produire, de même que les fractures du tarse, du métatarse et des phalanges. Les os tarsiens peuvent être soudés ou anormalement mobiles ;

**(g) Neuropathie périphérique douloureuse.** Il peut s'agir d'une complication postérieure à la *falanga*. D'autres causes, telles que le diabète, devraient être écartées.

**443.** Il est recommandé de procéder à des radiographies conventionnelles dès l'examen initial. L'IRM est la méthode privilégiée pour détecter les lésions des tissus mous. IRM et scintigraphie permettent de détecter des lésions osseuses traumatiques qui pourraient échapper aux examens par radiographie conventionnelle ou par scanner<sup>434</sup>.

<sup>432</sup> Kristine Amris, Søren Torp-Pedersen et Ole Vedel Rasmussen, « Long term consequences of falanga torture – what do we know and what do we need to know », *Torture*, vol. 19, n° 1 (2009), p. 33 à 40.

<sup>433</sup> Veli Lök et al., « Bone scintigraphy as clue to previous torture », *The Lancet*, vol. 337, n° 8745 (1991), p. 846 et 847. Voir aussi Mehmet Tunca et Veli Lök, « Bone scintigraphy in screening of torture survivors », *The Lancet*, vol. 352, n° 9143 (1998), p. 1859.

<sup>434</sup> Ozkalipci et al., « A significant diagnostic method in torture investigation : bone scintigraphy ».

### 3. Suspension

**444.** Souvent pratiquée, la torture par suspension peut causer des douleurs extrêmes, mais ne laisse pas, ou guère, de traces visibles. La contention prolongée dans une même position, y compris la station debout forcée, peut entraîner un œdème des membres compressés associé à un risque de thrombose veineuse profonde. L'observation de défaillances neurologiques périphériques indiquant une plexopathie brachiale constitue en soi une indication très sérieuse de torture par suspension. Celle-ci peut revêtir différentes formes :

**(a)** Suspension « en croix » : les bras sont écartés et attachés à une barre horizontale ;

**(b)** Suspension « du boucher » : les mains sont attachées au-dessus de la tête, soit ensemble, soit séparément ;

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

**(d)** Suspension « palestinienne » : la victime est suspendue par les avant-bras liés ensemble derrière le dos et fixés à une barre horizontale, les coudes formant un angle de 90 degrés. Autre variante : la victime est suspendue à une corde attachée autour des coudes ou des poignets, les bras derrière le dos ; Forcer la victime à s'allonger sur le ventre avec des menottes dans le dos puis la tirer vers le haut par les menottes produit un effet similaire ;

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

**445.** Les séances de torture par suspension peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures, voire davantage. Souvent, la victime est incapable de dire combien de temps elle est restée suspendue, parce qu'elle était désorientée ou qu'elle a perdu connaissance. Il convient d'examiner attentivement les marques de ligature, qui varient selon la méthode employée (menottes métalliques, liens en plastique ou corde, par exemple). La suspension « palestinienne » peut entraîner rapidement des lésions permanentes du plexus brachial. Le « perchoir » peut provoquer des déchirures des ligaments croisés des genoux. Les victimes sont fréquemment battues ou soumises à d'autres sévices pendant la suspension. En phase chronique, on observe couramment des douleurs et une sensibilité des articulations des épaules qui peuvent se prolonger

des années durant, suite à l'excès de charge et aux mouvements de rotation endurés. Adynamie des bras ou des mains, douleur et paresthésie, engourdissement, insensibilité au toucher, douleur superficielle et perte des réflexes tendineux sont quelques-unes des complications communément constatées en phase aiguë. Une douleur intense et profonde masque parfois une adynamie qui peut persister en phase chronique et évoluer en atrophie musculaire. On note la présence d'un engourdissement et, plus fréquemment, de paresthésie. Lever les bras ou soulever des poids peut provoquer douleur, engourdissement ou adynamie. Outre les lésions neurologiques, il peut se produire des déchirures des ligaments des articulations de l'épaule, des luxations de l'épaule et des lésions musculaires dans la région scapulaire. L'examen visuel du dos permet d'observer une « omoplate ailée » (bordure vertébrale proéminente) en cas de lésion du nerf thoracique long ou de luxation de l'épaule.

**446.** Les lésions neurologiques sont généralement dissymétriques dans les bras. Les lésions du plexus brachial se manifestent entre autres par des dysfonctionnements moteurs, sensoriels et réflexes. Des changements subtils pourraient échapper à un non-spécialiste. Au moment de l'évaluation, la lésion peut s'être résorbée, mais il est utile de procéder à une anamnèse minutieuse des symptômes et d'orienter sans tarder la victime vers un spécialiste. L'évaluation d'une éventuelle lésion neurologique devrait donner lieu aux examens suivants :

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

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

**(c)** *Examen sensoriel.* La torture par suspension peut provoquer la perte, la diminution ou la dissymétrie des



réflexes. Dans la suspension « palestinienne », bien que les deux plexus brachiaux subissent des traumatismes, une plexopathie dissymétrique peut se développer du fait de la position dans laquelle les bras sont placés (l'un au-dessus de l'autre) et selon la manière dont ils sont attachés. Si les travaux de recherche suggèrent que les plexopathies brachiales sont habituellement unilatérales (généralement consécutives à une chute brutale sur une épaule), cela ne s'applique pas au contexte de la torture, où les lésions bilatérales sont courantes ;

- 447.** Parmi les tissus de la région scapulaire, le plexus brachial est la structure la plus vulnérable aux lésions par traction. L'incidence et la gravité de cette complication dépendent de la durée et de la fréquence de la suspension et de la musculature de la victime – une musculature développée peut préserver de telles lésions. La suspension « palestinienne » inflige des dommages aux plexus brachiaux du fait de l'extension forcée des bras dans le dos. Dans la forme classique de la suspension « palestinienne », où la victime est suspendue avec les bras en hyperextension postérieure, ce sont généralement les fibres inférieures du plexus qui sont lésées en premier ; si la traction est suffisamment violente, suivent les fibres médianes, puis supérieures. Si la victime est suspendue « en croix », mais sans hyperextension, ce sont les fibres inférieures et médianes du plexus qui sont les plus susceptibles d'être lésées, par suite d'une hyperabduction. Les lésions du plexus brachial peuvent être caractérisées comme suit :

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

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

**(c) Lésions supérieures.** Les muscles scapulaires sont particulièrement touchés. L'abduction de l'épaule, la rotation axiale et la pronation-supination de l'avant-bras peuvent être défailantes. On pourra constater des déficiences sensorielles dans la région

deltôïde ainsi que dans le bras et dans les parties extérieures de l'avant-bras.

#### 4. Autres tortures positionnelles

- 448.** Il existe une grande variété de tortures positionnelles, qui toutes se caractérisent par le fait de maintenir la victime dans une position non naturelle, en contorsion ou en hyperextension, entraînant des souffrances aiguës et pouvant causer des lésions des ligaments, des tendons, des nerfs et des vaisseaux sanguins. En règle générale, ces formes de torture ne laissent pas, ou guère, de traces visibles à l'œil nu, ni détectables par des moyens radiologiques, en dépit des infirmités chroniques qu'elles peuvent provoquer. Les entraves aux poignets peuvent provoquer des ecchymoses, des abrasions et des lacérations superficielles, en particulier sur les parties osseuses. Elles peuvent également provoquer un œdème de la main, une ténosynovite, une fracture de l'apophyse styloïde du radius ou du cubitus ou un déficit neurologique de durée variable résultant de la compression d'un nerf, le plus souvent d'une branche superficielle du nerf radial.

- 449.** Les tortures positionnelles touchent au premier chef les tendons, les articulations et les muscles. Parmi les autres méthodes de torture positionnelle, on peut citer : la « position de la banane », ou « ligotage en position de la banane », soit par-dessus une chaise, soit simplement sur le sol, ou encore sur une motocyclette, la station debout sur les deux pieds, la station debout sur un seul pied, la station debout prolongée bras étirés en hauteur contre un mur, la station accroupie prolongée et l'immobilisation forcée dans une cage. Douleurs dans une région particulière du corps, perte de mobilité articulaire, maux de dos, douleurs dans les mains, cervicalgies ou jambes enflées sont les symptômes les plus courants selon la position imposée. Les recommandations en ce qui concerne l'examen neurologique et musculo-osseux sont les mêmes pour ces formes de torture positionnelle que pour la torture par suspension. L'IRM est le procédé radiologique le plus efficace pour évaluer les lésions associées aux différentes formes de torture positionnelle.

#### 5. Décharges électriques

- 450.** Dans la torture électrique, le courant est transmis par le biais d'électrodes qui peuvent être disposées sur n'importe quelle partie du corps. Les emplacements les plus courants sont les mains, les pieds, les doigts et les orteils, les oreilles, les mamelons, la bouche, les lèvres et les organes génitaux. La source du courant

peut être une dynamo manuelle ou une génératrice, une prise murale, un aiguillon pour le bétail ou tout autre instrument électrique. Le courant emprunte le chemin le plus court entre les deux électrodes, caractéristique qui se reflète dans les symptômes observés. Ainsi, si des électrodes sont placées sur un orteil du pied droit et dans la région génitale, on notera, outre une souffrance intense dans cette zone, des douleurs, des contractions musculaires et des crampes dans la cuisse et le mollet droits. Tous les muscles situés sur le trajet du courant électrique étant tétanisés, une décharge d'intensité moyenne pourra entraîner une luxation de l'épaule et des radiculopathies lombaires et cervicales. Toutefois, l'examen physique de la victime ne permet pas d'établir avec certitude la méthode utilisée ni la durée précise de la torture, pas plus que la force de la décharge électrique infligée. Les tortionnaires utilisent couramment de l'eau ou des gels afin d'en accroître l'effet, de dilater le point d'entrée du courant électrique dans le corps et d'empêcher l'apparition de marques visibles. Les brûlures électriques peuvent provoquer des lésions circulaires brun-rouge de quelques millimètres de diamètre, généralement exemptes d'inflammation, qui peuvent laisser une cicatrice hyperpigmentée. La peau doit être soigneusement examinée, car ces lésions sont souvent très difficiles à distinguer. Une hypersalivation peut être constatée, mais établir les antécédents est problématique si le sujet a perdu conscience pendant la séance de torture.

## 6. Torture dentaire

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

## 7. Asphyxie

**452.** La quasi-asphyxie par suffocation est une méthode de torture de plus en plus courante. Elle ne laisse en principe pas de traces et le rétablissement est

rapide. Cette méthode était si largement employée en Amérique latine que son nom espagnol – *submarino* – est devenu partie intégrante de la terminologie des droits de l'homme. La respiration normale peut être entravée en couvrant la tête au moyen d'un sac en plastique, en obturant la bouche et le nez, en comprimant ou en ligaturant le cou ou en contraignant la victime à inhaler de la poussière, du ciment, de l'essence, du piment, etc. C'est la variante « à sec » du *submarino*. Elle peut entraîner diverses complications, au nombre desquelles pétéchies, saignements du nez et des oreilles, congestion faciale, infections de la bouche et défaillances respiratoires aiguës ou chroniques. L'essence présente dans le sac en plastique peut provoquer des brûlures au visage. La variante « liquide » consiste à immerger de force la tête de la victime dans de l'eau souvent souillée d'urine, de fèces, de vomi et autres impuretés. Elle peut entraîner la (quasi-)noyade. L'aspiration d'eau dans les poumons peut provoquer une pneumonie.

**453.** Une autre forme d'asphyxie, le simulacre de noyade, consiste à verser de l'eau sur un chiffon plaqué sur le nez et la bouche de la victime, provoquant ainsi une (sensation de) noyade. La victime est allongée sur le dos, soit à l'horizontale, soit inclinée de sorte que les pieds se trouvent plus hauts que la tête. La pendaison et d'autres formes d'asphyxie par ligature laissent souvent des traces d'abrasion ou de contusion sur le cou. L'os hyoïde et le cartilage du larynx peuvent être fracturés par suite d'un étranglement partiel ou de coups portés à la gorge.

**454.** Ces formes d'asphyxie peuvent entraîner une perte de conscience due à un apport insuffisant d'oxygène au cerveau, et leurs conséquences peuvent être similaires à celles d'un traumatisme crânien contondant, en termes de perte de mémoire à court ou à long terme ou d'autres déficits cognitifs.

## 8. Sévices sexuels, y compris le viol<sup>435</sup>

**455.** Les sévices sexuels commencent avec la nudité forcée, laquelle est une constante des actes de torture dans de nombreux pays. Un individu ne se sent jamais aussi vulnérable et impuissant que lorsqu'il est nu. La nudité exacerbe l'impact psychologique de toute forme de torture en faisant planer la menace permanente de sévices ou de mauvais traitements sexuels, y compris le viol. Les menaces, moqueries

<sup>435</sup> Pour des indications supplémentaires au sujet des enquêtes sur la violence sexuelle, voir Ferro Ribeiro et van der Straten Ponthoz, *Protocole international relatif aux enquêtes sur les violences sexuelles* (voir note de bas de page 357).

et autres agressions verbales à connotation sexuelle relèvent également des sévices sexuels, car elles accentuent l'humiliation. La torture sexuelle comprend la nudité forcée, l'agression sexuelle par attouchement de parties intimes, la pénétration digitale, la masturbation forcée, l'insertion forcée d'un objet dans le vagin ou l'anus, le viol oral, anal et vaginal, l'éjaculation ou la miction sur la victime, l'esclavage sexuel, la grossesse forcée et la stérilisation forcée. Souvent, les séances de torture sexuelle durent longtemps, et il s'y produit de nombreux événements traumatisants. Si certaines victimes sont capables de raconter leur calvaire en intégralité, beaucoup d'autres en occultent certaines parties parce que le récit en est trop pénible ou qu'elles craignent la réaction de leur interlocuteur. Trop éprouvées, elles peuvent différer la divulgation des sévices sexuels qu'elles ont subis (voir par. 274 à 276 ci-dessus).

**456.** Les formes et les conséquences des sévices sexuels varient selon qu'ils sont infligés à des hommes ou à des femmes, mais il existe certains points communs. C'est le cas des violences verbales à caractère sexuel, des actes de torture physique ciblant des parties intimes telles que les seins et les fesses, et de la torture visant spécifiquement les organes génitaux. Chez les hommes, décharges électriques et coups visent très couramment les organes génitaux, avec ou sans torture anale supplémentaire. Ces sévices s'accompagnent d'agressions verbales qui exacerbent le traumatisme. Les détenus peuvent être mis nus en présence de membres de leur famille, d'amis ou de parfaits étrangers, en violation des tabous culturels. Cela peut être aggravé par l'absence d'intimité dans la satisfaction des besoins naturels. Il arrive également qu'on force des détenus à des violences sexuelles mutuelles, ce qui peut être particulièrement traumatisant sur le plan émotionnel. La peur du viol, eu égard à la flétrissure sociale qui l'accompagne, peut ajouter au traumatisme. S'y adjoint, chez les femmes, la crainte d'une possible grossesse, de la perte de la virginité et de la stérilité (même si le viol peut éventuellement être caché à un époux potentiel et au reste de la communauté). Le viol comporte toujours le risque de contamination par des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida. Actuellement, l'unique prophylaxie efficace contre le VIH doit être administrée dans

les 72 heures qui suivent l'exposition – le plus tôt étant le mieux – et il est peu probable que la victime puisse en bénéficier tant qu'elle est en détention.

- 457.** Une étude nationale a montré que les victimes d'agressions sexuelles graves souffrent au premier chef de troubles mentaux ou émotionnels (63 %), suivies par un déficit de confiance à l'égard des tiers et d'autres difficultés relationnelles (53 %) <sup>436</sup> ; 27 % seulement présentaient des ecchymoses mineures ou un œil au beurre noir, et les blessures plus sérieuses étaient rares <sup>437</sup>. L'idée qu'une victime qui ne présente pas de lésions corporelles était forcément consentante reste cependant largement répandue. La crainte de nouveaux sévices limite souvent la capacité de résistance des victimes, voire les tétanise. Une étude globale des cas d'agression sexuelle a montré qu'en moyenne, 65 % des victimes présentaient des lésions corporelles et 30 % des traces de traumatisme anogénital <sup>438</sup>. Un inventaire exhaustif des symptômes, une attention particulière étant portée aux systèmes génito-urinaire et anorectal, et un examen physique complet peuvent révéler des antécédents de violence sexuelle jusqu'alors passés sous silence. Des lésions constatées sur des parties intimes telles que les seins, les fesses ou les cuisses peuvent indiquer qu'il y a eu violence sexuelle. En revanche, l'absence de lésions génitales ne permet pas de conclure qu'il n'y a pas eu de sévices. La vulvo-vaginite consécutive à des douches vaginales répétées peut indiquer des antécédents de violences sexuelles.
- 458.** Les viols répétés et les agressions sexuelles par pénétration anale au moyen d'un objet peuvent provoquer au niveau du sphincter anal et du rectum des lésions importantes entraînant des effets à long terme, notamment des douleurs lors de la défécation, une fissure anale chronique et des hémorroïdes, ainsi qu'une incontinence fécale ou des flatulences incontrôlées. Il peut s'avérer difficile d'obtenir des informations sur ces symptômes mais, paradoxalement, aborder la question dans le cadre d'un examen médical global peut inciter la victime présumée à parler de l'agression qui les a provoqués. Parmi les indices potentiels, on notera aussi l'incapacité à s'asseoir confortablement ou à rester longtemps en position assise, la formulation de plaintes relatives à des problèmes lombaires, des accès de colère et une grande

<sup>436</sup> Royaume-Uni, Office for National Statistics, "Sexual offences in England and Wales" (voir note de bas de page 401).

<sup>437</sup> Ibid.

<sup>438</sup> Ibid

irritabilité<sup>439</sup>. Selon les directives du HCR, « [b]eaucoup de survivants de sexe masculin ne signalent les abus que lorsqu'ils ont besoin d'une intervention médicale urgente »<sup>440</sup>. Dans le cadre de l'évaluation du risque d'atteinte à soi-même ou à autrui, sonder les pensées à l'origine des accès de violence peut également faciliter la divulgation des faits.

**459.** Lorsqu'une victime de sévices sexuels refuse qu'ils soient divulgués en raison des pressions socioculturelles ou pour des motifs personnels, le médecin chargé de l'examen, les enquêteurs et les tribunaux sont tenus de respecter son anonymat. Les contacts avec des rescapés de la torture qui ont récemment subi des sévices sexuels requièrent une formation et un soutien psychologiques spécialisés. Il convient d'éviter tout ce qui peut exacerber le traumatisme psychologique du rescapé. Il est indispensable d'obtenir le consentement en connaissance de cause de la victime préalablement à l'examen. Elle devrait être clairement informée de l'importance de l'examen et de ses résultats potentiels.

#### (a) Inventaire des symptômes

**460.** Les sévices ou mauvais traitements sexuels allégués devraient être documentés selon les indications fournies plus haut (voir par. 394 à 396 ci-dessus). Toutefois, certaines questions s'appliquent spécifiquement aux allégations de cette nature. Il s'agit d'établir les symptômes résultant de faits récents – hémorragies, écoulements vaginaux ou anaux, douleurs, contusions ou plaies localisées. Lorsque les faits allégués sont anciens, on orientera les questions sur des symptômes chroniques tels que fréquence des mictions, incontinence ou dysurie, irrégularité des menstrues, grossesse, avortement ou hémorragie vaginale suite à un viol, troubles d'ordre sexuel, y compris rapports sexuels, douleur anale, hémorragies, constipation, incontinence urinaire ou fécale, flatulences incontrôlées et douleurs abdominales basses. Vomissements, haut-le-cœur et nausées peuvent se manifester à l'évocation d'un viol par voie orale.

**461.** Dans l'idéal, il faudrait pouvoir disposer des services de psychiatres, psychologues, gynécologues et infirmières expérimentés, dûment équipés et spécialement formés pour examiner et traiter les rescapés de sévices sexuels. L'examen des personnes qui ont été soumises à de tels sévices doit permettre de leur apporter le soutien, les conseils et le réconfort

appropriés en ce qui concerne, notamment, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/sida, dans le cas des femmes la grossesse, et les séquelles permanentes. Les tortionnaires affirmant couramment à leurs victimes que leurs fonctions sexuelles seront à jamais altérées, il convient d'évoquer également ce sujet afin d'éviter autant que possible qu'une telle menace ne s'accomplisse par autosuggestion. L'examen des lésions anorectales peut nécessiter une sédation s'il est trop pénible pour la victime. Dans le souci de minimiser la réactivation du traumatisme, il s'agirait de procéder en une seule fois pour collecter les preuves, effectuer les prélèvements et administrer les soins nécessaires.

#### (b) Examen après des sévices récents

**462.** Il est rare que la victime d'un viol commis dans le cadre de séances de torture soit libérée tant qu'il en subsiste des traces manifestes. Et même lorsque c'est le cas, de nombreux facteurs peuvent entraver l'évaluation médicale. Les victimes de sévices sexuels récents sont souvent très perturbées et répugnent à faire appel à une aide médicale ou juridique par peur, pour des raisons socioculturelles, ou à cause du caractère dévastateur des sévices. Dans de telles circonstances, le médecin devrait exposer à la victime toutes les options médicales et juridiques qui s'offrent à elle et agir selon son souhait. Il doit obtenir son consentement en connaissance de cause préalablement à tout examen, relever toutes les preuves médicales et s'efforcer de faire des prélèvements en vue d'analyses médico-légales. Dans la mesure du possible, l'examen devrait être réalisé par un expert. À défaut, le médecin devrait s'entretenir avec un spécialiste ou consulter des documents de référence sur la médecine clinique légale. Lorsque le médecin appartient au sexe opposé, la victime devrait avoir la possibilité de réclamer la présence d'une personne de son sexe. Compte tenu du caractère particulièrement délicat de toute enquête portant sur des sévices sexuels, il ne peut généralement s'agir ni d'un membre de la famille de la victime, ni de l'interprète éventuellement présent (voir le paragraphe 219 ci-dessus). Le médecin devrait procéder au rythme dicté par la victime présumée et, au besoin, minimiser l'exposition de son corps en n'en examinant qu'une partie à la fois. Il devrait rester attentif au comportement et aux émotions de la victime présumée et se tenir prêt à interrompre la procédure si nécessaire. Le médecin devrait procéder à un examen physique approfondi et noter méticuleusement toutes

<sup>439</sup> HCR, « Travailler avec les hommes et les garçons survivants » (voir note de bas de page 402).

<sup>440</sup> Ibid., p. 11.

les éventuelles marques de sévices en notant leur taille, leur emplacement et leur couleur. Dans la mesure du possible, ces marques seront photographiées et on prélèvera des échantillons à des fins d'analyse.

- 463.** L'examen physique ne devrait pas être axé d'emblée sur la région génitale. Toute anomalie devrait être relevée. On examinera avec une attention particulière la peau, en recherchant de possibles lésions cutanées pouvant résulter de sévices sexuels, telles que meurtrissures, lacérations, ecchymoses ou pétéchies consécutives à des suçons ou des morsures. En l'absence de lésions significatives des parties génitales, d'autres parties du corps – notamment le dos, les fesses ou les genoux s'ils ont été en contact forcé avec le sol – portent parfois les traces les plus manifestes de sévices sexuels. Même lorsque l'examen des organes génitaux féminins a lieu immédiatement après un viol, on ne constate des dommages probants que dans une minorité de cas. Il en va de même pour la sodomie, qu'elle ait été infligée à un homme ou à une femme. La plupart des lésions éventuelles guérissent en quelques jours. Cette proportion augmente lorsque des objets de grande taille ont été utilisés pour pénétrer le vagin ou l'anus, mais il arrive que cela ne provoque pas de lésion.
- 464.** S'il existe sur place un laboratoire de médecine légale, il convient de se mettre en contact avec ses responsables avant l'examen, afin de s'entendre sur les échantillons à prélever et sur la façon de les recueillir. De nombreux laboratoires fournissent des kits permettant aux médecins de prélever tous les échantillons nécessaires sur les personnes alléguant une agression sexuelle. En l'absence d'un laboratoire d'analyses, le médecin pourra procéder à des prélèvements humides qu'il fera ensuite sécher à l'air. Ces échantillons pourront servir ultérieurement à des tests d'ADN. Les précautions les plus rigoureuses doivent être prises afin de prévenir toute allégation de contamination croisée lorsqu'on prélève des échantillons sur plusieurs victimes ou auteurs présumés de sévices sexuels. Le plus grand soin doit être apporté à la préservation des échantillons et à la documentation de la procédure de conservation.

### **(c) Examen d'un sujet victime de sévices datant de plus d'une semaine**

- 465.** Lorsque les sévices ou mauvais traitements allégués remontent à plus d'une semaine et qu'on ne constate ni contusion ni lacération, l'examen pelvien ne revêt plus un caractère d'urgence. On peut alors prendre le temps de rechercher la personne la plus

qualifiée pour l'examen et les conditions les mieux appropriées pour questionner la victime. Dans la mesure du possible, il est toutefois conseillé de prendre des photos des éventuelles lésions résiduelles.

- 466.** L'évaluation clinique devrait être consignée comme indiqué ci-dessus, de même que les observations et constatations de l'examen. En présence de femmes ayant eu des enfants avant et, plus encore, après un viol, les chances sont minces de découvrir des signes pathognomoniques. Il peut s'écouler un certain temps avant qu'une victime consente à évoquer les aspects de la torture qu'elle juge les plus embarrassants. De même, les victimes présumées peuvent souhaiter remettre à une consultation ultérieure, si le temps et les circonstances le permettent, les éléments les plus intimes de l'examen.
- 467.** S'il n'intervient pas directement après l'agression, il est rare que l'examen génital révèle des traces physiques probantes. La femme peut avoir eu des activités sexuelles ultérieures, consenties ou non, ou avoir donné naissance à un enfant ; le cas échéant, il convient d'être prudent lorsqu'il s'agit d'établir un lien entre d'éventuelles observations et une allégation spécifique de sévices sexuels. C'est pourquoi l'évaluation par le médecin des informations à sa disposition (par exemple la corrélation entre des allégations de sévices et les lésions aiguës constatées), du comportement du sujet et des conséquences psychologiques de l'expérience peut constituer l'élément le plus déterminant d'un examen médical, et ce, quel que soit le sexe de la victime.

### **(d) Suivi**

- 468.** De nombreuses maladies infectieuses, dont les infections sexuellement transmissibles, peuvent être transmises lors de sévices ou de mauvais traitements sexuels : blennorragie, chlamydie, syphilis, VIH, papillomavirus, hépatites B et C, herpès, verrues génitales, vulvo-vaginites à trichomonas, la vaginite moniliale, la vaginose bactérienne et l'oxyurose, ainsi que les infections des voies urinaires.
- 469.** Des analyses de laboratoire et des traitements appropriés devraient être prescrits dans tous les cas de sévices ou de mauvais traitements sexuels. Pour la blennorragie et la chlamydie, on doit envisager de possibles infections concomitantes de l'anus ou de l'oropharynx. Les cultures initiales et les tests sérologiques devraient être obtenus dans les cas d'agression sexuelle et un traitement approprié devrait être mis en place. Si elle peut être compatible



avec le compte rendu de sévices sexuels, la présence d'une infection sexuellement transmissible ne confirme pas nécessairement qu'ils en sont la cause.

**470.** Les dysfonctionnements sexuels sont fréquents chez les rescapés de la torture ou d'autres mauvais traitements, surtout, mais pas exclusivement, chez les victimes de viols et autres sévices sexuels. Ils peuvent également survenir chez des personnes qui n'ont pas subi de tels sévices ou ne les ont pas encore divulgués. Les principaux symptômes, qui peuvent avoir une origine physique ou psychologique, ou combinée, sont les suivants :

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

**(b)** Appréhension des rapports sexuels par crainte d'être repoussé par un partenaire informé des sévices endurés ou par crainte d'avoir subi des dommages fonctionnels. Les tortionnaires menacent couramment en ce sens leurs victimes et instillent la peur de l'homosexualité chez les hommes victimes de sodomie. Certains hommes peuvent avoir eu une érection, voire avoir éjaculé, lors d'un viol anal. Il convient de les rassurer en leur expliquant qu'il s'agit d'une réaction physiologique qui n'implique ni consentement, ni jouissance, et qui ne reflète pas nécessairement leur orientation sexuelle ;

**(c)** Profondes répercussions sur le psychisme dues aux transgressions forcées de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ;

**(d)** Inaptitude à faire confiance à un partenaire sexuel ;

**(e)** Troubles de la stimulation sexuelle et de l'érection ;

**(f)** Dyspareunie (rapports sexuels douloureux chez la femme) ou stérilité consécutive à une infection sexuellement transmissible, à un traumatisme des organes reproducteurs ou à un avortement mal exécuté après une grossesse résultant d'un viol.

### **(e) Examen génital des femmes**

**471.** Dans de nombreuses cultures ou groupes sociaux, il est totalement inacceptable de pénétrer le vagin d'une femme vierge avec quoi que ce soit, y compris un spéculum, un doigt ou un écouvillon. Si l'examen externe révèle des signes évidents de

pénétration vaginale, on peut éventuellement se dispenser d'un examen interne. L'examen génital pourra faire apparaître les symptômes suivants :

**(a)** *Petites lacérations ou déchirures de la vulve.*

Ces lésions, qui peuvent être aiguës, résultent d'un étirement excessif des tissus. En principe, elles guérissent complètement ; cependant, bien qu'une éventuelle répétition ne produise pas nécessairement de preuves visuelles, des cicatrices peuvent subsister ;

**(b)** *Abrasions des organes génitaux féminins.* Les abrasions peuvent être causées par le contact avec des objets rugueux, tels que des ongles ou des bagues, ou par l'absence de lubrification ;

**(c)** *Lacérations vaginales.* On ne peut pas nécessairement les différencier des incisions causées par l'insertion d'objets tranchants ;

**(d)** *Lésions cicatrisées au niveau des parties génitales.* Cela peut être dû à des brûlures de cigarettes ou à des entailles.

**472.** Bon nombre des observations découlant des examens génitaux susmentionnés peuvent résulter de « tests de virginité » réalisés – souvent de force, y compris dans les lieux de détention – sur les femmes qui prétendent avoir été violées ou qui sont accusées de prostitution. Cette pratique, en vigueur dans de nombreux pays, s'inscrit dans le cadre de politiques publiques ou sociales de contrôle de la sexualité. Dans sa déclaration de 2014 sur la question<sup>441</sup>, le Groupe indépendant d'experts de médecine légale conclut que les tests de virginité ne sont pas médicalement fiables et n'ont aucune valeur clinique. Ces tests sont intrinsèquement discriminatoires et, dans presque tous les cas, lorsqu'ils sont réalisés de force, ils causent des douleurs et des souffrances physiques et mentales considérables. Le test de virginité, dès lors qu'il est mené par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel, ou à son instigation, constitue un traitement cruel, inhumain ou dégradant, voire un acte de torture. Lorsqu'il est réalisé de force et implique une pénétration vaginale, le test de virginité devrait être considéré comme une agression sexuelle et un viol. L'implication de professionnels de la santé dans cette pratique est contraire aux normes fondamentales et à l'éthique des professions concernées.

<sup>441</sup> Groupe d'experts médico-légaux indépendants, « Statement on virginity testing » (voir note de bas de page 309).

**473.** Le cas échéant, les mutilations génitales féminines devraient être diagnostiquées. En dépit des efforts internationaux visant à l'éliminer, la pratique des mutilations génitales féminines reste répandue : dans le monde, 200 millions de femmes et de filles toujours en vie y ont été soumises pour des raisons socioculturelles. Les mutilations génitales peuvent également relever de sévices sexuels. L'Organisation mondiale de la santé classe les mutilations génitales féminines comme suit :

**(a)** Type I : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et/ou du prépuce/capuchon du clitoris ;

**(b)** Type Ia : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ;

**(c)** Type Ib : ablation du gland clitoridien et du prépuce/capuchon du clitoris ;

**(d)** Type II : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) ;

**(e)** Type IIa : ablation des petites lèvres uniquement ;

**(f)** Type IIb : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres ;

**(g)** Type IIc : ablation partielle ou totale du gland clitoridien, des petites lèvres et des grandes lèvres ;

**(h)** Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en incisant et en repositionnant les petites ou les grandes lèvres par suture, avec ou sans excision du prépuce/capuchon et du gland clitoridiens (infibulation) ;

**(i)** Type IIIa : ablation et repositionnement des petites lèvres ;

**(j)** Type IIIb : ablation et repositionnement des grandes lèvres ;

**(k)** Type IV : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

**474.** Il convient d'interroger la victime sur les répercussions de l'intervention et les complications éventuelles. En phase aiguë, les femmes et les jeunes filles peuvent souffrir d'hémorragies ou d'infections graves. Les mutilations génitales féminines sont associées à

des complications à long terme, dont des infections récurrentes, des kystes et des abcès, la formation de cicatrices chéloïdes douloureuses, des lésions de l'urètre entraînant une incontinence urinaire, des complications lors de l'accouchement (y compris un risque accru d'hémorragie et de décès), des troubles sexuels et des traumatismes psychologiques (y compris des troubles post-traumatiques, de l'anxiété et un état dépressif). En outre, le taux de morbidité et de mortalité périnatales est plus élevé chez les enfants nés de femmes victimes de mutilations génitales féminines.

#### **(f) Examen génital des hommes**

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

**476.** Un traumatisme du scrotum peut également provoquer une torsion testiculaire qui obstrue le flux sanguin vers le testicule. Ce cas réclame une intervention chirurgicale immédiate. Si la torsion n'est pas rapidement réduite, il s'ensuivra une infiltration du testicule. Si elle se produit en détention, où les soins médicaux peuvent faire défaut, cette lésion peut laisser des séquelles.

**477.** Les individus qui ont subi des sévices au niveau du scrotum souffrent parfois d'infections chroniques de l'appareil urinaire, de troubles de

l'érection ou d'atrophie des testicules. Les troubles post-traumatiques sont relativement courants. En phase chronique, il est possible de distinguer une pathologie scrotale consécutive à la torture d'une pathologie scrotale résultant d'autres processus morbides. Lorsqu'un examen urologique approfondi n'a pas mis en évidence d'anomalies physiques, les symptômes urinaires, l'impuissance et autres troubles sexuels peuvent avoir une origine psychologique. Les cicatrices sur le scrotum et le pénis étant souvent très difficiles à observer, leur absence ne permet en aucune façon de conclure à l'absence de sévices. A l'inverse, la présence de marques visibles suggère un traumatisme important.

**(g) Examen de la région anale**

**478.** La sodomie forcée ou l'insertion d'objets dans l'anus n'entraîne pas toujours des lésions. Une douleur initiale et des saignements peuvent se manifester. La plupart des lésions guérissent en quelques jours. La douleur et les saignements peuvent parfois se prolonger pendant des jours, voire des semaines. De tels sévices peuvent également entraîner la constipation, laquelle peut être aggravée, en détention, par un mauvais régime alimentaire, et provoquer des hémorroïdes ou une fissure anale. Des symptômes gastro-intestinaux et urinaires peuvent également se présenter. En phase aiguë, tout examen autre que visuel pourra réclamer une anesthésie locale ou générale et devrait être confié à un spécialiste. En phase chronique, divers symptômes peuvent persister, qu'il convient de passer en revue. La présence de cicatrices anales inhabituelles par leur taille ou leur emplacement devrait être notée avec précision. Les fissures anales peuvent persister pendant de nombreuses années, mais il est impossible de différencier, par inspection visuelle, les lésions résultant de la torture de celles qui ont une autre origine – des troubles gastro-intestinaux, par exemple. Lors de l'examen de l'anus, on sera attentif aux points suivants :

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

**(b)** Déchirures rectales, avec ou sans hémorragie ;

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

**(d)** Excoriations consécutives à des traumatismes de cicatrisation ;

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

**479.** L'examen anal, répandu dans de nombreux pays où les rapports anaux consensuels sont considérés comme un acte criminel<sup>442</sup>, est pratiqué presque exclusivement sur des hommes, dans le but de « prouver » qu'ils ont un « comportement homosexuel ». Dans une déclaration de 2016, le Groupe indépendant d'experts de médecine légale a conclu que cette pratique n'avait aucune valeur clinique. Elle est en outre intrinsèquement discriminatoire. Dans de nombreuses circonstances, les examens anaux pratiqués de force s'accompagnent d'autres formes de torture physique ou de mauvais traitements, tels que des passages à tabac par la police et des propos désobligeants sur l'homosexualité présumée du sujet de la part des membres des forces de l'ordre et du personnel médical. Menaces, coercition et usage de la force sont monnaie courante. Qu'un examen de cette nature puisse être effectué en présence de personnel non médical est tout aussi préoccupant. En outre, le cas échéant, la nudité forcée et la contrainte physique ajoutent au sentiment d'impuissance et de dégradation, à la peur et à l'humiliation des victimes. Le Comité contre la torture, le Rapporteur spécial sur la question de la torture et le Groupe de travail sur la détention arbitraire ont déclaré que la pratique des examens anaux forcés contrevenait à l'interdiction de la torture et autres mauvais traitements<sup>443</sup>. Lorsque des examens anaux sont pratiqués de force et impliquent une pénétration anale, ils devraient être considérés comme une forme d'agression sexuelle et de viol. De plus, l'implication de professionnels de la santé est contraire aux normes fondamentales et à l'éthique des professions concernées. Les examens anaux effectués dans le cadre de fouilles intimes devraient impérativement être conformes aux Règles de Bangkok (règles 19 à 21), aux Règles Nelson Mandela (règles 50 à 52) et à la déclaration de l'Association médicale mondiale sur la fouille corporelle de prisonniers.

<sup>442</sup> Groupe indépendant d'experts de médecine légale, « Statement on anal examinations » (voir note de bas de page 309), p. 85.

<sup>443</sup> A/HRC/19/41, par. 37. Voir également A/HRC/22/53, par. 79.

## F. Tests diagnostiques spécialisés

**480.** Les tests diagnostiques ne représentent pas un élément essentiel de l'évaluation clinique des victimes présumées de la torture et autres mauvais traitements. La plupart du temps, un compte rendu des antécédents médicaux et un examen physique suffisent. Dans certains cas, ces tests peuvent apporter d'utiles éléments de preuve, par exemple en cas d'action intentée contre des représentants de l'autorité ou en vue d'obtenir des dédommagements. Il faut toutefois garder à l'esprit que tout test produit également des faux négatifs dans des proportions d'autant plus élevées que l'intervalle entre le moment où la lésion a été causée et la réalisation du test est important. Le résultat des tests diagnostiques effectués pour raison médicale devrait être inclus dans le rapport clinique. Comme pour les observations physiques, l'absence de résultat probant d'un test diagnostique ne permet pas de conclure à l'absence de torture ou d'autres mauvais traitements. De même, il existe de nombreuses circonstances où les tests diagnostiques ne peuvent être effectués pour des raisons techniques, mais leur absence ne saurait invalider un rapport par ailleurs dûment établi.

**481.** Les tests diagnostiques évoluent et sont évalués en continu. C'est pourquoi la référence à des tests donnés est limitée ; lorsque des éléments de preuve supplémentaires sont nécessaires, les enquêteurs devraient utiliser les ressources les plus récentes à leur disposition.

**482.** Dans la phase aiguë d'une lésion du squelette ou des tissus mous, diverses méthodes d'imagerie peuvent fournir de précieuses informations complémentaires. Une fois les lésions corporelles causées par la torture ou les mauvais traitements guéries, en revanche, les séquelles éventuelles sont généralement indétectables par ces mêmes méthodes, même lorsque le rescapé continue de souffrir de douleurs ou d'infirmités consécutives à ses blessures. Par ailleurs, les technologies d'imagerie de pointe ne sont pas toujours accessibles, en tout cas pour les sujets en détention.

**483.** L'IRM permet de détecter les contusions osseuses, les fractures de fatigue et les fractures latentes avant qu'elles puissent être révélées par la radiographie conventionnelle, le scanner ou la scintigraphie.

**484.** L'utilisation de scanners ouverts et d'une sédation contribuera à atténuer l'anxiété et la claustrophobie qui affectent très couramment les rescapés de la torture.

## G. Évaluation du handicap fonctionnel

**485.** Si l'évaluation du handicap fonctionnel est particulièrement utile en cas de demande d'indemnisation, elle permet également d'élaborer des programmes de réadaptation sur mesure. L'Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé WHODAS 2.0 permet de définir des profils et degrés de handicap normalisés applicables à toutes les cultures. Il s'agit de l'outil opérationnel de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé<sup>444</sup>.

**486.** Le WHODAS (programme d'évaluation des handicaps de l'OMS) couvre six domaines fonctionnels : la cognition (compréhension et communication), la mobilité (déplacements), les soins personnels (hygiène, habillement, alimentation et autonomie), les interactions (échanges avec des tiers), les activités de la vie quotidienne (responsabilités domestiques, loisirs, travail et école) et la participation (implication communautaire et intégration sociale).

**487.** Le degré d'incapacité dans chaque domaine est mesuré selon l'échelle suivante : 1 (« aucune incapacité ») ; 2 (« incapacité légère ») ; 3 (« incapacité modérée ») ; 4 (« incapacité sévère ») ; et 5 (« incapacité extrême ou totale »). Les résultats recueillis dans chacun des domaines sont additionnés, puis les notes des six domaines sont elles-mêmes totalisées pour obtenir une note récapitulative qui sera ensuite convertie en une valeur métrique comprise entre 0 et 100 (où 0 = aucune incapacité et 100 = incapacité totale)<sup>445</sup>.

## H. Enfants

**488.** Les examens médicaux devraient être réalisés dans un cadre adapté aux enfants, par des cliniciens qualifiés pour identifier et évaluer les lésions corporelles (y compris les lésions consécutives à une agression sexuelle) chez les enfants et les adolescents. Il est indispensable, préalablement à tout examen, d'obtenir le consentement des représentants légaux de l'enfant et,

<sup>444</sup> Organisation mondiale de la santé, *How to Use the ICF : A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health – Exposure Draft for Comment* (Genève, 2013).

<sup>445</sup> Les modèles de notation peuvent être obtenus à l'adresse suivante : [www.who.int/classifications/icf/more\\_whodas/en](http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en).

le cas échéant, de l'enfant ou de l'adolescent lui-même (voir par. 165 à 171 et 285 ci-dessus). Dans l'idéal, les cliniciens devraient disposer d'outils de diagnostic supplémentaires : rayons X et autres techniques d'imagerie, laboratoires d'analyse de sang et avis d'autres spécialistes, par exemple. En général, pour interpréter ses observations, le clinicien doit obtenir de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage immédiat des informations supplémentaires en sus des données recueillies dans le cadre d'entretiens non médicaux.

**489.** Les enfants victimes de la torture, d'autres formes de mauvais traitements ou de violations des droits de l'homme doivent être pris en charge, dans la mesure du possible, par des pédiatres qualifiés aptes à formuler des avis médicaux et des recommandations en matière de soins. L'évaluation doit notamment viser à préserver l'enfant d'actes de torture et autres mauvais traitements réitérés, ainsi qu'à émettre des recommandations en matière de réadaptation, de réintégration et de réduction de l'exposition à la violence en tant que victime ou que témoin. Chaque enfant a le droit de bénéficier d'un suivi médical et psychologique approprié et confidentiel<sup>446</sup>.

**490.** L'examen génital de l'enfant devrait être réalisé par un clinicien expérimenté dans la documentation des faits et l'interprétation des observations. Il peut s'avérer judicieux, pour autant que les circonstances le permettent, de filmer la procédure en vue de solliciter l'avis d'autres experts sans pour autant imposer d'autres examens à l'enfant. Toutefois, le clinicien devrait être conscient que l'examen risque de réveiller le souvenir des sévices ; il devrait donc faire preuve de tact et fournir à l'enfant et à son entourage toutes les explications nécessaires. Procéder à l'examen des zones génitales et anales sous anesthésie générale peut en altérer les résultats et comporte des risques cliniques additionnels ; ce n'est en principe envisageable que dans le cadre d'un acte chirurgical concomitant. Le clinicien devrait être conscient que les enfants cicatrisent parfois plus rapidement que les adultes. Selon leur positionnement par rapport au cartilage de croissance, les lésions osseuses peuvent être inapparentes sur les radiographies initiales, de même que sur les clichés réalisés plusieurs mois après leur guérison. Le recours aux techniques radiologiques requiert la plus grande rigueur compte tenu de l'anxiété que cela peut susciter et des effets potentiellement néfastes de la radioexposition chez l'enfant.

<sup>446</sup> En son article 39, la Convention relative aux droits de l'enfant, prévoit que : « Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant. ».



**Preuves  
psychologiques  
de la torture et  
autres mauvais  
traitements**



## A. Considérations générales

### 1. Rôle central de l'évaluation psychologique

**491.** La torture est généralement reconnue comme une expérience extrême susceptible de causer un large éventail de souffrances physiques et psychologiques. Les travaux de recherche et les expériences cliniques ont montré que les séquelles psychologiques de la torture sont souvent plus persistantes que les séquelles physiques<sup>447</sup> et la documentation des faits a souvent lieu alors que les lésions corporelles ont déjà disparu. L'évaluation psychologique joue donc un rôle central dans la collecte de données probantes, la mise en cause des tortionnaires et la demande de réparation. La plupart des cliniciens et chercheurs admettent qu'elle peut, par nature, avoir des conséquences mentales et émotionnelles, indépendamment de la condition psychique antérieure de la victime. Toutefois, l'impact psychologique de la torture dépend de la nature du préjudice, du système de pensée et de valeurs du sujet, de son développement personnel et de facteurs sociaux, politiques et culturels. C'est pourquoi l'on ne saurait affirmer que toutes les formes de torture ont la même incidence sur toutes les victimes. 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, en général, la détention et de la torture affectent différemment l'adulte et l'enfant. On a néanmoins pu constater certaines constantes dans les symptômes et les réactions psychologiques des rescapés de la torture.

**492.** Les tortionnaires justifient volontiers leurs actes de torture ou leurs sévices 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 extrême pouvant aboutir à une détérioration des fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales<sup>448</sup>. Autrement dit, la torture constitue 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<sup>449</sup>. 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, le tortionnaire pervertit gravement les relations futures qui s'établiront entre la victime et son entourage. C'est ainsi que la torture peut, par contrecoup, miner le fonctionnement et la cohésion de communautés tout entières. Elle peut en outre altérer profondément les relations entre époux, parents, enfants et autres membres de la famille, ainsi que les relations entre les victimes et la communauté à laquelle elles appartiennent.

**493.** Il convient de noter que toutes les victimes de la torture ne développent pas forcément de maladies mentales diagnosticables<sup>450</sup>. Cependant, la plupart éprouvent de profonds bouleversements émotionnels et psychologiques souvent accompagnés de graves altérations cognitives et comportementales. Les principaux troubles psychiatriques observés sont les troubles post-traumatiques et la dépression. Bien que ces troubles soient présents au sein de toute communauté humaine, leur prévalence, quoiqu'inégale d'une étude à l'autre, est nettement plus élevée parmi les rescapés de la torture. Les études épidémiologiques menées auprès des rescapés de la torture et des réfugiés montrent des taux de prévalence de 23 à 88 % pour les troubles post-traumatiques et de 28 à 95 % pour la dépression<sup>451</sup>. La grande variabilité entre les études est probablement due à la composition des échantillons (qui peuvent notamment comprendre les rescapés de la torture qui sollicitent une prise en charge médicale), à la diversité des méthodes d'évaluation et à la présence de facteurs de stress concomitants, entre autres. L'incidence culturelle, sociale et politique de la torture varie toutefois selon les individus et influe sur leur aptitude à évoquer et à décrire les faits. Ces effets sur la capacité de la victime de relater son expérience de la torture et de lui donner un sens doivent être pris en considération, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer une personne appartenant à une autre culture. Les travaux menés en matière de recherche interculturelle montrent que les méthodes

<sup>447</sup> José Quiroga et James M. Jaranson, « Politically-motivated torture and its survivors. A desk review of the literature », *Torture*, vol. 15, n° 2-3 (2005).

<sup>448</sup> José A. Saporta et Bessel A. van der Kolk, « Psychobiological consequences of severe trauma », *Torture and its Consequences : Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, ed. (Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, 1998), p. 151 à 181.

<sup>449</sup> Almerindo E. Ojeda, éd., *The Trauma of Psychological Torture* (Westport, Praeger, 2008) ; et Pau Pérez-Sales, *Psychological Torture : Definition, Evaluation and Measurement* (Routledge, 2016).

<sup>450</sup> Il convient de garder à l'esprit que la qualification de torture n'est pas conditionnée par l'existence d'une atteinte ultérieure et durable à l'intégrité mentale. Voir, à cet égard, Manfred Nowak, « What practices constitute torture? US and UN standards », *Human Rights Quarterly*, vol. 28, n° 4 (2006), p. 809 à 841.

<sup>451</sup> Hiba Abu Suhaiban, Lana Ruvolo Grasser et Arash Javanbakht, « Mental health of refugees and torture survivors : a critical review of prevalence, predictors and integrated care », *International Journal on Environmental Research and Public Health*, vol. 16, n° 13 (2019).

phénoménologiques ou descriptives constituent les approches les plus rationnelles pour tenter d'évaluer des troubles psychologiques ou psychiatriques. Certains comportements considérés comme pathologiques dans une culture donnée peuvent être tenus pour parfaitement normaux dans une autre<sup>452</sup>.

**494.** Ces dernières années, des troubles post-traumatiques ont été diagnostiqués chez un nombre croissant de personnes exposées à des formes de violence extrêmement variées. Bien que la validité de ce diagnostic ait été remise en question pour de nombreuses raisons, dont son applicabilité universelle, l'expérience suggère que l'incidence des troubles post-traumatiques et de la dépression parmi des populations de réfugiés d'origines ethniques et culturelles très diverses est élevée<sup>453</sup>. L'étude transculturelle de la dépression réalisée par l'Organisation mondiale de la santé fournit d'utiles renseignements<sup>454</sup>. Si certains symptômes peuvent être recensés dans des cultures différentes, il est important de prendre en compte les spécificités de chaque culture en termes d'approche de la détresse psychologique afin d'identifier le large éventail de souffrances qui peuvent demeurer inexprimées si le concept de trouble post-traumatique est appliqué sans discernement. Pour le rescapé, ces considérations peuvent être plus pertinentes que les symptômes post-traumatiques.

## 2. Contexte de l'évaluation psychologique

**495.** Les évaluations s'inscrivent dans des contextes politiques variables, d'où des différences notables dans la manière dont il convient de procéder. Le clinicien devra adapter les directives ci-après à la situation particulière et au but particulier de l'évaluation (voir par. 185 ci-dessus) et veiller à se conformer en toutes circonstances aux normes déontologiques les plus rigoureuses, telles qu'elles

sont exposées au chapitre II ci-dessus. Les évaluations psychologiques peuvent contribuer à identifier les troubles post-traumatiques (par exemple, troubles de la mémoire, souvenirs récurrents, évitement et dissociation)<sup>455</sup> susceptibles d'amener les victimes à se comporter de manière inconsidérée et d'affecter leur capacité de se remémorer et de raconter ce qu'elles ont vécu et, par suite, leur aptitude à prendre part à diverses formes de procédures judiciaires, y compris les décisions de justice liées à l'enquête<sup>456</sup>, et à témoigner dans ce cadre. Identifier ces obstacles à la pleine participation aux procédures judiciaires en raison des séquelles de la torture peut contribuer à éviter qu'avocats et juges tirent des conclusions erronées<sup>457</sup>.

**496.** 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 clinicien externe et dont la durée est limitée à 15 minutes suivra par définition un cours très différent de celui d'une évaluation psychologique menée dans un local privé, laquelle peut durer 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 très menaçant ou oppressif, certains symptômes pourront être de type adaptatif. Par exemple, des manifestations d'indifférence, de détachement ou d'aliénation n'auront rien d'étrange chez un individu placé en isolement. De même, hypervigilance et comportements d'évitement peuvent être indispensables aux personnes vivant dans des sociétés répressives<sup>458</sup>. En dépit des contraintes liées à certains contextes particuliers, tout doit être mis en œuvre pour suivre les directives du Protocole d'Istanbul. Dans des circonstances difficiles, il est particulièrement important que les

<sup>452</sup> H. Tristram Engelhardt Jr., « The concepts of health and disease », *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H. Tristram Engelhardt Jr. et Stuart F. Spicker, éd. (Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975), p. 125 à 141. Voir également Joseph Westermeyer, « Psychiatric diagnosis across cultural boundaries », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142 (7) (1985), p. 798 à 805.

<sup>453</sup> Voir Richard F. Mollica et al., « The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps », *Journal of the American Medical Association*, vol. 270, n° 5 (1993), p. 581 à 586. Kathleen Allden et al., « Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 11 (1996), p. 1561 à 1569. J. David Kinzie et al., « The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n° 7 (1990), p. 913 à 917.

<sup>454</sup> Norman Sartorius, « Cross-cultural research on depression », *Psychopathology*, vol. 19, n° 2 (1986), p. 6 à 11.

<sup>455</sup> Andrea R. Ashbaugh, Julia Marinou et Brad Bujaki, « The impact of depression and PTSD symptom severity on trauma memory », *Memory*, vol. 26, n° 1 (2018), p. 106 à 116.

<sup>456</sup> Karen E. Krinsley et al., « Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, n° 4 (2003), p. 399-409 ; Amina Memon, « Credibility of asylum claims : consistency and accuracy of autobiographical memory reports following trauma », *Applied Cognitive Psychology*, vol. 26, n° 5 (2012), p. 677 à 679 ; Hannah Rogers, Simone Fox et Jane Herlihy, « The importance of looking credible : the impact of the behavioural sequelae of post-traumatic stress disorder on the credibility of asylum seekers », *Psychology, Crime & Law*, vol. 21, n° 2 (2015), p. 139 à 155.

<sup>457</sup> Belinda Graham, Jane Herlihy et Chris R. Brewin, « Overgeneral memory in asylum seekers and refugees », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 45, n° 3 (2014), p. 375 à 380 ; Urs Hepp et al., « Inconsistency in reporting potentially traumatic events », *British Journal of Psychiatry*, vol. 188, n° 3 (2006), p. 278 à 283 ; Jane Herlihy, Peter Scragg et Stuart Turner, « Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers : repeated interviews study », *British Medical Journal*, vol. 324 (2002), p. 324 à 327 ; et Cohen, « Errors of recall and credibility » (voir note de bas de page 412).

<sup>458</sup> Michael A. Simpson, « What went wrong? Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa », *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, Rolf J. Kleber, Charles R. Figley, Berthold P. R. Gersons, éd. (New York, Plenum Press, 1995), p. 187 à 212.

gouvernements et les autorités concernés se sentent liés par ces normes, dans la mesure du possible.

## B. Conséquences psychologiques de la torture et autres mauvais traitements

### 1. Avertissement

**497.** 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 des concepts médicaux occidentaux dont l'application à des populations non occidentales présente, implicitement ou explicitement, certaines difficultés<sup>459</sup>. 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 beaucoup dans les sociétés non occidentales. Néanmoins, il existe d'abondants éléments établissant l'existence de modifications biologiques liées aux troubles post-traumatiques, lesquels constituent un syndrome qui peut être diagnostiqué et traité du point de vue tant biologique que psychologique<sup>460</sup>. Dans la mesure du possible, le clinicien chargé de l'évaluation devrait s'efforcer d'appréhender les souffrances mentales du sujet par rapport à ses croyances et à sa culture. Cela implique de respecter le contexte politique, culturel et religieux. Eu égard à la gravité de la torture et de ses conséquences, il est par ailleurs préférable d'adopter pour l'évaluation psychologique une attitude ouverte basée sur l'écoute du sujet, plutôt que de s'empresse de diagnostiquer et classer. Dans l'idéal, la victime devrait avoir le sentiment que ses plaintes et ses souffrances sont légitimes compte tenu des circonstances. Une attitude empathique contribuera à atténuer le sentiment d'aliénation souvent éprouvé par les victimes de la torture.

**498.** Dans la plupart des cas, l'intensité des symptômes psychologiques post-traumatiques évolue avec le temps, en fonction de l'incidence du traumatisme sur le sujet, de l'efficacité des mécanismes d'adaptation disponibles, ainsi que de facteurs externes.

La présence de symptômes infracliniques au moment de l'évaluation n'est pas à exclure ; ils peuvent également se manifester au cours de certaines phases post-traumatiques sans pour autant être associés à un trouble mental diagnosticable. L'expression de la détresse peut être modulée par la culture et le contexte social, qui façonnent des ressentis tels que la honte, la crainte de représailles et la hantise de la stigmatisation familiale et communautaire, voire de l'ostracisme. Il est important d'avoir conscience que l'absence d'un diagnostic formel n'exclut ni la présence d'une détresse psychologique aiguë ou d'un handicap, ni la possibilité que le sujet ait effectivement été torturé. L'évaluation psychologique devrait viser à prendre la mesure de multiples réactions psychologiques, psychosomatiques et psychosociales à court et à long terme, au-delà d'une éventuelle classification psychiatrique.

### 2. Réactions psychologiques courantes

**499.** Cette section décrit certaines des réactions psychologiques fréquentes à la torture. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

#### (a) Réactivation du traumatisme

**500.** 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 à travers des éléments du traumatisme sous sa forme originelle ou sous une forme symbolique. Cette reviviscence de l'événement traumatisant provoque une détresse psychologique et/ou des réactions physiologiques importantes, et le sujet peut avoir l'impression de vivre à nouveau l'expérience. Son exposition à tout ce qui peut symboliser ou rappeler le traumatisme est susceptible de produire des effets similaires. Ainsi, il peut manifester de la crainte ou de la méfiance vis-à-vis des représentants de l'autorité, y compris les professionnels de la santé, s'ils lui évoquent le souvenir de ses tortionnaires et des tortures infligées.

#### (b) Comportement d'évitement

**501.** Parce que la réminiscence de la torture induit généralement une profonde détresse psychologique, souvent écrasante et incontrôlable, les rescapés

<sup>459</sup> Derek Summerfield, « The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category », *British Medical Journal*, vol. 322 (2001), p. 95 à 98 ; et Nimisha Patel, « The psychologization of torture », *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*, Mark Rapley, Joanna Moncrieff et Jacqui Dillon, éd. (Londres, Palgrave Macmillan, 2011), p. 239 à 255.

<sup>460</sup> Matthew Friedman et James Jaranson, « The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees », *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Anthony J. Marsella et al., éd. (Washington, D.C., American Psychological Association, 1994), p. 207 à 227.

peuvent chercher à éviter tout ce qui est susceptible d'en raviver le souvenir. L'évitement peut porter sur des lieux, des personnes, des activités, des conversations, des pensées, des sentiments ou tout autre indice susceptible de trouver une résonance chez le rescapé. L'évitement peut sérieusement limiter la capacité des rescapés de mener une existence normale. Cela peut même les empêcher de demander de l'aide et, donc, de suivre un traitement ou une thérapie.

### (c) État d'hypervigilance

**502.** L'hypervigilance se traduit par les phénomènes suivants :

- (a) Difficulté à s'endormir ou à rester endormi ;
- (b) Irritabilité, accès de colère ;
- (c) Difficulté à se concentrer ;
- (d) Réaction de sursaut exagérée ;

### (d) Altération de l'estime de soi, de la cognition et de l'humeur

**503.** L'expérience de la torture marque une rupture profonde dans l'existence de nombreux rescapés, qui sont convaincus d'avoir subi des dommages irréparables et pensent que leur personnalité s'en trouve altérée de manière irréversible<sup>461</sup>. La victime de la torture a une vision exagérément négative d'elle-même et du monde qui l'entoure – désespérée, elle se montre méfiante et extrêmement pessimiste, et s'accuse (et accuse les autres) d'être à l'origine du traumatisme subi. Son indifférence vis-à-vis de son environnement peut conduire au repli sur soi et à l'isolement. Le rescapé 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. En outre, les difficultés à éprouver des sentiments positifs tels que le bonheur ou l'amour, la prédominance d'émotions négatives (dont la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité et la honte) et une torpeur émotionnelle généralisée sont également courantes chez les rescapés de la torture.

### (e) Sentiments de honte et de culpabilité

**504.** La honte et la culpabilité sont des émotions liées à la conscience de soi. La honte est liée à l'inadéquation, à l'indignité, au déshonneur ou au regret, ce dont les autres peuvent ou non être conscients. Ce sentiment peut naître d'un tiers, d'un échec ou d'une circonstance particulière. La culpabilité est un phénomène cognitif ou émotionnel qui se manifeste lorsque le sujet pense, à tort ou à raison, qu'il a transgressé ses propres normes de conduite ou violé un principe moral universel et qu'il porte une lourde part de responsabilité dans cette violation. Elle est étroitement liée à la notion de remords. La honte et la culpabilité peuvent amener le sujet à conclure qu'il est tout entier déficient et l'inciter à se replier sur lui-même ou à se cacher. La violence sexuelle, en particulier, est source de honte et de culpabilité.

### (f) Symptômes de dépression

**505.** Voici quelques-uns des symptômes de dépression les plus courants : humeur déprimée, anhédonie (désintérêt ou émoussement notable du plaisir dans certaines activités), modification de l'appétit ou perte de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue et apathie, sentiment d'inutilité ou de culpabilité, difficulté à fixer son attention, à se concentrer ou à mobiliser les souvenirs, idées de mort, idéation suicidaire, tentative de suicide. L'évaluation du risque de suicide est cruciale, et le clinicien devrait garder à l'esprit que certaines personnes n'admettront pas facilement avoir des pensées suicidaires car celles-ci, souvent stigmatisées, peuvent passer pour un signe de faiblesse. Décrypter les comportements d'automutilation peut conduire à déceler d'autres actes de torture, tels que des sévices sexuels, jusqu'alors passés sous silence.

### (g) Dissociation, dépersonnalisation et comportements atypiques

**506.** La dissociation est une rupture de l'unité psychique impliquant conscience et perception de soi, mémoire et actions, et se caractérisant par l'incapacité à rattacher à soi certaines de ses actions ou par le sentiment d'être deux, comme si le sujet s'observait de l'extérieur (dépersonnalisation). La déréalisation décrit l'expérience subjective de l'irréalité ou de la distorsion du monde extérieur ou de l'environnement.

<sup>461</sup> Neal R. Holtan, « How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care », *Caring for Victims of Torture*, James M. Jaranson et Michael K. Popkin, éd. (Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998), p. 107 à 113.



Les phénomènes dissociatifs, qui peuvent se manifester lors d'événements traumatisants sous l'effet d'un stress physique et psychologique extrême, altèrent la perception et le traitement de l'information, et procurent un sentiment de distanciation et de détachement par rapport au traumatisme et aux émotions qui l'accompagnent. Certaines impressions sensorielles sont ignorées, tandis que d'autres peuvent être ressenties très intensément. La dissociation péritraumatique, le refoulement et l'évitement des réminiscences traumatisantes peuvent être à l'origine de souvenirs incomplets ou fragmentés de l'événement et peuvent empêcher le sujet d'en faire un compte rendu cohérent et exhaustif. La dissociation peut également intervenir lorsque la victime est confrontée à l'événement traumatisant au cours de l'évaluation. Dans ce cas, le sujet paraîtra souvent détaché et manifestera de l'indifférence ou d'autres états émotionnels incompatibles avec le récit des faits. Le rescapé peut également éprouver des difficultés à contrôler ses impulsions, ce qui entraîne des comportements qu'il peut considérer comme totalement atypiques au regard de sa personnalité antérieure. Ainsi, une personne autrefois prudente pourra adopter des comportements à haut risque.

#### (h) Douleurs physiques (symptômes somatiques)

**507.** Les maux de tête et autres douleurs, étayés ou non d'observations cliniques, sont courants chez les rescapés de la torture. La douleur est parfois l'unique plainte exprimée, et tant sa localisation que son intensité peuvent varier. Les symptômes somatiques peuvent résulter directement de la torture ou avoir une origine purement psychologique. Ainsi, la douleur, quelle qu'elle soit, peut être une conséquence de la torture elle-même ou avoir une origine psychologique. Les plaintes somatiques typiques sont les douleurs dorsales et musculo-osseuses et les maux de tête. Les maux de tête sont très répandus chez les rescapés de la torture (les lésions à la tête et au cou sont fréquentes), mais ils peuvent également être provoqués ou exacerbés par un sommeil de mauvaise qualité, ainsi que par le stress et l'anxiété.

#### (i) Troubles sexuels

**508.** Les dysfonctionnements sexuels sont fréquents chez les rescapés de la torture, surtout, mais pas exclusivement, chez les victimes de viols et d'autres sévices sexuels (voir par. 470 ci-dessus). Il peut s'agir d'une diminution ou d'une absence d'intérêt, d'excitation ou de désir sexuel, d'un dysfonctionnement érectile, de douleurs

génito-pelviennes, de rapports sexuels douloureux, de dégoût ou de crainte vis-à-vis de l'intimité et des relations sexuelles, de souvenirs récurrents et de dissociation déclenchés par les rapports sexuels, ou encore de préoccupations liées à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et à la fécondité. La violence sexuelle peut également conduire à un comportement irresponsable, irrationnel ou autodestructeur.

Les troubles sexuels sont souvent difficiles à aborder en raison de la dévalorisation, de la honte et de la culpabilité qui y sont associées, auxquelles s'ajoutent des tabous culturels, religieux ou liés au genre. Si le tortionnaire était un homme, il est fréquent que le rescapé soit angoissé en présence d'individus de sexe masculin. Chez les hommes, le sentiment d'humiliation consécutif à une agression sexuelle est souvent particulièrement intense, et les rescapés peuvent également connaître une crise d'identité sexuelle (c'est-à-dire qu'elles craignent d'être devenues homosexuelles suite au viol). Elles ont tendance à se voir davantage comme des êtres faibles et incapables de se défendre que comme des victimes. Il n'est pas rare, par conséquent, que les hommes aient les plus grandes difficultés à révéler qu'ils ont subi des sévices sexuels.

#### (j) Symptômes psychotiques

**509.** Les différences culturelles et linguistiques, de même que les souvenirs récurrents et les angoisses, peuvent être à l'origine de diagnostics erronés de troubles psychotiques. Avant de poser un tel diagnostic (à savoir que le sujet souffre d'un trouble mental caractérisé par une perception déformée de la réalité), il importe d'évaluer les symptômes dans le contexte culturel particulier du sujet. Les comportements psychotiques peuvent être éphémères ou durables, et les symptômes peuvent se manifester pendant la détention ou la torture, ou à un stade ultérieur. Ci-dessous, quelques-uns des symptômes les plus communément observés :

(a) Idées délirantes ;

(b) Hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou olfactives ;

(c) Idéations et comportements étranges ;

(d) Illusions ou autres distorsions de la perception pouvant prendre la forme de pseudo-hallucinations et s'approcher d'états véritablement psychotiques. Les distorsions de la perception et les hallucinations qui se manifestent en phase d'endormissement ou

d'éveil sont communes à l'ensemble des individus et ne constituent pas des symptômes psychotiques. Il n'est pas rare que les victimes de la torture aient des hallucinations auditives (cris, appel de leur nom) ou visuelles (ombres) sans pour autant présenter des signes ou symptômes probants de psychose. En outre, certains rescapés font état de symptômes dissociatifs – si ils ont le sentiment que leur environnement physique n'est pas réel ou que leur corps est altéré ou déconnecté, par exemple – qui peuvent être confondus avec un état psychotique. Des expériences perceptives intenses peuvent intervenir au cours d'un épisode dissociatif. Des hallucinations peuvent également survenir en cas de perte traumatique. Il est nécessaire de s'intéresser à l'origine des symptômes et à la manière dont le sujet les interprète. De nombreux rescapés sont conscients que ces expériences sont dissociées de la réalité et que c'est leur propre lucidité qui est en cause. Cette distinction peut aider à distinguer les phénomènes dissociatifs des phénomènes psychotiques où le sujet pense que les autres voient la même réalité que lui. Il peut être difficile de faire la distinction entre souvenir récurrent et hallucination sur le moment, mais le sujet peut admettre ensuite que l'expérience n'est pas représentative de la réalité ;

**(e)** Paranoïa et délire de persécution. Étant donné que la persécution, le harcèlement et l'hostilité peuvent faire partie de la réalité des rescapés de la torture, le clinicien devrait être attentif à ne pas prendre ces situations réelles pour de la paranoïa ou un délire de la persécution ;

**(f)** 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 sujets qui ont des antécédents de troubles bipolaires, de dépressions récurrentes avec caractéristiques psychotiques, de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs, notamment, pourront connaître des épisodes de ces mêmes troubles sous l'effet du stress extrême engendré par la torture.

### **(k) Abus de substances toxiques**

**510.** Les rescapés de la torture deviennent souvent dépendantes à l'alcool ou à d'autres substances, y compris les médicaments délivrés sur ordonnance (sédatifs, hypnotiques et analgésiques), qui les aident à refouler des souvenirs traumatisants, à

rééquilibrer leurs affects, à contrôler l'anxiété et la douleur, et à lutter contre l'insomnie.

### **(l) Altérations neuropsychologiques et neurocognitives**

**511.** Des altérations importantes des processus cognitifs peuvent être observées chez les personnes qui ont été exposées à des situations mettant brièvement ou durablement leur vie en danger, telles que la torture, et qui développent des troubles post-traumatiques. Elles ne sont pas nécessairement liées à des lésions cérébrales, et peuvent être observées chez des personnes qui ont été contraintes d'assister à des violences infligées à autrui. Il peut s'agir de troubles de la mémoire, de l'attention, du traitement de l'information, de la planification et de la résolution de problèmes. Des méthodes de torture telles que l'isolement, la privation de sommeil et la privation sensorielle sont également connues pour provoquer de graves troubles cognitifs, notamment au niveau de la mémoire, de l'apprentissage, du raisonnement logique, du traitement verbal complexe et de la prise de décisions<sup>462</sup>. En outre, 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 durables qui sont indétectables dans le cadre d'un examen médical. Il est particulièrement difficile de diagnostiquer une lésion cérébrale d'origine traumatique, et même une IRM correctement réalisée est susceptible de produire des résultats négatifs. Une lésion cérébrale d'origine traumatique peut notamment se traduire par des maux de tête, de la confusion ou de la désorientation, des troubles de la concentration ou de la mémoire, de l'irritabilité, de l'instabilité émotionnelle et des troubles du sommeil. Comme toutes les lésions cérébrales, de tels dommages peuvent échapper aux procédés d'imagerie radiologique et autres procédures médicales ; il peut donc être nécessaire de poser un diagnostic sur la base des observations cliniques uniquement. Seule une évaluation neuropsychologique peut éventuellement faire apparaître des symptômes spécifiques. Dans bien des cas, ces mêmes symptômes peuvent être imputables au stress post-traumatique ou à la dépression tels que décrits plus haut. Pour distinguer l'un de l'autre, il faut donc à la fois disposer de compétences spécialisées dans le domaine de l'évaluation neuropsychologique et avoir conscience des dimensions culturelles qui

<sup>462</sup> Physicians for Human Rights, *Break Them Down: Systematic Use of Psychological Torture by US Forces*, (Cambridge, Massachusetts, 2005).

influent sur la validité des instruments d'évaluation neuropsychologique (voir par. 550 à 565 ci-dessous).

### 3. Classifications diagnostiques

**512.** Si les principaux symptômes que les rescapés de la torture présentent, et les observations qui en résultent, varient considérablement selon l'expérience personnelle du sujet, ses mécanismes d'adaptation et le contexte culturel, social et politique qui lui est propre, il importe néanmoins que les évaluateurs connaissent bien les troubles les plus communément diagnostiqués chez les rescapés. Il n'est pas rare que plusieurs troubles psychologiques se manifestent en concomitance, du fait de la corrélation marquée qui unit les troubles mentaux post-traumatiques. Diverses manifestations de dépression, d'anxiété et de syndromes liés aux traumatismes sont les conséquences les plus courantes de la torture. Les deux systèmes de référence les plus largement acceptés sont la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), établie par l'Organisation mondiale de la santé<sup>463</sup>, et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM)<sup>464</sup>, établi par l'American Psychiatric Association. Les versions actuelles de l'une et l'autre sont largement compatibles, mais des différences significatives subsistent, qui peuvent donner lieu à des diagnostics différents. La Classification et le Manuel sont révisés périodiquement afin de refléter les nouvelles données issues de la recherche et les évolutions conceptuelles. Nous nous en tenons ici aux diagnostics les plus couramment associés à des traumatismes : la dépression et le stress post-traumatique. Le lecteur trouvera des descriptions complètes des différentes catégories diagnostiques dans la CIM-10/11 et le DSM-5, qui sont les éditions les plus récentes des deux systèmes de référence.

#### (a) Troubles dépressifs

**513.** Les troubles dépressifs sont extrêmement fréquents chez les rescapés de la torture. Lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences de la torture, on évitera de considérer les troubles post-traumatiques et la dépression comme deux pathologies séparées possédant des caractéristiques étiologiques bien distinctes. Elles présentent cependant de nombreux points communs sur le plan des symptômes et de la comorbidité. Les troubles dépressifs peuvent

se manifester sous la forme d'un épisode unique ou d'épisodes récurrents dont la gravité peut varier (légère, modérée ou sévère). Les symptômes dépressifs entraînent une profonde détresse ou une altération du fonctionnement social ou professionnel, entre autres. Ils peuvent être accompagnés ou non de symptômes psychotiques, catatoniques, mélancoliques ou atypiques. Les principaux symptômes de dépression sont les suivants :

- (a) Humeur déprimée (tristesse, irritabilité, vacuité) ;
- (b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes, les activités ;
- (c) Prise/perde de poids ou augmentation/diminution de l'appétit ;
- (d) Insomnie ou hypersomnie ;
- (e) Ralentissement psychomoteur manifeste ;
- (f) Fatigue et manque d'énergie ;
- (g) Sentiments d'inutilité ou de culpabilité ;
- (h) Difficulté à fixer son attention ou à se concentrer, indécision ;
- (i) Pensées de mort récurrentes, idéation suicidaire ou tentatives de suicide récurrentes ou projets concrets à cette fin.

#### (b) Troubles post-traumatiques

**514.** Le diagnostic le plus souvent associé aux conséquences psychologiques de la torture est l'état de stress post-traumatique. Cette association est aujourd'hui très présente dans l'esprit des prestataires de soins, des juges, des tribunaux de l'immigration et du public averti, d'où l'idée simpliste et erronée que les troubles post-traumatiques découlent inéluctablement du stress psychologique associé à la torture.

**515.** Dans sa cinquième révision, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) classe les troubles post-traumatiques dans la catégorie des « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Pour qu'un tel diagnostic puisse

<sup>463</sup> La CIM-11 a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2019 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Les cliniciens devraient toujours se référer à la dernière édition en vigueur dans leur région. Voir également [www.who.int/classifications/classification-of-diseases](http://www.who.int/classifications/classification-of-diseases).

<sup>464</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5<sup>e</sup> éd. (Washington, D.C., 2013).

être posé, le sujet doit avoir été directement ou indirectement exposé à la mort, s'être trouvé dans des situations mettant sa vie en péril, voire avoir subi des blessures graves ou enduré des sévices sexuels. Cette définition souligne la gravité des faits et distingue clairement les troubles post-traumatiques d'autres facteurs de stress tels que l'insécurité générale. Les symptômes s'organisent en quatre groupes :

**(a)** Symptômes intrusifs : souvenirs involontaires pénibles ou récurrents, cauchemars, détresse psychologique ou réactions physiologiques consécutives à l'exposition à des stimuli associés au traumatisme ;

**(b)** Comportement d'évitement vis-à-vis des stimuli associés au traumatisme : souvenirs, pensées, sentiments et facteurs extrinsèques tels que des lieux ou des personnes ;

**(c)** Troubles de la cognition et de l'humeur : incapacité à se remémorer des aspects importants du traumatisme, sentiments persistants de dépréciation et de réprobation, autculpabilisation excessive ou rancœur vis-à-vis d'autrui, affects négatifs (peur, honte ou indignité, par exemple), perte d'intérêt, sentiments d'isolement et de détachement, et difficultés à éprouver des émotions positives ;

**(d)** Altération de la réactivité : irritabilité et accès de colère, comportement risqué ou destructeur.

**516.** Pour qu'un diagnostic puisse être posé, les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois et causer une profonde détresse ou une altération fonctionnelle significative. Le DSM-5 recense également un sous-type dissociatif qui confère aux troubles post-traumatiques une dimension supplémentaire en intégrant la dépersonnalisation et la déréalisation.

**517.** Dans sa onzième révision, la Classification internationale des maladies (CIM-11) établit une distinction entre troubles post-traumatiques et troubles post-traumatiques complexes, dont les symptômes caractéristiques sont la reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance ; s'y ajoutent des dysfonctionnements persistants sur les plans affectif (dysrégulation émotionnelle, hyperémotivité, accès d'agressivité, états dissociatifs) et social (difficultés à entretenir des relations sociales et à se rapprocher des autres), ainsi

qu'une altération de l'image de soi (autoperception négative, honte et culpabilité). Le concept de trouble post-traumatique complexe permet d'appréhender des symptomatologies polymorphes qui affectent profondément l'aptitude de la victime à s'intégrer, à entretenir des relations sociales fonctionnelles, à répondre aux exigences du quotidien et à s'épanouir.

**518.** Les troubles post-traumatiques se manifestent généralement au cours du premier mois suivant la torture, mais il peut également s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années, avant que les symptômes ne commencent à apparaître. Les troubles post-traumatiques peuvent être chroniques ou fluctuer pendant des périodes prolongées. Dans certaines phases, les symptômes d'hypervigilance et d'irritabilité domineront le tableau clinique. Le sujet souffrira alors généralement d'une intensification des épisodes de souvenirs intrusifs, cauchemars et autres manifestations récurrentes. À d'autres moments, il pourra apparaître relativement asymptomatique ou replié sur le plan émotionnel. L'évitement, s'il est constant, peut être difficile à identifier ; il peut néanmoins se manifester par des symptômes intrusifs légers. Les contraintes externes, l'effondrement des mécanismes individuels d'adaptation et la perte de soutien social font partie des facteurs qui influencent l'évolution des troubles et peuvent les aggraver. En revanche, le soutien social, les stratégies individuelles d'adaptation, l'engagement idéologique ou religieux, la justice et l'attribution officielle des responsabilités peuvent contribuer au rétablissement du sujet.

### **(c) Troubles aigus dus au stress**

**519.** Les troubles aigus dus au stress (DSM-5)<sup>465</sup> se caractérisent par des symptômes qui peuvent apparaître immédiatement après l'exposition au traumatisme mais ne persistent pas au-delà d'un mois. Ils sont similaires aux symptômes d'intrusion, de dissociation, d'évitement, de réactivité altérée et d'inégalité d'humeur associés aux troubles post-traumatiques, les symptômes dissociatifs étant souvent prédominants. Contrairement aux symptômes associés aux troubles post-traumatiques, qui doivent persister au-delà d'un mois, les troubles aigus dus au stress disparaissent dans le mois suivant l'exposition au traumatisme. De nombreux rescapés de la torture qui ne présentent pas de troubles post-traumatiques à un stade ultérieur font néanmoins état de symptômes

<sup>465</sup> Dans la CIM-11, la catégorie « trouble de stress aigu » a été renommée « réaction de stress aiguë ». Il ne s'agit plus d'une catégorie diagnostique, mais d'une réaction non pathologique dont les symptômes apparaissent dans les heures ou les jours suivant le traumatisme et se résorbent en l'espace d'une semaine.

révélateurs de troubles aigus dus au stress au cours des premières semaines suivant la torture. Le clinicien qui examine un rescapé peu de temps après qu'il a été torturé devrait donc l'interroger ouvertement sur ces symptômes. En outre, lorsque l'évaluation a lieu des mois, voire des années après le traumatisme allégué, il convient de s'intéresser à l'évolution des symptômes dans le temps, ainsi qu'aux manifestations péritraumatiques et autres symptômes éventuellement apparus au cours de la période immédiatement consécutive à la torture. Il arrive que des symptômes persistants de troubles post-traumatiques ou de dépression passent inaperçus lors de l'évaluation psychologique ; les manifestations péritraumatiques ou post-traumatiques précoces peuvent néanmoins être cliniquement compatibles avec les faits allégués.

#### (d) Troubles liés à l'usage de substances

**520.** Il apparaît que les rescapés de la torture développent souvent une dépendance à l'usage de substances qui les aident à refouler les souvenirs traumatisants, à en réduire les effets débilissants, à contrôler l'anxiété et la douleur chronique, ou à lutter contre l'insomnie (automédication). Les rescapés de traumatismes présentent souvent une comorbidité addictologique<sup>466</sup>. Les résultats d'études épidémiologiques à grande échelle ont montré qu'entre un tiers (34 %) <sup>467</sup> et près de la moitié (46 %) <sup>468</sup> des sujets souffrant de troubles post-traumatiques répondaient également aux critères diagnostiques de troubles liés à l'usage de substances, principalement la consommation d'alcool, et que plus de 20 % répondaient aux critères diagnostiques de dépendance à la drogue. En bref, l'étude d'autres populations exposées à des troubles post-traumatiques suggère nettement que les troubles liés à l'usage de substances constituent un diagnostic potentiel de comorbidité chez les rescapés de la torture. Cette comorbidité semble être liée au genre : elle est en effet plus présente chez l'homme que chez la femme<sup>469</sup>. On note également une comorbidité entre les troubles liés à l'usage de substances et les douleurs chroniques, lesquelles sont souvent difficiles à traiter chez les rescapés de la torture.

#### (e) Autres diagnostics

**521.** D'autres diagnostics peuvent également être envisagés, parmi lesquels :

(a) le trouble anxieux : i) anxiété excessive vis-à-vis de divers événements ou activités, tension motrice et accroissement de l'activité neurovégétative ; ii) Le trouble panique : accès récurrents et inattendus de peur intense ou de malaise, comportant des symptômes tels que sudation, suffocation, tremblement, accélération du rythme cardiaque, vertiges, nausées, frissons ou bouffées de chaleur ; et iii) La phobie : phobie sociale, agoraphobie ou claustrophobie ;

(b) le trouble dissociatif : détérioration plus ou moins importante de la capacité d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité, des sensations immédiates et de la maîtrise de la motricité. Le contrôle moteur et attentionnel, qui semble altéré, peut être très fluctuant ;

(c) le trouble somatique : apparition de symptômes somatiques accompagnés de pensées extravagantes, de sentiments exacerbés et d'un comportement excessif, ainsi que d'une profonde détresse ou de graves dysfonctionnements. Les symptômes ne sont pas forcément associés à une affection médicale. Selon la CIM-11, il s'agit d'un trouble de détresse physique ;

(d) le trouble bipolaire : épisodes maniaques ou hypomaniaques avec humeur expansive ou irritable, idées de grandeur, une diminution du besoin de sommeil, fuite des idées, agitation psychomotrice et autres phénomènes psychotiques associés ;

(e) les troubles dus à une affection médicale générale (par exemple, une lésion cérébrale traumatique), qui prennent souvent la forme d'un dysfonctionnement cérébral : fluctuations ou déficience de l'état de conscience, de l'orientation, des capacités d'attention, de concentration et de mémoire, et des fonctions exécutives ;

<sup>466</sup> Jenna L. McCauley et al., « Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders : advances in assessment and treatment », *Clinical Psychology : Science and Practice*, vol. 19, n° 3 (2012), p. 283 à 304.

<sup>467</sup> Katherine L. Mills et al., « trauma, PTSD, and substance use disorders : findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 4 (2006), p. 652 à 658.

<sup>468</sup> Robert H. Pietrzak et al., « Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States : results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 25, n° 3 (2011), p. 456 à 465.

<sup>469</sup> Marianne Kastrup et Libby Arcel, « Gender specific treatment of refugees with PTSD », dans *Broken Spirits : the Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims*, John P. Wilson et Boris Drotzdek, eds (New York, Routledge, 2005), p. 547 à 571.



(f) les troubles psychotiques, qu'il s'agisse d'une première manifestation ou d'une exacerbation consécutive à la torture ; et

(g) les dysfonctionnements sexuels.

**522.** Il faudrait également garder à l'esprit que les sévices peuvent aggraver, voire raviver des troubles antérieurs non spécifiques à la torture (par exemple des épisodes dépressifs récurrents).

## C. Évaluation psychologique/psychiatrique

### 1. Considérations éthiques et cliniques

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

**524.** Les évaluations psychologiques fournissent également de précieux éléments de preuve dans le cadre des examens médico-légaux et des demandes d'asile, et contribuent à déterminer les circonstances dans lesquelles de faux aveux ont été obtenus. Elles font progresser la connaissance des pratiques locales, régionales et internationales en matière de torture, aident à établir les besoins thérapeutiques des victimes, motivent les demandes de réparation et ont valeur de témoignage dans les enquêtes relatives aux droits de l'homme et les missions d'enquête, entre autres. La torture a une incidence émotionnelle considérable sur les rescapés, et les symptômes psychologiques qui en résultent sont extrêmement répandus. Les victimes présumées devraient donc également faire l'objet d'une évaluation psychologique complète réalisée conformément au Protocole d'Istanbul, qui permettra aux cliniciens de déterminer le degré de cohérence entre leurs témoignages et le résultat de leur bilan psychologique, et de formuler un avis sur la relation probable entre les observations psychologiques et la possibilité de torture et autres mauvais traitements. Les preuves psychologiques comprennent non seulement la déclaration de la victime présumée, mais aussi diverses informations, dont des observations relatives à la communication verbale et non verbale, aux réactions émotionnelles, à la résonance affective

et au comportement. À cet effet, l'évaluateur devrait établir un rapport détaillé sur les méthodes d'évaluation, l'état psychologique du sujet, son profil médical avant et après les faits, son expérience de la torture et autres mauvais traitements, ses antécédents psychologiques/psychiatriques, ses antécédents en matière d'usage de substances, l'évaluation de son état mental et de ses fonctions sociales, les résultats des tests psychologiques/neuropsychologiques, s'ils sont indiqués, et une synthèse de ses propres impressions cliniques. Il devrait également poser un diagnostic psychiatrique lorsqu'il y a lieu.

**525.** L'évaluation de l'état mental et l'établissement d'un diagnostic clinique devraient toujours prendre en compte le contexte culturel. Pour conduire l'entretien et formuler son impression et ses conclusions cliniques, l'évaluateur doit impérativement être au fait des syndromes spécifiques à la culture du rescapé et des modes idiomatiques d'expression de la détresse. Si l'évaluateur n'a pas, ou guère, de connaissance de la culture de la victime présumée, le concours d'un interprète est indispensable. Dans l'idéal, ce dernier devrait connaître non seulement la langue, mais aussi les coutumes, les pratiques religieuses et autres croyances propres au pays d'origine de la victime. Il n'est pas rare que l'entretien suscite chez elle la crainte et la méfiance, s'il lui rappelle les interrogatoires qu'elle aurait subis. Pour limiter les risques de réactivation du traumatisme, le clinicien devrait manifester une certaine empathie par rapport à l'expérience vécue par le sujet et à son environnement culturel. La stricte « neutralité clinique » en usage dans certaines formes de psychothérapie, où le clinicien se tient sur la réserve et parle peu, n'est pas de mise dans un tel contexte. Le clinicien devrait s'efforcer de faire sentir au sujet qu'il est non pas un juge, mais un allié.

### 2. Déroulement de l'entretien

**526.** Le clinicien devrait se présenter, préciser l'objectif de l'entretien, en détailler le déroulement et préparer le sujet aux réactions émotionnelles pénibles que les questions pourraient susciter. Il doit formuler celles-ci avec tact et empathie tout en restant objectif dans son évaluation clinique, et tenter d'obtenir des informations détaillées sans pour autant compromettre l'équilibre émotionnel de la victime présumée. Les entretiens doivent être menés de manière à réduire le risque de réactivation du traumatisme et à donner à la victime présumée le sentiment qu'elle maîtrise la situation. Le chapitre IV détaille les principes régissant la conduite d'entretiens cliniques.

**527.** L'entretien clinique doit permettre d'instaurer une relation de confiance et d'établir le dialogue. Il est généralement conseillé de poser des questions sans incidence avant d'aborder des sujets plus délicats. Il est souvent utile de commencer par aborder la situation préalable à la torture et de procéder par ordre chronologique. Il peut cependant être préférable, en particulier lorsque le sujet est en proie à une profonde détresse psychologique, de s'intéresser en premier lieu à son état mental et à ses fonctions sociales. Il est conseillé au clinicien de préférer la souplesse à un cadre contraignant. L'organisation des éléments de l'évaluation psychologique/psychiatrique ci-dessous reflète la structure du rapport écrit (voir annexe IV), non celle de l'entretien clinique.

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

**528.** 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, par exemple).

#### (a) Compte rendu des actes de torture et autres mauvais traitements

**529.** L'évaluateur devrait tout mettre en œuvre pour obtenir un récit circonstancié des actes de torture, persécutions et autres expériences traumatisantes subies par la victime présumée (voir par. 364 à 372 ci-dessus). Cette partie de l'entretien est souvent très éprouvante pour le sujet, aussi peut-il être nécessaire de procéder en plusieurs séances. Avant d'entrer dans les détails, on demandera au sujet de résumer les faits. L'évaluateur doit être conscient des enjeux juridiques, lesquels détermineront la nature et le volume des informations requises pour documenter les allégations de torture ou autres mauvais traitements de manière exhaustive.

#### (b) État psychologique présent

**530.** L'appréciation de l'état présent de la victime sur le plan psychologique constitue l'élément clé de l'évaluation. Il est conseillé, en sus du compte rendu que le sujet livre spontanément, de poser des questions ciblées sur les réactions psychologiques courantes à la torture (telles que décrites aux paragraphes 499 à 522). Les symptômes affectifs, cognitifs et comportementaux (y compris leur gravité, leur fréquence, leur apparition et leur évolution dans le temps) devraient être détaillés,

qu'ils soient ou non liés à un diagnostic en particulier : cela facilitera l'évaluation ultérieure de la compatibilité entre les allégations de torture ou autres mauvais traitements et les observations psychologiques. Il peut s'agir, pour le sujet, de décrire des cauchemars, des pensées ou souvenirs récurrents, voire des hallucinations. Les éléments déclencheurs de la détresse psychologique, de sentiments tels que la crainte ou la tristesse, ou de la reviviscence d'expériences devraient également être analysés. L'évaluateur devrait interroger le sujet sur son sommeil (durée, facteurs d'interruption, ressenti après un cauchemar) et le déroulement de sa journée (isolement social, hyperactivité, comportements obsessionnels/compulsifs et capacité de fonctionnement au quotidien), et tenter d'identifier les comportements d'évitement liés aux éléments déclencheurs de la reviviscence. L'absence de symptômes, ou la présence de symptômes infracliniques au moment de l'évaluation, peut s'expliquer par la nature épisodique ou différée des manifestations, voire par la négation des symptômes sous l'effet de la honte. Il est par conséquent primordial de suivre l'évolution des symptômes depuis les faits allégués.

#### (c) Situation générale après la torture

**531.** Il s'agit ici de recueillir des informations sur la situation du sujet au moment de l'entretien. On s'enquerra notamment des actuelles causes de stress, comme séparation ou perte de proches, fuite du pays d'origine et vie en exil. L'évaluateur devrait également s'intéresser à la capacité du sujet à être productif, de gagner sa vie, de prendre soin de sa famille, d'entretenir des rapports sociaux et de nouer des relations de confiance, et s'informer des services sociaux à disposition. Il convient en outre de tenir compte de l'incidence éventuelle de sévices sexuels antérieurs sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la capacité d'avoir des rapports sexuels et de former un couple.

#### (d) Situation générale avant la torture

**532.** Pour établir le profil de la victime présumée avant la torture, il convient de s'intéresser à son enfance, son adolescence et sa jeunesse, à son environnement familial et aux éventuelles maladies de la famille, à son bagage éducatif et professionnel, aux éventuels traumatismes antérieurs – sévices sexuels subis durant l'enfance, traumatismes de guerre, violence domestique – ainsi qu'à son milieu culturel et religieux.

**533.** Cette description de la situation avant les faits traumatisants permet à l'évaluateur de se faire une

idée de l'état mental et de la situation psychosociale antérieurs du sujet, ce qui l'aide à mesurer l'incidence des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués sur la santé mentale de ce dernier. 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 : circonstances de la torture, perception et interprétation de la torture par la victime, contexte social avant, pendant et après les faits, soutien, valeurs et attitudes de la communauté vis-à-vis des expériences traumatisantes, contexte politique et culturel, gravité et durée des sévices, vulnérabilité génétique et biologique, âge, niveau de développement et personnalité de la victime, traumatismes antérieurs et mécanismes d'adaptation, entre autres. Il est souvent difficile de recueillir toutes ces informations, par manque de temps ou en raison d'autres contraintes. 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 troubles psychologiques actuels.

#### (e) Profil médical

**534.** Le profil médical synthétisera l'état de santé avant le traumatisme, l'état de santé actuel, les douleurs, les symptômes somatiques, les médicaments consommés et leurs effets secondaires, les informations d'ordre sexuel pertinentes, les interventions chirurgicales subies et autres données utiles (voir par. 394 à 399 ci-dessus).

#### (f) Profil psychiatrique

**535.** L'évaluateur s'informerait des antécédents mentaux et psychologiques, de la nature des troubles éventuels et de leurs suites thérapeutiques, y compris l'internement psychiatrique et le recours à des psychotropes.

#### (g) Usage de substances

**536.** Le clinicien devrait interroger la victime présumée sur son usage éventuel de substances avant et après la torture, en s'intéressant notamment au mode, à la fréquence et aux habitudes de consommation du sujet, à leur évolution et aux raisons qui la justifient – lutter contre l'insomnie, contrôler la douleur ou surmonter des troubles psychologiques/psychiatriques, par exemple. Parmi ces substances figurent non seulement l'alcool, le cannabis et l'opium, mais aussi les médicaments sous prescription et de nombreux autres produits d'usage local comme le bétel.

#### (h) Évaluation de l'état mental

**537.** L'évaluation de l'état mental commence dès la prise de contact avec le sujet. L'évaluateur devrait être attentif à l'apparence générale de ce dernier et prendre note d'éléments tels que signes de malnutrition, manque de propreté, modifications de l'activité motrice en cours d'entretien, troubles de l'humeur ou de la concentration, dissociation ou souvenirs récurrents, réactions intercurrentes induites, aptitude à communiquer et modes de communication (parole, regard, etc.). Le rapport devrait rendre compte de tous les aspects de l'évaluation de l'état mental, y compris la présentation, l'activité motrice, la verbalisation, la concentration, l'humeur (évaluation subjective et objective) et l'affect, le sommeil, les troubles de l'appétit, l'état d'esprit, les pensées et le mode de raisonnement, les idées suicidaires ou homicides, et les fonctions cognitives (orientation, mémoire à long, à moyen et à court terme).

#### (i) Évaluation de la fonction sociale

**538.** La torture et autres expériences traumatisantes peuvent toucher directement et indirectement l'aptitude d'une personne à fonctionner. La torture peut également entraîner indirectement une incapacité, une perte de la capacité de fonctionner ou une infirmité dès lors que ses conséquences psychologiques compromettent la capacité du sujet à prendre soin de lui, à gagner sa vie, à faire vivre sa famille, à poursuivre des études ou à suivre une formation. L'évaluateur devrait évaluer le niveau de fonctionnement du sujet en s'informant de ses activités quotidiennes, de son statut social (en tant qu'étudiant, travailleur ou parent, par exemple), 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 qu'il aurait constaté dans sa manière générale de fonctionner. Comme la fonction sociale englobe par définition le comportement, les compétences sociales, les sentiments et le bien-être général d'une personne, il importe que son évaluation intègre de multiples dimensions. L'altération de la fonction sociale peut être liée aux séquelles physiques (comme l'incapacité de soulever des poids en raison d'un dysfonctionnement de l'articulation de l'épaule) ou psychologiques de la torture. Par exemple, le niveau d'activité (y compris la volonté de prendre part à des activités jusqu'alors appréciées) et le degré d'engagement du sujet (y compris la participation aux réunions de famille ou à la vie publique)

pourraient s'en ressentir. L'évaluateur devrait prendre ces aspects en considération pendant l'entretien.

**(j) Tests psychologiques et utilisation de listes de contrôle et de questionnaires**

**539.** Les personnes ayant réchappé à la torture peuvent éprouver des difficultés à verbaliser leur expérience et leurs symptômes. Dans certains cas, il peut être utile de recourir à des listes de contrôle ou à des questionnaires sur les faits traumatisants et les symptômes<sup>470</sup>. Si le clinicien estime que tel est le cas, il aura le choix entre les nombreux questionnaires disponibles, dont aucun cependant ne s'applique spécifiquement aux victimes de la torture. Dans certaines situations, le clinicien doit, avant d'utiliser des tests psychologiques ou des questionnaires, s'attacher tout particulièrement à en évaluer l'adéquation culturelle ainsi que les possibles effets préjudiciables que cela peut avoir sur la personne ayant réchappé à la torture. Le manque d'homogénéité du groupe de référence, le manque de validité interculturelle et les différences linguistiques peuvent sérieusement compromettre la pertinence et la fiabilité des résultats. Il existe peu de données sur l'utilisation des tests de personnalité projectifs et objectifs dans le cadre de l'évaluation des rescapés de la torture, et l'opportunité d'y recourir doit donc être appréciée avec un soin particulier. Rien ne prouve que les traits caractéristiques de personnalité tels qu'ils sont mesurés dans ces tests résultent bien souvent de la torture ou, au contraire, que certains traits de personnalité ne cadrent pas avec le fait d'avoir été torturé. En outre, les tests psychologiques de personnalité manquent de validité interculturelle. Ils sont souvent utilisés à mauvais escient, dans le but de stigmatiser les victimes présumées, de mettre en doute leur crédibilité générale ou d'attribuer leur état émotionnel à des traits de personnalité donnés. En tout état de cause, les tests psychologiques peuvent tout au plus compléter l'entretien clinique, et ne sauraient se substituer à une évaluation psychologique exhaustive telle que décrite dans ce chapitre. L'utilisation de tests psychologiques ne doit pas être considérée comme un impératif, et ces tests ne doivent pas non plus être considérés comme étant plus objectifs ou plus probants que l'évaluation du clinicien. Ils peuvent néanmoins être source d'informations supplémentaires et, lorsqu'ils ne cadrent pas avec l'impression clinique, cela devrait appeler un examen plus approfondi. Les tests neuropsychologiques pourront en revanche

s'avérer utiles en cas de lésions cérébrales résultant de la torture, pour autant que le clinicien tienne dûment compte des questions de fiabilité, de validité et de pertinence culturelle (voir par. 549 à 565 ci-dessous).

**(k) Interprétation des observations**

**540.** Le bilan psychologique effectué dans le cadre de l'évaluation comporte toutes les informations fournies par la victime présumée et les données objectives recueillies par le clinicien. Pour formuler un avis sur la possibilité de torture, l'évaluateur devrait en interpréter les résultats à la lumière des questions suivantes :

- (a)** Les observations psychologiques sont-elles cohérentes par rapport aux sévices allégués ?
- (b)** Les observations psychologiques sont-elles des réactions attendues ou typiques à un stress aigu dans l'environnement culturel et social du sujet ?
- (c)** Étant donné que les troubles mentaux associés à un traumatisme évoluent avec le temps, quelle est la chronologie des faits ? À quel stade de rétablissement le sujet se trouve-t-il ?
- (d)** Quels sont les facteurs de stress concomitants auxquels la personne est soumise (par exemple, persécution persistante, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social) ? Quelles en sont les conséquences pour cette personne ?
- (e)** Quelles sont les observations physiques susceptibles de s'ajouter au tableau clinique ? Il convient de prêter une attention particulière aux possibles lésions de la tête subies lors de la torture ou de la détention.

**541.** L'évaluateur devrait se prononcer sur la cohérence des observations psychologiques et sur la mesure dans laquelle elles corroborent les faits allégués. À cette fin, il convient de tenir compte de l'état émotionnel et de l'expression du sujet pendant l'entretien, de l'impact psychologique, psychosocial et social de la torture alléguée, des observations cliniques, des éléments d'information recueillis sur la torture, la détention et la situation du sujet avant les événements, de l'apparition et de l'évolution de symptômes associés aux allégations de torture, de la spécificité d'observations psychologiques particulières et du mode de fonctionnement psychologique du sujet, ainsi

<sup>470</sup> Joseph Westermeyer et al., « Comparison of two methods of inquiry for torture with East African refugees : single query versus checklist », *Torture*, vol. 21, n° 3 (2011), p. 155 à 172.

que d'éventuelles interactions. De même, l'évaluateur devrait relever et tenter d'expliquer les incohérences éventuelles (par exemple, trous de mémoire, troubles cognitifs, dissociation, méfiance, honte, culpabilité ou autres facteurs susceptibles d'entraver la divulgation) (voir par. 343 à 353 ci-dessus). Il devrait en outre prendre en compte certains problèmes physiques tels qu'un traumatisme crânien ou des lésions cérébrales, de même que d'autres facteurs comme la migration forcée, la réinstallation, les problèmes d'intégration culturelle et linguistique, le chômage, ou la perte du foyer, de la famille et du statut social. La relation et la cohérence entre les faits et les symptômes devraient être précisées.

**542.** Si le sujet présente des symptômes coïncidant avec un diagnostic défini dans les classifications DSM ou CIM, cela devra être mentionné. Il se peut que plusieurs diagnostics soient applicables. Encore une fois, il convient de souligner que l'absence d'un diagnostic de troubles mentaux liés à un traumatisme corroborant l'allégation de torture ne permet pas de conclure à la fausseté de ladite allégation. Il arrive qu'un rescapé de la torture présente des symptômes ne correspondant pas exactement à l'un ou l'autre des critères de diagnostic des classifications DSM ou CIM. Dans ce cas, comme dans tous les autres cas, les symptômes présentés par le rescapé, les actes de torture allégués, les facteurs de protection et les mécanismes d'adaptation doivent être considérés comme un tout. L'évaluateur évaluera et décrira dans son rapport le degré de cohérence entre les allégations de torture et autres mauvais traitements et l'ensemble des observations psychologiques.

**543.** Selon le contexte juridique et juridictionnel, et compte tenu des règles régissant la rédaction des rapports médico-légaux, la compatibilité des observations psychologiques avec les allégations de torture et/ou de mauvais traitements peut être décrite comme suit :

**(a)** « Non compatible » : les observations psychologiques ne peuvent pas découler des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués ;

**(b)** « Compatible » : les observations psychologiques pourraient découler des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués, mais elles ne sont pas spécifiques et il existe nombre d'autres causes possibles ;

**(c)** « Très compatible » : les observations psychologiques pourraient découler des actes de torture

ou autres mauvais traitements allégués, et il existe peu d'autres causes possibles ;

**(d)** « Typique » : les observations psychologiques sont couramment associées à la torture ou autres mauvais traitements allégués, et il existe peu d'autres causes possibles ;

**(e)** « Spécifique » : les observations psychologiques ne peuvent découler que des actes de torture ou autres mauvais traitements allégués.

**544.** Préciser le niveau de cohérence est une pratique courante dans l'évaluation des preuves physiques de torture et d'autres mauvais traitements et peut également être utile pour l'appréciation des preuves psychologiques. Toutefois, le raisonnement sous-jacent diffère, car la compatibilité des observations psychologiques avec les allégations de torture ou d'autres mauvais traitements repose non pas sur le lien entre un symptôme donné et une méthode de torture spécifique ou des mauvais traitements précis, mais bien sur les liens entre un certain nombre d'expériences traumatisantes et le tableau psychologique, psychosocial et psychiatrique global présenté par la personne. Il s'agit avant tout de déterminer si ces liens sont pertinents et la mesure dans laquelle ils peuvent s'expliquer par les faits allégués. Si le clinicien estime qu'une constatation ne concorde pas avec les allégations pour des motifs d'ordre clinique, il doit exposer lesdits motifs (voir par. 343 à 353 ci-dessus).

**545.** Le clinicien devrait indiquer dans quelle mesure les réactions psychologiques « typiques » constituent des réactions prévisibles ou caractéristiques d'un stress extrême dans le contexte socioculturel du sujet. Les conséquences psychologiques de la torture et autres mauvais traitements n'entrent généralement pas dans cette catégorie car elles dépendent souvent de facteurs individuels. La présence ou l'absence d'une « réaction psychologique typique » n'est pas plus, ni moins, significative ou corroborante que celle d'une réaction « très compatible ». En outre, le degré « spécifique » entre plus fréquemment dans l'interprétation des preuves physiques de torture et autres mauvais traitements que dans celle des preuves psychologiques.

## (I) Conclusions et recommandations

**546.** Le clinicien devrait formuler un avis clinique sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements sur la base de tous les éléments de preuve



pertinents, y compris « les observations physiques<sup>471</sup> et psychologiques, les informations recueillies, les photographies, les résultats des tests diagnostiques, la connaissance des pratiques locales en matière de torture, les rapports de consultation, etc. », comme indiqué au paragraphe 382 ci-dessus et à l'annexe IV. Pour formuler un avis sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements, le clinicien devrait s'appuyer sur la même échelle de cohérence que celle à laquelle il a eu recours pour l'interprétation de ses observations, à savoir non compatible, compatible, très compatible, typique et spécifique. En définitive, toutefois, l'examen a pour objet d'évaluer l'ensemble des observations cliniques, et non la compatibilité de chaque symptôme ou lésion avec une forme particulière de torture ou de mauvais traitements.

**547.** En plus de formuler un avis sur la possibilité de torture ou d'autres mauvais traitements, le clinicien devrait rappeler les symptômes et infirmités qui affectent le sujet ainsi que leurs effets probables sur ses fonctions sociales, et signaler les examens complémentaires et traitements qu'il juge nécessaires.

**548.** Les recommandations énoncées à l'issue de l'évaluation psychologique peuvent varier et dépendront de la formulation de la demande d'enquête, les questions posées pouvant être liées à une procédure légale ou judiciaire, à une demande d'asile, à une réinstallation, à la nécessité d'un traitement ou à une demande de réparation. On pourra ainsi recommander des examens complémentaires tels que des tests neuropsychologiques, une prise en charge médicale, psychologique ou psychiatrique, des mesures visant à garantir la sécurité du sujet, le contrôle de ses conditions de détention ou l'octroi de l'asile. Le clinicien devrait systématiquement signaler la nécessité d'une prise en charge médicale ou psychologique, nonobstant la formulation de la demande d'enquête.

#### 4. Évaluation neuropsychologique

**549.** La neuropsychologie clinique est une science appliquée qui s'intéresse aux manifestations comportementales des dysfonctionnements cérébraux. L'évaluation neuropsychologique consiste plus particulièrement à mesurer et à classer les troubles du comportement liés à des lésions organiques du cerveau, et les tests neuropsychologiques ont pour objet d'évaluer les

troubles cognitifs. Pour en déterminer la nature, la gravité et les modalités, il est préférable de faire appel à un psychologue qualifié en la matière ; c'est en effet la seule manière, ou presque, d'obtenir des informations utiles sur les fonctions cognitives du sujet. Bien que les victimes alléguées de la torture fassent rarement l'objet d'une évaluation neuropsychologique, celle-ci peut permettre d'identifier et de quantifier certains troubles cognitifs. Les remarques qui suivent se limitent par conséquent aux principes généraux sur lesquels les professionnels de la santé pourront s'appuyer pour comprendre l'utilité et les indications de l'évaluation neuropsychologique des victimes présumées de la torture. Il est toutefois nécessaire, au préalable, d'en évoquer les limitations eu égard à cette catégorie de personnes.

#### (a) Limitations de l'évaluation neuropsychologique

**550.** Différents facteurs limitent l'évaluation des rescapés de la torture d'une manière générale. Ces facteurs, décrits dans d'autres parties du présent manuel, s'appliquent aussi bien à l'évaluation neuropsychologique qu'aux évaluations médicale et psychologique. L'évaluation neuropsychologique peut cependant être limitée par d'autres facteurs encore, au nombre desquels le manque d'études spécifiques, l'utilisation de normes correspondant à une population type, les différences culturelles et linguistiques, et le risque de réactivation du traumatisme chez le rescapé.

**551.** La littérature consacrée à l'évaluation neuropsychologique des rescapés de la torture est, on l'a déjà dit, très pauvre, les seuls documents pertinents traitant de diverses formes de traumatismes de la tête et de l'évaluation neuropsychologique des troubles post-traumatiques en général. Aussi les remarques ci-après – et l'interprétation subséquente des évaluations neuropsychologiques – se fondent-elles par nécessité sur des principes généraux s'appliquant à d'autres catégories de personnes.

**552.** L'évaluation neuropsychologique développée et pratiquée dans les pays occidentaux repose largement sur une approche actuarielle, laquelle consiste essentiellement à comparer les résultats d'une batterie de tests standard à des normes correspondant à une population type. Bien que l'interprétation normative des évaluations neuropsychologiques puisse être complétée par une

<sup>471</sup> Les évaluations cliniques menées dans le but spécifique d'évaluer des « preuves psychologiques » peuvent comprendre certaines « observations physiques » telles que la présence de lésions corporelles et autres symptômes physiques.

approche fondée sur l'analyse qualitative comme celle développée par Luria, notamment lorsque la situation clinique l'exige, l'approche actuarielle reste prédominante<sup>472</sup>. Au demeurant, on s'appuie davantage sur les résultats des tests lorsque le dysfonctionnement cérébral est relativement bénin, ou lorsque les déficiences neuropsychologiques sont imputées à un trouble psychiatrique.

**553.** Les différences culturelles et linguistiques peuvent limiter considérablement l'utilité et l'applicabilité de l'évaluation neuropsychologique des victimes présumées de la torture. Il existe de nombreux tests neuropsychologiques, mais la plupart ont été développés et « étalonnés » dans un contexte occidental/européen. Le clinicien devrait avoir conscience de ces contraintes et adapter ses méthodes au sujet en tenant compte de son éducation, de sa langue, de sa culture et de son expérience des tests<sup>473</sup>. La validité des évaluations neuropsychologiques est discutable dès lors que les tests ne sont pas disponibles dans la langue du sujet et que le clinicien ne maîtrise pas cette même langue. Dans ce cas, l'évaluation verbale est impossible. Seuls peuvent alors être effectués des tests non oraux, ce qui interdit toute comparaison entre les facultés verbales et non verbales et rend plus difficile l'analyse de la latéralisation (ou de la localisation) des déficits. Or, cette analyse est souvent utile du fait de l'organisation asymétrique du cerveau, dont l'hémisphère gauche joue un rôle prépondérant dans la parole. Si, par ailleurs, on ne dispose pas de normes de référence spécifiques au groupe culturel et linguistique auquel le sujet appartient, l'évaluation neuropsychologique n'a guère de sens. L'estimation du Q.I. est l'un des critères principaux qui permettent la mise en perspective des résultats des tests neuropsychologiques. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, cette estimation est souvent dérivée des résultats de sous-ensembles de tests oraux utilisant les échelles de Wechsler (notamment la sous-échelle de l'information) parce que, en cas de dysfonctionnement organique du cerveau, les connaissances factuelles acquises sont moins menacées de dégradation que d'autres tâches et, par voie de conséquence, plus représentatives que d'autres mesures de la capacité d'apprentissage antérieure. Les estimations peuvent également être basées sur le bagage éducatif et professionnel du sujet et sur des

données démographiques – considérations qui ne peuvent évidemment pas s'appliquer à des populations pour lesquelles on ne dispose pas de normes de référence. Dans ces cas-là, seules des estimations très grossières des capacités intellectuelles antérieures au traumatisme peuvent être effectuées. Il s'ensuit que l'interprétation d'une déficience neuropsychologique de faible gravité pourra s'avérer très difficile.

**554.** L'évaluation neuropsychologique comporte un risque de réactivation du traumatisme chez la victime. Il convient de prendre toutes les précautions possibles, à tous les stades de l'enquête, afin d'éviter que cela se produise (voir par. 277 à 280 ci-dessus). Pour citer un exemple de risque spécifique à l'évaluation neuropsychologique, il serait à l'évidence très risqué de soumettre un rescapé à la procédure de Halstead-Reitan – en particulier au test d'évaluation tactile – et de lui placer un bandeau sur les yeux. Le sentiment d'impuissance induit par une telle expérience serait en effet très traumatisant pour toute personne ayant subi ce procédé durant la détention et la torture, qu'elle ait eu ou non les yeux bandés. En fait, tout test neuropsychologique est potentiellement traumatisant, quel que soit l'instrument utilisé. Le simple fait d'être observé, chronométré et invité à déployer des efforts conséquents pour accomplir une tâche souvent inusuelle et à remplir un rôle plutôt que de dialoguer peut s'avérer trop stressant ou raviver le souvenir de la torture.

#### **(b) Indications de l'évaluation neuropsychologique**

**555.** Dans le cadre de l'évaluation des troubles du comportement chez les victimes présumées de la torture, l'évaluation neuropsychologique a deux indications : les lésions cérébrales et les troubles post-traumatiques, plus les diagnostics afférents. Si les unes et les autres se recoupent par certains aspects et présentent de nombreux points communs, seules les lésions cérébrales constituent une application typique et traditionnelle de la neuropsychologie clinique, les troubles post-traumatiques représentant à cet égard un champ d'investigation relativement récent, mal connu et assez problématique. L'évaluation neuropsychologique consiste en principe à soumettre le sujet à un entretien clinique visant à déterminer son niveau de scolarité, ses difficultés d'apprentissage

<sup>472</sup> Alexander Romanovitch Luria et Lawrence V. Majovski, « Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology », *American Psychologist*, vol. 32, n° 11 (1977), p. 959 à 968. Voir également Robert J. Ivnik, « Overstatement of differences », *American Psychologist*, vol. 33, n° 8 (1978), p. 766 et 767 ; et Uwe Jacobs et Vincent Iacopino, « Torture and its consequences : a challenge to clinical neuropsychology », *Professional Psychology Research and Practice*, vol. 32, n° 5 (2001), p. 458 à 464.

<sup>473</sup> Bahrie Veliu et Janet Leatham, « Neuropsychological assessment of refugees: methodological and cross-cultural barriers », *Applied Neuropsychology: Adult*, vol. 24, n° 6 (2017), p. 481 à 492.

préexistantes, ses antécédents médicaux et psychologiques, et d'éventuels traumatismes crâniens antérieurs, y compris les traumatismes subis pendant l'enfance ; s'y ajoute un examen approfondi des troubles cognitifs et de l'état émotionnel du sujet. Le neuropsychologue décide ensuite, sur la base des informations recueillies au cours de l'entretien, de la documentation disponible et des questions d'orientation, quels domaines cognitifs et émotionnels il convient d'évaluer. Il peut avoir recours à des tests validés, fiables et culturellement adaptés au sujet, ou privilégier un entretien clinique approfondi. La plupart des neuropsychologues optent aujourd'hui pour une approche au cas par cas, les tests étant sélectionnés en fonction des informations recueillies, du résultat des tests statistiques et de la symptomatologie du dysfonctionnement sous-jacent supposément responsable des troubles cognitifs et émotionnels.

**556.** Les lésions du cerveau et les dommages cérébraux qu'elles entraînent peuvent résulter de différents types de traumatismes de la tête et de désordres métaboliques consécutifs à la torture et autres mauvais traitements : blessures par balle, empoisonnement, malnutrition due au manque de nourriture ou à l'ingestion forcée de substances nocives, hypoxie ou anoxie consécutive à l'asphyxie ou à la quasi-noyade, et, surtout, coups à la tête, lesquels sont une pratique courante dans les situations de détention et de torture. À titre d'exemple, 91 % des répondants à une étude portant sur un échantillon de rescapés de la torture ont déclaré avoir reçu des coups à la tête<sup>474</sup>. Le risque de lésions cérébrales est élevé chez ceux-ci.

**557.** Les lésions internes de la tête entraînant des troubles durables de gravité faible à moyenne représentent probablement la cause la plus fréquemment observée d'anomalies neuropsychologiques. En général, les dimensions cognitive et émotionnelle évaluées dans le cadre d'un bilan neuropsychologique complet sont l'intellect, les capacités cognitives supérieures (fonctions exécutives), l'attention, la mémoire, les capacités visuospatiales, les capacités motrices et sensorielles et l'état émotionnel. Si les blessures à la tête peuvent laisser des marques durables, l'absence de cicatrices n'exclut pas les lésions cérébrales, lesquelles sont parfois indétectables par les procédés d'imagerie médicale. Il peut arriver que des professionnels de la santé mentale ignorent ou sous-estiment des dommages cérébraux bénins ou modérés parce que leur attention est focalisée sur des symptômes de dépression ou

de troubles post-traumatiques. Les rescapés de la torture se plaignent communément d'éprouver des difficultés à se concentrer et de souffrir de troubles de la mémoire à court terme – autant de symptômes qui peuvent aussi bien résulter de lésions cérébrales que des effets psychologiques de la torture. Or, comme ils souffrent très couramment de troubles post-traumatiques, voire de dépression, on néglige parfois de les interroger sur d'éventuelles lésions de la tête.

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

**559.** Face à cette éventualité, le professionnel de la santé mentale devrait soumettre sans délai le sujet à un examen neurologique approfondi réalisé par un médecin. Selon ses observations, ce dernier pourra à son tour consulter un neurologue ou ordonner des tests diagnostiques. Check-up médical complet, consultation neurologique spécifique et évaluation neuropsychologique figurent au nombre des possibilités. Le recours à l'évaluation neuropsychologique est généralement indiqué lorsque le trouble neurologique est relativement limité, lorsque les symptômes sont de nature essentiellement cognitive ou lorsqu'un diagnostic différentiel entre dysfonctionnement cérébral et troubles post-traumatiques doit être posé.

<sup>474</sup> Dorte Reff Olsen et al., « Prevalent pain and pain level among torture survivors : a follow up study », *Danish Medical Bulletin*, vol. 53, n° 2 (2006), p. 210 à 214.

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

**561.** Le choix des instruments et procédures d'évaluation neuropsychologique pour les victimes présumées de la torture doit être laissé à la sagacité du clinicien, qui décidera en fonction des besoins et des possibilités. L'utilisation de tests neuropsychologiques réclame une expérience et des connaissances approfondies des relations entre le cerveau et le comportement. Il existe des listes exhaustives des procédures et tests neuropsychologiques, et leurs applications sont précisées dans les normes standard<sup>475</sup>.

### (c) Troubles post-traumatiques

**562.** L'on a clairement souligné ci-dessus que l'évaluation neuropsychologique des dysfonctionnements cérébraux de victimes présumées de la torture exige les plus grandes précautions. Cela s'impose d'autant plus lorsqu'il s'agit d'évaluer d'éventuels troubles post-traumatiques. Même s'il existe des normes de référence pour la population à laquelle le sujet appartient, les difficultés sont considérables. Le stress post-traumatique est un trouble psychiatrique, et il n'entre pas dans le champ d'application traditionnel de l'évaluation neuropsychologique. Par ailleurs, il ne se prête pas à l'application du modèle classique de l'analyse de lésions cérébrales identifiables pouvant être confirmées par des techniques médicales. Les modèles

neuropsychologiques sont aujourd'hui plus utilisés que par le passé en raison de l'intérêt accru porté aux mécanismes biologiques associés aux troubles psychiatriques et des progrès enregistrés dans la compréhension de ces mêmes mécanismes. Toutefois, les résultats obtenus jusqu'ici sont disparates et ne peuvent donc pas être utilisés à des fins de diagnostic.

**563.** Les échantillons utilisés pour l'étude des mesures neuropsychologiques dans le cadre des troubles post-traumatiques sont très divers, ce qui explique peut-être en partie la variabilité des troubles cognitifs identifiés. Selon certains auteurs, les observations cliniques suggèrent une coïncidence particulièrement étroite entre les troubles post-traumatiques et les domaines neurocognitifs de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives<sup>476</sup>, ce que confirment les plaintes souvent exprimées par les rescapés de la torture. En effet, celles-ci signalent couramment des difficultés à se concentrer et une inaptitude à mémoriser des informations et à entreprendre des activités planifiées et structurées.

**564.** Les méthodes d'évaluation neuropsychologique permettent en principe de détecter des déficits neurocognitifs associés aux troubles post-traumatiques, mais la spécificité de ces déficits est plus difficile à établir. Certaines études ont confirmé, par comparaison avec des examens généraux, l'existence de tels déficits chez certains sujets victimes de tels troubles, mais les observations n'ont pas pu être confirmées au regard d'examen psychiatriques concomitants<sup>477</sup>. Autrement dit, il semble que les tests neuropsychologiques puissent faire ressortir des déficits neurocognitifs associés au stress post-traumatique, mais qu'ils ne suffisent pas à en poser le diagnostic. Comme c'est le cas pour bien d'autres types d'évaluation, l'interprétation des résultats doit prendre en compte les informations recueillies dans le cadre d'entretiens et d'éventuels tests de personnalité. Sous cette condition, les méthodes d'évaluation neuropsychologique pourront effectivement contribuer au diagnostic de l'état de stress post-traumatique et d'autres troubles psychiatriques associés à des déficits neurocognitifs connus.

<sup>475</sup> Esther Strauss, Elisabeth M.S. Sherman et Otfried Spreen, *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*, 3<sup>e</sup> édition (New York, Oxford University Press, 2006).

<sup>476</sup> J. A. Knight, « Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder », *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, John P. Wilson et Terence M. Keane, éd. (New York, Guilford Press, 1997), p. 448 à 492.

<sup>477</sup> John E. Dalton, Sanford L. Pederson et Joseph J. Ryan, « Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance », *International Journal of Clinical Neuropsychology*, vol. 11, n° 3 (1989), p. 121 à 124. Tzvi Gil et al., « Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, n° 1 (1990), p. 29 à 45.

**565.** Bien qu'elle laisse à désirer, l'évaluation neuropsychologique peut s'avérer utile en cas de suspicion de lésions cérébrales. Elle permet par ailleurs de distinguer celles-ci de l'état de stress post-traumatique, d'évaluer des symptômes donnés tels que les troubles de la mémoire, et de quantifier la déficience réelle et ses suites en termes de réparation et de réadaptation. Mesurer les capacités cognitives du sujet permet également d'identifier les obstacles à la participation aux procédures judiciaires. L'évaluation des troubles de la mémoire peut en effet renseigner les juges et autres décideurs sur le poids à accorder aux divergences de fond. Un sujet peut ne pas disposer de la capacité mentale<sup>478</sup> de donner des instructions à un représentant légal, de consentir à un examen, d'être interrogé ou de témoigner. L'évaluation des troubles cognitifs peut révéler qu'une personne dotée d'une capacité décisionnelle limitée n'a pas conscience de l'incidence de ses troubles de la mémoire et de la concentration sur son aptitude à témoigner et à être interrogé ou contre-interrogé. Les conclusions que des tiers pourraient alors tirer de sa déposition risquent de lui échapper.

## 5. Les enfants et la torture

**566.** Chez l'enfant, la torture peut avoir une incidence directe ou indirecte, selon qu'il a lui-même subi la torture ou la détention, que ses parents ou d'autres proches en ont été les victimes, ou qu'il a été le témoin direct ou indirect d'actes de torture ou d'autres formes de violence à l'encontre de figures d'attachement. La torture, facteur majeur de perturbation du développement psychologique, physique, émotionnel et social, nuit à la santé physique et mentale de l'enfant. Une étude approfondie de l'impact psychologique de la torture sur les enfants excède largement le cadre du présent manuel, qui ne prétend donc pas fournir des indications exhaustives pour leur éventuelle évaluation. Toutefois, on trouvera ci-dessous résumés certains points essentiels.

**567.** Tout d'abord, le clinicien appelé à évaluer un enfant susceptible d'avoir été soumis à la torture doit adhérer au Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Il doit

s'assurer que l'enfant bénéficie d'un soutien approprié et qu'il se sent en sécurité pendant l'entretien, éventuellement grâce à la présence à ses côtés d'un parent ou d'une autre personne de confiance. Ensuite, le clinicien doit garder à l'esprit que les enfants expriment souvent les pensées et émotions associées à un traumatisme non pas verbalement, mais plutôt par leur comportement. Le degré de verbalisation des pensées, des souvenirs et des émotions dépend de l'âge de l'enfant, de son stade de développement, d'autres facteurs d'ordre familial, individuel, culturel et psychosocial. Le clinicien dispose d'un certain nombre de directives sur lesquelles il peut s'appuyer pour entendre l'enfant dans les meilleures conditions possibles (voir par. 284 à 293 ci-dessus).

**568.** Dans la mesure du possible, tout enfant victime de violences physiques ou sexuelles devrait être examiné selon les méthodes appropriées par une personne spécialisée dans la maltraitance à l'égard des enfants<sup>479</sup>.

### (a) Importance du stade de développement

**569.** Certains facteurs de développement affectent la capacité des enfants et des adolescents à exécuter des tâches pertinentes pour l'évaluation<sup>480</sup>. Les travaux de recherche portant sur les entretiens judiciaires montrent que les enfants commencent à manifester la capacité de se remémorer des événements avec précision entre 3 et 6 ans, mais on constate d'importantes disparités<sup>481</sup>. Il est néanmoins possible d'obtenir de l'enfant des informations pertinentes et véridiques dans le cadre de procédures rigoureuses adaptées à ses capacités<sup>482</sup>.

**570.** S'ils peuvent être évalués et examinés, les nourrissons ne peuvent pas être interrogés. Le clinicien peut émettre une opinion sur leur niveau d'activité, la nature des interactions et des relations avec des tiers, l'affect et la capacité d'autorégulation, l'humeur générale et la participation aux activités ludiques. Le point de vue des parents ou de l'entourage immédiat de l'enfant sur son comportement (alimentation, sommeil et tempérament) peut s'avérer utile, en particulier s'ils signalent des modifications du développement, des régressions notables ou la perte de capacités installées.

<sup>478</sup> La capacité mentale désigne l'aptitude à comprendre, retenir et évaluer les informations nécessaires à la prise d'une décision, et à communiquer celle-ci avec efficacité. Chez les victimes de la torture, cette capacité peut être compromise dans la mesure où les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques affectent l'aptitude à évaluer et à pondérer les informations ; en outre, les déficits cognitifs peuvent affecter la capacité de comprendre et de retenir les informations pertinentes.

<sup>479</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* (Lavenham, Royaume-Uni, Lavenham Press, 2015). Voir également Astrid Heger, S. Jean Means et David Muram, éd. *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*, 2<sup>e</sup> éd. (New York, Oxford University Press, 2000).

<sup>480</sup> Linda Sayer Gudas et Jerome M. Sattler, « Forensic interviewing of children and adolescents », *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta et Gerald P. Koocher, éd. (New York, Oxford University Press, 2006), p. 115 à 128.

<sup>481</sup> Ibid.

<sup>482</sup> Ibid.



Les évaluations réalisées au moyen d'échelles de développement peuvent situer le niveau d'aptitude du nourrisson par rapport à son groupe d'âge.

- 571.** Les enfants d'âge préscolaire, généralement très influençables, se conforment aux attentes sociales des adultes, et leur mode de pensée prélogique, magique et égocentrique peut entraîner une confusion avec la réalité. Ils construisent celle-ci à partir de leur monde observable, ont tendance à penser en termes absolus et connaissent de brusques changements émotionnels. Cependant, le langage évolue rapidement entre 3 et 5 ans ; les enfants sont alors en mesure d'exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations, et de livrer des comptes rendus conformes à la réalité. Ils sont plus réceptifs aux questions brèves, concrètes et pointues qui les incitent à expliciter leurs pensées.
- 572.** Entre 6 et 12 ans, les enfants sont capables d'organiser leur réflexion et d'exécuter différentes tâches cognitives. Leur mode de pensée reste cependant concret, rigide et littéral. Ils ont tendance à penser en termes plus factuels que logiques, et sont incapables d'anticiper les issues possibles. Ils sont cependant dotés d'une conscience sociale, et sont à même d'établir des liens de causalité et de percevoir les incohérences dans les comportements sociaux. Leur capacité d'aborder des questions abstraites est limitée, et ils sont sensibles aux réactions négatives et désarmés face aux questions orientées.
- 573.** Les adolescents ont un mode de pensée moins concret, plus symbolique et plus rationnel. Ils accordent une grande importance à l'influence de leurs pairs, se sentent parfois invincibles, et sont plus enclins à prendre des risques. Cependant, ils sont aussi plus aptes que les jeunes enfants à prendre la mesure des limites et des règles d'éthique propres à l'évaluation, et à en reconnaître la nécessité en cas de torture ou d'autres mauvais traitements. Selon les scientifiques, les adolescents sont à même de décrire des symptômes ou de relater des faits avec précision, de les placer dans leur contexte et de les situer dans le temps<sup>483</sup>. Le clinicien devrait aviser l'adolescent

que sa contribution est précieuse. Les adolescents peuvent être particulièrement soucieux du respect de leur vie privée ; la confidentialité doit donc être garantie. Il est conseillé de poser des questions sans incidence avant d'aborder des sujets sensibles<sup>484</sup>.

- 574.** Les stratégies d'éveil de souvenirs autobiographiques diffèrent considérablement selon qu'il s'agit d'enfants d'âge préscolaire ou d'enfants plus âgés : à la différence de ces derniers, les plus jeunes ont tendance à restituer moins d'informations, à livrer des comptes rendus plus succincts et à répondre aux questions orientées de manière erronée. En outre, plus les enfants sont jeunes, plus leur vécu et leur compréhension des faits traumatisants seront influencés par les réactions et attitudes de leur entourage immédiat<sup>485</sup>. Néanmoins, il importe de noter que les comptes rendus des jeunes enfants ne sont pas moins précis que ceux des enfants plus âgés<sup>486</sup>.
- 575.** Les réactions d'un enfant à la torture dépendent de son âge, de son stade de développement et de ses capacités cognitives<sup>487</sup>. Chez les enfants de moins de 3 ans qui ont subi la torture ou en ont été témoins, l'entourage joue un rôle crucial de protection et de réconfort<sup>488</sup>. Suite à une expérience traumatisante, les très jeunes enfants peuvent manifester des symptômes d'hypervigilance – agitation, troubles du sommeil, irritabilité et comportement d'évitement vis-à-vis des personnes, des lieux, des évocations physiques, des situations interpersonnelles ou des conversations (dans le cadre d'un entretien clinique, par exemple) qui suscitent des réminiscences du traumatisme. Les enfants de plus de 3 ans marquent une tendance au repli sur soi et refusent souvent d'aborder directement le sujet. L'aptitude à l'expression verbale augmente avec l'âge. Une évolution sensible se produit vers 8 à 9 ans, âge où l'enfant devient capable de dresser une chronologie fiable des événements<sup>489</sup>. Ces nouvelles capacités restent cependant fragiles, et il faut généralement attendre leur stade pleinement opérationnel (12 ans) pour que les enfants manifestent de façon constante l'aptitude à fournir un compte rendu cohérent. L'adolescence est une phase de

<sup>483</sup> Ibid. Voir également Zoe Given-Wilson, Jane Herlihy et Matthew Hodes, « Telling the story: a psychological review on assessing adolescents' asylum claims », *Canadian Psychology*, vol. 57, n° 4 (2016), p. 265 à 273.

<sup>484</sup> Sayer Gudas et Sattler, « Forensic interviewing of children and adolescents ».

<sup>485</sup> Saskia von Overbeck Ottino, « Familles victimes de violences collectives et en exil : quelle urgence, quel modèle de soins ? Le point de vue d'une pédopsychiatre », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol. 14 (1998), p. 35 à 39.

<sup>486</sup> Michael E. Lamb et al. « Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, n° 11-12 (2007), p. 1201 à 1231.

<sup>487</sup> Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network, « How children and young people experience and react to traumatic events » (2010), p. 4.

<sup>488</sup> Michel Grappe, « La guerre en ex-Yougoslavie : un regard sur les enfants réfugiés », *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme*, Marie Rose Moro et Serge Lebovici, éd. (Paris, Presses universitaires de France, 1995), p. 89 à 106.

<sup>489</sup> Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, 9<sup>e</sup> éd. (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

grandes perturbations durant laquelle les effets de la torture peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Chez certains, une telle expérience pourra entraîner des modifications importantes de la personnalité et se traduire par un dysfonctionnement émotionnel chronique et des troubles comportementaux et relationnels. Chez d'autres, l'incidence pourra être similaire à celle observée chez de plus jeunes enfants, à savoir une régression et une diminution des capacités fonctionnelles, entre autres.

**(b) Considérations relatives à l'évaluation**

**576.** Pour préparer l'évaluation, le clinicien doit tenir compte des facteurs individuels et contextuels qui lui imposent d'ajuster son langage et ses attentes en ce qui concerne le niveau de détail que l'enfant sera capable de fournir<sup>490</sup>. Dans la mesure du possible, il est recommandé de s'informer auprès des parents, des enseignants et de tiers du développement de l'enfant, de ses besoins particuliers, de ses antécédents psychiatriques et médicaux, de ses fonctions sociales et scolaires et de son adaptation comportementale<sup>491</sup>. L'entourage de l'enfant peut également fournir des informations sur ses émotions et les altérations de son humeur et de son comportement. Si l'enfant ou l'adolescent n'est pas accompagné par ses parents ou par des substituts parentaux, comme c'est le cas pour les mineurs non accompagnés dans le cadre d'une demande d'asile, il convient d'accorder une attention particulière à l'instauration d'un climat accueillant et rassurant et de veiller à ce qu'il soit pris en charge au terme de l'entretien.

**577.** Le clinicien devrait être conscient des risques et menaces potentiels qui pèsent sur l'enfant, de la part de ses tortionnaires, entre autres. Il lui est vivement recommandé de prévoir des entretiens plus longs que pour les adultes, sachant qu'il faut du temps pour établir une relation de confiance avec l'enfant ou lui permettre de s'exprimer<sup>492</sup>. Il peut être nécessaire de prévoir plusieurs séances d'évaluation, de ménager des pauses, de digresser et de proposer des activités sans rapport avec la torture ou les mauvais traitements. Le niveau de communication avec l'enfant doit être adapté à son âge, à son stade de développement et à son aptitude à communiquer, et conditionné par

d'autres facteurs individuels et contextuels<sup>493</sup>. Il serait pertinent de l'informer clairement, dans un langage adapté à son âge et à son degré de maturité, du déroulement de l'évaluation afin qu'il puisse décider s'il souhaite prendre part à la procédure et de quelle manière. Les risques potentiels et avérés devraient être évoqués. Dans la mesure du possible, dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il est judicieux d'inclure les parents ou les tuteurs de l'enfant dans le processus d'évaluation et de parvenir à une entente mutuelle sur leur degré d'implication, la nature de leur participation et les informations auxquelles ils auront accès.

**578.** Instaurer la confiance peut s'avérer difficile, car la situation, voire les conditions de l'entretien, peuvent raviver chez l'enfant le souvenir de la torture ou d'autres mauvais traitements. Des déséquilibres liés à l'âge ou aux rapports de forces peuvent ébranler la confiance ; le lien peut également se distendre si les cliniciens ou interprètes sont assimilés au groupe politique, ethnique ou social à l'origine de la torture. Ces facteurs peuvent également susciter des réticences parmi les parents et les tuteurs. Il peut s'avérer impossible d'instaurer la confiance dans le temps imparti à l'évaluation. Les principes directeurs du HCR relatifs aux entretiens avec les enfants dans le cadre des demandes d'asile dans l'Union européenne précisent qu'« [u]ne pratique exemplaire, qui favorise l'établissement de rapports de confiance, a également été observée dans plusieurs affaires : au début de chaque entretien, l'examineur a présenté l'interprète à l'enfant, lui a expliqué le rôle de ce dernier et a défini le concept de confidentialité. Les examinateurs ont également précisé aux enfants que l'interprète parlerait à la première personne et traduirait leurs propos in extenso »<sup>494</sup>.

**579.** Il est conseillé d'accueillir l'enfant comme il se doit et d'engager avec lui une conversation portant sur des sujets du quotidien tels que son école, ses amis et ses activités préférées. Réduire la distance psychologique et le degré de formalité peut également favoriser un climat de confiance ; on privilégiera par exemple une table ronde ou ovale, et on évitera de placer un écran d'ordinateur entre l'enfant et le clinicien/l'interprète. Il est recommandé au clinicien de ménager de nombreuses pauses et d'observer

<sup>490</sup> HCR, *Au cœur des faits : évaluation de la crédibilité des demandes d'asile présentées par les enfants au sein de l'Union européenne* (Bruxelles, 2014), p. 107.

<sup>491</sup> Kathryn Kuehnle et Steven N. Sparta, « Assessing child sexual abuse allegations in a legal context », dans *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta et Gerald P. Koocher, éd. (New York, Oxford University Press, 2006), p. 129 à 148.

<sup>492</sup> Ibid.

<sup>493</sup> HCR, *Au cœur des faits*, p. 107.

<sup>494</sup> Ibid., p. 126.

attentivement l'enfant en veillant tout particulièrement à ne pas l'accabler. Si l'enfant montre des signes d'anxiété, de dissociation ou de détresse, l'évaluateur doit prendre note de ces indicateurs cliniques et tout mettre en œuvre pour soulager l'enfant et/ou lui apporter un soutien psychosocial. L'évaluation peut être enregistrée avec le consentement de l'enfant et, éventuellement, des parents ou des tuteurs, pour permettre à l'évaluateur de rester en communication directe avec l'enfant sans être interrompu par la prise de notes<sup>495</sup>. Si l'évaluation est enregistrée, il convient de veiller tout particulièrement à la confidentialité, l'accès étant limité à l'équipe d'évaluation, et de garantir la préservation de l'identité de l'enfant. S'il existe d'autres dispositions légales en matière de protection des données, elles devraient être respectées.

**580.** Les instruments d'évaluation peuvent servir utilement l'évaluation. Le clinicien devrait avoir recours à des instruments dont la validité et la fiabilité ont été établies pour le groupe de population concerné. A défaut, il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats des tests. Toute adaptation des procédures d'administration et d'interprétation doit être documentée, de même que son incidence potentielle<sup>496</sup>.

### (c) Considérations cliniques

**581.** L'évaluation des effets psychologiques de la torture et autres mauvais traitements sur les enfants et les jeunes devrait prendre en compte les données suivantes : (a) l'âge de l'enfant, son stade de développement et son profil psychologique et médical (capacités cognitives, langagières et communicationnelles, besoins particuliers, fonctions sociale et scolaire, ajustement comportemental et troubles émotionnels, entre autres) ; (b) son parcours personnel et familial (chronologie, lieux de résidence, etc.) ; (c) la description des actes de torture ou mauvais traitements allégués, leur durée et leur fréquence ; (d) l'éventualité qu'il ait été le témoin direct ou indirect

de la torture d'autres personnes, voire de leur mort, en particulier si cela concerne des figures d'attachement ; (e) l'identité alléguée de son tortionnaire et la place qu'il occupe précisément dans son environnement sociopolitique ; (f) les facteurs de protection et indicateurs de résilience ; (g) la disponibilité de sa famille et de son entourage immédiat en termes de soutien psychologique ; (h) son statut juridique ; et (i) les dispositions en matière de traitement et d'accompagnement.

**582.** Bien que l'enfant puisse présenter des symptômes similaires à ceux que l'on peut observer chez l'adulte, ceux-ci peuvent se manifester de manière très différente ; le clinicien devrait donc s'appuyer davantage sur l'observation du comportement de l'enfant que sur l'expression verbale pour déceler d'éventuelles altérations comportementales<sup>497</sup> par comparaison avec les étapes du développement infantile et avec la manière dont il se comportait avant les tortures ou mauvais traitements allégués. Interroger l'entourage immédiat de l'enfant, ses enseignants ou des tiers peut être utile, voire nécessaire. La recherche a mis en évidence l'incidence des traumatismes sur la santé physique et mentale des enfants. Il apparaît en effet que l'exposition à des expériences traumatisantes peut compromettre gravement leur développement cognitif<sup>498</sup> et accroître la prévalence des troubles de l'apprentissage ou du comportement, de l'obésité<sup>499</sup> et des symptômes psychotiques pendant l'enfance<sup>500</sup>. La recherche neurocomportementale démontre l'incidence de l'environnement immédiat de l'enfant sur son développement cérébral. Bien qu'ils ne soient pas forcément en mesure de s'en souvenir, la réminiscence de la torture peut avoir sur les très jeunes enfants des effets traumatiques susceptibles de compromettre leur capacité à faire confiance à autrui, de provoquer des troubles de l'attachement et d'altérer la régulation de leurs affects<sup>501</sup>. L'environnement et le traumatisme influent sur l'identité de l'adolescent, sa maturation cérébrale, ses modes de pensée, dont la pensée abstraite, sa capacité à adopter des perspectives

<sup>495</sup> Ibid., p. 107.

<sup>496</sup> Gerald P. Koocher, « Ethical issues in forensic assessment of children and adolescents », dans *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta et Gerald P. Koocher, éd. (New York, Oxford University Press, 2006), p. 46 à 63.

<sup>497</sup> Voir Lenore C. Terr, « Childhood traumas: an outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, n° 1 (1991), p. 10 à 20; Zero to Three, DC:0-5 : *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood*, version 2.0 (Washington, D.C., 2021) ; Françoise Sironi, « On torture un enfant », ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique », *Sud/Nord – Folies et Cultures*, n° 4 (Enfances) (1995), p. 205 à 215 ; et Lionel Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant* (Paris, ESF, 1996).

<sup>498</sup> Michelle Bosquet Enlow et al., « Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n° 11 (2012), p. 1005 à 1010.

<sup>499</sup> Nadine J. Burke et al., « The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population », *Child Abuse & Neglect*, vol. 35, n° 6 (2011), p. 408 à 413.

<sup>500</sup> Louise Arseneault et al., « Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 1 (2011), p. 65 à 72.

<sup>501</sup> Atilgan Erozkan, « The link between types of attachment and childhood trauma », *Universal Journal of Educational Research*, vol. 4, n° 5 (2016), p. 1071 à 1079.

multiples, ainsi que le traitement et la régulation de ses émotions, qui sont encore en formation à cet âge<sup>502</sup>.

**583.** Les enfants peuvent présenter des symptômes de stress post-traumatique potentiellement similaires à ceux que l'on observe chez les adultes ; toutefois, le clinicien doit s'appuyer davantage sur l'observation du comportement de l'enfant que sur la verbalisation<sup>503</sup>. Ainsi, la reviviscence des faits peut se manifester par des jeux répétitifs et monotones intégrant certains aspects de l'événement traumatisant, voire des souvenirs visuels, des questions ou déclarations répétées à ce sujet, et des cauchemars récurrents que les jeunes enfants, en particulier (6 ans et moins, par exemple), peuvent ne pas décoder. Ils peuvent également exprimer la crainte récurrente de redevenir, eux-mêmes ou leurs proches, la cible des tortionnaires, même si on leur garantit qu'ils sont en sécurité. Énurésie nocturne, perte de contrôle des fonctions intestinales, repli social et affectif, changement d'attitude vis-à-vis de soi-même et des autres, perte de la notion d'avenir, hypernervosité, terreurs nocturnes, peur d'aller au lit, troubles du sommeil, attitude défensive, irritabilité, troubles de l'attention et de la concentration, douleurs corporelles telles que des maux de ventre ou d'autres problèmes physiques, manifestations de peur et d'agressivité vis-à-vis des camarades, des adultes ou des animaux, peur du noir, peur d'aller seul aux toilettes et autres phobies sont autant de réactions possibles chez les enfants exposés à des événements traumatisants. Il arrive aussi qu'ils adoptent des comportements sexuels inadaptés à leur âge. Prise de risque, automutilation et tentative de suicide comptent également au nombre des changements comportementaux post-traumatiques. L'enfant peut adopter un comportement d'évitement et/ou d'attachement excessif vis-à-vis de ses parents ou de son entourage immédiat, avoir des accès de colère ou entrer en transe, manifester de l'inattention, de la confusion ou de la négligence, et manquer de réactivité. Des symptômes d'anxiété – peur excessive des étrangers, angoisse de la séparation, accès de panique, agitation, crises de colère et pleurs incontrôlés, entre autres – peuvent également apparaître. La détresse peut s'exprimer au travers d'autres comportements : l'enfant se ronger les ongles ou suce son pouce, change de comportement langagier ou développe des troubles d'ordre alimentaire. Les adolescents peuvent réagir très

différemment, en commençant par nier les symptômes et insister sur le fait qu'ils vont bien et qu'ils n'ont pas besoin d'aide. L'incitation à la conformité et la peur de la stigmatisation associée aux troubles de la santé mentale peuvent être particulièrement manifestes. Les adolescents peuvent éprouver de grandes difficultés à gérer des manifestations du syndrome de stress post-traumatique telles que les accès de colère, l'irritabilité ou la violence dirigée contre les autres ou contre eux-mêmes. L'examineur doit prendre le temps d'établir une relation de confiance et évaluer soigneusement les indicateurs indirects de souffrance morale, dont l'appétit, le sommeil, la capacité de nouer des amitiés et de se confier, l'automutilation, les comportements à risque et la gestion de la colère.

#### (d) Classification diagnostique

**584.** Lorsqu'il s'agit d'évaluer la santé mentale d'un enfant, il importe de faire la différence entre les comportements et émotions propres au stade de développement de l'enfant et les symptômes préoccupants. Des catégories diagnostiques identiques peuvent être problématiques à certains âges et s'inscrire dans le cadre d'un comportement normal chez des enfants plus jeunes. Comportement et symptômes doivent donc être évalués à la lumière des valeurs escomptées propres à un âge et à un stade de développement donnés, et du contexte culturel dans lequel l'enfant s'inscrit. En outre, la torture peut aggraver des troubles fonctionnels préexistants et entraîner la perte ou la régression d'aptitudes déjà acquises.

**585.** La liste ci-dessous complète la classification diagnostique propre aux adultes. Cette liste non exhaustive énumère des critères et diagnostics propres aux enfants et aux adolescents.

##### (i) Troubles post-traumatiques

**586.** Les événements traumatisants subis par une personne de leur entourage ou un adulte en qui ils ont confiance suscitent chez l'enfant le trouble et l'angoisse, même indirectement. Parce qu'il a besoin de ses proches pour se sentir en sécurité, l'enfant peut y voir une menace pour sa survie physique et psychologique<sup>504</sup>. En effet, dans le DSM-5 concernant le diagnostic des troubles post-traumatiques chez les enfants âgés de 6 ans au

<sup>502</sup> HCR, *Au cœur des faits*, p. 58 à 60.

<sup>503</sup> Voir Terr, « Childhood traumas » ; Zero to Three, *DC:0-5 Diagnostic Classification* ; Sironi, « "On torture un enfant" » ; et Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences*.

<sup>504</sup> Research Triangle Institute, *DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance* (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

plus, le critère A étend la définition du traumatisme au fait d'être témoin de l'expérience traumatisante subie par des tiers, en particulier ses proches, ou d'entendre parler. Les troubles post-traumatiques peuvent se manifester dès l'âge d'un an<sup>505</sup>. Le diagnostic chez les enfants de moins de 6 ans exclut les symptômes associés à leur aptitude à verbaliser des constructions mentales et des états émotionnels complexes tels qu'une faible estime de soi ou un sentiment de culpabilité. Par conséquent, le seuil de diagnostic du comportement d'évitement et des pensées négatives (critère C) a été abaissé de trois à un seul symptôme<sup>506</sup>.

- 587.** La reviviscence du traumatisme peut varier selon l'âge de l'enfant. Chez les jeunes enfants, les symptômes sont plus susceptibles de s'exprimer par le jeu, et l'exposition au traumatisme, ou sa reviviscence peut ne susciter aucune crainte. Les cauchemars des jeunes enfants peuvent être sans lien direct avec le traumatisme. Les parents peuvent faire état de changements émotionnels et comportementaux très divers, y compris dans les activités ludiques<sup>507</sup>.

### *(ii) Trouble d'anxiété de séparation*

- 588.** Peur ou anxiété excessive et inadéquate au stade de développement, face à la séparation d'avec les figures d'attachement de l'enfant, attestée par trois des manifestations suivantes : a) détresse excessive récurrente lors de l'anticipation ou de l'expérience de la séparation d'avec le domicile ou les principales figures d'attachement ; b) inquiétude persistante et excessive à l'idée de perdre ses principales figures d'attachement ou de les voir subir des préjudices tels que la maladie, les dommages corporels, les catastrophes ou la mort ; c) inquiétude persistante et excessive à l'idée de vivre un événement dramatique (se perdre, être kidnappé, avoir un accident ou tomber malade, par exemple) entraînant la séparation d'avec une figure d'attachement importante ; d) réticence persistante ou refus de sortir, de se rendre à l'école, au travail ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ; e) crainte ou réticence persistante et excessive à l'idée de se retrouver seul ou privé de figures d'attachement importantes au domicile ou dans d'autres contextes ; f) réticence persistante ou refus de dormir hors du domicile ou de s'endormir s'il n'est pas à proximité d'une figure d'attachement importante ; g) cauchemars répétés associés à la séparation ; et h)

plaintes répétées au sujet de symptômes physiques (tels que maux de tête, maux de ventre, nausées ou vomissements) au moment ou à la perspective de la séparation d'avec une figure d'attachement importante.

### *(iii) Phobie spécifique*

- 589.** Peur ou anxiété intense ressentie face à une situation ou un objet spécifique, disproportionnée par rapport au danger réellement encouru. Cette réaction, qui peut provoquer pleurs, accès de colère, figement ou cramponnement, est presque systématique, et sa cause est activement évitée, ou endurée avec une frayeur intense.
- 590.** On considère que la peur de situations (animaux, sorcières, monstres ou obscurité) ou d'objets (réels ou imaginaires) donnés fait partie du développement normal des jeunes enfants, qu'elle est généralement passagère et n'a qu'un effet légèrement perturbateur. Par conséquent, pour diagnostiquer une phobie spécifique, il importe de tenir compte de la durée de l'accès de peur ou d'anxiété, du comportement d'évitement, du degré de déficience et du stade de développement de l'enfant.

### *(iv) Troubles des fonctions sociales spécifiques à l'enfance et à l'adolescence*

- 591.** La classification CIM-11 répertorie les troubles des fonctions sociales typiques de l'enfance et de l'adolescence, associés à des distorsions et des privations environnementales flagrantes. On citera entre autres le mutisme sélectif, le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance et le trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition. Le mutisme sélectif, qui se manifeste le plus souvent dans la petite enfance, se caractérise par une sélectivité marquée appliquée à la parole et déterminée par des facteurs émotionnels. Le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, caractérisé par des anomalies persistantes dans le modèle de relations sociales de l'enfant et dans ses relations avec ses parents, se manifeste en réaction à des bouleversements environnementaux, avant l'âge de 5 ans. Le trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition se traduit par un attachement diffus vers l'âge de 2 ans et un comportement de cramponnement dans la petite enfance, et/ou par un comportement amical et

**505** Ibid.

**506** Ibid.

**507** Ibid.



une recherche d'attention sans discernement dans la petite ou la moyenne enfance. Ce schéma est associé à des discontinuités marquées dans l'entourage de l'enfant ou à des placements familiaux répétés.

(v) *Trouble des conduites*

**592.** Les critères de diagnostic du trouble des conduites énumérés dans le DSM-5 sont la violation persistante et répétée des règles ou normes sociales, voire des droits d'autrui, en ce inclus les voies de fait à l'encontre de personnes ou d'animaux, la destruction de biens, la duplicité ou le vol, et la transgression grave des règles en vigueur. Le diagnostic comporte deux critères : la manifestation et le degré d'émotivité sociale. Il semble que les traumatismes jouent un rôle majeur dans l'apparition et la persistance du trouble des conduites, et que nombre de jeunes chez lesquels un tel trouble a été diagnostiqué ont vécu l'une ou l'autre expérience traumatisante<sup>508</sup>. Les facteurs de risque environnementaux énumérés dans le DSM-5 comprennent la violence physique et sexuelle et l'exposition à la violence dans l'environnement. Le DSM-5 souligne la nécessité de tenir compte du contexte dans lequel s'inscrivent les comportements indésirables associés au trouble des conduites, et sur le risque de poser un diagnostic erroné dans des circonstances où le comportement est considéré comme quasi normatif – dans des zones de conflit, des endroits dangereux ou des lieux à forte criminalité.

(vi) *Trouble d'opposition*

**593.** Les caractéristiques diagnostiques du trouble oppositionnel comprennent des manifestations fréquentes et persistantes de colère/d'irritabilité et un comportement agressif/provocateur ou vindicatif (critère A). Les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans son attribution causale. Les premiers symptômes apparaissent généralement au stade préscolaire et se manifestent rarement au-delà du début de l'adolescence.

(vii) *Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle*

**594.** Les critères diagnostiques du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle comprennent des accès de colère sévères, récurrents, exprimés de manière

verbale et/ou comportementale, et d'une intensité et d'une durée disproportionnées en regard de la situation ou de l'élément déclencheur. Ces symptômes sont incompatibles avec le stade de développement de l'enfant et se manifestent trois ou quatre fois par semaine en moyenne. Entre les crises, l'enfant se montre presque constamment d'humeur irritable ; ces symptômes doivent persister pendant 12 mois au minimum et survenir dans au moins deux ou trois contextes différents (à l'école, au domicile et avec ses pairs). Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur les causes de ce trouble, la dysrégulation dans l'enfance semble être liée à des violences et traumatismes interpersonnels<sup>509</sup>. La validité du diagnostic a été établie pour les enfants de 7 à 18 ans ; il doit donc être limité à cette tranche d'âge.

(e) *Contexte familial*

**595.** La torture a de profondes répercussions sur les familles, que la victime soit un enfant ou un adulte. La torture, de même que le fait de vivre dans un climat social et politique de violence et d'oppression, peut avoir une incidence considérable sur le fonctionnement et la santé mentale des parents. Il importe donc de tenir compte des facteurs environnementaux et contextuels qui affectent la famille et l'enfant, tels que la séparation des membres de la famille et ses circonstances, les voies de communication pendant la séparation, les menaces pesant sur les membres de la famille, les circonstances de la réunification, les facteurs de stress liés au processus de réinstallation (tels que la perte du statut social et économique), l'intégration culturelle, le racisme, les aides sociales, ainsi que les partis-pris liés à la demande d'assistance (dont la crainte d'attirer l'attention des autorités sur la famille), pour n'en citer que quelques-uns.

**596.** De nombreux parents rescapés de la torture craignent d'être submergés par leurs propres sentiments, dont la honte et la culpabilité<sup>510</sup>. Ils peuvent également éprouver des difficultés à faire face au ressenti manifeste ou latent de leurs enfants et se sentir responsables des épreuves endurées<sup>511</sup>. Il arrive également que les parents d'enfants victimes de la torture se sentent coupables de leur impuissance à les protéger, ce qui peut avoir une incidence sur leur parentalité. Ce sentiment d'impuissance peut être

**508** Ricky Greenwald, « The role of trauma in conduct disorder », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 6, n° 1 (2002), p. 5 à 23 ; Pratibha Reebye et al., « Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder : sex differences and onset patterns », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, n° 8 (2000), p. 746 à 751.

**509** Yael Dvir et al., « Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 22, n° 3 (2014), p. 149 à 161.

**510** Center for Victims of Torture, *Healing the Hurt : A Guide for Developing Services for Torture Survivors* (Minneapolis, 2005), chap. 2.

**511** Ibid.

exacerbé dans les environnements coercitifs propices à la violence où les enfants et les adolescents sont exposés à de multiples dangers. L'autorité parentale sur les adolescents peut s'en trouver affaiblie également.

**597.** La torture peut avoir de nombreuses incidences sur la capacité des victimes à remplir leur rôle de parents. Leur énumération excède le cadre de ce chapitre ; il convient néanmoins de noter qu'elles doivent être prises en compte à la lumière de l'âge, de la culture et du stade de développement de l'enfant. Il convient en outre de s'intéresser aux enjeux liés à des considérations générales telles que l'abandon moral d'enfant et les violences physiques, sexuelles et psychologiques dans leurs cadres juridiques et sociaux locaux.

#### (f) Rôle de la famille

**598.** La famille joue un important rôle dynamique dans la symptomatologie persistante chez les enfants, notamment à travers des comportements dysfonctionnels et des transferts de rôles destinés à préserver la cohésion. Certains membres de la famille, souvent des enfants, se voient assigner le rôle de patients et développent des troubles sérieux. Parfois, on surprotège les enfants ou on leur cache des faits importants relatifs au traumatisme. D'autres fois, on les investit de rôles d'adultes et on attend d'eux qu'ils veillent sur leurs propres parents, ce qui peut entraver leur développement et entraîner l'apparition d'une symptomatologie dépressive ou d'un comportement agressif. Les parents atteints de troubles post-traumatiques peuvent manifester à l'encontre de leur enfant des accès de colère et de violence, ainsi que d'autres formes de violence domestique, qui peuvent traumatiser ce dernier. Lorsque les enfants ne sont pas directement victimes de la torture, les adultes ont tendance à en sous-estimer l'incidence sur leur psyché et leur développement. Pourtant, un enfant dont un proche a été persécuté, violé ou torturé ou qui a été témoin d'événements traumatisants risque de développer des sentiments dysfonctionnels, comme de se sentir coupable des événements ou responsable du fardeau de ses parents. Cela peut entraîner des troubles durables de culpabilité, de conflits de loyauté, et entraver le développement personnel et l'évolution vers l'âge adulte.

## D. Les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexes, et la torture et autres mauvais traitements

**599.** Du fait de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur expression du genre ou de leurs caractéristiques sexuelles, les lesbiennes, gays, bissexuels, transgenres et intersexes sont fréquemment stigmatisés et déshumanisés, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux violations des droits de l'homme, notamment à la persécution, à la criminalisation, à l'incarcération, à la torture et aux mauvais traitements. Les travaux de recherche portant sur les enfants et les jeunes homosexuels, bissexuels et transgenres montrent qu'ils s'exposent durablement à des violences physiques et psychologiques graves, au préjudice de leur santé mentale<sup>512</sup>. Les demandeurs d'asile adultes homosexuels, bissexuels et transgenres également font l'objet de persécutions ciblées préjudiciables à leur santé mentale<sup>513</sup>. Du fait de la stigmatisation et de la pathologisation dont elles ont été victimes, y compris dans le domaine de la santé, les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexes peuvent éprouver de grandes difficultés à dévoiler leur identité, y compris à l'évaluateur.

**600.** Le clinicien chargé d'examiner une victime présumée appartenant à la communauté des lesbiennes, gays, bissexuels et transgenres devrait obéir à certaines considérations afin d'éviter de la pathologiser ou de réactiver son traumatisme. Appliquer certains principes fondamentaux peut contribuer à procurer aux victimes de la torture un sentiment de sécurité et à créer un climat de respect qui les incite à livrer leur témoignage sans réserve, et permettre au clinicien de mieux identifier leurs besoins (d'ordre médical, psychosocial et juridique) :

(a) Garder à l'esprit que la diversité en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression du genre et de caractéristiques sexuelles n'a rien d'anormal et qu'il n'est pas question de maladie mentale ;

(b) Prendre la mesure des effets délétères des persécutions subies par les enfants, les jeunes et

<sup>512</sup> Edward J. Alessi, Sarilee Kahn et Sangeeta Chatterji, « "The darkest times of my life" : recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity », *Child Abuse & Neglect*, vol. 51 (2016), p. 93 à 105.

<sup>513</sup> Rebecca A. Hopkinson et al., « Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers », *Journal of Homosexuality*, vol. 64, n° 12 (2017), p. 1650 à 1666.

les adultes homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexes sur leur santé physique et mentale<sup>514</sup> ;

**(c)** Être au fait des facteurs sociaux, culturels et politiques spécifiques susceptibles d'avoir influé sur la santé physique et mentale de ces personnes<sup>515</sup> ;

**(d)** S'intéresser aux persécutions et mauvais traitements liés à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre que la victime peut avoir subis pendant l'enfance et l'adolescence<sup>516</sup> ;

**(e)** Créer un climat favorable incitant les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes à parler librement de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre ;

**(f)** Ne pas perdre de vue que l'expérience acquise, entre autres facteurs, peut avoir incité les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes à dissimuler leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leurs caractéristiques sexuelles, le nom qu'elles ont choisi ou les pronoms de leur genre lors d'interactions antérieures avec les autorités ;

**(g)** Employer, dans la mesure du possible, les noms propres et les pronoms de genre privilégiés par le sujet parce qu'il s'y identifie ;

**(h)** Être attentif à son propre comportement et avoir conscience de ses partis-pris et de leur possible influence sur la qualité des échanges avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes ;

**(i)** Adopter une approche intersectionnelle, interculturelle et interreligieuse et s'efforcer d'identifier les obstacles auxquels se heurtent les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes porteuses d'autres identités stigmatisées et/ou minoritaires (par exemple, une personne séropositive, un réfugié, un travailleur du sexe ou une personne handicapée) ;

**(j)** Ne pas tenter d'influer sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre du sujet ;

**(k)** Ne pas chercher d'explication à l'orientation sexuelle et l'identité de genre des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres ;

**(l)** Ne pas présumer de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre d'un sujet sur la base de son apparence ou de son expression du genre.

**601.** Le lecteur trouvera des informations complémentaires sur les questions d'identité, d'intervention et d'évaluation dans les lignes directrices de l'American Psychological Association<sup>517</sup>, entre autres références.

<sup>514</sup> Alessi et al., « The darkest times of my life ».

<sup>515</sup> Ibid.

<sup>516</sup> Ibid.

<sup>517</sup> American Psychological Association, *Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (2011).



**Rôle des  
professionnels de  
la santé chargés  
de documenter  
les faits de torture  
et autres mauvais  
traitements  
dans différents  
contextes**



**602.** L'implication des professionnels de la santé dans les enquêtes sur la torture et autres mauvais traitements ne se limite pas à des évaluations cliniques exhaustives à des fins juridiques. Il arrive également qu'ils découvrent des faits de torture et autres mauvais traitements dans des contextes non juridiques<sup>518</sup> tels que les soins de santé périodiques et les inspections ou examens sanitaires. Ce chapitre précise le rôle des professionnels de la santé dans les contextes juridiques et non juridiques et fournit des orientations sur les moyens d'enquêter efficacement<sup>519</sup> dans ces contextes. Si elles visent principalement à aider les professionnels de la santé travaillant dans des contextes non juridiques à s'acquitter de leur obligation d'enquêter sur la torture et autres mauvais traitements, ces orientations n'ont pas pour objet de fournir des directives détaillées en vue des évaluations cliniques. Les professionnels de la santé travaillant dans des contextes non juridiques devraient se reporter à tous les chapitres pertinents du Protocole d'Istanbul et à ses annexes, en particulier les chapitres II, IV, V et VI et les annexes I à IV. Le présent chapitre vise également à préciser le rôle des professionnels de la santé dans le suivi et la prévention de la torture et autres mauvais traitements, l'objectif premier des rencontres cliniques étant souvent la prévention, et non l'évaluation d'allégations spécifiques ou la prestation de soins de santé. Les orientations fournies ici reposent sur des considérations telles que les obligations connexes de l'État et les obligations déontologiques des professionnels de la santé, la contextualisation et l'examen des défis particuliers auxquels ces derniers peuvent être confrontés selon les contextes.

## A. Obligations de l'État et obligations déontologiques des professionnels de la santé

**603.** Pour satisfaire aux obligations mises à la charge des États par le droit international et s'acquitter

de leurs propres obligations déontologiques, les professionnels de la santé ont le devoir de documenter et de signaler les faits de torture et autres mauvais traitements, quel qu'en soit le contexte. Comme indiqué aux chapitres I et III, les États sont tenus de respecter et de garantir le droit de chacun de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres mauvais traitements. Cela inclut l'obligation de prévenir la torture et les autres formes de mauvais traitements, d'enquêter, de documenter les faits et d'en poursuivre les auteurs<sup>520</sup>. Les États doivent également prendre les mesures législatives, administratives, judiciaires ou autres propres à prévenir les actes de torture sur tout territoire relevant de leur juridiction<sup>521</sup>. Ces obligations sont détaillées dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme (voir chap. I). En outre, comme indiqué au chapitre II, les obligations spécifiquement mises à la charge des professionnels de la santé travaillant dans des établissements pénitentiaires en matière de documentation et de signalement des faits de torture et autres mauvais traitements sont énoncées dans les Règles Nelson Mandela<sup>522</sup> et les instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme<sup>523</sup>. Le Protocole d'Istanbul et ses Principes indiquent aux États comment s'acquitter de leur obligation d'enquêter avec diligence sur les faits de torture et autres mauvais traitements.

**604.** Les associations internationales de professionnels de la santé telles que l'Association médicale mondiale, la World Psychiatric Association et le Conseil international des infirmières ont également défini des principes déontologiques relatifs aux devoirs universels fondamentaux qui incombent aux professionnels de la santé relevant de leur autorité de documenter et de signaler la torture et autres mauvais traitements (voir par. 147 et 155 ci-dessus). Comme indiqué aux paragraphes 177 à 182 ci-dessus, quel que soit le statut de leur employeur (étatique ou non étatique) ou leur cadre de travail (carcéral ou non carcéral), tous les professionnels de la santé ont l'obligation

<sup>518</sup> La notion de « contexte non juridique » désigne les rencontres cliniques dont l'évaluation d'éventuels actes de torture ou de mauvais traitements n'est pas l'objectif explicite ou implicite, même si les informations recueillies dans ce contexte peuvent en définitive servir de preuves dans le cadre d'actions en justice, comme c'est souvent le cas dans les affaires de violence domestique, d'agression sexuelle et de maltraitance des enfants et des personnes âgées.

<sup>519</sup> Dans les contextes non juridiques, la collecte d'informations et l'enquête exigent généralement des professionnels de la santé qu'ils commencent par apprécier la possibilité de torture et/ou de mauvais traitements sur la base des observations du clinicien (lésions corporelles et/ou détresse psychologique, par exemple) et des antécédents de contact avec les tortionnaires éventuels, avant de procéder à une évaluation clinique visant à documenter les faits puis de rapporter les preuves cliniques de torture et/ou de mauvais traitements.

<sup>520</sup> Convention contre la torture, art. 12.

<sup>521</sup> Ibid., art. 2.

<sup>522</sup> Bien qu'il ne s'agisse pas d'obligations conventionnelles, les règles Nelson Mandela fournissent des orientations universelles aux professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes privées de leur liberté.

<sup>523</sup> Comité européen pour la prévention de la torture, 23<sup>e</sup> rapport général du CPT (voir chap. III, par. 71 et suivants) ; Commission interaméricaine des droits de l'homme, Principes et bonnes pratiques de protection des personnes privées de liberté dans les Amériques ; et Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Lignes directrices et mesures pour l'interdiction et la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en Afrique (Lignes directrices de Robben Island).



déontologique de documenter et de signaler les cas allégués et présumés de torture et autres mauvais traitements. Cette obligation devrait être conciliée avec d'autres principes déontologiques fondamentaux (éviter de nuire, respecter la confidentialité et garantir l'autonomie), et les conditions à satisfaire pour documenter et signaler la torture et les mauvais traitements sans le consentement de la victime devraient faire l'objet d'une attention particulière (voir les paragraphes 177 et 178 ci-dessus). Comme indiqué au paragraphe 155 ci-dessus, lorsque des victimes présumées consentent explicitement à subir une évaluation clinique et signalent des actes de torture ou autres mauvais traitements, le clinicien a le devoir impératif de documenter et de signaler la torture ou les mauvais traitements dès lors qu'ils sont avérés. Selon l'Association médicale mondiale, le manquement à cette obligation constituerait une forme de complicité<sup>524</sup>.

**605.** Faute de consentement, ou si la torture alléguée ou avérée représente une menace pour la victime ou pour des tiers, voire soulève des problèmes systémiques, les professionnels de la santé doivent faire état de leurs préoccupations et signaler les faits sans pour autant enfreindre le secret médical.

## B. Contextes dans lesquels il peut être nécessaire de recueillir des informations

**606.** Les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des allégations de torture et de mauvais traitements dans de nombreux contextes :

**(a)** Garde à vue ou détention policière ou militaire :

- (i)** Évaluations cliniques à l'initiative des détenus ;
- (ii)** Évaluations cliniques obligatoires durant la détention (examen initial lors du placement en détention et bilans de santé de détenus isolés, par exemple) ;
- (iii)** Examens réguliers tels que les bilans de santé ;
- (iv)** Consultations de médecine générale avec des professionnels de la santé ;

**(v)** Surveillance des lieux de détention et de privation de liberté (mécanisme national de prévention, institution nationale des droits de l'homme, Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Comité international de la Croix-Rouge, Comité européen pour la prévention de la torture, Commission interaméricaine des droits de l'homme, Rapporteurs spéciaux et ONG/organisations de la société civile, par exemple) ;

**(vi)** Différents types d'inspections sanitaires institutionnelles ;

**(b)** Immigration (avec ou sans privation de liberté) :

- (i)** Examen clinique des demandeurs d'asile ;
- (ii)** Consultations de médecine générale avec des professionnels de la santé ;
- (iii)** Évaluation clinique à titre d'examen préliminaire ;

**(c)** Établissements de santé, instituts psychiatriques et institutions sociales :

- (i)** Consultations de médecine générale avec des professionnels de la santé ;
- (ii)** Inspections sanitaires institutionnelles ;
- (iii)** Bilans sanitaires réguliers ;

**(d)** Contexte national et international ad hoc :

- (i)** Allégations de torture ou de mauvais traitements dans le cadre de missions d'enquête sur les droits de l'homme ;
- (ii)** Évaluations médicales demandées par les cours et tribunaux régionaux et internationaux ;

**(e)** Établissements de santé, services d'urgence et centres de soins d'urgence :

- (i)** Consultations de médecine générale avec des professionnels de la santé ;

<sup>524</sup> Résolution de l'Association médicale mondiale sur la responsabilité des médecins.

**(f) Autres contextes :**

- (i)** Enquêtes des ONG et évaluations individuelles des victimes présumées ;
- (ii)** Centres de réadaptation et de traitement des victimes de la torture.

**607.** Dans ces contextes, l'objectif premier d'une rencontre clinique peut varier. Dans certains cas, il s'agira d'évaluer les faits allégués et présumés de torture et de mauvais traitements et/ou la fourniture de services de soins de santé et, dans d'autres, de contrôler les conditions de détention et d'existence des personnes privées de liberté, en ce inclus la prestation des soins de santé, en vue de prévenir la torture et les mauvais traitements. En outre, les rencontres cliniques peuvent avoir lieu dans des contextes tant juridiques que non juridiques. L'évaluation clinique d'une personne privée de liberté devrait être envisagée dans un contexte juridique compte tenu de sa vulnérabilité et du risque accru de torture et de mauvais traitements dans les lieux de détention.

**608.** Des examens médicaux obligatoires sont réalisés au moment du placement en détention, régulièrement pendant la durée de celle-ci, et préalablement au transfert vers un autre établissement ou à la remise en liberté du détenu. Il s'agit à la fois d'évaluer l'état de santé du détenu et de prévenir la torture et les mauvais traitements.

## C. Obstacles

**609.** Les professionnels de la santé chargés d'évaluer les victimes présumées de violence, qu'il s'agisse de torture, de violence domestique, de maltraitance d'enfants ou d'autres formes de mauvais traitements, peuvent rencontrer des obstacles majeurs préjudiciables à l'efficacité de la démarche. Pour s'acquitter de leur obligation de documenter et de signaler la torture et autres mauvais traitements, les professionnels de la santé devraient identifier et aplanir ces obstacles. Pour remplir leurs obligations en matière de prévention de la torture et respecter le principe de responsabilité, les professionnels de la santé du secteur public doivent identifier et aplanir les obstacles susceptibles de compromettre l'efficacité de la documentation des cas de torture et de mauvais traitements. Ces obstacles – dont le risque de réactivation du traumatisme, la convergence des conditions et compétences indispensables à la bonne conduite des entretiens

(sécurité, confiance, empathie et confidentialité, par exemple), les considérations spécifiques aux questions de genre et aux enfants, et les réactions émotionnelles du sujet et du professionnel de la santé susceptibles d'avoir une incidence négative sur l'évaluation clinique et les parties prenantes – sont détaillés aux paragraphes 269 à 302 ci-dessus. Lorsqu'ils procèdent à l'évaluation clinique de cas allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements, les professionnels de la santé devraient être au fait des garanties procédurales propres à assurer la conduite d'évaluations sûres, déontologiques, efficaces et affranchies de toute influence induite (voir par. 312 à 315 ci-dessus), des obstacles à la communication et des compétences et techniques nécessaires pour les surmonter, comme indiqué au paragraphe 325 ci-dessus, y compris le recours à des interprètes (voir par. 296 à 298 ci-dessus), et des modalités d'évaluation des incohérences susceptibles de résulter des difficultés que le sujet éprouve à se remémorer et à relater des expériences traumatisantes (voir par. 342 à 353 ci-dessus). Le chapitre IV fournit également des indications sur l'interprétation des résultats cliniques et ses limites (voir par. 379 à 389 ci-dessus).

**610.** Les professionnels de la santé qui rencontrent des victimes présumées de torture ou de mauvais traitements dans les contextes susmentionnés, en particulier les contextes non juridiques, peuvent être confrontés à des difficultés supplémentaires, parmi lesquelles :

### 1. La crainte des représailles

**611.** Comme indiqué précédemment, la torture étant une infraction commise par des représentants de l'État, ou avec leur assentiment tacite ou explicite, les professionnels de la santé peuvent craindre des représailles s'ils procèdent à une évaluation clinique et/ou formulent des interprétations qui vont dans ce sens. Le cas échéant, ils devraient comprendre qu'ils ont l'obligation professionnelle de documenter et de signaler la torture et les mauvais traitements dès lors que le sujet y a librement consenti, et que le manquement à cette obligation constitue une forme de complicité. De plus, il n'est pas à exclure que la pratique de la torture soit répandue dans des lieux où les professionnels de la santé s'exposent à des représailles, ce qui souligne encore l'importance de l'évaluation clinique et de la collecte d'informations. Ils devraient être conscients, lors de la conduite de leurs évaluations cliniques, des garanties procédurales propres à limiter le risque de

représailles (voir par. 312 à 315 ci-dessus). En outre, comme indiqué au paragraphe 179 ci-dessus, les professionnels de la santé devraient s'efforcer de collaborer avec des organes de surveillance et d'enquête indépendants, ainsi qu'avec des organisations professionnelles nationales et internationales, afin d'atténuer les craintes de représailles.

- 612.** Les examens cliniques réalisés non dans un établissement médical, mais au sein d'une prison, voire d'une cellule, peuvent comporter des risques accrus en termes de sécurité, de respect de la vie privée, de représailles et de différentes formes de pression dont le professionnel de la santé doit avoir conscience. Par ailleurs, les examens menés dans de telles circonstances peuvent produire de faux négatifs.

## **2. Le manque de formation**

- 613.** Les professionnels de la santé devraient se familiariser avec les normes établies par le Protocole d'Istanbul en matière de collecte d'informations, notamment en prenant dûment connaissance du Protocole et de ses Principes, en participant à des formations et en bénéficiant de l'expérience de leurs collègues, si possible dans le cadre d'un système de mentorat. Les États devraient veiller à ce que les professionnels de la santé qui relèvent de leur autorité bénéficient de formations de ce type, et les établissements universitaires devraient les inclure dans leurs programmes d'enseignement professionnel et de formation continue. Il s'agirait d'y aborder les aspects pertinents du Protocole d'Istanbul.
- 614.** Les professionnels de la santé devraient être conscients de l'obligation déontologique qui leur incombe de documenter et de signaler la torture et autres mauvais traitements, et acquérir les connaissances et compétences professionnelles nécessaires pour s'en acquitter. L'absence de formation ne dispense en rien de l'obligation déontologique susmentionnée.

## **3. La charge de travail et le manque de temps et d'effectifs**

- 615.** Tout comme c'est le cas pour la violence domestique, l'agression sexuelle, la maltraitance d'enfants et d'autres formes de violence, le manque de temps ne libère pas le professionnel de la santé de son obligation d'évaluer des faits allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements. Une évaluation

clinique peut être condensée sans pour autant déroger aux Principes d'Istanbul. Les professionnels de la santé devraient consacrer à l'entretien le temps nécessaire à une évaluation efficace et fixer un rendez-vous de suivi, voire orienter le sujet vers un autre professionnel de la santé doté des compétences adéquates, si l'évaluation requiert plus d'un entretien.

- 616.** Les professionnels de la santé devraient consigner toutes les observations et informations relevées au cours des entretiens et évaluations cliniques, ainsi que les conditions dans lesquelles elles se sont déroulées (leur durée et leur cadre, par exemple), comme indiqué au paragraphe 270 ci-dessus, tout en respectant la confidentialité et la vie privée du sujet.

## **4. Le manque d'espace et l'inadéquation des conditions professionnelles**

- 617.** Les conditions d'évaluation peuvent être difficiles, en raison du manque d'intimité, du lieu de l'entretien ou du fait que la personne soit entravée, par exemple. Comme indiqué aux paragraphes 315 et 354 ci-dessus et à l'annexe I, toutes les évaluations devraient être menées dans le respect du droit à la vie privée et sans limitations ni restrictions. Le cas échéant, toute restriction devrait figurer dans le rapport du clinicien.
- 618.** Les professionnels de la santé devraient veiller à demander – si possible par écrit – aux autorités de leur fournir un environnement adéquat et de leur permettre de disposer de l'équipement, du temps et des effectifs dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs obligations. Au besoin, ils peuvent se référer aux normes internationales et scientifiques pertinentes. Il est conseillé de conserver une copie de cette correspondance.

## **5. L'obligation de non-divulgaration**

- 619.** Les victimes de la torture peuvent être réticentes à divulguer les faits ou à les aborder lors du premier entretien, et la présence de tiers ou la crainte des représailles, entre autres, peut ajouter à leur réserve. Le professionnel de la santé devrait apprendre comment encourager la victime à se confier, être attentif aux signes éventuellement révélateurs d'autres actes de torture – les sévices sexuels, en particulier (voir par. 274 à 276 ci-dessus) – qu'elle souhaiterait passer sous silence dans un premier temps, et s'y attarder

lorsqu'ils se présentent au cours de l'examen des systèmes corporels ou de l'examen médical complet<sup>525</sup>.

## 6. Le traumatisme vicariant et l'épuisement professionnel

**620.** Comme indiqué aux paragraphes 300 et 302 ci-dessus, les professionnels de la santé qui n'ont pas conscience de l'incidence indirecte des traumatismes d'autrui risquent d'avoir des réactions aussi dommageables pour eux-mêmes que pour la victime présumée. La connaissance et l'atténuation des traumatismes vicariants conditionnent l'efficacité de l'évaluation et le bien-être de l'évaluateur. C'est particulièrement vrai pour les cliniciens qui travaillent seuls, bénéficient peu du soutien de leurs pairs, sont soumis à des niveaux élevés de stress et supportent de lourdes charges de travail.

## D. Accomplissement des obligations déontologiques

**621.** Comme indiqué aux paragraphes 159 à 172 ci-dessus, tous les professionnels de la santé qui se trouvent en présence de victimes présumées de la torture ou d'autres mauvais traitements, quel que soit l'objectif premier de l'entretien ou le contexte dans lequel il a lieu, sont tenus de s'acquitter de leurs obligations déontologiques fondamentales, nonobstant leurs obligations avérées ou supposées envers des tiers. Dans des cas extrêmes, en raison des risques encourus par la victime présumée, l'obligation de non-malveillance peut justifier qu'aucune mesure subséquente visant à documenter, évaluer et signaler les faits ne soit appliquée. Dans le même temps, l'obligation déontologique de documenter et de signaler les faits permet d'écarter le risque de complicité passive des professionnels de la santé.

**622.** Documenter et signaler la torture et autres mauvais traitements peut être particulièrement difficile lorsque les professionnels de la santé subissent des pressions réelles ou supposées exercées par des tiers tels qu'un employeur du secteur public, incompatibles avec leurs obligations déontologiques. Lorsque les faits allégués de torture ou de mauvais traitements ont été commis au sein de l'établissement où la victime présumée est détenue, celle-ci peut être particulièrement exposée. Dans de telles circonstances, l'obligation

déontologique qui incombe au professionnel de la santé d'agir dans l'intérêt supérieur de la victime et dans le respect des principes d'autonomie, de confidentialité et de non-malveillance peut entrer en conflit avec leur obligation de documenter et de signaler les faits de torture et les mauvais traitements et de prévenir toute atteinte à autrui.

**623.** Même alors, les professionnels de la santé ne devraient jamais négliger les faits de torture avérés, présumés ou allégués. En cas de suspicion de torture ou de mauvais traitements, quel que soit le cadre ou l'objectif de l'entretien clinique, ils devraient systématiquement :

**(a)** s'efforcer d'obtenir du sujet son consentement en connaissance de cause et signaler toute obligation de signalement ;

**(b)** procéder conformément aux Principes d'Istanbul dès lors que le sujet a consenti à l'évaluation clinique et au signalement ;

**(c)** à défaut de consentement, et à la lumière de leurs obligations déontologiques, n'envisager de porter atteinte à la confidentialité que dans le respect des conditions fixées aux paragraphes 177 et 178 ci-dessus ;

**(d)** recenser anonymement les pratiques locales en matière de torture et de mauvais traitements et les dénoncer aux institutions nationales et internationales des droits de l'homme ;

**(e)** évaluer la nécessité d'orienter le sujet vers d'autres cliniciens à des fins de traitement ou en vue d'examen complémentaires.

### 1. Obligations avérées ou supposées envers des tiers

**624.** Comme indiqué aux paragraphes 173 à 182 ci-dessus, les dilemmes découlant d'obligations avérées ou supposées envers des tiers tels qu'un employeur du secteur public ou une chaîne de commandement militaire peuvent compromettre le respect des obligations déontologiques fondamentales des professionnels de la santé. Quelles que soient les circonstances, ces derniers ne sauraient être contraints par des engagements contractuels ou d'autres considérations à manquer à leurs obligations déontologiques ou à compromettre leur indépendance.

<sup>525</sup> Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians, *Quality Standards for Healthcare Professionals* (Normes de qualité pour les professionnels de la santé).

## 2. Préjugés explicites et implicites

**625.** Les préjugés explicites sont des pensées conscientes concernant un groupe spécifique de personnes et sont aisément reconnaissables par la personne ayant ces idées et par d'autres dans le cadre d'interactions ordinaires<sup>526</sup>. Les préjugés implicites sont des pensées inconscientes concernant un groupe spécifique de personnes. Parce qu'ils sont inconscients, les préjugés implicites sont susceptibles d'imprégner tous les aspects de la démarche, même s'agissant de professionnels de la santé qui travaillent avec des groupes tels que les victimes de la torture ou autres mauvais traitements, en particulier si elles se trouvent en détention. Il importe de percevoir les préjugés implicites et explicites et d'en pondérer les effets dans les interactions avec les sujets, les clients et les victimes présumées, de manière à ne pas agir en fonction de ces préjugés.

## 3. Possibilités d'orientation limitées

**626.** Manque de spécialistes, résistances au sein du système à l'égard de l'orientation, obstacles économiques, problèmes d'accessibilité et inadéquation des normes en matière de transfert et d'examen dans les établissements de santé peuvent limiter les possibilités d'orientation. Cela rend d'autant plus primordiale la collecte initiale d'informations sur la torture ou les mauvais traitements.

## E. Orientations et procédures

**627.** Les cliniciens devraient systématiquement tout mettre en œuvre pour s'acquitter de l'obligation déontologique qui leur incombe de documenter et de signaler la torture et autres mauvais traitements, quel que soit le contexte. Le Protocole d'Istanbul et ses Principes devraient être leur premier cadre de référence.

### 1. Évaluations cliniques dans les contextes juridiques

**628.** Les chapitres IV, V et VI et les annexes I à IV contiennent des indications détaillées sur les évaluations cliniques de la torture et autres mauvais traitements dans les contextes juridiques. Certains des points essentiels repris ici visent uniquement à

mettre en lumière les différences entre les évaluations cliniques réalisées dans des contextes juridiques et non juridiques. Les professionnels de la santé devraient se référer aux chapitres IV, V et VI et aux annexes I à IV pour s'assurer que les évaluations cliniques qu'ils mènent dans des contextes juridiques répondent aux normes établies par le Protocole d'Istanbul.

**629.** L'État est tenu d'enquêter sur toute allégation de torture ou de mauvais traitements<sup>527</sup>, en soumettant notamment les preuves physiques et psychologiques à des évaluations cliniques conformes au Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Quels que soient la nature (pénale, civile, administrative ou autre) et le contexte (en détention ou en dehors de celle-ci) de l'affaire, l'État doit confier ces évaluations à des experts en temps opportun. Comme indiqué au chapitre IV (voir par. 354 et 355, 379 et 382 ci-dessus) et à l'annexe I, selon les Principes d'Istanbul, les professionnels de la santé devraient fournir une interprétation de l'ensemble de leurs observations et formuler un avis sur la possibilité de torture ou de mauvais traitements.

**630.** Les dispositions du Protocole d'Istanbul offrent une certaine flexibilité quant au niveau de détail du rapport médico-légal. La teneur des évaluations médico-légales peut varier tant que celles-ci sont conformes aux Principes d'Istanbul. Les États devraient élaborer des politiques et procédures d'application du Protocole d'Istanbul par les professionnels de la santé qui relèvent de leur autorité, visant notamment leurs obligations en matière d'évaluation. Il s'agirait également, entre autres, de définir dans ce cadre des modalités d'évaluation normalisées permettant d'en garantir la qualité et l'exactitude, et de consacrer le principe de responsabilité. Les professionnels de la santé qui ne relèvent pas de l'autorité de l'État, en revanche, ne devraient pas être tenus de se conformer à ces modalités.

**631.** Dans tous les cas de torture ou autres mauvais traitements allégués ou présumés, le professionnel de la santé est tenu de respecter le Protocole d'Istanbul et de ses Principes et de n'accepter aucune restriction émanant par exemple d'un procureur ou d'un juge. Cette obligation l'emporte donc sur les restrictions obéissant éventuellement à des considérations légales. Il convient de noter que les cliniciens qui évaluent la santé de personnes privées de liberté,

<sup>526</sup> Chloë FitzGerald et Samia Hurst, « Implicit bias in healthcare professionals : a systematic review », *BMC Medical Ethics*, vol. 18, n° 1 (2017).

<sup>527</sup> Convention contre la torture, art. 12 : « Tout État partie veille à ce que les autorités compétentes procèdent immédiatement à une enquête impartiale chaque fois qu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un acte de torture a été commis sur tout territoire sous sa juridiction. »



par exemple dans le cadre des examens sanitaires périodiques des détenus, de la prestation de soins de santé aux prisonniers et des visites de contrôle des conditions de détention, devraient être formés et habilités à réaliser des évaluations cliniques conformément au Protocole d'Istanbul et à ses Principes, compte tenu de la possibilité de torture et de mauvais traitements dans les lieux de détention.

**632.** Bien qu'ils ne procèdent pas en son nom, les professionnels de santé qui ne relèvent pas de la compétence de l'État doivent respecter les normes minimales énoncées dans les Principes d'Istanbul lorsqu'ils formulent un avis médico-légal sur des faits de torture ou de mauvais traitements dans le cadre d'une procédure judiciaire.

## 2. Évaluations cliniques dans les contextes non juridiques

**633.** Dans les contextes non juridiques, les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des lésions corporelles et à des manifestations de stress psychologique dans le cadre de la prestation de soins ou de l'évaluation de l'état de santé des victimes. Le cas échéant, ils devraient interroger le sujet sur la cause de ces lésions ou de ce stress et les circonstances qui y sont liées, y compris la possibilité qu'il ait été détenu par des représentants de l'État, dont les forces de l'ordre. Les professionnels de la santé devraient toujours garder à l'esprit que toute personne privée de liberté est exposée à la torture et à d'autres formes de mauvais traitements.

**634.** Si le sujet allègue avoir été torturé, ou s'il y a lieu de s'interroger sur la possibilité de torture ou de mauvais traitements infligés par un représentant de l'État ou avec son assentiment, le clinicien devrait procéder comme suit pour documenter et signaler les faits (voir annexe I) :

**(a)** s'efforcer d'obtenir du sujet son consentement en connaissance de cause comme décrit aux paragraphes 165 à 171 et 273 ci-dessus, en veillant notamment à l'informer de toute obligation de signalement avant de procéder à une évaluation ;

**(b)** exclure toute tierce personne de la salle d'évaluation afin de garantir le respect de la vie privée du sujet. Voir les paragraphes 312 à 315 ci-dessus pour des indications supplémentaires sur la présence de tiers lors d'une évaluation ;

**(c)** interroger le sujet sur la cause de toute lésion corporelle ou manifestation de détresse psychologique ;

**(d)** relever et évaluer tout symptôme ou handicap physique et/ou psychologique potentiellement lié aux violences alléguées ;

**(e)** procéder à un examen physique dirigé de tous les systèmes organiques susceptibles d'être en rapport avec des sévices allégués, y compris une brève évaluation de l'état mental du sujet et une estimation des risques d'atteinte à soi-même et à autrui ;

**(f)** documenter toutes les lésions constatées, y compris celles qui pourraient être associées à des sévices allégués ou présumés, au moyen de schémas anatomiques (voir annexe III) et, si possible, de photographies ;

**(g)** En cas d'allégation ou de suspicion de mauvais traitements fondée sur des observations ou des résultats cliniques, et pour autant que la victime présumée ait donné son consentement en connaissance de cause, le professionnel de la santé doit :

**(i)** adresser le sujet à des services de consultation et d'expertise médico-légale aux fins de l'évaluation des mauvais traitements allégués ou présumés et du traitement des troubles de la santé physique et mentale ;

**(ii)** aviser les autorités compétentes, informer le sujet de son droit à bénéficier d'une évaluation clinique réalisée par des spécialistes indépendants ne relevant pas de l'autorité de l'État et, dans la mesure du possible, l'orienter vers des spécialistes ;

**(h)** Les cliniciens qui appliquent le Protocole d'Istanbul et ses Principes peuvent envisager de mesurer la compatibilité des résultats cliniques avec la (les) méthode(s) de torture alléguée(s) et de formuler un avis sur la possibilité de torture ou de mauvais traitements tels que définis dans la Convention contre la torture (voir par. 382 à 385, 424 et 425, et 546 à 548 ci-dessus) ;

**(i)** au besoin, fournir une copie des informations collectées/de l'évaluation aux autorités compétentes, au sujet et/ou au représentant légal de ce dernier, mais pas aux responsables de l'application des lois. Les professionnels de la santé devraient conserver

l'ensemble de ces informations dans des dossiers médicaux confidentiels ;

(j) S'il n'est pas en mesure de réaliser une évaluation complète, le clinicien devrait en indiquer le(s) motif(s) et chercher des alternatives ;

(k) En cas de signes de torture ou autres mauvais traitements, le clinicien devrait tout mettre en œuvre pour éviter que la victime présumée soit renvoyée là où les faits allégués ou présumés se seraient produits.

- 635.** Les professionnels de la santé indépendants qui ne relèvent pas de l'autorité de l'État appelés à procéder à l'évaluation clinique de faits de torture ou autres mauvais traitements allégués ou présumés dans des contextes non juridiques ne sont pas soumis aux mêmes exigences en matière de preuve que ceux qui opèrent dans un cadre juridique. Il serait judicieux, le cas échéant, que les premiers appliquent les Principes d'Istanbul et consignent tout élément qui n'y obéirait pas – lorsqu'une enquête de terrain ayant trait aux droits de l'homme ne permet pas, faute de temps, de mener des évaluations psychologiques exhaustives, par exemple.
- 636.** Lorsqu'ils évaluent les informations recueillies et les observations cliniques, les professionnels de la santé devront envisager la possibilité que le sujet ne révèle pas toute l'étendue des sévices qu'il a subis. Les sévices sexuels, en particulier, peuvent être passés sous silence, comme indiqué aux paragraphes 274 à 276 ci-dessus ; de plus, la capacité du sujet à se remémorer en détail ce qu'il a vécu peut dépendre de nombreux facteurs, y compris le stress occasionné par la situation, s'il est en détention par exemple (voir par. 342 à 353 ci-dessus). La privation de liberté peut également influencer sur son état mental et les symptômes psychologiques qu'il décrit. Enfin, les cliniciens peu instruits des critères d'identification et de documentation des lésions corporelles sont plus susceptibles de négliger des observations physiques qui n'échapperaient pas à des cliniciens plus expérimentés.
- 637.** Les évaluations cliniques menées dans des contextes non juridiques devraient réunir toutes les informations constitutives d'une évaluation médico-légale exhaustive telle que décrite dans le Protocole d'Istanbul – à savoir, entre autres, les antécédents cliniques pertinents, les allégations ou les présomptions de mauvais traitements, les symptômes physiques et psychologiques et les résultats d'un examen physique et psychologique complet. Il s'agit de poser un diagnostic clinique,

d'identifier les besoins en matière de traitement, de détailler les mesures prises en vue d'effectuer des tests, d'entamer un traitement et de réorienter le sujet si nécessaire. À des fins juridiques, le dossier du sujet doit être joint, les circonstances de l'évaluation précisées et le rapport du clinicien daté et signé.

## F. Signalement et réglementation

- 638.** L'obligation qui incombe aux professionnels de la santé de signaler les faits de torture et autres mauvais traitements est exposée au chapitre II (voir par. 148, 155 et 177 à 182 ci-dessus), de même que les éléments susceptibles d'y faire obstacle si la victime présumée n'y consent pas. Il importe également de connaître les textes législatifs et réglementaires nationaux relatifs au signalement des allégations de torture ou de mauvais traitements. Il n'est pas rare que ces textes (les codes de procédure pénale et les lois relatives à la médecine légale ou à la santé, par exemple) imposent aux professionnels de la santé l'obligation de signaler de tels faits et méconnaissent le principe du consentement en connaissance de cause. Comme indiqué au paragraphe 175 ci-dessus, les professionnels de la santé sont tenus de s'acquitter de leurs obligations déontologiques fondamentales, même si elles entrent en conflit avec la loi.
- 639.** Comme indiqué au paragraphe 315 ci-dessus, les évaluations cliniques des victimes présumées devraient être transmises à une autorité judiciaire ou à toute autre autorité indépendante distincte du cadre dans lequel les faits se seraient produits, mais jamais aux services chargés de l'application de la loi. Les procédures connexes peuvent être définies ou clarifiées par l'intermédiaire des institutions nationales des droits de l'homme et des mécanismes nationaux de prévention.
- 640.** Les politiques en matière de documentation et de signalement visant à garantir le plein respect des obligations mises à la charge des professionnels de la santé devraient être élaborées par les institutions de l'État en concertation avec les organes internationaux de surveillance et de prévention de la torture, ainsi qu'avec les associations nationales et internationales de professionnels de la santé. Elles peuvent être particulièrement utiles à ceux d'entre eux qui travaillent dans les centres de détention, car il arrive qu'ils n'aient que peu de contacts avec leurs pairs. Les associations nationales de professionnels de la santé et les institutions nationales des droits de

l'homme s'impliquent activement dans la définition des procédures de collecte d'informations et de signalement des faits de torture ou mauvais traitements allégués ou présumés, en particulier lorsque les autorités de détention ne fournissent pas d'indications pertinentes.

## **G. Contrôler et garantir la qualité des évaluations formelles**

**641.** Les États ne sauraient se contenter d'instaurer des pratiques et procédures conformes aux dispositions du

Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Comme indiqué aux paragraphes 674 à 679 ci-dessous, il leur incombe de contrôler et de garantir la qualité des évaluations formelles relatives à des faits allégués ou présumés de torture ou autres mauvais traitements, et de prendre au besoin des mesures correctives. Les États devraient en outre veiller à ce que les évaluations ad hoc soient réalisées par des professionnels de la santé. Les expertises médico-légales formelles doivent être menées conformément aux dispositions du Protocole et à ses Principes.



# Application du Protocole d'Istanbul



**642.** Le Protocole d'Istanbul a été élaboré dans l'optique de définir des normes spécifiques des Nations Unies pour la conduite d'enquêtes cliniques et judiciaires efficaces sur les allégations de torture ou de mauvais traitements. S'il a permis de remédier à l'absence d'orientations normatives concernant l'obligation conventionnelle qu'ont les États d'enquêter sur les cas de torture et de mauvais traitements, il ne fournissait aucune indication quant aux moyens d'appliquer les normes pertinentes. Ce chapitre se propose de guider les États et les membres de la société civile dans la mise en œuvre du Protocole, sur la base de la vaste expérience des parties prenantes à cet instrument. En tant que porteurs de devoirs en matière de droits de l'homme, les États sont tenus de prévenir efficacement la torture et les mauvais traitements, d'en poursuivre les auteurs et de veiller à ce que les victimes obtiennent réparation. Bien qu'elles aient pour vocation première d'aider les États à remplir leurs obligations en matière de droits de l'homme, les orientations fournies dans ce chapitre s'adressent également aux membres de la société civile, qui peuvent s'y référer pour encadrer l'application du principe de responsabilité étatique en matière de lutte contre la torture et autres mauvais traitements et identifier les mesures spécifiques de mise en œuvre auxquelles elle peut contribuer.

**643.** Depuis 1999, un certain nombre de professionnels de la justice et de la santé œuvrent, aux côtés d'autres défenseurs des droits de l'homme, à implanter les normes établies par le Protocole d'Istanbul dans une quarantaine de pays. Cette expérience à grande échelle a permis de mieux identifier les besoins et difficultés liés à l'application du Protocole<sup>528</sup>. En 2012, quatre organisations partenaires (Médecins pour les droits de l'homme, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Human Rights Foundation of Turkey et Redress Trust) ont élaboré une série de directives pratiques – connues sous le nom de « Plan d'action du Protocole d'Istanbul » – en vue de l'application du Protocole par les États. Ce plan d'action a été reconnu et soutenu par la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme en 2012<sup>529</sup> et par le Rapporteur spécial sur la question de la torture en 2014<sup>530</sup>.

**644.** Les directives pratiques du Plan, appliquées dans un certain nombre de pays, ont contribué à améliorer

les processus d'enquête sur les faits de torture et autres mauvais traitements. Les orientations incluses dans ce chapitre s'appuient sur les éléments fondamentaux du Plan d'action du Protocole d'Istanbul, ainsi que sur la vaste expérience des parties prenantes à l'élaboration et à la rédaction de la présente édition du Protocole<sup>531</sup>. Elles visent à aider les États à implanter les normes établies par le Protocole d'Istanbul et à renforcer le cadre indispensable à l'efficacité des enquêtes médico-légales et judiciaires relatives à la torture et autres mauvais traitements. Ces orientations peuvent également encadrer l'application du principe de responsabilité dans la conduite, par les États, d'enquêtes efficaces.

## A. Conditions nécessaires à la bonne application du Protocole d'Istanbul

**645.** Ces 20 dernières années, les acteurs de l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul ont appris que l'efficacité des enquêtes cliniques et judiciaires sur la torture et les mauvais traitements dépendait d'un certain nombre de conditions interdépendantes exigeant une mise en place progressive. Les États devraient s'efforcer de réunir les conditions suivantes :

### 1. Reconnaissance officielle des normes établies par le Protocole d'Istanbul

**646.** La torture et les mauvais traitements sont des violations commises par des représentants de l'État, à leur instigation ou avec leur assentiment. Pour garantir l'application homogène du principe de responsabilité au sein des organes gouvernementaux compétents, il est essentiel que les États prennent les mesures législatives et administratives nécessaires à la reconnaissance officielle et à l'institutionnalisation des normes établies par le Protocole d'Istanbul au sein des services et effectifs concernés, dont les procureurs, les avocats (y compris les avocats désignés par les tribunaux), les juges, les représentants des forces de l'ordre et les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, le personnel militaire, les professionnels de la santé et de la médecine légale, et les personnes chargées des soins de santé aux détenus.

<sup>528</sup> Haar et al., « The Istanbul Protocol : a stakeholder survey » (voir note de bas de page 7 dans l'introduction ci-dessus), qui présente les résultats d'une enquête menée auprès de 220 parties prenantes au Protocole d'Istanbul dans 30 pays et portant sur les conditions dans lesquelles elles travaillent et les défis auxquels elles sont confrontées.

<sup>529</sup> Déclaration de la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Navanethem Pillay, le 24 février 2012.

<sup>530</sup> A/69/387, par. 56 et 74.

<sup>531</sup> Vincent Iacopino et al., « Istanbul Protocol implementation in Central Asia: bending the arc of the moral universe », *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 69 (2020).



## 2. Volonté politique

**647.** La volonté politique nécessaire, au niveau national, à l'éradication de ces pratiques est l'une de clés de l'efficacité des enquêtes sur les faits de torture et autres mauvais traitements. Elle doit se manifester dans toutes les agences gouvernementales compétentes et requiert l'engagement d'institutions telles que les forces de l'ordre, les forces de sécurité et de lutte antiterroriste, les services médicaux et médico-légaux, le système judiciaire, les prisons et les ministères, en faveur de la mise en œuvre de réformes administratives, législatives et judiciaires. Cette volonté politique devrait s'exprimer dans le cadre d'une action globale, cohérente et durable. Des mesures correctives limitées telles que la formation de groupes cibles en l'absence d'autres réformes politiques de fond traduisent un engagement inadéquat de la part des acteurs étatiques, voire une tentative délibérée de faire taire les appels à des mesures correctives efficaces. Mobiliser la volonté politique nécessaire pour éradiquer la torture et autres mauvais traitements exige souvent des États qu'ils prennent la pleine mesure de ces pratiques, appliquent la « tolérance zéro » à leur égard et adoptent un plan d'action national d'application du Protocole d'Istanbul fondé sur un état des lieux de leur nature et de leur portée. Pour ce faire, ils peuvent se baser sur les orientations présentées ici. En définitive, l'efficacité des politiques de lutte contre la torture et les mauvais traitements se mesure à la capacité de l'État à prévenir de tels crimes, à en poursuivre les auteurs et à veiller à ce que les victimes obtiennent réparation.

## 3. Efficacité du système de justice pénale

**648.** Les systèmes de justice pénale rencontrent souvent toute une série de difficultés lorsqu'il s'agit d'assurer, entre autres :

- (a) la jouissance des garanties fondamentales lors de l'arrestation et de la détention ;
- (b) la conduite d'enquêtes sur les actes de torture et les mauvais traitements et la poursuite des faits ;
- (c) l'évaluation médico-légale des victimes présumées ;
- (d) la conduite, par les forces de l'ordre, d'enquêtes relatives à des infractions alléguées sans recours à

la torture ou aux mauvais traitements pour obtenir des aveux ;

- (e) la défense juridique des victimes présumées ;
- (f) l'interdiction d'invoquer comme éléments de preuve des informations obtenues par la torture ou les mauvais traitements dans quelque procédure que ce soit ;
- (g) l'application de sanctions aux auteurs et aux complices ;
- (h) la mise en place de mesures visant à protéger et à promouvoir les droits des personnes privées de liberté ayant des besoins particuliers ;
- (i) le suivi systématique de toutes les pratiques susceptibles d'être constitutives d'actes de torture ou de mauvais traitements ;
- (j) l'application du principe de responsabilité et l'exercice d'un suivi par des agents de l'État en cas d'allégations de torture ou de mauvais traitements ;
- (k) l'octroi de garanties procédurales et la mise en place de mécanismes de mise en cause des responsabilités pour faire face à l'éventualité de représailles contre des victimes présumées ;
- (l) l'octroi de mesures de réparation, y compris de moyens de réadaptation, aux victimes de la torture ou autres mauvais traitements.

**649.** La capacité d'un État à enquêter efficacement sur les faits de torture et autres mauvais traitements et à attester la réalité des faits est souvent fonction de l'efficacité de son système de justice pénale, l'État devant notamment être doté d'une législation qui érige la torture et les mauvais traitements tels que définis dans la Convention contre la torture et d'autres traités internationaux pertinents<sup>532</sup> en une infraction autonome et de règles de procédure pénale et d'administration de la preuve qui respectent les droits des accusés et des détenus, avoir la volonté et la capacité avérées d'éradiquer la corruption, et assurer une séparation effective entre les forces de l'ordre, le personnel médical et les membres de l'appareil judiciaire. Les services médico-légaux de l'État devraient être indépendants vis-à-vis des forces

<sup>532</sup> Il appartient aux États d'adopter d'autres définitions qui offrent une protection plus efficace que l'article premier de la Convention contre la torture (par exemple, la Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture).

de l'ordre et des autorités judiciaires et/ou militaires. Les cliniciens ne relevant pas de l'autorité de l'État devraient être habilités à apprécier les éléments de preuve physiques et psychologiques conformément aux normes établies par le Protocole d'Istanbul. Le Protocole et ses Principes fournissent aux systèmes juridiques – en particulier la justice pénale – un cadre normatif visant à garantir la prévention de la torture et autres mauvais traitements, l'application du principe de responsabilité et la réparation des préjudices.

#### 4. Adéquation des ressources financières et humaines

**650.** Les États devraient affecter les ressources financières et humaines nécessaires à l'application progressive des normes établies par le Protocole d'Istanbul et à la création des conditions requises, notamment en mettant l'accès sur le respect de l'éthique médicale et en mobilisant un personnel judiciaire et médico-légal qualifié et, en particulier, un nombre suffisant de professionnels de la santé possédant les qualifications cliniques appropriées (voir par. 303 à 308 ci-dessus), dont des cliniciens spécialisés dans la santé mentale. Le déploiement de ces effectifs nécessite généralement un appui financier à long terme.

#### 5. Bonne gouvernance

**651.** Le modèle de gouvernance d'un État influence sa capacité à engager une réforme significative dans le domaine des droits de l'homme. La torture et les mauvais traitements sont des actes de violence à l'antithèse de la bonne gouvernance. Selon le HCDH, la bonne gouvernance englobe « le plein respect des droits de l'homme ; l'état de droit ; la participation effective ; les partenariats multipartites ; le pluralisme politique ; la transparence et l'application du principe de responsabilité dans les procédures et dans les activités des institutions ; l'efficacité et l'efficacé du secteur public ; la légitimité ; l'accès à la connaissance, à l'information et à l'éducation ; la disponibilité de moyens d'action politique ; l'équité ; la viabilité ; des attitudes et des valeurs qui favorisent la responsabilité, la solidarité et la tolérance »<sup>533</sup>. En outre, « la bonne gouvernance est le processus par lequel les institutions publiques conduisent des affaires publiques, gèrent des ressources publiques et garantissent la réalisation des droits de l'homme sans abus ni corruption,

et dans le respect de l'état de droit »<sup>534</sup>. Au-delà du rôle crucial qu'elle joue dans l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul, la bonne gouvernance offre souvent un recours utile contre les circonstances propices à la torture et autres mauvais traitements. Le succès des mesures correctives de lutte contre la torture, dont l'application du Protocole d'Istanbul, dépend donc des capacités de l'État en termes de transparence, d'application du principe de responsabilité, de fonctionnalité institutionnelle, de renforcement des capacités, d'équilibre des pouvoirs et de respect de l'état de droit, ainsi que de l'implication des organisations, mouvements et représentants de la société civile dans le dialogue avec les acteurs étatiques.

#### 6. Coopération

**652.** Les mesures visant à éradiquer la torture et autres mauvais traitements exigent des institutions nationales, régionales et internationales, y compris les Nations Unies et d'autres organisations multilatérales, et des ONG qu'elles coopèrent. Cette coopération, qui dépend largement de la volonté de l'État de mettre fin à ces pratiques, peut être facilitée par des accords connexes ou subordonnée à la présentation de preuves mutuellement convenues de la volonté politique des parties et des progrès réalisés. Les partenariats et accords de coopération contribuent à instaurer une relation de confiance et à dégager une interprétation commune des défis en présence et des mesures correctives nécessaires. Cette coopération autorise le déploiement de nombreuses mesures d'assistance technique, parmi lesquelles l'identification des pratiques et politiques propices à la torture et autres mauvais traitements, l'élaboration d'un plan d'action national en faveur de la prévention de la torture et autres mauvais traitements, l'application contraignante des principes de responsabilité et de réparation des préjudices, le renforcement global des capacités des groupes cibles concernés, et le suivi de la bonne application de ces mesures, y compris les pratiques efficaces d'enquête sur la torture et autres mauvais traitements.

#### 7. Participation active de la société civile

**653.** Les acteurs de l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul savent, à la lumière de leur expérience, que la torture et les mauvais

<sup>533</sup> Voir [www.ohchr.org/fr/good-governance/about-good-governance](http://www.ohchr.org/fr/good-governance/about-good-governance).

<sup>534</sup> Voir la section « Le HCDH et la bonne gouvernance » du site web du HCDH ([www.ohchr.org/fr/good-governance](http://www.ohchr.org/fr/good-governance)). Voir également le Programme des Nations Unies pour le développement, *Towards Human Resilience : Sustaining MDG Progress in an Age of Economic Uncertainty* (New York, 2011), chap. 8 sur les principes de gouvernance ; et Conseil de l'Europe, « 12 principes de bonne gouvernance démocratique » (2018).

traitements ne peuvent être contrés qu'avec la participation active de la société civile. Les États qui pratiquent la torture et autres mauvais traitements se retranchent souvent derrière la puissance publique pour dissimuler leurs crimes et faire barrage aux réformes. Les États déterminés à mettre un terme à la torture et autres mauvais traitements devraient encourager les organisations et mouvements de la société civile, ses représentants et les organisations professionnelles à s'engager activement dans la lutte contre ces pratiques, notamment en se conformant aux dispositions du Protocole d'Istanbul. Ils devraient également promouvoir la création d'un réseau national de cliniciens affranchis de l'appareil gouvernemental et chargés d'évaluer les allégations de torture, de contrôler la qualité et l'exactitude des évaluations étatiques et de participer à la réforme des politiques connexes, au renforcement des capacités et aux initiatives d'éducation du public. Les États devraient en outre veiller à ce que les juristes et cliniciens qui ne relèvent pas de leur autorité aient accès à toutes les informations pertinentes (dossiers, données d'enquête et évaluation de victimes présumées, entre autres) en cas d'allégations de nature médico-légale ou de décès en détention.

## B. Pour une application efficace du Protocole d'Istanbul

**654.** Les acteurs de l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul ont jugé utile d'organiser leur action en trois phases complémentaires – évaluation, renforcement des capacités et réforme des politiques – et interdépendantes, mais pas forcément séquentielles. Ainsi, la bonne application du Protocole pourrait se structurer comme suit :

### 1. Phase I

**655.** Dans la phase initiale, les acteurs de la prévention de la torture sont généralement confrontés à la nécessité de susciter un consensus sur la nature et l'étendue de la problématique de la torture et autres mauvais traitements, l'importance des normes établies par le Protocole d'Istanbul et l'utilité des partenariats fonctionnels. La phase I vise essentiellement à :

- a) évaluer les circonstances et difficultés propres à chaque pays ;
- b) sensibiliser les pouvoirs publics et la société civile aux normes établies par le Protocole d'Istanbul ;
- c) développer des partenariats connexes entre les agences gouvernementales, les

organisations de la société civile et les organisations internationales de défense des droits de l'homme.

### 2. Phase II

**656.** La deuxième phase vise principalement le transfert des connaissances et compétences essentielles et le déploiement de mesures de mise en œuvre des réformes politiques. Il s'agit plus précisément : a) d'installer la capacité d'appliquer les normes établies par le Protocole d'Istanbul aux enquêtes relatives aux allégations de torture et de mauvais traitements dans les groupes cibles concernés (experts médico-légaux de l'État, experts cliniques et médico-légaux de la société civile et autres professionnels de la santé, procureurs, juges et avocats) ; b) d'instituer des réformes politiques visant à garantir l'efficacité des enquêtes relatives à la torture et aux mauvais traitements ; et c) d'élaborer un plan d'action national de lutte contre la torture comprenant l'application du Protocole d'Istanbul.

### 3. Phase III

**657.** En général, une fois que le cadre nécessaire au renforcement durable des capacités a été établi et que les réformes politiques correctives requises ont été identifiées, une application efficace du Protocole d'Istanbul suppose généralement le transfert des activités de mise en œuvre aux acteurs locaux de la société civile et aux acteurs étatiques, l'institutionnalisation des normes et pratiques établies par le Protocole d'Istanbul et la mise en place d'un suivi des résultats des mesures d'application engagées. Les objectifs spécifiques de la phase III comprennent : a) le transfert à la société civile locale et aux acteurs étatiques des activités de renforcement des capacités et de réforme politique ; b) l'intégration des meilleures pratiques dans le fonctionnement des institutions gouvernementales et professionnelles ; c) le renforcement de la collaboration et du travail en réseau au niveau régional ; et d) la vérification de la qualité et de l'exactitude de l'évaluation médico-légale des allégations de torture ou de mauvais traitements.

## C. Réformes administratives, législatives et judiciaires

**658.** De nombreux États pratiquent la torture et les mauvais traitements en toute impunité car leurs systèmes législatifs et judiciaires sont dépourvus du cadre normatif et des garanties institutionnelles nécessaires à la prévention des violations et à

L'application des principes de responsabilité et de réparation des préjudices. Il arrive même d'y trouver des dispositions propices à la torture et aux mauvais traitements. Les systèmes de justice pénale qui retiennent l'aveu comme premier mode de preuve dans les procédures judiciaires peuvent, par action ou par omission, favoriser la pratique de la torture et les mauvais traitements. L'efficacité des pratiques d'enquête découlant du Protocole d'Istanbul peut exiger de certains États qu'ils procèdent à des réformes administratives, législatives et judiciaires ; il s'agirait notamment pour eux de définir et de criminaliser les actes de torture et les mauvais traitements conformément aux obligations mises à leur charge par la Convention contre la torture et d'autres traités internationaux pertinents, de ratifier le Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et d'en assurer l'application effective, et de se doter des mécanismes nationaux de prévention et d'autres organes de contrôle indépendants et efficaces. Ils devraient en outre veiller à ce que la législation pénale sur la torture et les mauvais traitements soit dûment appliquée, nonobstant l'existence de lois subordonnées sur l'abus de pouvoir ou les dommages corporels mettant en cause des représentants de l'État ou l'imposition de sanctions administratives. En outre, les États devraient veiller à ce que les règles d'administration de la preuve excluent les déclarations extorquées par la torture et les mauvais traitements, de même que tout autre élément de preuve obtenu à la suite de telles violations. L'un des moyens les plus efficaces de prévenir l'obtention de faux aveux par la torture ou les mauvais traitements est d'exiger que les aveux de culpabilité soient entendus en présence d'un juge après que le détenu a pu s'entretenir avec un conseiller juridique indépendant.

**659.** La torture et les mauvais traitements sont fréquents en détention dès lors que les États ne prévoient pas de garanties pour les personnes privées de liberté et ne disposent pas de mécanismes efficaces de dépôt de plainte. Les États devraient faire le nécessaire pour instituer des mécanismes de dépôt de plainte efficaces pour les personnes qui allèguent avoir subi la torture ou d'autres mauvais traitements et garantir leur protection contre les représailles et/ou l'intimidation. Pour assurer la protection des personnes privées de liberté, ils devraient :

**(a)** respecter les Règles Nelson Mandela et les autres normes pertinentes des Nations Unies ;

**(b)** informer les personnes privées de liberté de leurs droits dans une langue qu'elles comprennent ;

**(c)** leur garantir l'accès, dans le plus court délai, à l'avocat de leur choix lors de tous les entretiens et dans le cadre de toutes les procédures judiciaires ;

**(d)** leur permettre d'avoir des contacts avec leurs proches et de recevoir leur visite ;

**(e)** autoriser les organes de contrôle à effectuer des visites régulières ;

**(f)** garantir l'accès rapide à un juge *ex officio* dans les procédures pénales et le droit à l'*habeas corpus* dans toutes les procédures ;

**(g)** permettre aux personnes détenues dans un État étranger (un État autre que leur État de nationalité) d'avoir accès sans délai à leurs autorités consulaires ;

**(h)** veiller à ce que personne ne soit détenu dans un lieu secret ou non reconnu ;

**(i)** tenir des registres de détention rigoureux ;

**(j)** interdire la détention au secret et la détention à durée indéterminée, y compris dans les lieux de détention non officiels ;

**(k)** interdire l'invocation, comme éléments de preuve, d'informations obtenues par la torture ou les mauvais traitements, dans quelque procédure que ce soit ;

**(l)** veiller à ce que les entretiens soient compatibles avec les pratiques internationalement reconnues en matière d'application de la loi ;

**(m)** adopter des consignes générales pour l'évaluation et le signalement des allégations de torture ou autres mauvais traitements en détention, que ce soit dans un cadre civil ou militaire, conformément aux normes établies par le Protocole d'Istanbul ;

**(n)** veiller à l'existence de garanties appropriées pour des catégories spécifiques de détenus (femmes, mineurs d'âge, personnes âgées, ressortissants étrangers, minorités ethniques, lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexes, malades, personnes handicapées, personnes souffrant de troubles de la santé mentale ou de l'apprentissage, et autres groupes ou personnes susceptibles d'être particulièrement vulnérables pendant la détention).

**660.** Comme indiqué au paragraphe 186 ci-dessus, les États ont le devoir de mener avec diligence des enquêtes efficaces, approfondies, impartiales et indépendantes sur toutes les allégations de torture ou de mauvais traitements, avec la participation des victimes à tous les stades. Compte tenu de l'importance cruciale des preuves médico-légales de la torture, les États devraient mettre en place un système d'évaluation obligatoire de l'état de santé des personnes détenues, dont un examen médical initial au moment du placement en détention, toutes les 24 heures par la suite, à la demande du détenu, et avant les transferts vers d'autres lieux de détention, y compris en cas de détention provisoire<sup>535</sup>. La torture et les mauvais traitements étant des violations commises par des représentants de l'État, ou avec leur assentiment, il est essentiel que les États garantissent le droit des victimes présumées à bénéficier à tout moment pendant ou après leur détention d'une évaluation clinique réalisée par un ou plusieurs professionnels de la santé de leur choix, y compris dans les lieux de détention nécessitant une habilitation de sécurité. Les évaluations menées par des cliniciens ne relevant pas de l'autorité de l'État doivent être admissibles devant les tribunaux et bénéficier de la même considération que celles de leurs homologues du secteur public<sup>536</sup>. Les uns et les autres devraient avoir accès dans un délai inférieur à 24 heures aux victimes présumées de torture ou de mauvais traitements, qu'elles soient ou non en détention, afin d'évaluer les preuves physiques et psychologiques conformément aux normes établies par la Protocole d'Istanbul. Les États devraient veiller à ce que toutes les garanties procédurales du Protocole relatives à l'évaluation médico-légale des allégations de torture ou de mauvais traitements soient incorporées dans leur législation nationale, notamment dans leur code de procédure pénale et dans leur législation sanitaire et médico-légale (voir par. 312 à 315 ci-dessus).

**661.** Pour s'assurer que les victimes d'actes de torture et autres mauvais traitements obtiennent réparation, les États devraient se doter d'un cadre juridique solide prévoyant notamment des procédures civiles indépendantes de toute procédure pénale et consacrant le droit des victimes à la réadaptation. Il s'agirait notamment de prévoir des recours procéduraux effectifs, tant judiciaires que non judiciaires, visant à protéger, en droit et en pratique, le droit des victimes de ne pas être soumises à la

torture et aux mauvais traitements, et à garantir à ces dernières de moyens de réparation et de réadaptation. Le droit interne devrait prévoir les différentes formes de réparation reconnues en droit international, et les mesures accordées devraient être proportionnelles à la gravité de la (des) violation(s).

**662.** Les États devraient veiller à ce que tous les professionnels concernés (membres des forces de l'ordre, fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, experts légistes du secteur public et autres professionnels de la santé, procureurs, juges et avocats) soient formés aux bonnes pratiques d'évaluation clinique et judiciaire de la torture et des mauvais traitements, et à ce que les membres des forces de l'ordre reçoivent une formation spécifique sur les méthodes d'interrogatoire internationalement reconnues et les mesures efficaces de prévention de la torture et autres mauvais traitements. La formation des groupes cibles concernés devrait être incluse dans les programmes professionnels pertinents, ainsi que dans les cours de formation spécifique et de formation continue des effectifs qui exercent déjà dans les domaines relevant de leurs compétences. Avocats, juges et procureurs devraient être spécifiquement formés à l'application des dispositions du Protocole d'Istanbul et de ses Principes, l'accent étant mis sur les orientations relatives aux enquêtes judiciaires sur la torture et autres mauvais traitements et sur des questions médico-légales telles que l'évaluation des allégations de torture et autres mauvais traitements (voir chap. IV, V et VI et annexes I et IV) et les qualifications requises chez les experts cliniques agissant en qualité de témoin (voir par. 303 à 308). Ils devraient également avoir une connaissance spécifique de la règle d'exclusion de la preuve (voir par. 10 i), 16 et 264 ci-dessus) en vertu de laquelle les éléments de preuve obtenus par la torture ou les mauvais traitements sont irrecevables dans le cadre d'une procédure judiciaire. En outre, les représentants de l'État devraient être formés à identifier les allégations de torture et autres mauvais traitements et à agir en conséquence. Ceux qui ont travaillé à l'implantation des normes établies par le Protocole d'Istanbul ont élaboré un certain nombre de supports didactiques généraux et spécifiques à l'intention des juristes et des cliniciens concernés.

**663.** Les États devraient également veiller au respect des principes d'éthique légale et médicale visés

<sup>535</sup> Les évaluations sanitaires obligatoires relevant de la responsabilité des États, ce devrait être à eux d'en assumer le coût.

<sup>536</sup> Bien que les ONG, les cliniciens et les professionnels de la santé ne soient pas tenus, en droit international, d'évaluer les victimes présumées conformément au Protocole d'Istanbul, ils y sont vivement encouragés. En outre, il appartient à ces dernières de décider si elles souhaitent fournir des preuves et, le cas échéant, d'en choisir la nature.



au chapitre II, dont la non-participation des professionnels de la santé à une quelconque forme d'interrogatoire et l'obligation de documenter et de signaler toute allégation ou présomption de torture ou de mauvais traitement. Par ailleurs, les professionnels de la santé ne peuvent jouer aucun rôle dans l'imposition de sanctions disciplinaires ou autres mesures de restriction.

## D. Réforme nationale de la médecine légale et des professions de la santé

**664.** Pour s'acquitter de leur obligation de droit international de donner suite aux allégations de torture ou de mauvais traitements, les États doivent développer les pratiques, politiques et capacités propres à permettre aux experts légistes et cliniciens du secteur public d'enquêter efficacement sur de tels faits. Cette obligation s'étend également au soutien aux cliniciens du secteur privé, étant donné que l'application du principe de responsabilité aux crimes commis par l'État, parmi lesquels la torture et les mauvais traitements, doit offrir toutes les garanties d'indépendance et d'impartialité. En outre, les victimes de la torture ont le droit de s'adresser à des professionnels de la santé et à des experts cliniques indépendants, de marquer leur défiance à l'égard des services de l'État ou de ne pas s'en prévaloir dès lors que la torture est un crime imputable à ce dernier.

**665.** Les experts légistes et les cliniciens du secteur public sont susceptibles de rencontrer des victimes de la torture ou autres mauvais traitements dans le cadre médico-légal et dans d'autres contextes cliniques ou institutionnels. Quelles que soient les circonstances, ils sont tenus de recueillir les preuves cliniques de torture ou de mauvais traitements conformément aux normes établies par le Protocole d'Istanbul et de documenter efficacement les faits. Les institutions médico-légales et services de santé du secteur public doivent réviser et modifier les politiques et pratiques non conformes aux normes établies par le Protocole d'Istanbul, garantir l'efficacité des évaluations, offrir à tous les professionnels de la santé concernés la formation et le soutien requis, et veiller au respect des principes d'éthique pertinents.

**666.** L'un des principaux obstacles à l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul est le manque d'indépendance des professionnels de la santé dans le secteur public. La torture et les mauvais traitements étant des crimes d'État, les experts légistes et cliniciens du secteur public, qui sont placés sous l'autorité de ses représentants, peuvent se sentir plus ou moins encouragés à négliger ou à altérer des preuves cliniques de torture ou de mauvais traitements. Les institutions médico-légales et les services de santé devraient bannir systématiquement ces pratiques, l'Association médicale mondiale assimilant tout manquement à l'obligation de documenter et de dénoncer les faits de torture et autres mauvais traitements à une forme de complicité (voir par. 155 ci-dessus). Il incombe aux États – plus particulièrement à leurs institutions médico-légales et services de santé – de créer un environnement propice à la conduite d'évaluations médico-légales indépendantes et respectueuses de l'éthique. Les États ne peuvent s'acquitter pleinement de l'obligation qui leur incombe d'enquêter efficacement sur les allégations de torture ou de mauvais traitements que si leurs services cliniques et médico-légaux sont indépendants vis-à-vis des forces de l'ordre et des autorités judiciaires et/ou militaires. En dépit des changements administratifs conséquents que cela peut exiger, on ne saurait trop insister sur l'importance de l'indépendance clinique.

**667.** Les institutions médico-légales et services de santé indépendants de l'État devraient disposer de l'autorité et des fonds nécessaires au déploiement et à la supervision de dispositifs d'évaluation médico-légale et autres procédures cliniques pertinentes, ainsi que des ressources financières et humaines propres à évaluer efficacement les allégations de torture ou de mauvais traitements : effectifs/consultants qualifiés, interprètes professionnels, équipements médicaux et matériel photographique ; accès à l'imagerie diagnostique et aux analyses de laboratoire ; et délais suffisants pour réaliser les évaluations. Les États ne devraient ni interdire ni entraver la mise en place de services médico-légaux indépendants, ni être habilités à disposer d'experts légistes ou de cliniciens qui ne relèvent pas de son autorité.

**668.** Les institutions médico-légales et services de santé de l'État devraient veiller à ce que l'évaluation médico-légale des allégations de torture et de mauvais traitements soit réalisée sans délai (dans les 48 heures

suivant l'évaluation clinique initiale)<sup>537</sup> par des experts pour examiner les preuves physiques et psychologiques en toute objectivité et selon les normes établies par le Protocole d'Istanbul. Les experts légistes et professionnels de la santé relevant de l'autorité de l'État devraient avoir pour consigne d'enquêter sur toutes les allégations et présomptions de torture ou de mauvais traitements, même en l'absence de plainte ou de demande juridique spécifique. Les institutions médico-légales et services de santé de l'État devraient veiller à ce que les évaluations médico-légales et cliniques des victimes présumées de torture ou de mauvais traitements soient menées conformément aux dispositions du Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Pour garantir le respect des normes établies par le Protocole d'Istanbul, les États devraient envisager d'exiger des rapports d'évaluation standardisés basés sur le Protocole et ses Principes.

- 669.** Les institutions médico-légales et services de santé de l'État devraient veiller à ce que le droit interne, les réglementations pertinentes et les consignes générales adressées à l'ensemble des professionnels de la santé amenés à évaluer ou à rencontrer des victimes présumées de la torture ou autres mauvais traitements prévoient des garanties procédurales connexes.
- 670.** Les institutions médico-légales et services de santé de l'État devraient respecter le droit de chacun d'être évalué par le(s) professionnel(s) de la santé indépendant(s) de son choix, à tout moment pendant ou après sa détention. Les États doivent informer la victime présumée de ce droit et l'orienter vers d'autres professionnels de la santé si elle le souhaite.
- 671.** Les États devraient dispenser une formation sur la conduite d'enquêtes efficaces sur la torture et autres mauvais traitements. Les institutions médico-légales et services de santé de l'État devraient veiller à ce que l'ensemble des effectifs concernés soit formé au Protocole d'Istanbul et à ses Principes. Cela ne concerne pas uniquement les experts légistes de l'État, mais tous les cliniciens susceptibles de rencontrer des victimes présumées de la torture ou autres mauvais traitements. Comme indiqué aux chapitres IV et VII, les professionnels de la santé peuvent rencontrer des victimes de la torture ou autres mauvais traitements dans des contextes non médico-légaux où l'entretien a pour objectif premier l'évaluation de l'état de santé ou la fourniture de soins. Ils devraient bénéficier

d'une formation exhaustive qui ne néglige aucun aspect des évaluations cliniques, en particulier les conditions et compétences nécessaires à l'entretien, les qualifications cliniques, les garanties procédurales connexes, le contenu d'une évaluation exhaustive, y compris les preuves physiques et psychologiques, des orientations pour l'interprétation des constatations et conclusions, les limites du Protocole d'Istanbul, et les risques d'utilisation abusive. En outre, experts légistes et cliniciens devraient être spécifiquement formés aux obligations déontologiques pertinentes, y compris la résistance aux pressions institutionnelles en conflit avec leurs devoirs envers les sujets et les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements. Les pouvoirs publics devraient également déployer des dispositifs visant à aider les cliniciens à remplir leurs obligations déontologiques et à signaler les problèmes éventuels.

- 672.** Dispenser aux groupes de professionnels de la santé une formation interactive en présentiel, généralement assurée par des spécialistes indépendants de niveau national ou international, suivie d'un programme individuel de mentorat et de supervision des experts légistes et des cliniciens dans des situations réelles, peut être une approche efficace, généralement prolongée par des sessions de « formation des formateurs » visant à consolider les acquis. Former conjointement les professionnels de la santé et les juristes peut également accroître l'efficacité de cette approche, car les interactions entre les différents groupes cibles (experts légistes de l'État, autres professionnels de la santé et de la santé mentale, avocats, juges et procureurs) contribuent à dégager une interprétation commune des normes et procédures d'enquête, ainsi que des rôles et difficultés propres à chaque groupe. En outre, la participation de professionnels de la santé et de juristes de la société civile à la formation des représentants de l'État apporte généralement une plus-value en ce qu'elle permet aux uns et aux autres de poursuivre des objectifs communs.
- 673.** Les cliniciens indépendants qui ne relèvent pas de l'autorité de l'État contribuent de manière significative à l'efficacité des enquêtes sur la torture et autres mauvais traitements. En effet, il n'est pas rare que leur capacité de documenter les faits de torture et autres mauvais traitements en toute indépendance et en toute impartialité aide l'État à s'acquitter de son obligation de veiller à ce que les cas de torture et autres mauvais traitements fassent l'objet de mesures

<sup>537</sup> Ce délai doit permettre de recueillir et de préserver les preuves cliniques de la torture ou autres mauvais traitements, en particulier les preuves physiques, qui peuvent disparaître avec le temps.

de prévention et d'enquêtes efficaces, et contribue à l'application des principes de responsabilité, de réparation des préjudices et de réadaptation des victimes. Les États peuvent – et devraient – soutenir au mieux les cliniciens indépendants, notamment en assurant leur formation, en facilitant l'évaluation, par leurs soins, des allégations de torture et autres mauvais traitements, en veillant à ce que leurs évaluations médico-légales aient autant de poids dans les procédures judiciaires que celles des cliniciens du secteur public, et en soutenant l'action menée en faveur du renforcement des capacités et du travail en réseau.

## E. Application du Protocole d'Istanbul : suivi et responsabilité

**674.** Il est indispensable d'assurer le suivi de l'application du Protocole et d'en mesurer les résultats afin d'évaluer l'efficacité de l'action menée pour éradiquer la torture et les mauvais traitements. Le contrôle que l'État exerce sur ses fonctionnaires laisse souvent à désirer ; dans certains pays, il sert même à dissimuler la pratique de la torture et autres mauvais traitements. C'est pourquoi il est indispensable que des organes indépendants assurent le suivi de l'application du Protocole d'Istanbul et que leurs observations soient rendues publiques afin de garantir l'application du principe de responsabilité aux crimes commis par l'État. Les États devraient charger un organe de contrôle indépendant de superviser l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul et la création du cadre propice à des enquêtes efficaces sur les faits de torture et autres mauvais traitements.

**675.** La structure organisationnelle d'un organe de contrôle indépendant peut s'aligner sur les Directives concernant les mécanismes nationaux de prévention<sup>538</sup>. Actuellement, les organes indépendants existants peuvent déjà intervenir dans le suivi de l'implantation des normes établies par le Protocole d'Istanbul dans le cadre national. Quelle qu'en soit la structure organisationnelle, les organes de contrôle indépendants devraient être créés conformément aux Principes de Paris afin de garantir leur indépendance, leur légitimité et leur crédibilité. Que le suivi soit assuré par une institution nationale des droits de l'homme existante (une commission nationale des droits de l'homme ou un bureau de l'ombudsman, par exemple) ou par un nouvel

organe distinct, la participation de la société civile est indispensable, et la sélection de ses représentants devrait être transparente et ouverte à tous.

**676.** Il s'agirait notamment de contrôler que les conditions propices à l'application effective du Protocole d'Istanbul sont réunies (voir par. 645 à 653 ci-dessus), que des normes, procédures et structures propres aux professions du droit et de la santé sont élaborées, et que celles-ci bénéficient des formations adéquates. L'organe de contrôle indépendant devrait également s'assurer du bon fonctionnement du système national de collecte d'informations, en se concentrant entre autres sur l'efficacité globale du dispositif, l'accès rapide de chacun à une procédure d'enquête efficace, indépendante et impartiale en cas d'allégations de torture ou de mauvais traitements, et les données ventilées relatives à ces pratiques. Il peut également envisager de créer des comités consultatifs subsidiaires constitués d'experts indépendants du droit et de la santé chargés de lui fournir une assistance technique en vue du déploiement d'activités de suivi et de la formulation d'avis et de recommandations sur les mesures nécessaires.

**677.** L'organe de contrôle indépendant devrait s'efforcer de faire systématiquement valoir le principe de responsabilité à l'encontre des auteurs d'actes de torture ou de mauvais traitement en élaborant des orientations et des recommandations sur des questions spécifiques intéressant les groupes et sous-groupes professionnels, telles que le renforcement des capacités et les réformes politiques. Il devrait également s'efforcer de garantir l'application du principe de responsabilité individuelle dans le cadre de procédures visant à établir les responsabilités professionnelles engagées par des organismes professionnels compétents tels que les ordres d'avocats, les associations nationales de médecins et de psychologues, et les associations de juges. Dès lors qu'il apparaît que certaines personnes ont exercé leurs fonctions en violation du droit pénal national ou de toute autre législation pertinente (sous réserve de conformité avec les normes juridiques internationales), ou encore des règles professionnelles et autres principes d'éthique, c'est aux autorités compétentes, aux organismes professionnels et aux services d'octroi de licences qu'il appartient d'ordonner une enquête ou d'imposer des sanctions disciplinaires ou pénales.

<sup>538</sup> CAT/OP/12/5 ; et Association pour la prévention de la torture et Institut interaméricain des droits de l'homme, *Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture : Manuel de mise en œuvre*, édition révisée (Genève, 2010), p. 85 à 103.

- 678.** Les États devraient encourager et soutenir les activités de contrôle des organes des Nations Unies chargés de la lutte contre la torture et des droits de l'homme, des organismes régionaux analogues, ainsi que des organisations nationales et internationales de défense des droits de l'homme, afin d'assurer une surveillance efficace des représentants de l'État et de veiller à ce qu'ils assument la responsabilité de leurs actes en cas de torture ou autres mauvais traitements.
- 679.** Les États devraient veiller à ce que leurs politiques de protection des personnes qui dénoncent des manquements aux règles en vigueur couvrent le personnel médico-légal et le personnel de santé qui communiquent les résultats de l'évaluation d'allégations de torture et de mauvais traitements. Les États devraient également garantir la protection des témoins, fonctionnaires ou tierces personnes qui signalent des faits allégués de torture ou de mauvais traitements et sanctionner le manquement à cette obligation alors que des dispositifs de dénonciation confidentielle sont en place.

## F. Coopération, coordination et assistance technique

- 680.** Étant donné la responsabilité des acteurs étatiques dans les crimes de torture et autres mauvais traitements, la coopération, la coordination et l'assistance technique entre États et acteurs externes sont indispensables à la bonne application des normes établies par le Protocole d'Istanbul. Les États devraient coordonner les activités menées à cette fin avec l'aide d'ONG expérimentées, d'autres États, et d'institutions multilatérales telles que les Nations Unies, en particulier le HCDH, le Comité contre la torture, le Rapporteur spécial sur la question de la torture, le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, le Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, le Comité international de la Croix-Rouge, les organes régionaux chargés des droits de l'homme tels que le Comité européen pour la prévention de la torture et l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe.
- 681.** Les États devraient par ailleurs fournir une aide extérieure en vue de l'application du Protocole d'Istanbul au titre du soutien au développement, de l'état de droit, de la sécurité, de la coopération,

de la démocratisation et de l'édification d'une nation, en particulier dans les démocraties émergentes et les pays où la torture et les mauvais traitements étaient des pratiques établies.

## G. Société civile

- 682.** Si la responsabilité première de l'application des normes établies par le Protocole d'Istanbul et de la création du cadre propice à la conduite d'enquêtes efficaces sur la torture et les mauvais traitements incombe aux États, il n'est pas rare que la société civile en soit le pivot. Ces 20 dernières années, les membres de la société civile y ont en effet joué un rôle essentiel. Les participants à une récente enquête<sup>539</sup> menée auprès de 220 parties prenantes au Protocole d'Istanbul dans 30 pays ont déclaré se conformer aux normes du Protocole d'Istanbul dans le cadre de nombreuses activités liées aux enquêtes sur la torture et les mauvais traitements, à la prévention de ces pratiques, à l'application des principes de responsabilité, de réparation des préjudices et de réadaptation des victimes, ainsi qu'à la sensibilisation et à la mobilisation. La plupart des répondants ont déclaré se baser sur le Protocole pour informer le public, ordonner l'ouverture d'enquêtes, promouvoir l'intégration de ses dispositions dans le droit interne et la réforme des politiques, mener des campagnes de sensibilisation et de mobilisation, et en appliquer les normes dans les enquêtes judiciaires et les évaluations médico-légales des allégations de torture ou de mauvais traitements. Le Protocole d'Istanbul était également utilisé comme outil de prise en charge dans le cadre des traitements médicaux, des soins de santé mentale et des processus de réadaptation, et appliqué dans les domaines de la recherche, de l'éducation et de l'évaluation d'autres expériences traumatisantes telles que la maltraitance d'enfants ou la violence domestique, entre autres. Les membres de la société civile ont également joué un rôle majeur dans le suivi et la promotion de l'application du Protocole, ainsi que dans la formation des institutions de l'État. Ils se sont en outre attachés à ce que les mesures de renforcement des capacités bénéficient également à la société civile, à ce que ses cliniciens évaluent les allégations de torture ou de mauvais traitements et à ce que les éléments de preuve recueillis par des cliniciens indépendants ne relevant pas de l'autorité de l'État soient admis dans les procédures judiciaires.

<sup>539</sup> Rohini Haar et al., « The Istanbul Protocol : a global stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting », *Torture*, vol. 29, n° 1 (2019), p. 70 à 84.

**683.** Comme indiqué précédemment, les États peuvent – et devraient – encourager la collaboration avec la société civile dans l'adoption de mesures correctives contre la torture ; toutefois, celle-ci devrait également prendre ses propres initiatives. Les membres de la société civile – experts des droits de l'homme, avocats et professionnels de la santé inclus – devraient collaborer avec les organes et organismes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme afin de développer les capacités nécessaires à l'application, en son sein, des normes établies par le Protocole d'Istanbul et d'autres mesures de lutte contre la torture. Il s'agit notamment d'appliquer le Protocole d'Istanbul et ses Principes au cas par cas dans le cadre des enquêtes judiciaires et médico-légales portant sur des allégations de torture et autres mauvais traitements, de mettre les États dans l'obligation, sur la base des normes établies dans le cadre du Protocole, de garantir l'efficacité de leurs pratiques en matière d'enquête (y compris la création du cadre propice à son application), de mener des

réformes juridiques, judiciaires et administratives efficaces, de garantir l'indépendance des institutions médico-légales et des services de santé publique, de déployer un dispositif de suivi efficace, et de faciliter la coopération, la coordination et l'assistance technique entre États et acteurs externes. Il conviendrait de veiller tout particulièrement à développer une expertise psychologique pertinente susceptible de faire défaut à la société civile. Dans les États où la torture et les mauvais traitements sont pratiqués en toute impunité, compte tenu du déficit de confiance à l'égard des pouvoirs publics, la fourniture de services de réadaptation incombe généralement aux organisations de la société civile. Dans de nombreux pays, les services de réadaptation servent de pivot à un grand nombre de mesures de lutte contre la torture et jouent un rôle majeur dans les enquêtes sur la torture et les mauvais traitements, dans la prévention de telles pratiques, ainsi que dans l'application des principes de responsabilité et de réparation des préjudices.



# GLOSSAIRE

<b>APPLICATION DU PROTOCOLE D'ISTANBUL</b>	se rapporte à la création du cadre propice à des enquêtes efficaces sur les faits de torture et autres mauvais traitements.
<b>CIM</b>	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
<b>CLINICIEN</b>	professionnel de la santé qui fournit des services de soins de santé et/ou procède à l'évaluation clinique des allégations de torture et de mauvais traitements.
<b>CLINICIENS SPECIALISES DANS LA SANTE MENTALE</b>	professionnels de la santé ayant une formation spécifique en matière de santé mentale, tels que psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, infirmiers psychiatriques et conseillers en santé mentale
<b>CONSENTEMENT EN CONNAISSANCE DE CAUSE</b>	processus par lequel une personne est informée de l'objectif, des avantages et des risques d'une procédure (clinique), y compris l'évaluation clinique d'allégations de torture ou de mauvais traitements, les comprend et accepte ensuite la procédure
<b>DEONTOLOGIE</b>	principes moraux qui régissent le comportement et les activités des membres d'un groupe particulier de professionnels
<b>DETENU</b>	toute personne privée de liberté, sauf à la suite d'une condamnation
<b>(DSM)</b>	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
<b>EVALUATION CLINIQUE</b>	évaluation, par un clinicien, des preuves physiques et/ou psychologiques d'allégations de torture et/ou de mauvais traitements
<b>EVALUATION MEDICO-LEGALE</b>	évaluation clinique d'éventuelles preuves physiques et psychologiques de torture et/ou de mauvais traitements dans les contextes juridiques. Ces évaluations peuvent être menées par des cliniciens relevant ou non de l'autorité de l'État
<b>EVALUATION PSYCHOLOGIQUE (OU PSYCHIATRIQUE)</b>	évaluation clinique des éventuelles conséquences psychologiques de la torture ou des mauvais traitements
<b>HCDH</b>	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
<b>MAUVAIS TRAITEMENTS</b>	au sens de la Convention contre la torture, toute forme de torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
<b>MEDECIN LEGISTE/ MEDECIN/EXPERT</b>	aux fins du présent document, médecin/expert qui applique des connaissances scientifiques et cliniques à des questions d'ordre juridique
<b>MEDICAL</b>	se rapporte à la science ou à la pratique de la médecine, y compris les aspects physiques et psychologiques de la pratique médicale.
<b>MEDICO-LEGAL (1)</b>	se rapporte à l'application de connaissances scientifiques et cliniques à des questions d'ordre juridique
<b>MEDICO-LEGAL (2)</b>	se rapporte à la branche de la médecine qui a trait au droit ou aux contextes juridiques
<b>MODALITES DE CONSERVATION (D'UNE PIECE À CONVICTION)</b>	processus permettant de retracer l'historique complet de conservation d'une pièce à conviction depuis le moment où elle a été recueillie
<b>OBSERVATIONS MEDICO-LEGALES</b>	informations recueillies dans le cadre d'évaluations cliniques physiques et/ou psychologiques en rapport avec des allégations de torture et de mauvais traitements
<b>OBSERVATIONS PHYSIQUES</b>	informations issues de l'évaluation clinique d'une victime présumée de la torture ou de mauvais traitements, qui comprennent généralement les symptômes et handicaps pertinents, les signes et symptômes constatés lors de l'examen physique, les résultats des tests diagnostiques, les preuves photographiques et les rapports médicaux pertinents, entre autres

<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PARTIES PRENANTES AU PROTOCOLE D'ISTANBUL</b>	personnes, groupes, organisations et institutions concernés ou affectés par une enquête en rapport avec la torture et les mauvais traitements.
<b>PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE</b>	personnes qui ont été arrêtées ou qui se trouvent en détention, en prison ou dans tout autre lieu de détention qu'elles ne sont pas autorisées à quitter à leur gré
<b>PREUVE CLINIQUE</b>	observations physiques et/ou psychologiques en rapport avec des faits allégués ou présumés de torture et/ou de mauvais traitements
<b>PRINCIPES D'ISTANBUL</b>	dispositions visées à l'annexe I du Protocole d'Istanbul, applicables aux enquêtes en rapport avec la torture et les mauvais traitements
<b>PRISONNIER</b>	terme utilisé dans le contexte des Règles Nelson Mandela pour désigner, au sens large, les personnes privées de liberté dans des établissements pénitentiaires, criminelles ou civiles, prévenues ou condamnées, y compris celles qui font l'objet d'une « mesure de sûreté » ordonnée par un juge
<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTE</b>	toute personne ayant mené à bien des études dans un domaine de la santé. Cette personne est généralement habilitée par un organisme public et/ou accréditée par une organisation professionnelle
<b>RAPPORT MEDICO-LEGAL</b>	rapport relatif aux résultats physiques et/ou psychologiques d'une évaluation médico-légale
<b>REACTIVATION DU TRAUMATISME</b>	se rapporte aux réactions de stress traumatique (émotionnel et/ou physique) déclenchées par l'exposition à des souvenirs ou à des rappels d'événements traumatisants passés
<b>SEQUELLE (PLURIEL : SEQUELLES)</b>	affections (résultats et/ou symptômes) résultant d'une maladie ou d'une lésion antérieure
<b>SEVICES</b>	toute forme de maltraitance physique ou psychologique
<b>TEMOINS EXPERTS MEDICAUX/CLINIQUES</b>	professionnels de la santé qui agissent en qualité de témoins experts dans les procédures judiciaires, sur la base de leurs connaissances et compétences professionnelles et de leur capacité d'appliquer les Principes et les directives du Protocole d'Istanbul à l'évaluation clinique des allégations de torture et autres mauvais traitements
<b>TORTURE</b>	tel que défini à l'article 1 de la Convention contre la torture, « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles ».
<b>TORTURE ET MAUVAIS TRAITEMENTS</b>	se réfère à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
<b>TRAUMATISME VICARIANT (OU SECONDAIRE)</b>	impact psychologique sur le <i>moi</i> d'une personne travaillant avec des victimes de traumatismes, résultant d'un engagement empathique envers des sujets traumatisés et leurs récits d'expériences traumatisantes
<b>VICTIME PRESUMEE</b>	personne qui allègue et/ou est présumée avoir subi un préjudice découlant d'un acte illicite
<b>VICTIME (OU RESCAPÉ) DE LA TORTURE ET/OU DE MAUVAIS TRAITEMENTS</b>	personne qui a subi un préjudice physique et/ou mental du fait d'actes ou d'omissions assimilables à de la torture et/ou à de mauvais traitements



# Principes relatifs aux moyens d'enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et d'établir la réalité de ces faits<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La Commission des droits de l'homme, dans sa résolution 2000/43, et l'Assemblée générale, dans sa résolution 55/89, ont appelé l'attention des gouvernements sur les principes d'Istanbul et les ont vivement encouragés à réfléchir à ces principes en tant que moyen efficace de lutter contre la torture.

1. Toute enquête efficace sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ci-après dénommés « torture ou autres mauvais traitements ») visant à établir la réalité des faits a notamment pour objet :

(a) D'élucider les faits, d'établir et de reconnaître la responsabilité des particuliers et de l'État envers les victimes et leur famille ;

(b) De déterminer les mesures nécessaires pour éviter que ces faits ne se reproduisent ;

(c) De faciliter les poursuites ou, le cas échéant, les sanctions disciplinaires contre ceux dont l'enquête a établi la responsabilité, et de mettre en évidence la nécessité pour l'État d'accorder pleine réparation, notamment de verser une indemnité juste et adéquate et de fournir des soins médicaux et des moyens de réadaptation.

2. Les États doivent veiller à ce que toute plainte ou information alléguant des actes de torture ou des mauvais traitements fasse promptement l'objet d'une enquête approfondie. Même en l'absence d'une plainte formelle, une enquête doit être ouverte s'il existe d'autres indications donnant à penser qu'on se trouve en présence de cas de torture ou de mauvais traitements. Les enquêteurs doivent être compétents et impartiaux et indépendants vis-à-vis des suspects et de l'organe qui les emploie. Ils doivent être habilités à prendre connaissance des résultats des enquêtes menées par des experts médicaux impartiaux ou par d'autres experts ou à ordonner de telles enquêtes. Les enquêtes doivent être menées selon des méthodes qui répondent aux normes professionnelles les plus exigeantes et leurs conclusions doivent être rendues publiques.

3. (a) L'autorité chargée de l'enquête doit être en mesure et a l'obligation d'obtenir tous les renseignements nécessaires à l'enquête<sup>2</sup>. Les enquêteurs doivent disposer de toutes les ressources budgétaires et techniques dont ils ont besoin pour travailler efficacement. Ils ont aussi le pouvoir d'obliger à comparaître et à témoigner toute personne agissant à titre officiel dont on suppose qu'elle est impliquée dans des actes de torture ou des mauvais traitements. Il en va de même en ce qui concerne les témoins. À cette fin, l'autorité chargée de l'enquête est habilitée à citer les

témoins à comparaître, y compris les fonctionnaires en cause, et à exiger que des preuves soient fournies.

(b) Les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements, les témoins, les personnes chargées de l'enquête et leur famille doivent jouir d'une protection contre la violence, les menaces de violence ou toute autre forme d'intimidation qui peut être liée à l'enquête. Les personnes éventuellement impliquées dans des actes de torture ou des mauvais traitements doivent être écartées de toute fonction leur permettant d'exercer une autorité, directe ou indirecte, sur les plaignants, les témoins et leur famille ainsi que sur les personnes chargées de l'enquête.

4. Les victimes présumées de torture ou de mauvais traitements et leurs représentants légaux sont informés de toute audition qui pourrait être organisée, ont la possibilité d'y assister et ont accès à toute information touchant l'enquête; ils peuvent produire d'autres éléments de preuve.

5. (a) Lorsque les procédures d'enquête établies sont inadéquates, soit que les compétences techniques ou l'impartialité nécessaires fassent défaut, soit que l'on se trouve en présence d'abus apparemment systématiques ou pour toute autre raison grave, les États veillent à ce que l'enquête soit confiée à une commission d'enquête indépendante ou menée selon une procédure similaire. Les membres de la commission sont choisis pour leur impartialité, leur compétence et leur indépendance personnelles reconnues. Ils doivent, en particulier, être indépendants vis-à-vis des suspects et des institutions ou organes qui les emploient. La commission a tout pouvoir pour obtenir tout renseignement nécessaire à l'enquête, et mène celle-ci conformément aux présents principes<sup>3</sup>.

(b) Un rapport écrit est établi dans un délai raisonnable ; il doit notamment indiquer la portée de l'enquête, décrire les procédures et méthodes utilisées pour apprécier les éléments de preuve et contenir des conclusions et recommandations fondées sur les faits établis et le droit applicable. Sitôt achevé, le rapport est rendu public. Il expose en détail les événements constatés et les éléments de preuve sur lesquels s'appuient ces constatations et précise le nom des témoins ayant déposé, à l'exception de ceux dont l'identité n'a pas été révélée aux fins de leur protection. L'État répond dans un délai raisonnable au rapport

<sup>2</sup> Dans certains cas, la déontologie exigera que ces renseignements restent confidentiels. Cette exigence devra être respectée.

<sup>3</sup> Dans certains cas, la déontologie exigera que ces renseignements restent confidentiels. Cette exigence devra être respectée.



d'enquête et, le cas échéant, indique les mesures à prendre pour y donner suite.

- 6. (a)** Les experts médicaux intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, doivent, avant de procéder à tout examen, obtenir que les intéressés consentent en connaissance de cause. Cet examen doit être conforme aux règles établies de la pratique médicale. En particulier, il doit se faire en privé sous le contrôle de l'expert médical et en dehors de la présence d'agents de la sécurité et autres fonctionnaires.

**(b)** L'expert médical élabore sans retard un rapport écrit détaillé, qui comporte à tout le moins les éléments suivants :

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

**(ii)** Faits : compte rendu détaillé des faits rapportés par l'intéressé pendant l'examen, notamment

les actes de torture ou les mauvais traitements allégués, le moment où ils se seraient produits et toute autre plainte faisant état de symptômes physiques ou psychologiques ;

**(iii)** Examen physique et psychologique : compte rendu de toutes les conclusions d'ordre physique et psychologique tirées de l'examen clinique, y compris des tests de diagnostic appropriés, et, si possible, des photos en couleurs de toutes les lésions ;

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

**(v)** Identification : le rapport doit indiquer clairement qui a procédé à l'examen et être signé.

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





**Directives pour la  
documentation des  
actes de torture  
et autres mauvais  
traitements infligés  
aux enfants**

ANNEXE II

Le Protocole d'Istanbul et ses Principes s'appliquent aux enfants, mais d'autres éléments entrent en ligne de compte, et des directives ont été élaborées pour garantir l'efficacité des enquêtes sur les actes de torture et autres mauvais traitements infligés aux enfants. La présente édition du Protocole d'Istanbul comprend de nouvelles mises à jour et apporte des précisions à ce sujet. Il s'agit ici d'un résumé; cette annexe ne saurait donc être considérée comme exhaustive.

## I. Considérations relatives à la documentation des actes de torture et autres mauvais traitements infligés aux enfants

### A. Définition

Au sens de l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant, « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés considère également que le terme « enfant » couvre un large éventail de stades de développement et de degrés de maturité<sup>1</sup>. En dépit de la place particulière qu'ils occupent au sein de la plupart des sociétés et de leur vulnérabilité universellement reconnue, de nombreux enfants dans le monde sont témoins ou victimes d'actes de torture et d'autres mauvais traitements.

### B. Considérations juridiques

La Convention relative aux droits de l'enfant prévoit que « [n]ul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »<sup>2</sup>. Les enfants et leurs droits sont pris en compte dans plusieurs autres traités des Nations Unies et systèmes régionaux de protection des droits de l'homme, parmi lesquels le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles (art. 10), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 15), la Convention

de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (art. 3), la Convention américaine relative aux droits de l'homme (art. 5 2)), et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 5). Dans un rapport au Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, a déclaré que dès lors que l'on fait la distinction entre les actes de torture et autres mauvais traitements infligés aux enfants et les sévices infligés aux adultes, le seuil auquel un traitement ou une peine peut être classé comme un acte de torture ou un mauvais traitement est plus bas dans le cas des enfants, et en particulier des enfants privés de liberté ou non accompagnés<sup>3</sup> (voir par. 382 ci-dessus). Outre les traités internationaux et le droit international coutumier régissant les droits de l'enfant, dans de nombreux pays, la protection et la sauvegarde des enfants font l'objet de réglementations et de cadres juridiques spécifiques qu'il convient de prendre en compte dans le cadre des évaluations cliniques.

### C. Considérations psychologiques

Les effets de la torture et autres mauvais traitements doivent être évalués à la lumière du développement physique et psychologique des enfants et des adolescents. Si la torture et les mauvais traitements ont des conséquences à la fois physiques et psychologiques sur tous les individus, leurs effets sur les enfants et les adolescents peuvent altérer plus profondément et plus durablement leur développement physique et psychologique.

L'évaluation clinique de la torture et autres mauvais traitements infligés aux enfants doit toujours tenir compte des facteurs liés à leur développement. Les estimations de l'âge à partir duquel les enfants sont à même de se remémorer précisément des événements varient considérablement, et vont de 3-6 ans à 14-15 ans<sup>4</sup>. En outre, leur aptitude à livrer des récits cohérents dépend de leurs capacités cognitives et linguistiques, ainsi que du contexte socioculturel (voir par. 284 à 293 ci-dessus). Des enfants d'âges différents peuvent néanmoins fournir des informations utiles et exactes.

<sup>1</sup> HCR, *Au cœur des faits : évaluation de la crédibilité des demandes d'asile présentées par les enfants au sein de l'Union européenne* (Bruxelles, 2014), p. 21.

<sup>2</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 37 a).

<sup>3</sup> A/HRC/28/68, par. 33. Voir également *ibid.*, par. 17.

<sup>4</sup> Linda Sayer Gudas et Jerome M. Sattler, « Forensic interviewing of children and adolescents », *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta et Gerald P. Koocher, éd. (New York, Oxford University Press, 2006), p. 115-128.



Plus l'enfant est jeune, plus son expérience et sa compréhension des événements seront influencées par les réactions et attitudes de son entourage immédiat<sup>5</sup>. Chez les enfants de moins de 3 ans qui ont subi la torture ou en ont été les témoins, l'entourage joue un rôle crucial de protection et de réconfort<sup>6</sup>. Les enfants de plus de 3 ans mais de moins de 8 ans marquent souvent une tendance au repli sur soi et se trouvent dans l'impossibilité d'aborder directement le sujet. L'aptitude à l'expression verbale augmente avec l'âge. Une évolution sensible intervient vers l'âge de 8 ou 9 ans; elle coïncide avec le développement des capacités de concrétisation temporelle et spatiale<sup>7</sup>. L'adolescence est une phase d'instabilité durant laquelle les effets de la torture et autres mauvais traitements peuvent varier considérablement et induire d'importants changements comportementaux, y compris des réactions erratiques similaires aux réactions observées chez de plus jeunes enfants ou chez les adultes, dont la colère, la dépression et l'émergence de souvenirs douloureux (voir par. 575 et 584 à 594 ci-dessus).

L'âge et le développement des enfants – de même que les traumatismes répétés qu'ils subissent, la séparation d'avec la famille à un âge précoce, l'attitude de celle-ci à l'égard de l'expression du vécu, la santé mentale et des difficultés préexistantes telles que des troubles de l'apprentissage – peuvent altérer leur compréhension des faits et leur capacité de se les remémorer et de les relater.

#### D. Considérations familiales

Il est important de tenir compte des facteurs qui ont une incidence sur l'enfant et sa famille (par exemple, la séparation physique d'avec des proches, les menaces à leur encontre, le deuil, le fait d'être témoin de la torture ou de la mort de membres de son entourage, la perte de statut social et économique, la discrimination, le déplacement forcé, le racisme, ainsi que la stigmatisation avérée ou supposée associée à la recherche de soutien), ainsi que du contexte sociopolitique. Les parents qui ont survécu à la torture peuvent éprouver de la honte et de la culpabilité parce qu'ils craignent que

les séquelles psychologiques de leur traumatisme aient de lourdes répercussions sur leurs enfants<sup>8</sup>.

Les parents d'enfants torturés peuvent également se sentir coupables d'avoir été incapables de les protéger, et éprouver un sentiment d'impuissance susceptible d'interférer avec leur rôle de parent, a fortiori dans des contextes dominés par la violence et l'oppression, lesquels peuvent également affecter la manière dont les adolescents perçoivent l'autorité parentale. De plus, il arrive que l'on surprotège les enfants ou qu'on leur cache des faits importants relatifs au traumatisme dans le souci de préserver la cohésion familiale.

#### E. Considérations déontologiques

##### 1. Protection des enfants et devoir de prudence

Lorsque l'on travaille avec des enfants et des adolescents, il importe de ne pas perdre de vue que les organisations ont un devoir de prudence envers les enfants avec lesquels elles sont en contact, ou pour lesquels leur travail et leurs activités ont des conséquences<sup>9</sup>. Le principe de protection des enfants consiste notamment à les préserver de tout préjudice et à repérer tout risque de préjudice et à réagir immédiatement face à celui-ci. Il s'agit entre autres de prévenir de nouveaux actes de torture ou mauvais traitements, de formuler des recommandations concernant la réadaptation et de la réinsertion des enfants, de réduire le risque qu'ils subissent des violences où qu'ils en soient témoins, et de leur garantir l'accès à un suivi médical et psychologique approprié et confidentiel<sup>10</sup>. Si l'évaluation est enregistrée, il convient de veiller tout particulièrement à la confidentialité de l'enregistrement, dont l'accès doit être limité à l'équipe d'évaluation, ainsi qu'à la protection de l'identité de l'enfant. Les prescriptions légales locales en matière de protection des données doivent être respectées.

##### 2. Consentement en connaissance de cause

Les enfants devraient recevoir toutes les informations utiles préalablement à toute évaluation ou autre procédure. Ces informations doivent être adaptées au stade de développement de l'enfant et lui être

<sup>5</sup> Saskia von Overbeck Ottino, « Familles victimes de violences collectives et en exil : quelle urgence, quel modèle de soins ? Le point de vue d'une pédopsychiatre », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol. 14 (1998), pp. 35–39.

<sup>6</sup> Michel Grappe, « La guerre en ex-Yougoslavie : un regard sur les enfants réfugiés », *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme*, Marie Rose Moro et Serge Lebovici, éd. (Paris, Presses universitaires de France, 1995), p. 89 à 106.

<sup>7</sup> Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, 9<sup>e</sup> ed. (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

<sup>8</sup> Center for Victims of Torture, *Healing the Hurt: A Guide for Developing Services for Torture Survivors* (Minneapolis, 2005), chap. 2.

<sup>9</sup> Keeping Children Safe, *Child Safeguarding Standards and How to Implement Them* (2014), p. 10.

<sup>10</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 39.

communiquées dans un langage qu'il comprend. L'enfant devrait pouvoir donner son consentement ou son assentiment. Pour les plus jeunes, en principe, il est nécessaire d'obtenir le consentement des parents ou des représentants légaux ; cependant, dans tous les cas, l'intérêt supérieur de l'enfant devrait primer, et la possibilité d'un préjudice causé par des proches devrait être envisagée. L'âge auquel les enfants peuvent donner leur consentement sans avoir à en informer leurs parents ou leurs représentants légaux varie selon les pays et les juridictions ; il convient donc de s'informer au préalable des règles juridiques et déontologiques locales (voir par. 165 à 171 et 273). Les cliniciens devraient également se plier à l'obligation, le cas échéant, d'alerter les autorités compétentes lorsqu'un enfant est en danger ou exposé à des violences, quelles qu'elles soient, sachant que le manquement à cette obligation peut donner lieu à une enquête judiciaire et/ou à des sanctions imposées par les associations professionnelles ou les organismes d'accréditation.

## II. Entretien et évaluation

### A. Formation

Dans l'idéal, toute personne amenée à interroger ou à examiner des enfants qui ont été torturés ou maltraités devrait bénéficier d'une formation adéquate qui couvre les techniques et procédures d'entretien propres à préserver le bien-être des enfants et à prévenir toute réactivation du traumatisme, et fournit des indications sur la manière de recueillir des informations auprès des enfants selon des méthodes fiables et adaptées à leur stade de développement. La formation dans ce domaine fait l'objet de divers Protocoles et principes directeurs nationaux et internationaux élaborés, entre autres, par l'Institut national de la santé de l'enfant et du développement humain<sup>11</sup>, le HCR<sup>12</sup>, Défense des enfants International<sup>13</sup> et l'American Professional Society on the Abuse of Children<sup>14</sup>.

### B. Contexte

#### 1. Durée

Un entretien prolongé peut être exténuant ; de plus, sachant que la faculté de concentration de

l'enfant peut être très limitée (selon son stade de développement, l'importance du traumatisme et les troubles concomitants), il peut être nécessaire de ménager des pauses ou d'organiser plusieurs séances.

#### 2. Présence d'adultes de confiance et soutien pendant l'évaluation

Dans la mesure du possible, l'enfant devrait pouvoir bénéficier de la présence d'adultes en qui il a confiance, et le risque d'altération du témoignage ne saurait justifier la mise à l'écart d'un tel soutien ; le bien-être et l'intérêt supérieur de l'enfant doivent toujours primer. La présence, à l'évaluation, des parents ou des représentants légaux de l'enfant, voire d'autres adultes bienveillants, devrait être envisagée, sauf s'ils sont indisponibles ou ne servent pas l'intérêt supérieur de l'enfant. La présence d'adultes chers à l'enfant et soucieux de son intérêt le reconfortera au besoin et l'encouragera tacitement à coopérer. Il peut arriver, en cas de violence sexuelle ou domestique, ou de problèmes liés à l'orientation sexuelle supposée, à l'identité de genre ou à l'expression du genre, notamment, que la présence de proches perturbe l'enfant, qui hésitera alors à s'exprimer de peur de s'exposer – ou d'exposer sa famille – à la honte, à la stigmatisation ou à de nouveaux actes de violence. Il peut également craindre d'affliger ses proches ou d'exacerber leur sentiment de honte ou de culpabilité. Le clinicien doit faire preuve de patience et de discernement afin de mettre l'enfant à l'aise et de le rassurer s'il n'est pas accompagné. Il peut arriver que l'enfant exprime le souhait de taire à ses parents les informations qu'il divulgue, auquel cas le clinicien doit trouver le moyen d'y répondre dans le respect de l'éthique. Lorsque des enfants ou des adolescents sont entendus en l'absence de leurs parents ou de leurs responsables légaux, il convient de veiller à ce qu'ils comprennent l'objet de l'entretien et y consentent. Il faut aussi, et surtout, les accompagner tout au long du processus, par exemple en prenant le temps d'établir avec eux une relation de confiance, en utilisant sans discontinuer un langage clair et adapté à leur âge, en ménageant des pauses et en leur permettant de poser des questions.

<sup>11</sup> États-Unis d'Amérique, Institut national de la santé de l'enfant et du développement humain, « Revised NICHD Protocol: interview guide » (2014).

<sup>12</sup> HCR, *Principes directeurs sur l'audition des mineurs non accompagnés et la préparation de dossiers sur leurs antécédents sociaux* (1985).

<sup>13</sup> Défense des Enfants International – Belgique, *Guide pratique : Monitoring des lieux où des enfants sont privés de liberté* (Bruxelles, 2006).

<sup>14</sup> American Professional Society on the Abuse of Children Taskforce, « Practice guidelines : forensic interviewing in cases of suspected child abuse » (Columbus, 2012).



## C. Collecte d'informations

### 1. Établir une relation de confiance

Prendre le temps d'instaurer un climat de confiance aidera le sujet – quel que soit son âge, les enfants y compris – à aborder des questions délicates. Ce n'est cependant pas toujours chose aisée dès lors que l'entretien ou certains de ses aspects ravive chez l'enfant le souvenir de la torture ou des mauvais traitements. La confiance peut être ébranlée, voire rompue, si évaluateurs ou interprètes sont perçus comme des représentants des groupes politiques, ethniques ou sociaux directement ou indirectement impliqués dans les actes de torture ou les mauvais traitements infligés. Ces facteurs peuvent altérer la confiance des parents et des représentants légaux de l'enfant également. Celui-ci peut manifester davantage de confiance envers des évaluateurs ou des interprètes issus de sa propre culture ou de son groupe ethnique<sup>15</sup>. Des facteurs de développement liés à l'âge tels que l'affirmation de soi typique de l'adolescence doivent également être pris en compte. Choisir un cadre informel et accueillant (éclairage, atmosphère, température, mobilier adapté et bruit ambiant, par exemple) et expliquer le déroulement de l'entretien (durée et temps de pause, par exemple), entre autres, peut faciliter la prise de contact. Comme indiqué au paragraphe 272 ci-dessus, pour installer la confiance, il importe d'adopter un langage corporel ouvert, de privilégier une écoute active et attentive et de manifester de l'empathie. Les examinateurs devraient procéder comme pour les adultes, en posant à l'enfant ou à l'adolescent des questions directes sur des sujets qu'il n'oserait peut-être pas aborder dans d'autres circonstances, tels que la violence sexuelle ou domestique, les pulsions suicidaires, ou encore l'identité de genre, l'expression du genre ou l'orientation sexuelle supposée ou avérée. Il ne faut pas perdre de vue que, dans toutes les cultures, la conscience de sa propre orientation sexuelle et de sa propre identité de genre se construit au fil du temps – un processus qui peut prendre des années, voire des décennies – et que, dans les régions où les orientations sexuelles et les identités de genre minoritaires sont violemment réprimées, ce processus peut avoir été enrayé. Les sujets très jeunes peuvent se demander pourquoi ils ont été maltraités.

Le choix du langage et du vocabulaire importe également, en particulier lorsqu'il s'agit d'aborder des questions relatives à la sexualité et à l'expression du genre. Examineurs et interprètes devraient être sensibles à l'absence, dans de nombreuses langues et cultures, de termes neutres ou positifs pertinents, être attentifs à l'homophobie et à la transphobie latentes, tant chez eux-mêmes que chez les sujets interrogés, et faire le nécessaire pour les combattre.

Privilégier un environnement et une atmosphère aussi informels et rassurants que possible peut également mettre l'enfant en confiance. L'évaluateur devrait employer un langage approprié et adapter son style de communication à la terminologie et aux normes culturelles locales afin de tranquilliser l'enfant et de l'inciter à s'exprimer. Commencer par l'encourager à parler d'un sujet anodin peut contribuer à instaurer la confiance, rassurer l'enfant et permettre à l'évaluateur d'apprendre à le connaître, d'évaluer ses capacités verbales et de mesurer son degré d'aisance relationnelle<sup>16</sup>. Les sujets plus délicats ne devraient être abordés que lorsque l'objectif et le contenu de l'évaluation ont été précisés et que l'enfant est à l'aise ; à cet égard, l'évaluateur devrait garder à l'esprit qu'il faut parfois un certain temps pour que l'enfant parvienne à s'exprimer librement<sup>17</sup>.

### 2. Communication et techniques

Il convient de poser des questions ouvertes lorsque cela est possible, car celles-ci permettent aux personnes de tous âges de répondre avec leurs propres mots. Les enfants ont cependant tendance à fournir moins d'informations que les adultes ; les questions d'approfondissement peuvent donc s'avérer utiles. Les enfants sont particulièrement sensibles aux questions orientées qui induisent une réponse, aussi ce type de question, de même que les questions fermées, devraient être évitées autant que possible. Faire comprendre aux enfants qu'ils peuvent dire « je ne sais pas » s'ils ne comprennent pas une question permet également d'améliorer la précision des réponses.

Les enfants fournissent généralement moins d'informations que les adultes. La raison en est notamment parce qu'ils sont moins à même de générer spontanément des indices de récupération. L'utilisation

<sup>15</sup> HCR, *Au cœur des faits*, p. 126..

<sup>16</sup> Michael E. Lamb et al. « Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children : a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, n° 11-12 (2007), p. 1201 à 1231.

<sup>17</sup> Défense des Enfants International – Belgique, *Guide pratique*.

de dessins, de schémas anatomiques et de repères chronologiques sont autant de techniques qui peuvent les aider à générer des indices susceptibles de leur permettre de se rappeler de détails supplémentaires. Il faut user de prudence dans l'interprétation de la communication non verbale des enfants (dont le jeu), qui ne livre pas nécessairement un compte rendu littéral des faits et peut inclure des éléments issus de leur imagination et de leur monde intérieur. Voir les paragraphes 284 à 293 ci-dessus pour plus d'informations sur les entretiens avec les enfants.

### 3. Sources supplémentaires d'information

Étant donné que le degré de verbalisation des pensées et émotions associées à un traumatisme dépend de l'âge de l'enfant, de son stade de développement et d'autres facteurs d'ordre familial, individuel, culturel et psychosocial, il peut être utile de faire appel à d'autres sources d'information dans le cadre de l'évaluation, parmi lesquelles :

**(a)** le comportement de l'enfant pendant l'évaluation : l'évaluateur peut formuler des observations au sujet de son niveau d'activité, de la nature des interactions et des relations interpersonnelles, de la régulation des affects, de son humeur générale et de son implication dans le jeu ;

**(b)** les rapports externes : il est recommandé, si possible, de s'informer auprès des parents, des enseignants et des tiers du développement de l'enfant, de ses besoins particuliers, de ses antécédents psychiatriques et médicaux, de ses fonctions sociales et scolaires, et de son adaptation comportementale, avant et après les événements traumatisants allégués et les changements de comportement<sup>18</sup> ;

**(c)** les mesures et échelles diagnostiques : pour évaluer les symptômes, le recours à des moyens supplémentaires tels que des échelles et des listes de contrôle est envisageable, pour autant que la validité, la fiabilité et l'applicabilité aux groupes de population évalués en aient été établies. À défaut, il est possible de faire appel – avec discernement – à des données relatives à des groupes culturellement différents.

### D. Considérations particulières pour l'évaluation des agressions sexuelles chez les enfants

Les enquêteurs devraient être conscients que les enfants et les adolescents peuvent ne pas saisir la notion d'agression sexuelle, ou être incapables de l'identifier comme telle. En pareil cas, il n'est pas rare que le sujet craigne de s'exposer – ou d'exposer sa famille – à la honte ou à la stigmatisation, ce qui peut également avoir une incidence sur sa capacité de divulguer les faits. Dans de telles circonstances, l'enfant devrait, si possible, être examiné par une personne spécialisée dans la maltraitance d'enfants<sup>19</sup>. L'évaluateur devrait être conscient que de tels examens peuvent raviver le souvenir de l'agression ; il convient donc de faire preuve de bienveillance et de fournir les explications voulues à l'enfant, à son tuteur ou à son entourage immédiat.

## III. Évaluation médicale

Les examens médicaux devraient être réalisés dans un environnement accueillant, par des cliniciens qualifiés ayant l'expérience de la documentation et de l'évaluation des lésions corporelles (y compris les lésions résultant d'une agression sexuelle) chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. L'entourage immédiat de l'enfant, voire l'enfant ou l'adolescent lui-même s'il est mesure de le faire, devrait consentir aux examens. Dans l'idéal, les cliniciens devraient disposer de moyens de diagnostic supplémentaires tels que la radiographie et autres méthodes d'imagerie, les tests hématologiques et la consultation éventuelle de spécialistes. Pour interpréter leurs observations, les cliniciens doivent généralement compléter les informations recueillies dans le cadre d'entretiens non médicaux en interrogeant les enfants, les adolescents et leur entourage immédiat. Ils devraient pouvoir livrer leurs conclusions selon les critères convenus au niveau international.

Les enfants victimes d'actes de torture ou de mauvais traitements doivent être pris en charge, dans la mesure du possible, par des examinateurs pédiatriques dûment formés, compétents et capables de fournir des évaluations médicales et de formuler des recommandations en matière de soins. Chez les

<sup>18</sup> Kathryn Kuehnle et Steven N. Sparta, « Assessing child sexual abuse allegations in a legal context », *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta et Gerald P. Koocher, éd. (New York, Oxford University Press, 2006), p. 129 à 148.

<sup>19</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse : An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* (Lavenham, Royaume-Uni, Lavenham Press, 2015). Voir également Astrid Heger, S. Jean Means et David Muram, éd. *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*, 2<sup>e</sup> éd. (New York, Oxford University Press, 2000), p. 229.

enfants, il s'agit notamment de prévenir de nouveaux actes de torture ou autres mauvais traitements, de formuler des recommandations en vue de leur réadaptation et de leur réintégration, et de réduire leur exposition directe ou indirecte à la violence. Tout enfant doit pouvoir bénéficier d'un suivi médical et psychologique approprié et confidentiel<sup>20</sup>.

L'enfant dont l'on pense ou dont l'on sait qu'il a subi des sévices sexuels devrait, dans la mesure du possible, être examiné par un pédiatre spécialisé dans ce domaine.

#### IV. Incidence psychologique des traumatismes

Les traumatismes subis durant l'enfance sont associés à un large éventail de problèmes d'ordre social, sanitaire ou mental. Les difficultés cumulées pendant l'enfance augmentent considérablement le risque de problèmes sanitaires et de troubles mentaux, sociaux et comportementaux<sup>21</sup>. Des études ont montré que les traumatismes peuvent compromettre gravement le développement cognitif<sup>22</sup> et entraîner un risque accru d'obésité<sup>23</sup>, de troubles de l'apprentissage et du comportement, et d'apparition de symptômes psychotiques durant l'enfance et au-delà<sup>24</sup>. Des études consacrées au développement neurocomportemental attestent également des effets neurologiques à long terme des expériences traumatisantes sur les enfants à différents âges, du stade préverbal à la fin de l'adolescence. Les troubles psychologiques peuvent être similaires à ceux observés chez les adultes – troubles post-traumatiques, dépression, anxiété et phobies, entre autres – ou typiquement infantiles – mutisme sélectif, trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, trouble de désinhibition du contact social, trouble des conduites, trouble d'opposition avec provocation, et trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, par exemple. Voir les paragraphes 581 à 594 ci-dessus pour une description détaillée des troubles observables chez les enfants qui ont subi la torture ou d'autres mauvais traitements.

Il convient de noter que, si les mêmes diagnostics peuvent être posés chez les enfants et les adultes, les symptômes se manifestent différemment chez les premiers ; les cliniciens doivent donc s'appuyer davantage sur l'observation du comportement de l'enfant (jeu monotone et répétitif, par exemple) et de ses réactions somatiques (perte de contrôle des fonctions intestinales, par exemple), et envisager d'utiliser des questionnaires propres à leur permettre d'établir des diagnostics précis. Il arrive donc que le clinicien doive se fier non au récit de l'enfant, mais à son comportement et aux informations fournies par des tiers. Il est parfois nécessaire de recourir à diverses techniques de diagnostic psychologique, car les enfants, et en particulier les adolescents, peuvent prétendre n'avoir aucun problème jusqu'à ce que des questions plus précises leur soient posées.

On retiendra également que, lorsqu'il s'agit d'évaluer la santé mentale d'un enfant, il importe de distinguer le comportement, la cognition et les émotions typiques de son âge et de son stade de développement des indicateurs préoccupants. Le contexte culturel et psychosocial entre également en ligne de compte.

#### V. Enfants et adolescents homosexuels, bisexuels et transgenres

Les enfants et les adolescents homosexuels, bisexuels et transgenres sont exposés à des violences perpétrées par leurs pairs ou par des adultes, et plus les dispositifs de protection sociale et juridique sont défaillants, plus le risque augmente<sup>25</sup>. Les travaux de recherche montrent que les violences et persécutions menacent gravement leur santé mentale<sup>26</sup>. Lorsqu'il s'agit d'établir la torture chez des enfants ou des adolescents homosexuels, bisexuels et transgenres, il importe de tenir compte des facteurs de risque spécifiques et de leur incidence potentielle. Les adultes, quant à eux, ont besoin d'un environnement sûr et propice au respect ; il importe également de veiller à ne pas pathologiser les identités de genre et les orientations sexuelles (voir par. 599 à 601 ci-dessus).

<sup>20</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 39.

<sup>21</sup> Nadine J. Burke et al., « The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population », *Child Abuse & Neglect*, vol. 35, n° 6 (2011), p. 408 à 413.

<sup>22</sup> Michelle Bosquet Enlow et al., « Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years : a longitudinal study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n° 11 (2012), p. 1005 à 1010.

<sup>23</sup> Burke et al., « The Impact of adverse childhood experiences ».

<sup>24</sup> Louise Arseneault et al., « Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms : a genetically sensitive longitudinal cohort study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 1 (2011), p. 65 à 72.

<sup>25</sup> Edward J. Alessi, Sarilee Kahn et Sangeeta Chatterji, « "The darkest times of my life": recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity », *Child Abuse & Neglect*, vol. 51 (2016), p. 93 à 105.

<sup>26</sup> Ibid. ; et Rebecca A. Hopkinson et al., « Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers », *Journal of Homosexuality*, vol. 64, n° 12 (2017), p. 1650 à 1666.





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

ANNEXE III





Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

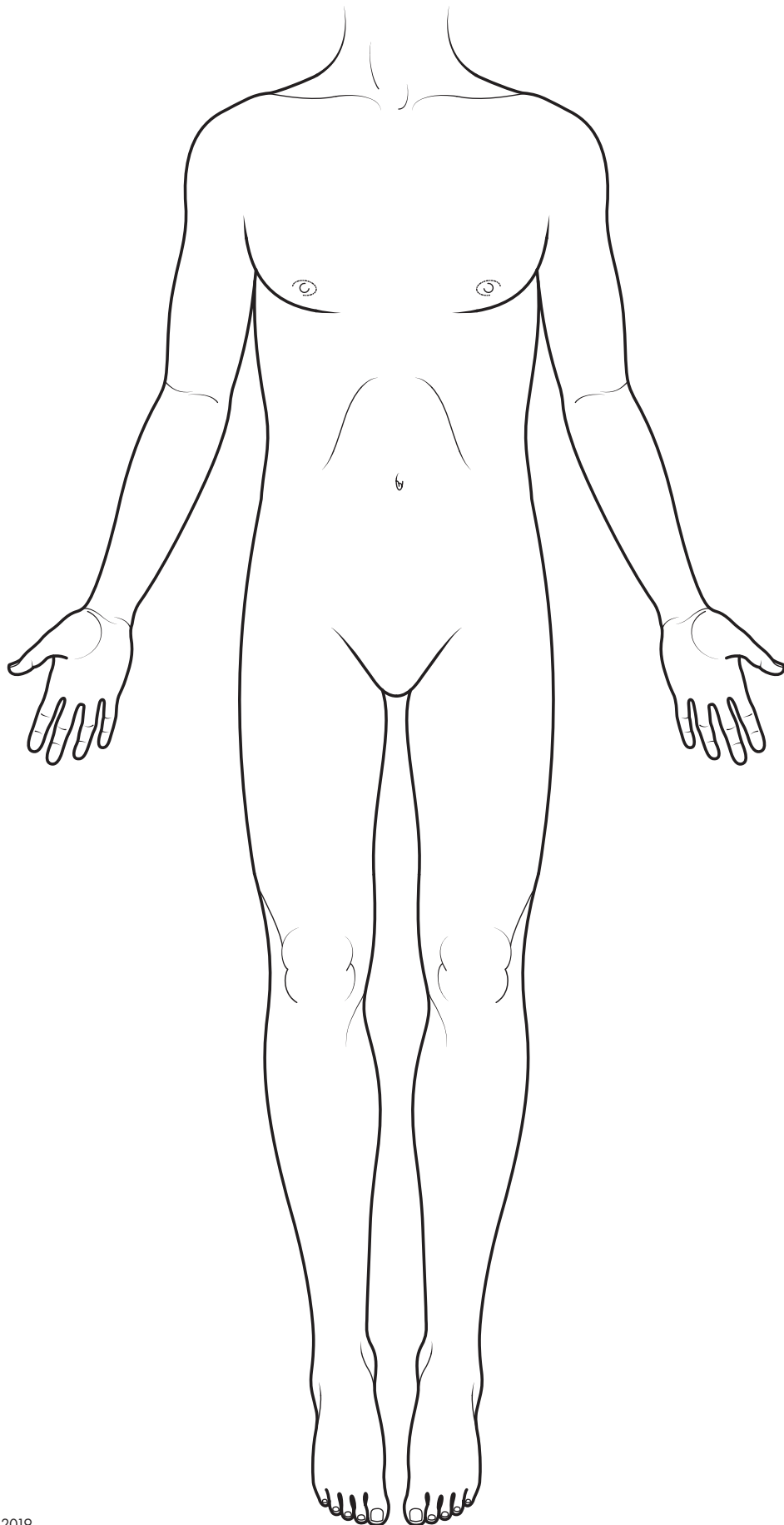
Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

Corps entier, genre neutre – vue antérieure

D

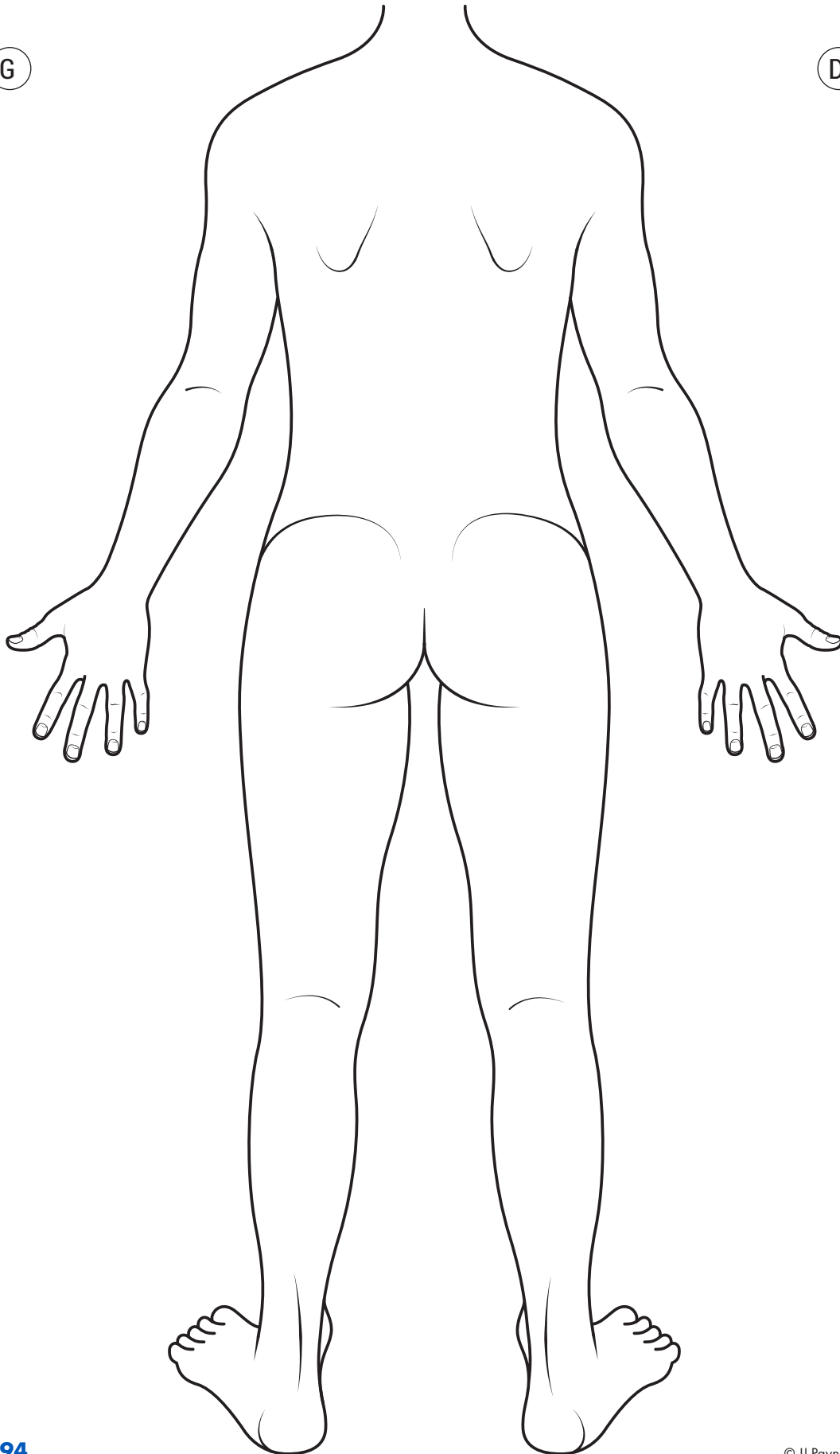
G



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

G

D



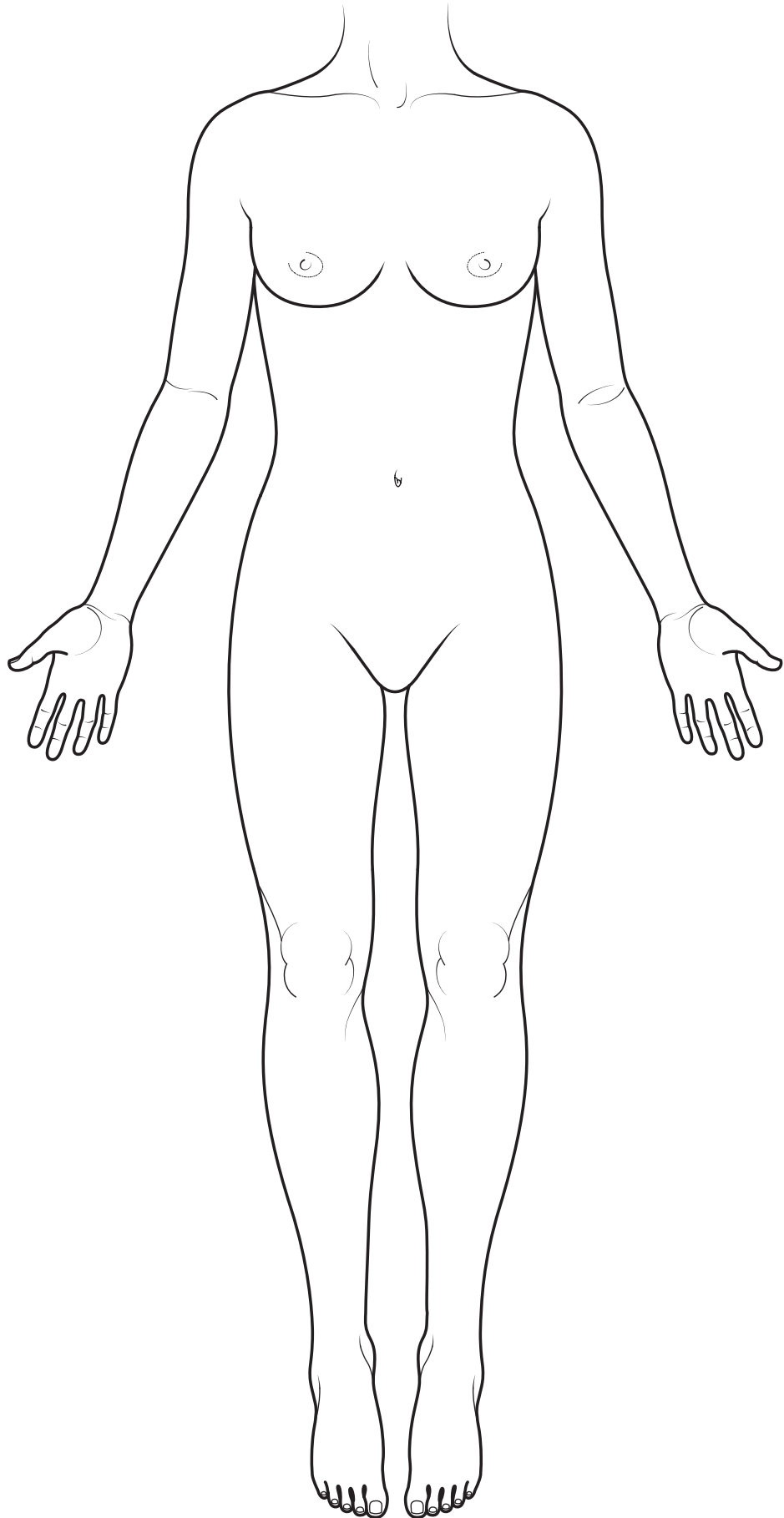
Corps entier, genre neutre – vue postérieure

Nom du sujet .....  
Nom du clinicien.....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Corps entier, femme – vue antérieure

D

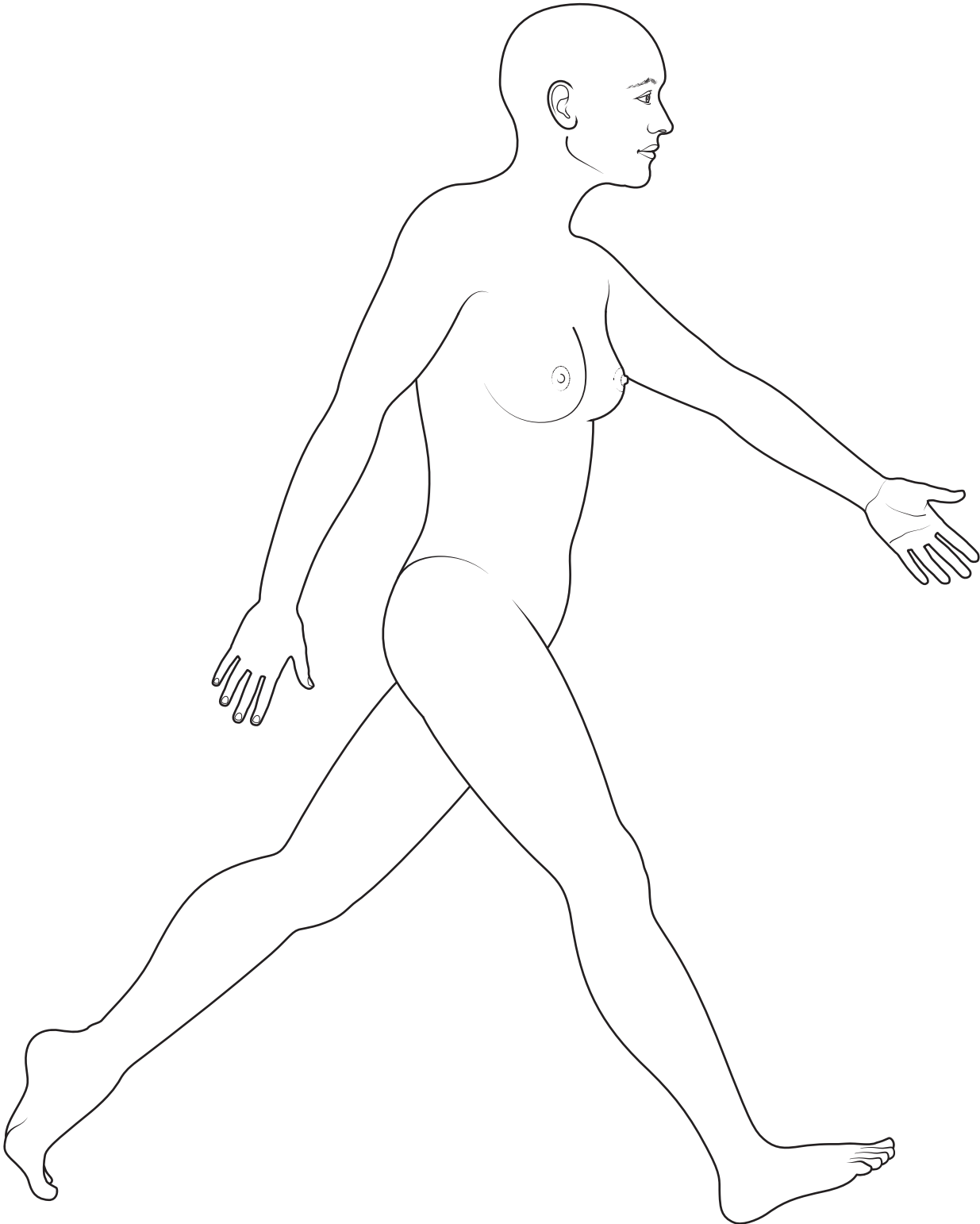
G



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

D

Corps entier, femme – vue latérale droite





Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

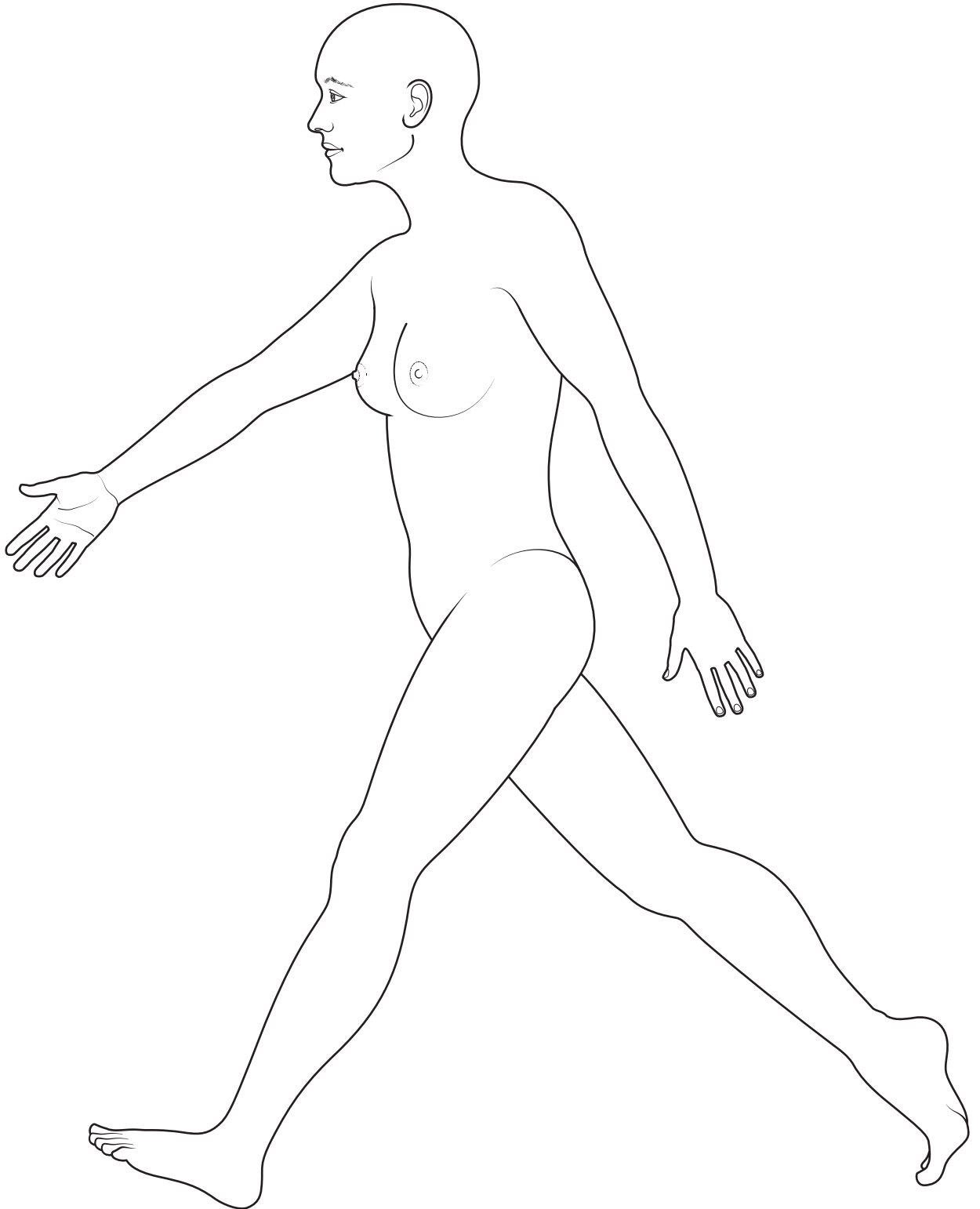
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

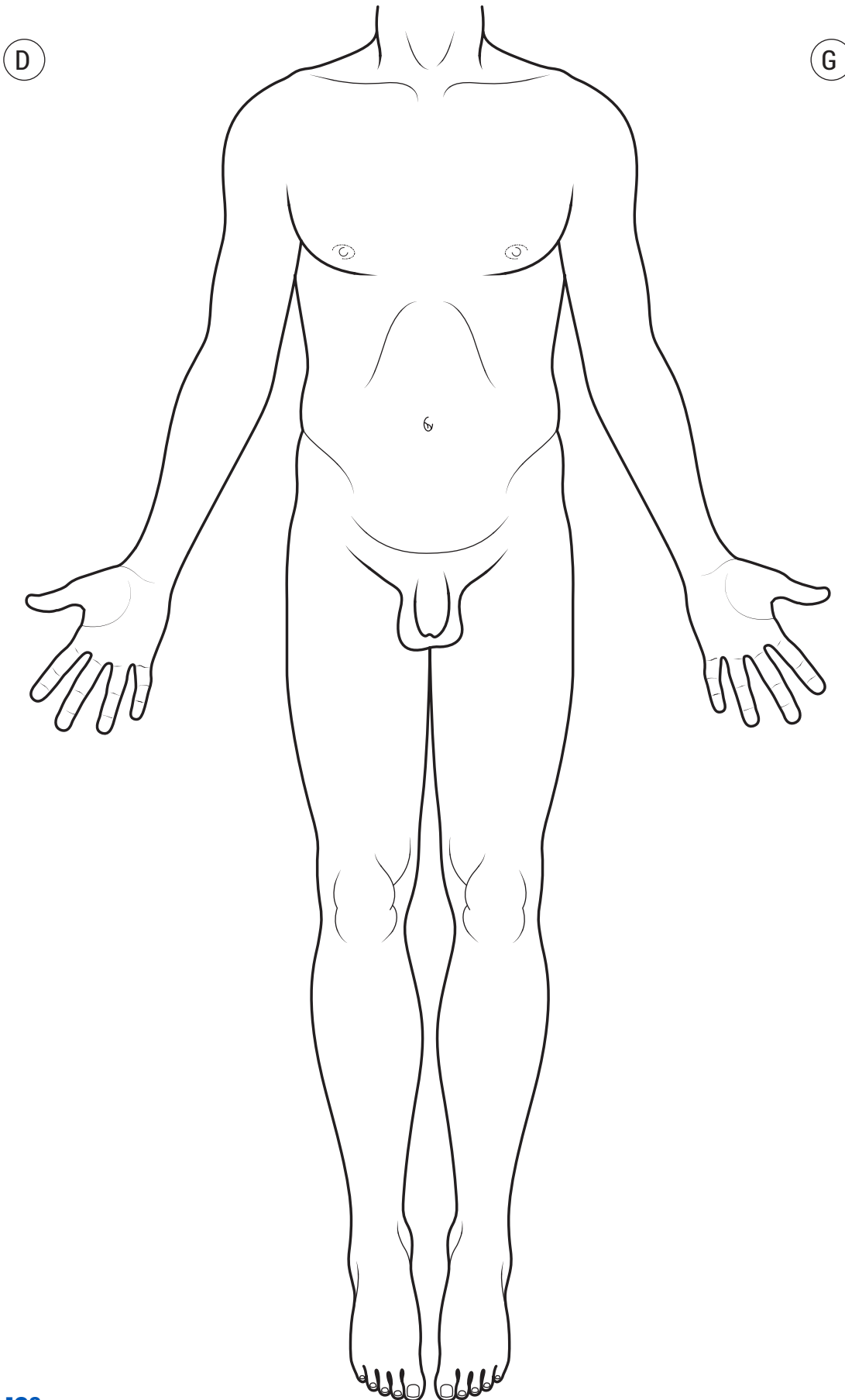
Corps entier, femme –vue latérale gauche

G



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Corps entier, homme – vue antérieure



Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

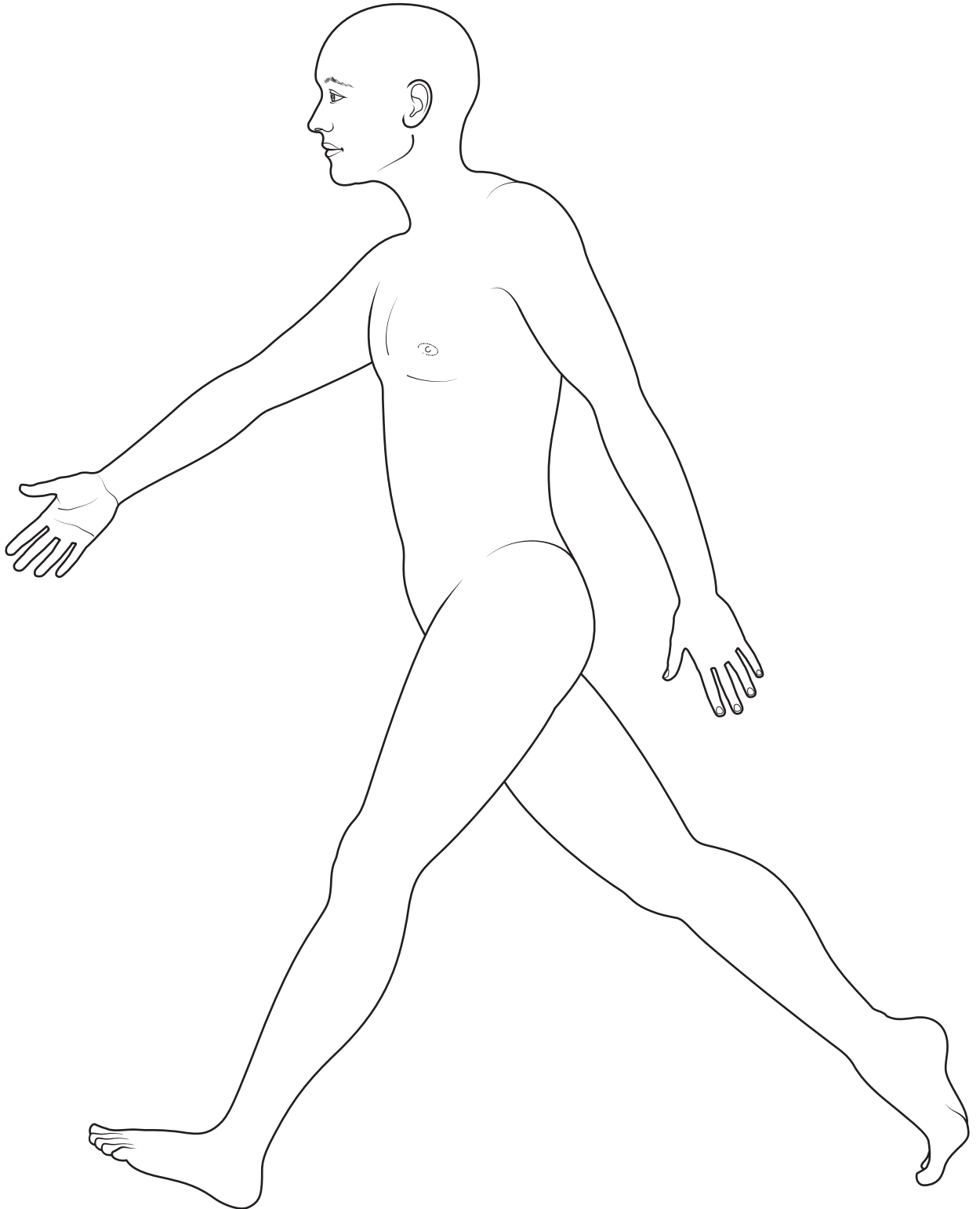
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

Corps entier, homme – vue latérale gauche

G



Nom du sujet .....

Nom du clinicien .....

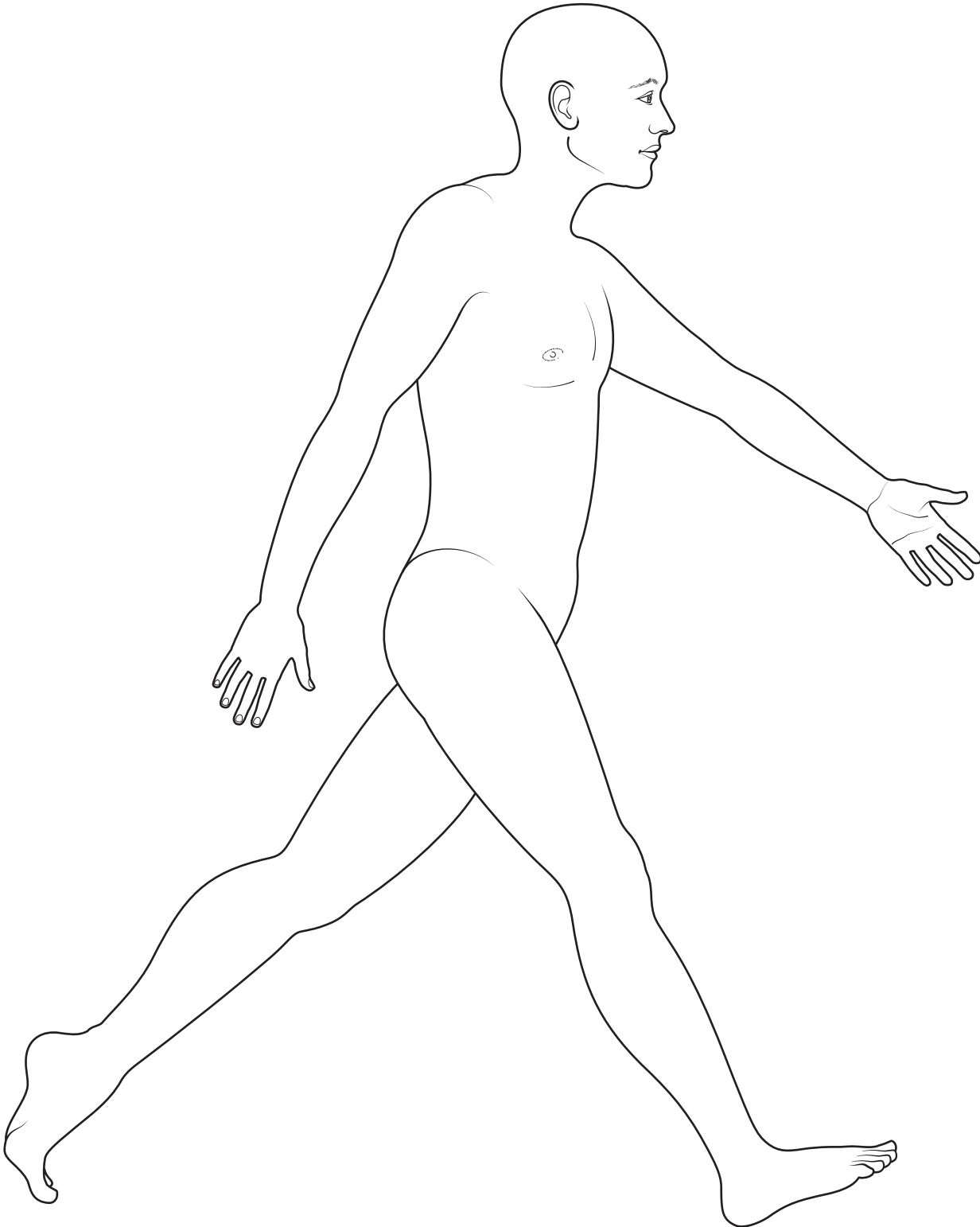
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

D

Corps entier, homme – vue latérale droite



Nom du sujet .....

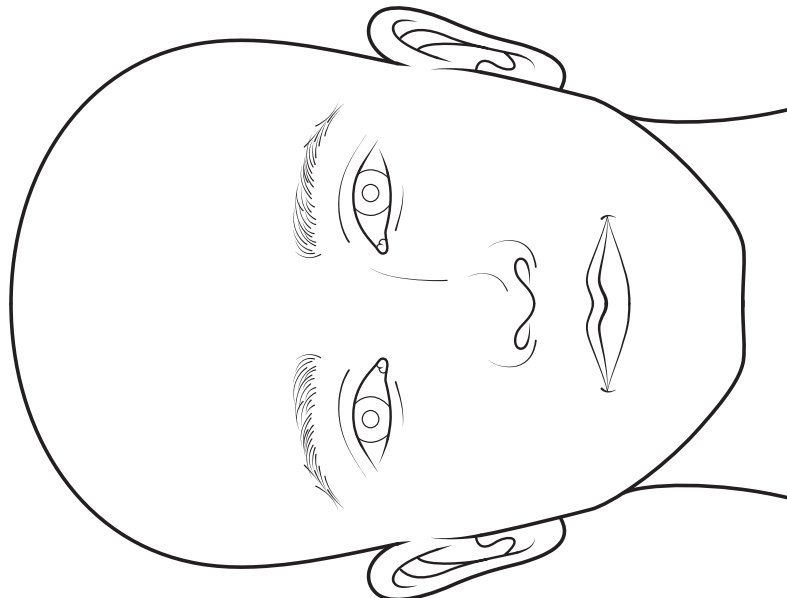
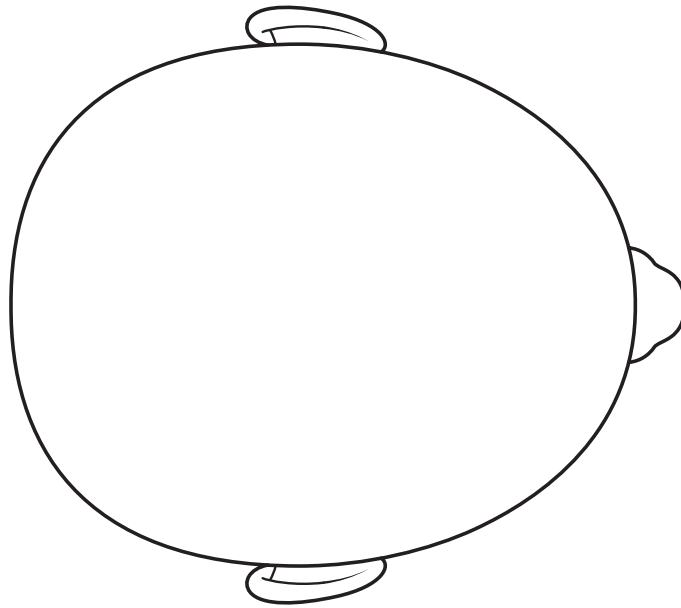
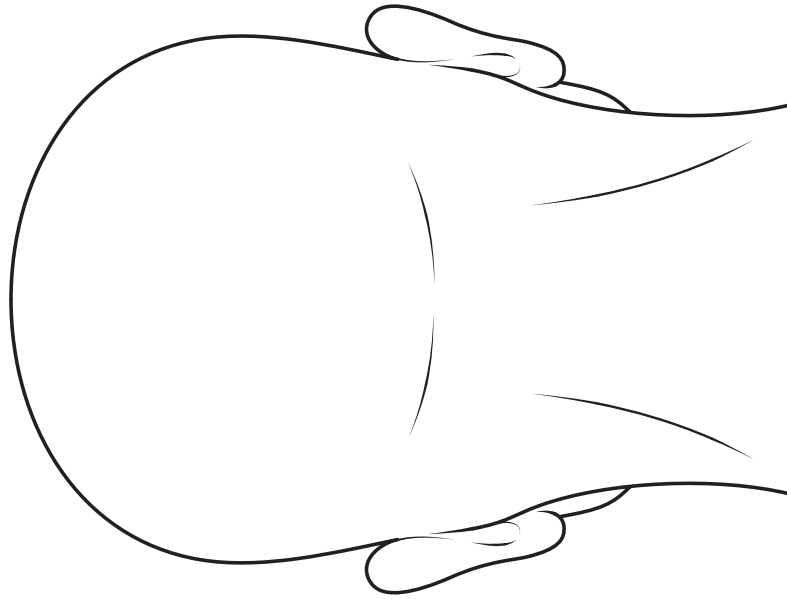
Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

Tête – vues antérieure, postérieure et supérieure





Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Tête – vues latérales droite et gauche

D



G



Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

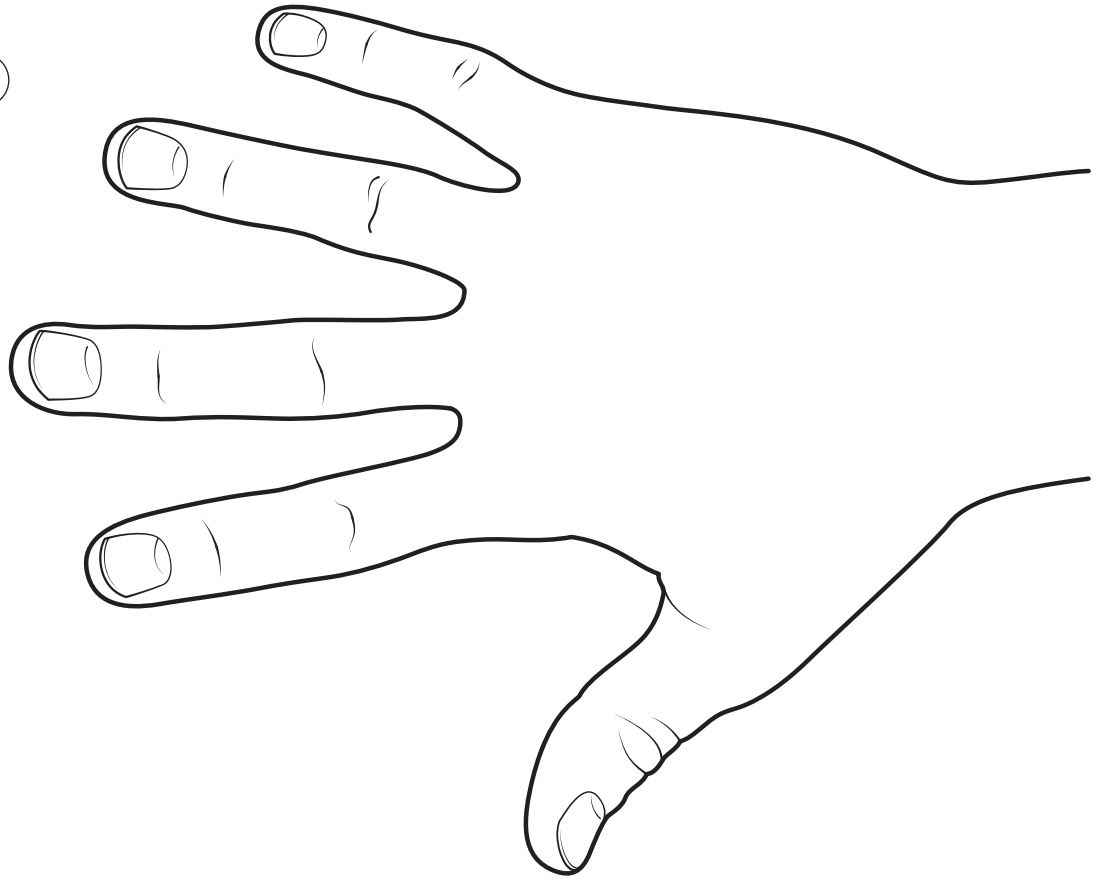
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

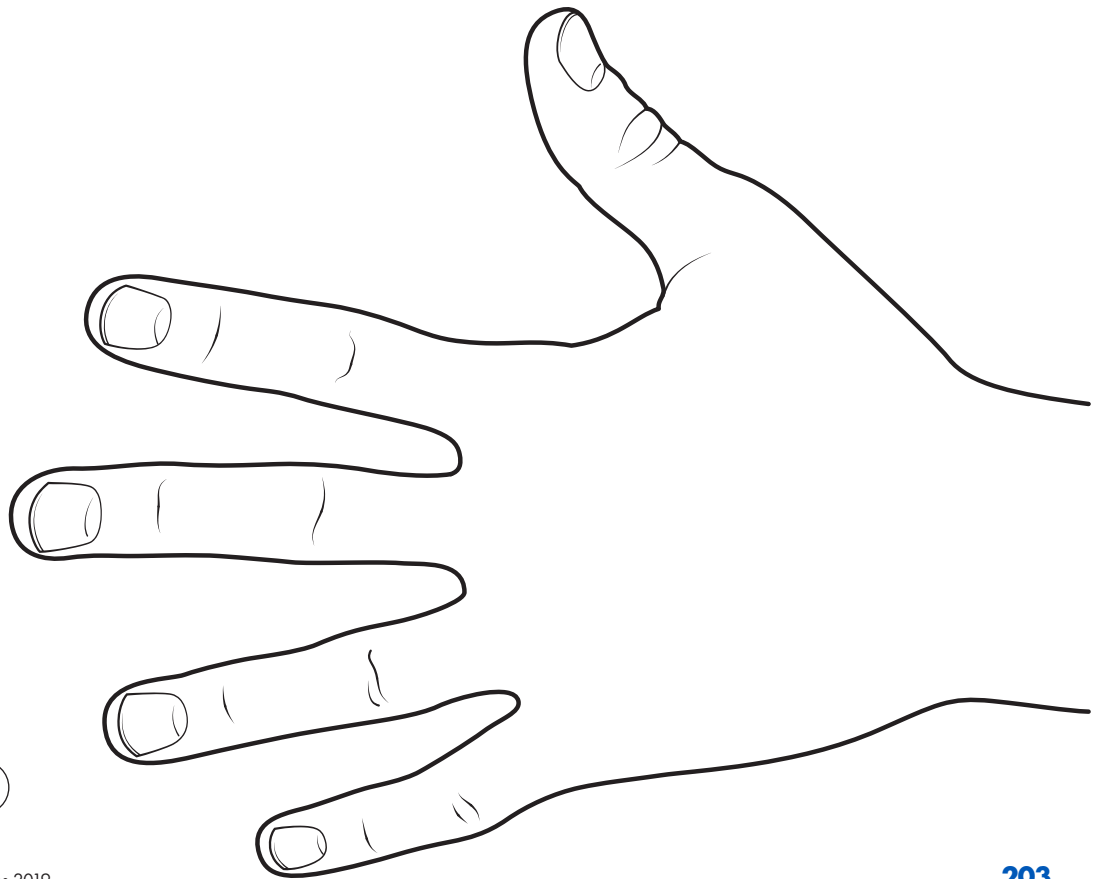
Numéro de référence .....

Mains – face dorsale

D



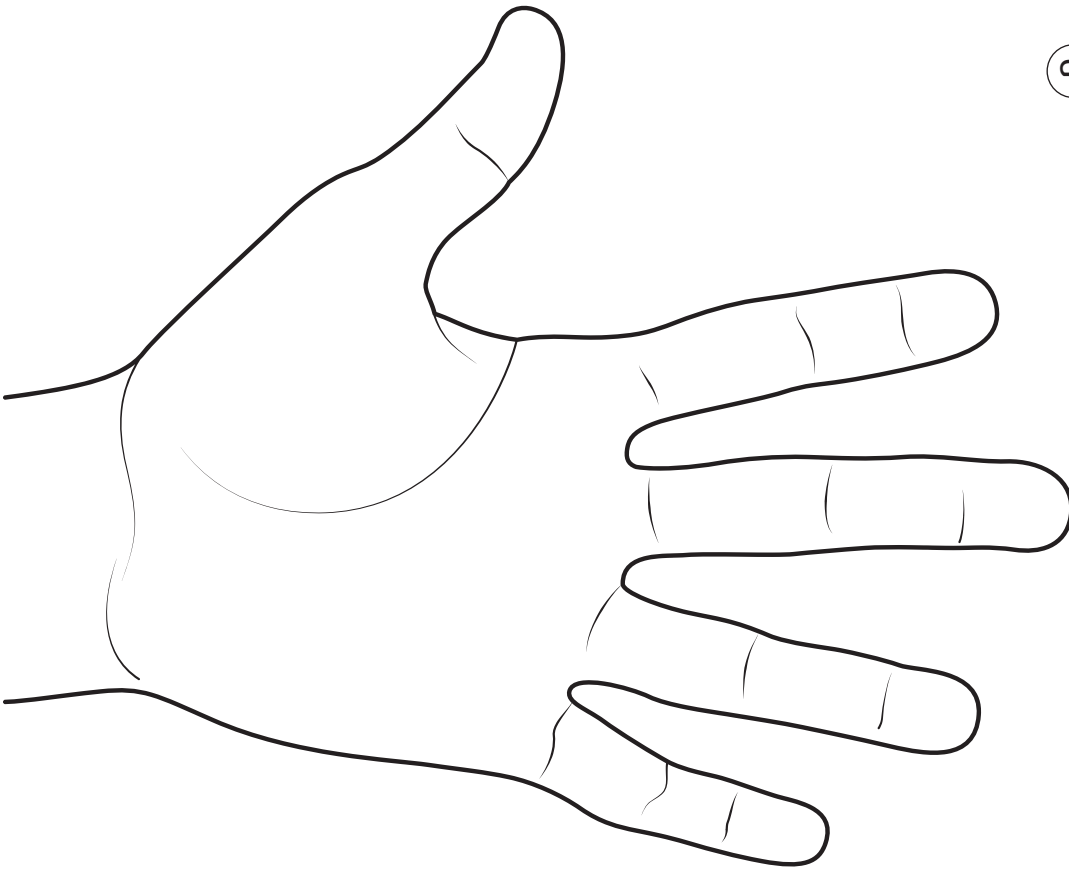
G



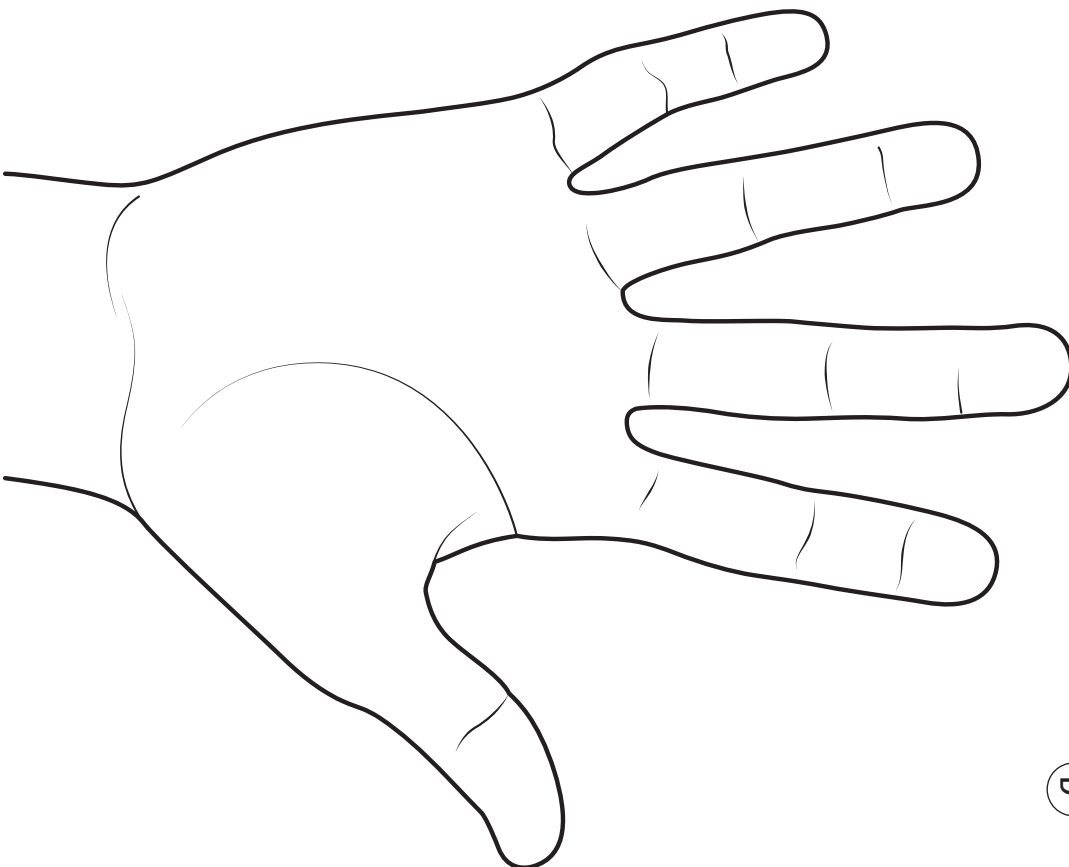
Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Mains – face palmaire

G



D



Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

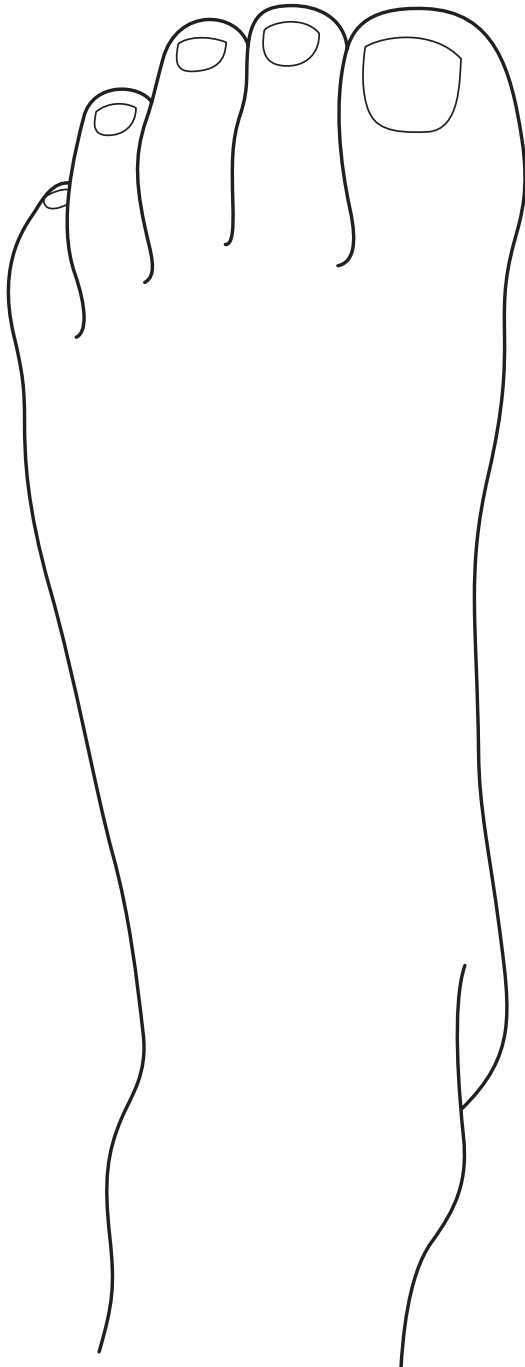
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

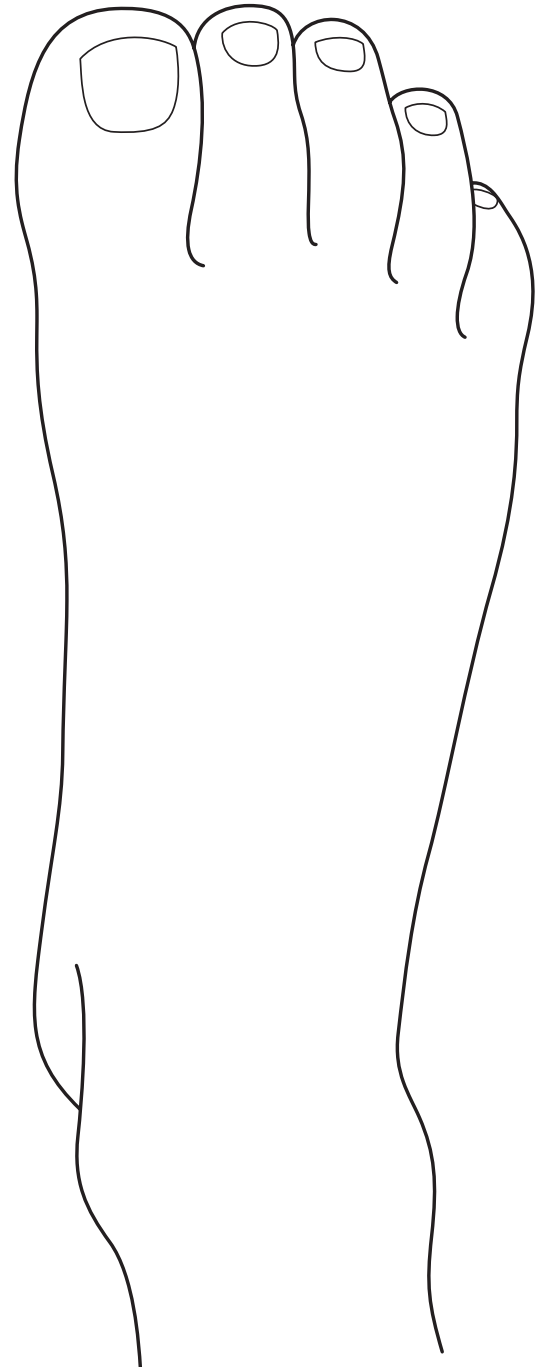
Numéro de référence .....

Pieds – face dorsale

G



D



Nom du sujet .....

Nom du clinicien .....

Date de l'examen.....

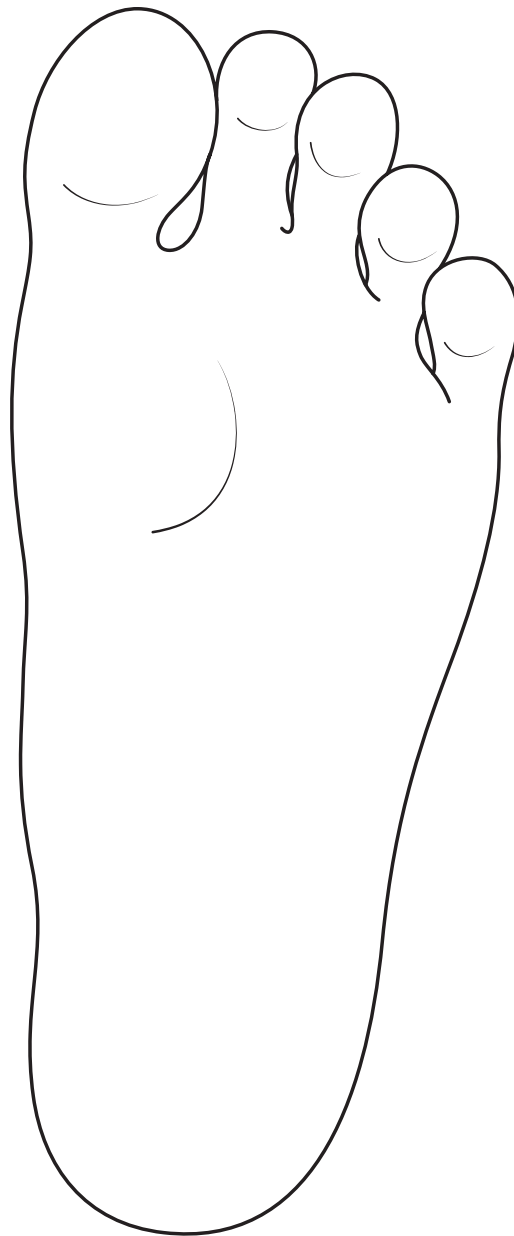
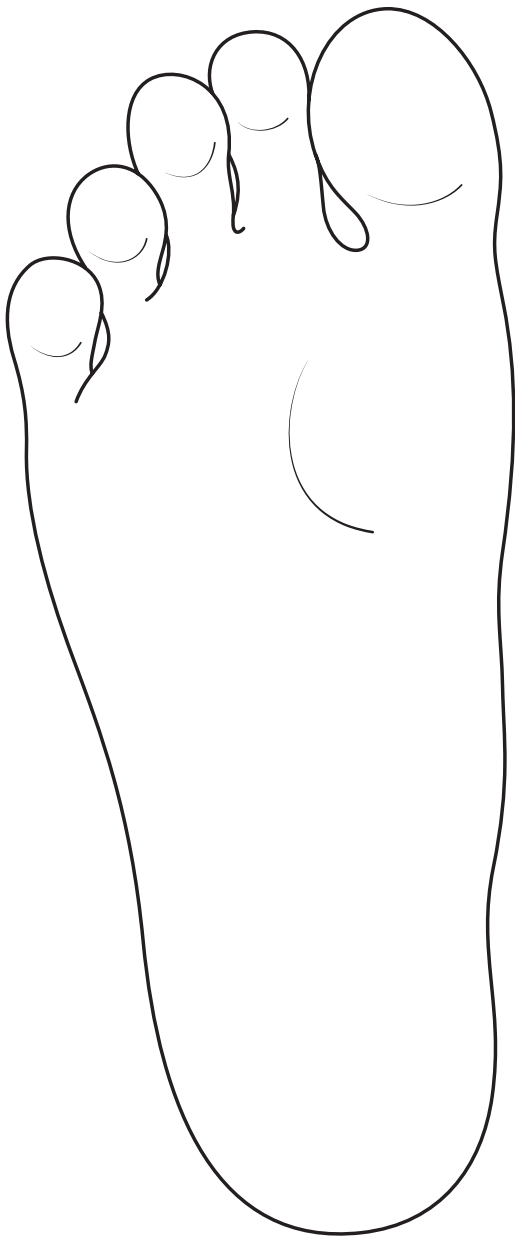
Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

Pieds – face plantaire

D

G

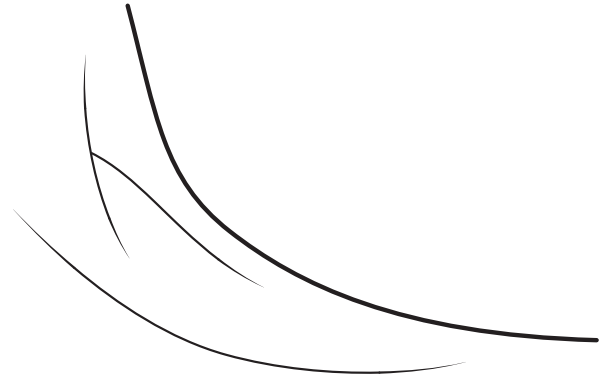




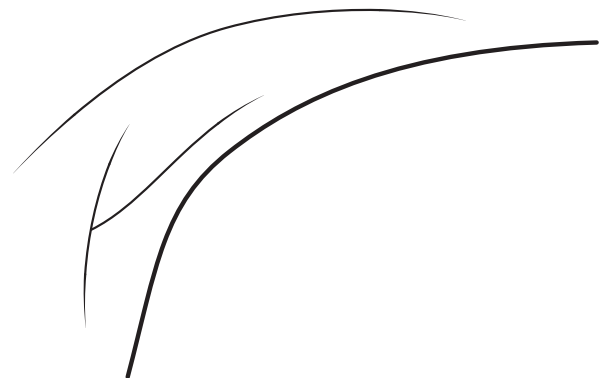
Nom du sujet .....  
Nom du clinicien.....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Aisselles

G

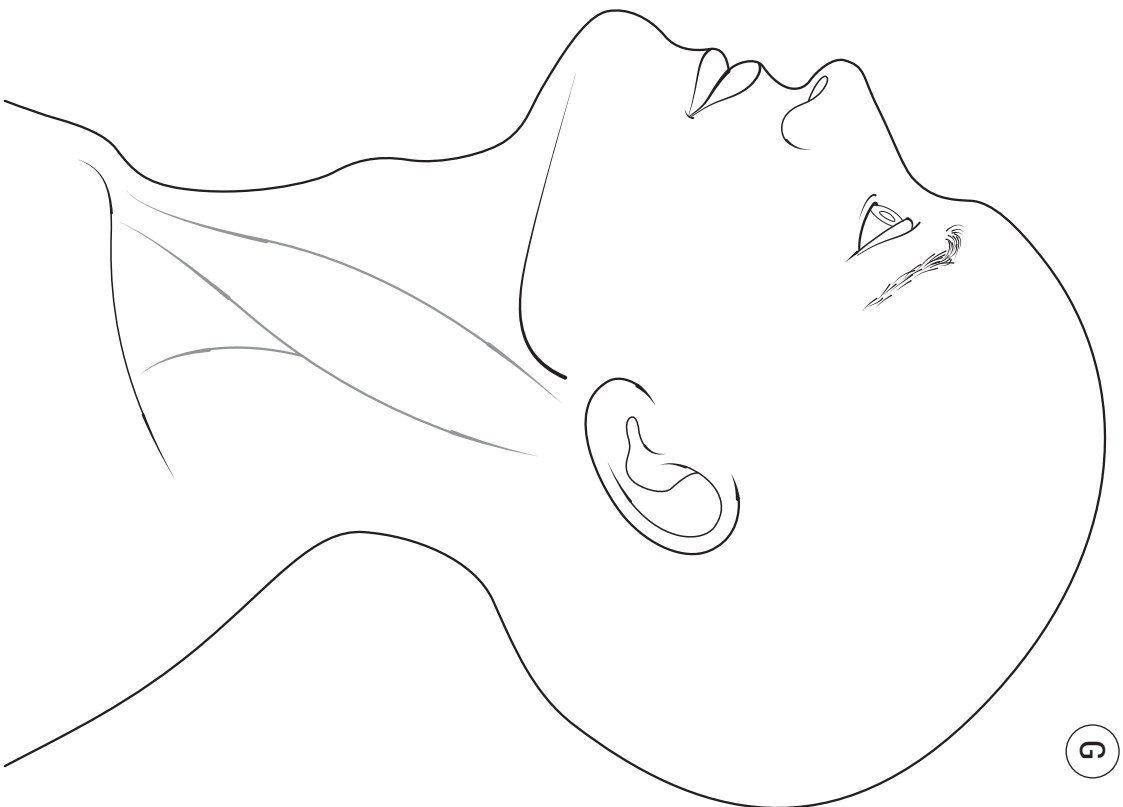
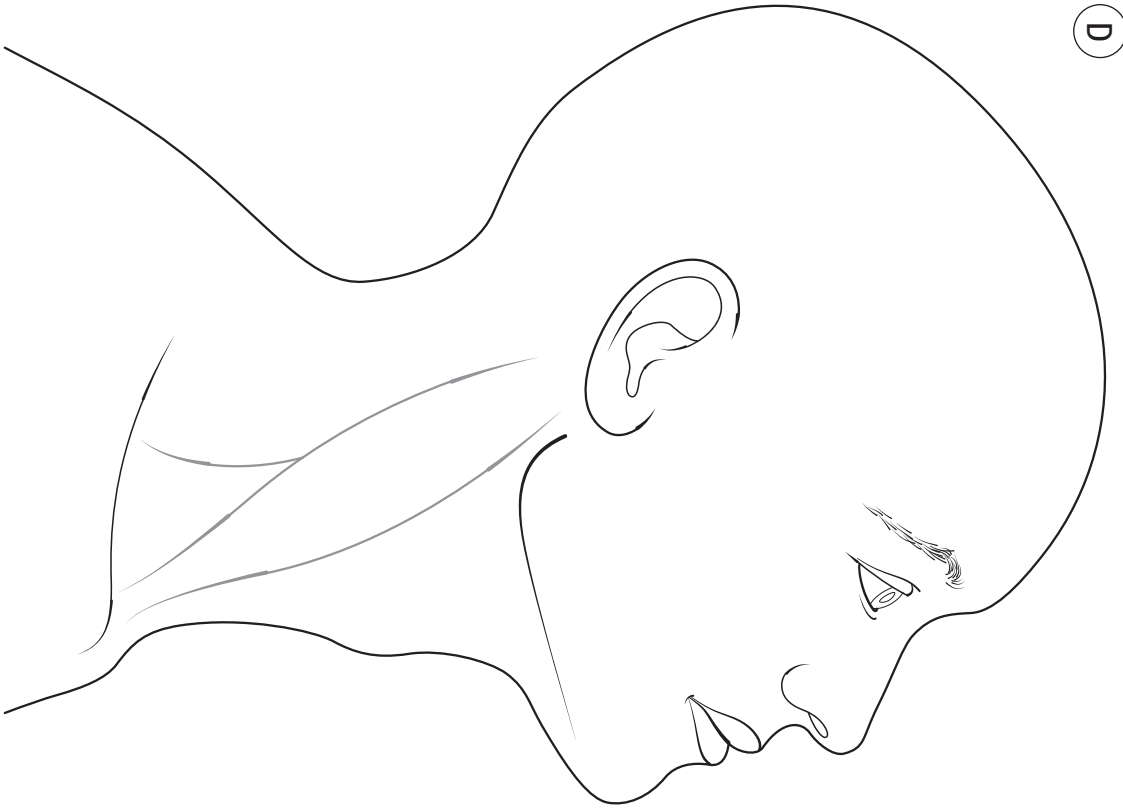


D



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Cou étendu – vue latérale gauche et droite



Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

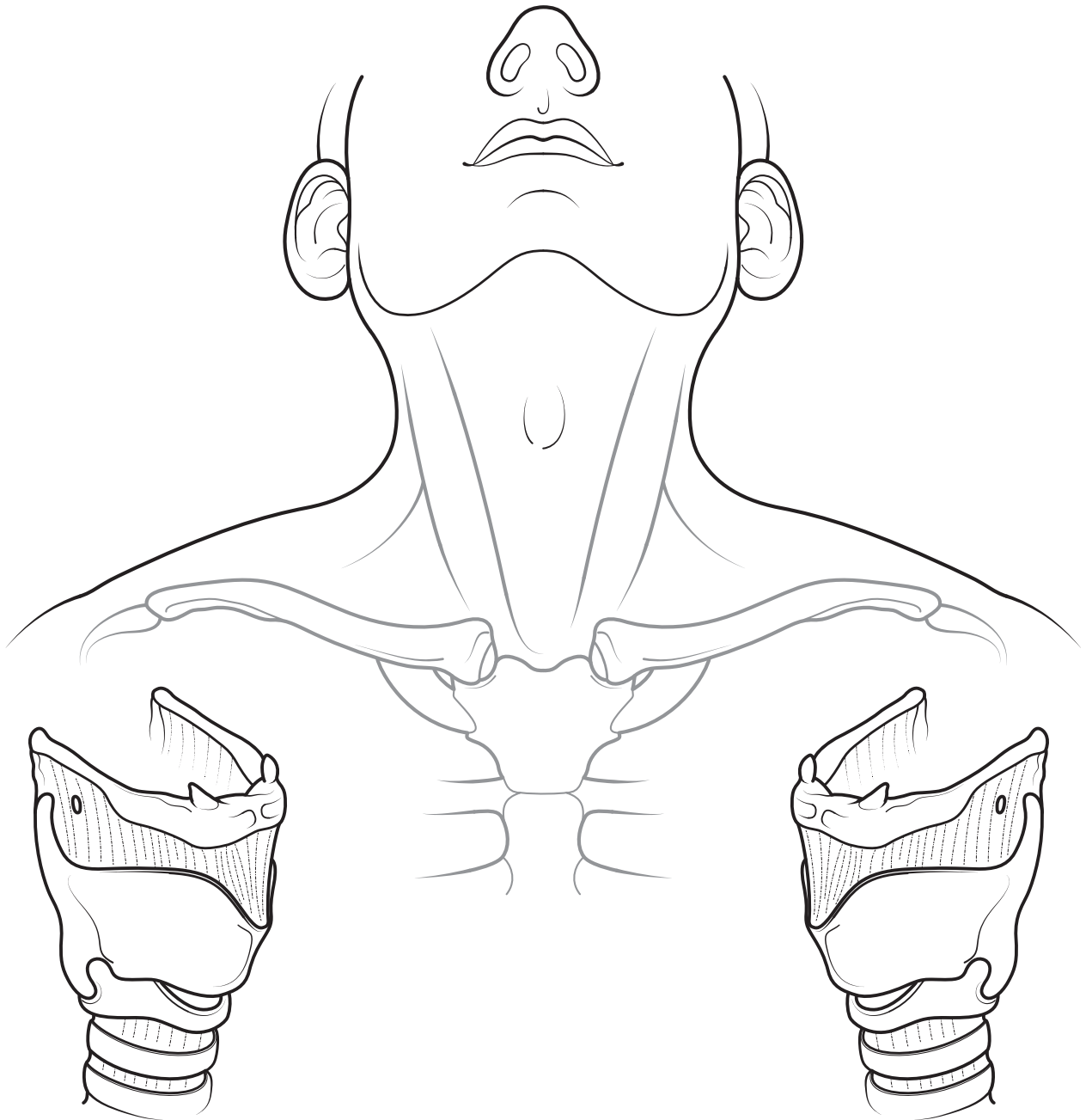
Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

Cou étendu – Face antérieure et larynx

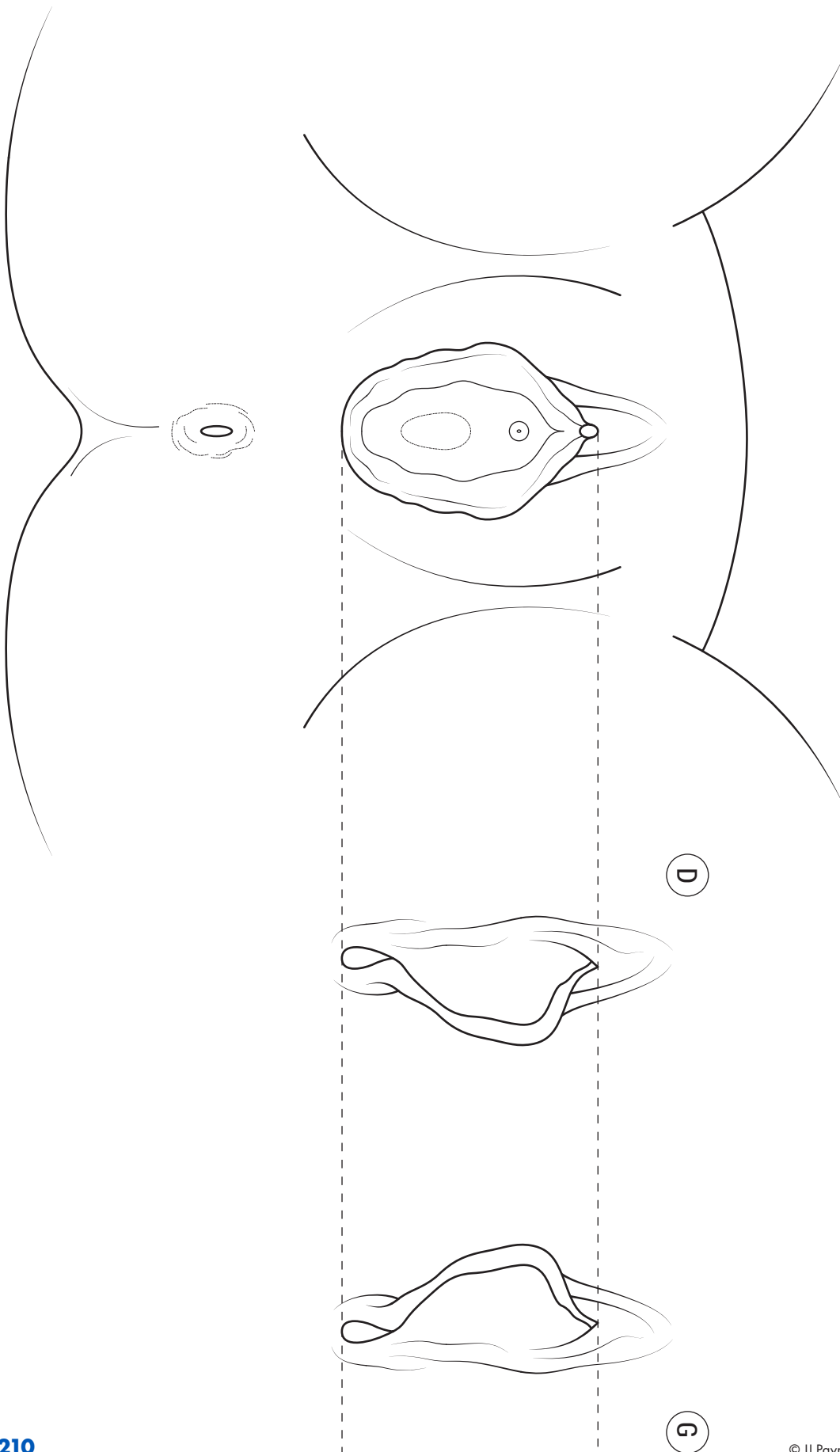
D

G



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

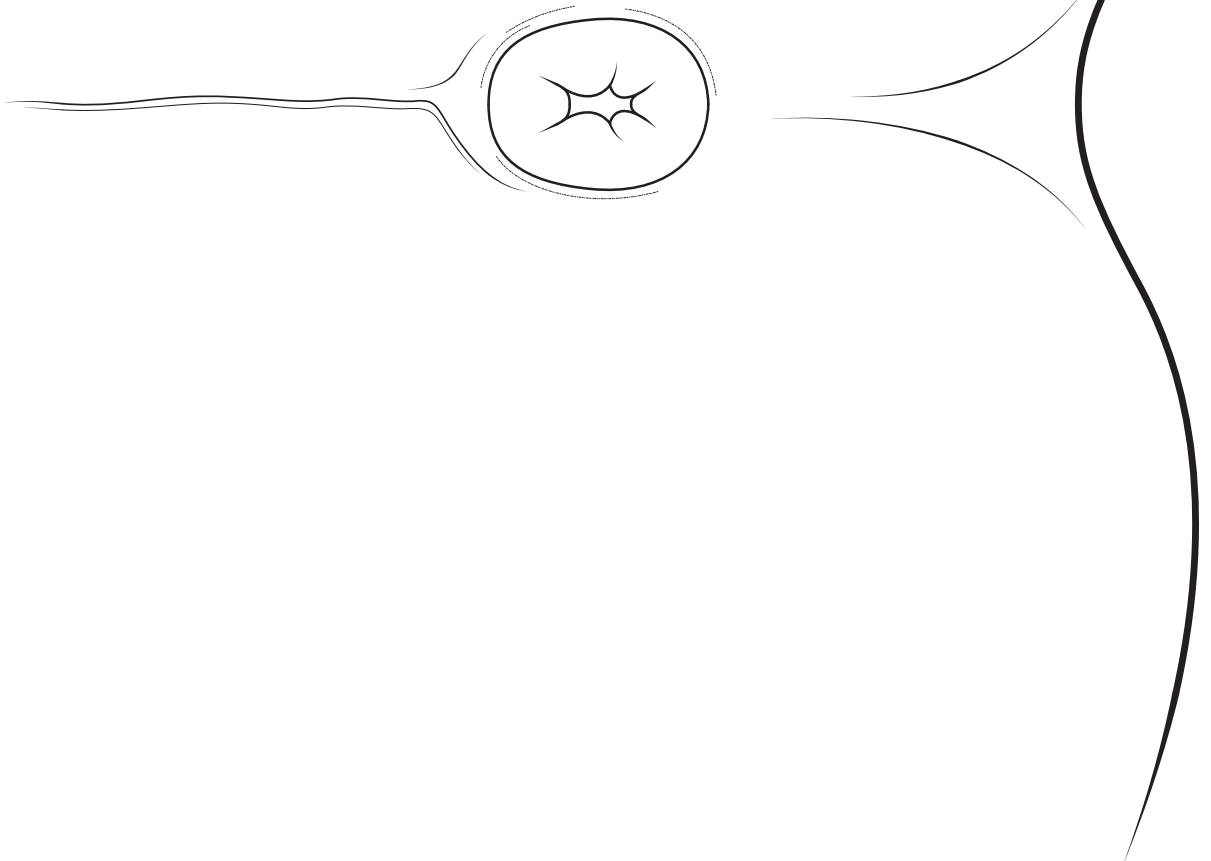
Organes génitaux féminins



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien.....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Anus, genre neutre

G

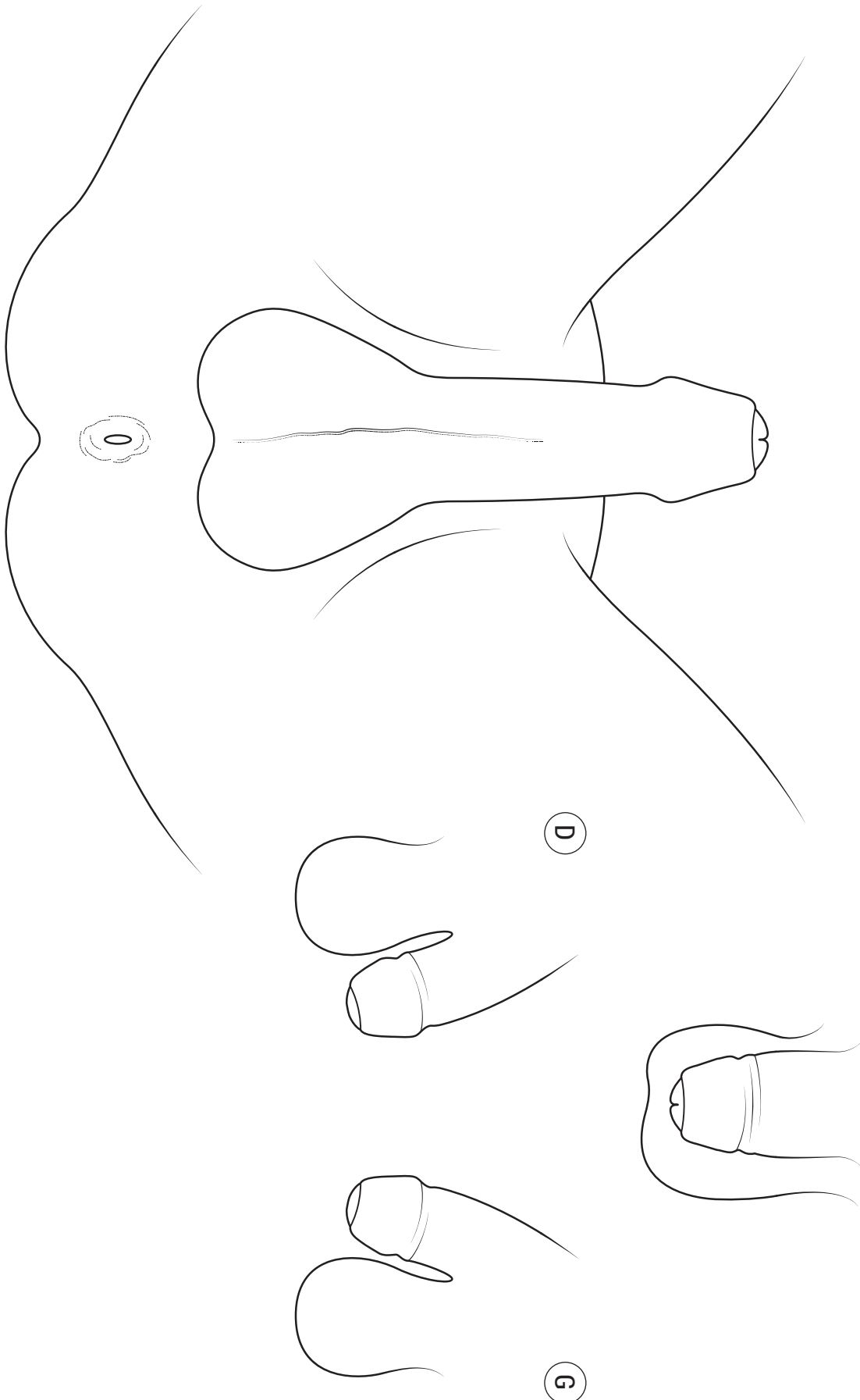


D



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Organes génitiaux masculins, non circoncis



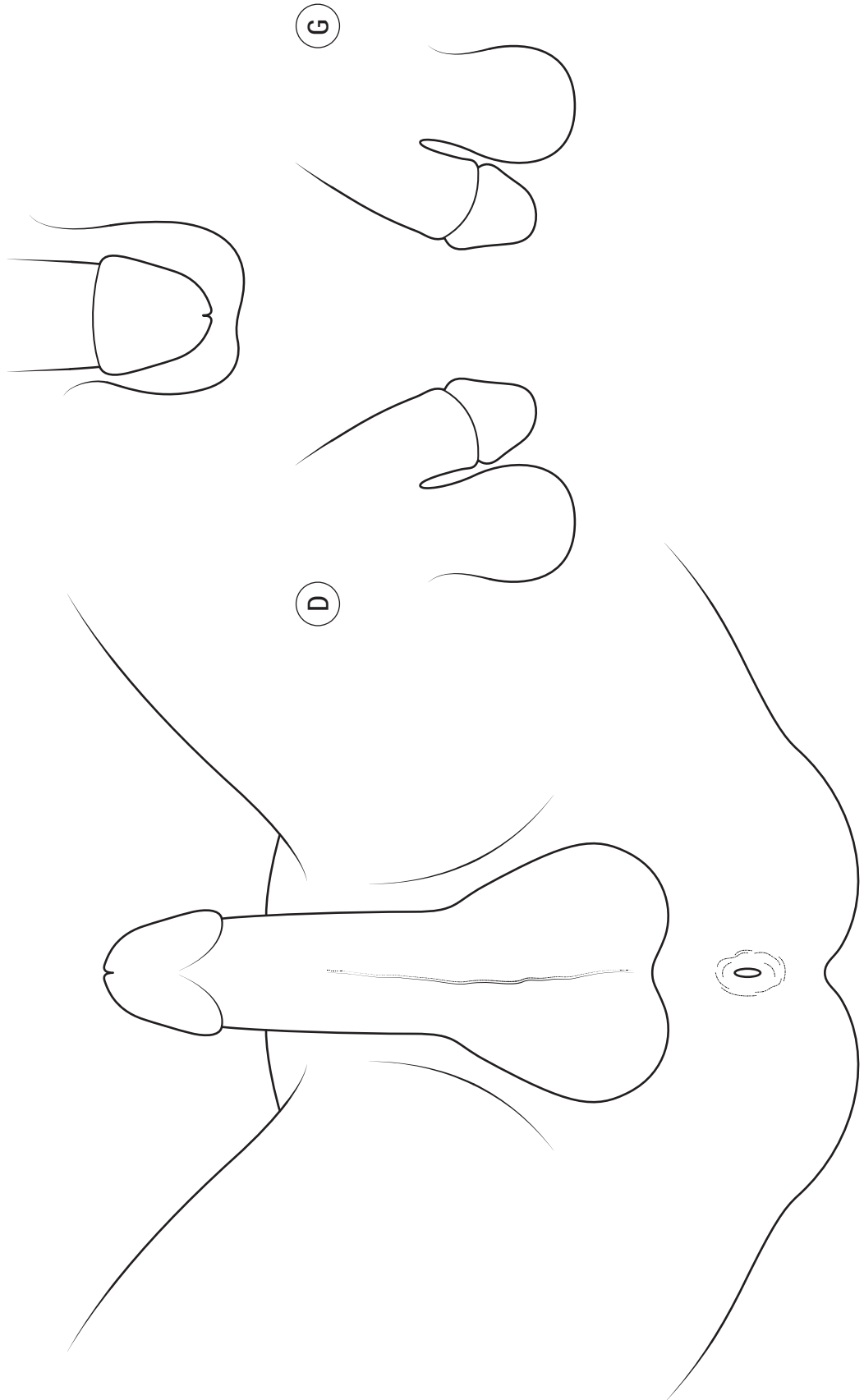
Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

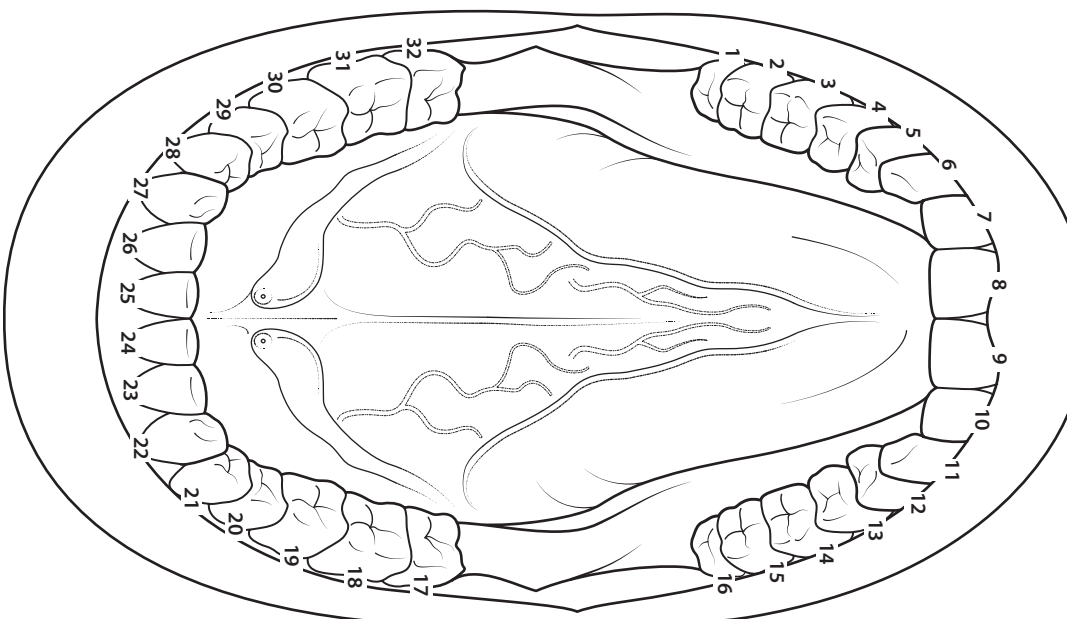
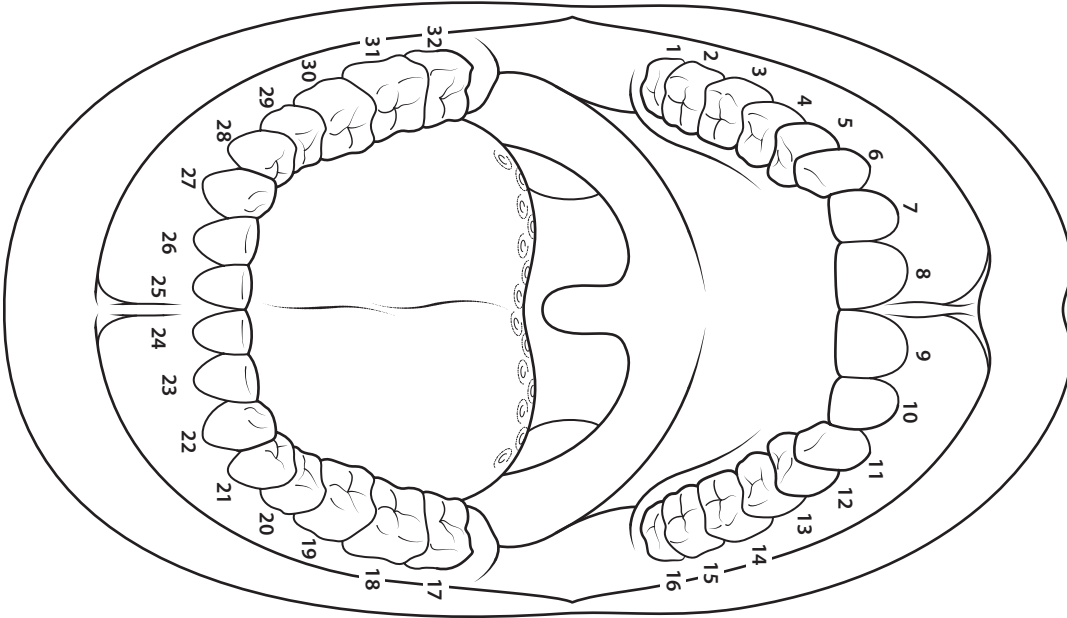
Heure de l'examen .....

Num6ro de r6f6rence .....



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Cavité buccale et dents



Nom du sujet .....

Nom du clinicien.....

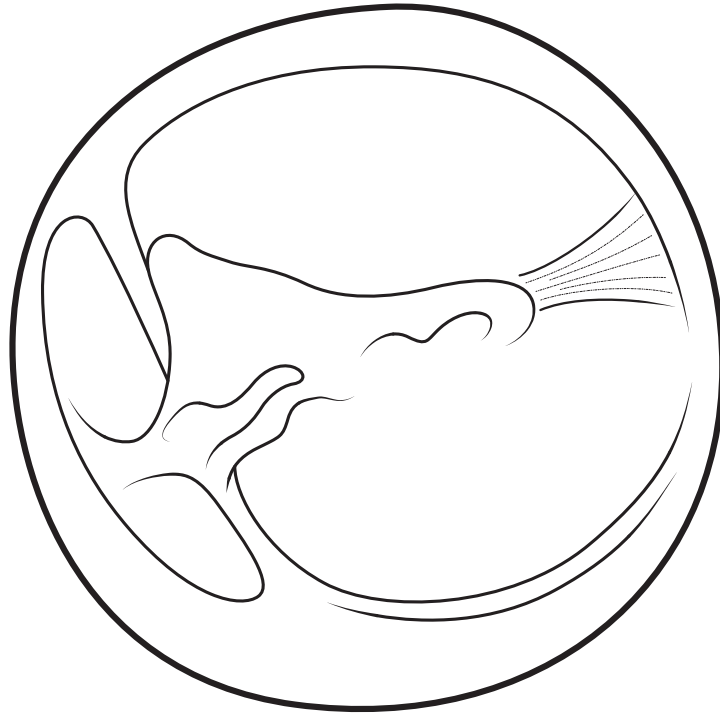
Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

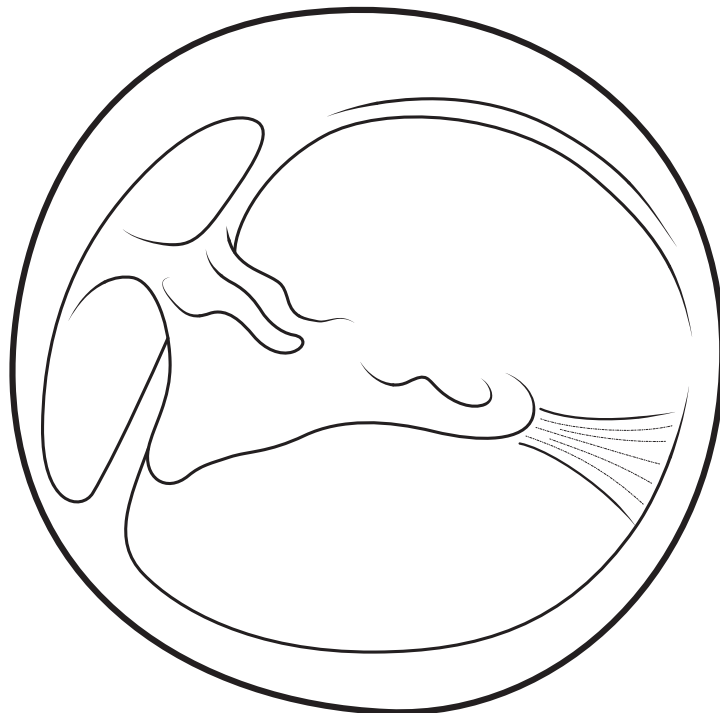
Numéro de référence .....

Tympan – vues droite et gauche

D



G



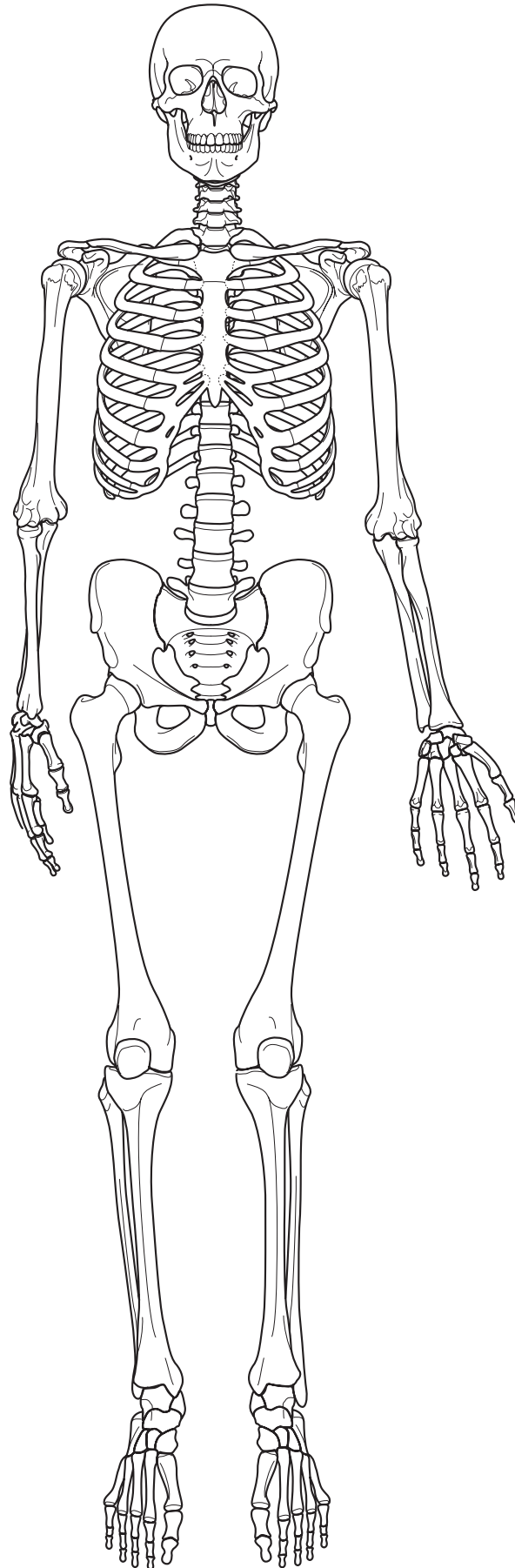
Nom du sujet .....

Nom du clinicien .....

Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....



Squelette – vue antérieure



Nom du sujet .....

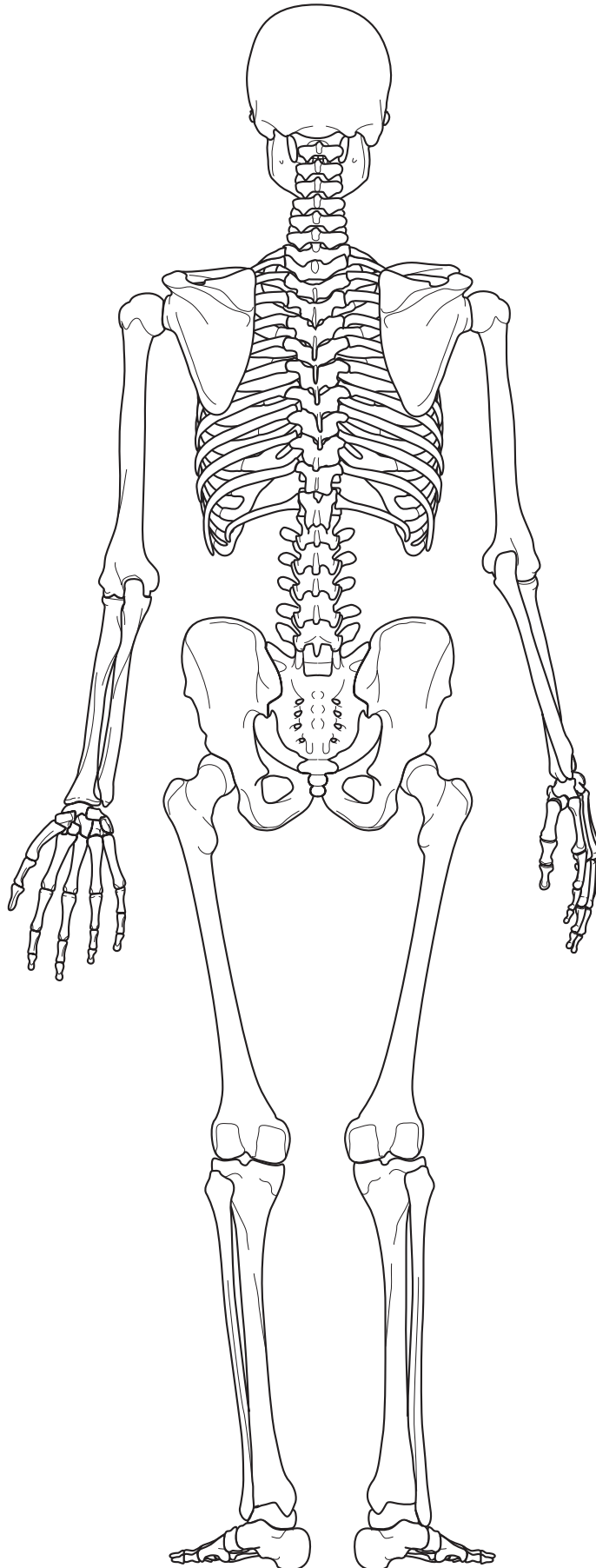
Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

Heure de l'examen .....

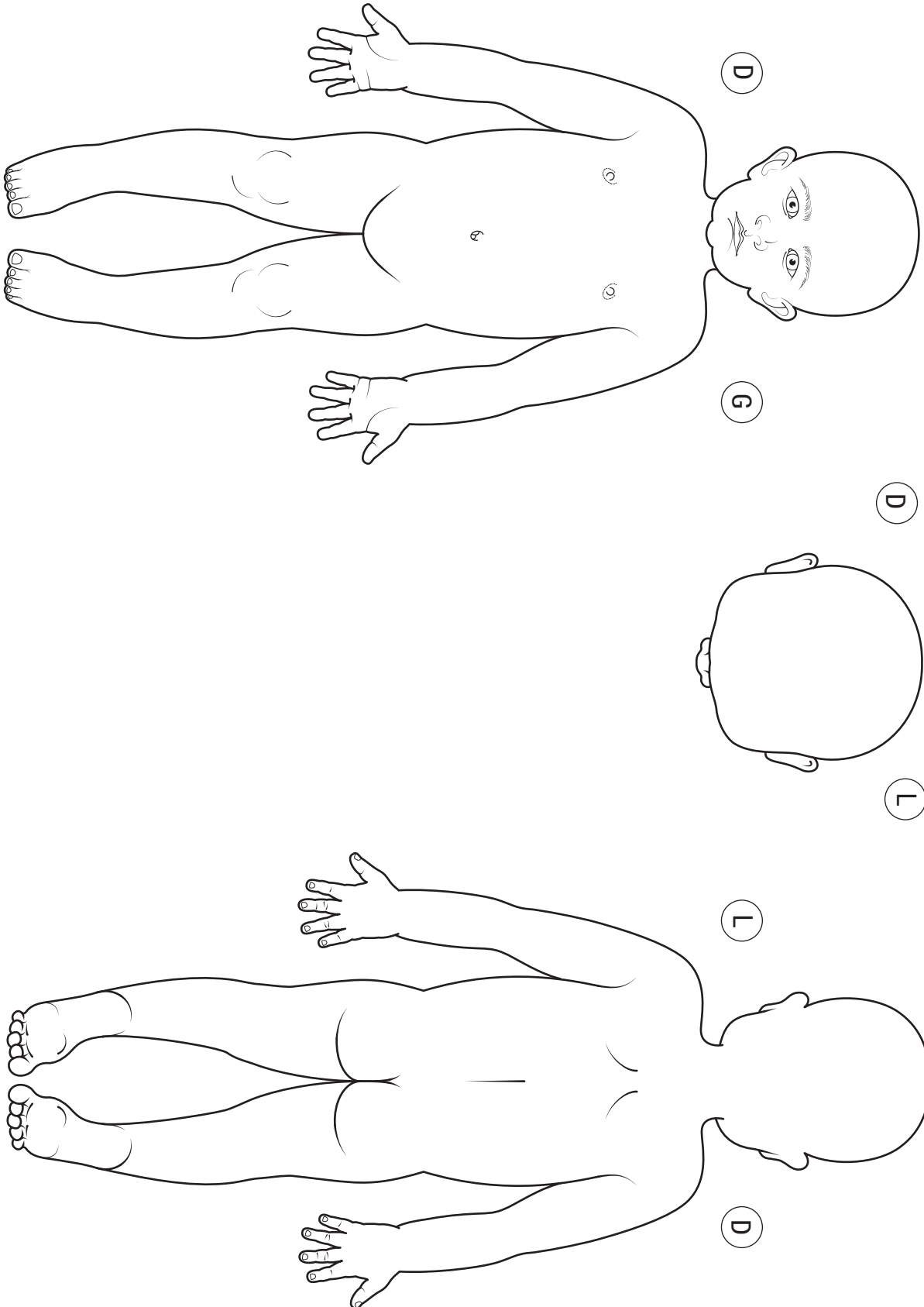
Numéro de référence .....

Squelette – vue postérieure



Nom du sujet .....  
Nom du clinicien .....  
Date de l'examen.....  
Heure de l'examen .....  
Numéro de référence .....

Enfant en bas-âge – vues antérieure et postérieure



Nom du sujet .....

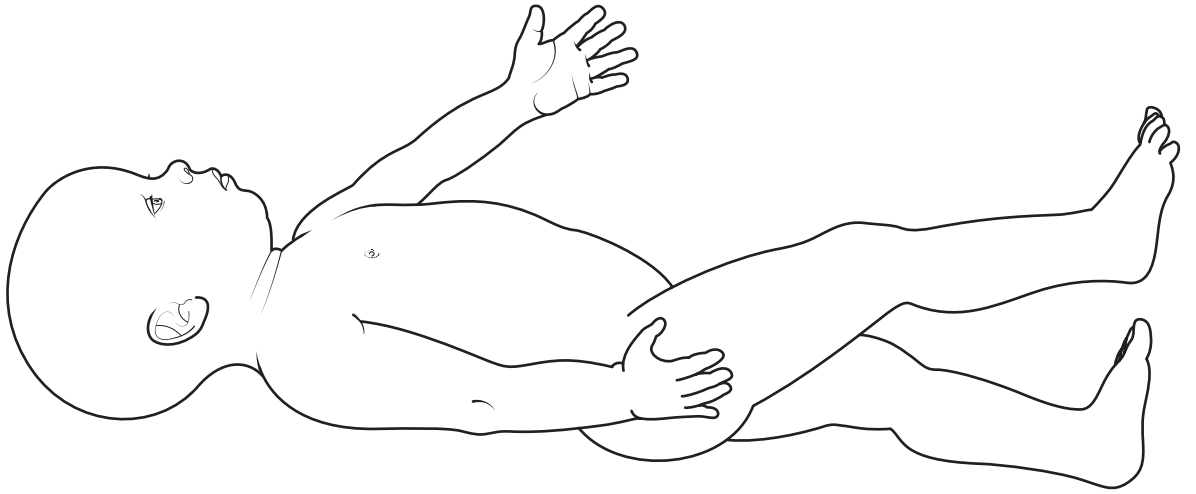
Nom du clinicien.....

Date de l'examen.....

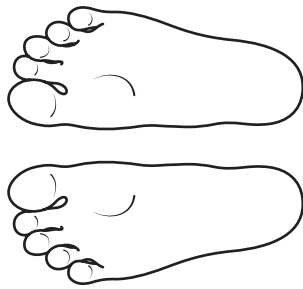
Heure de l'examen .....

Numéro de référence .....

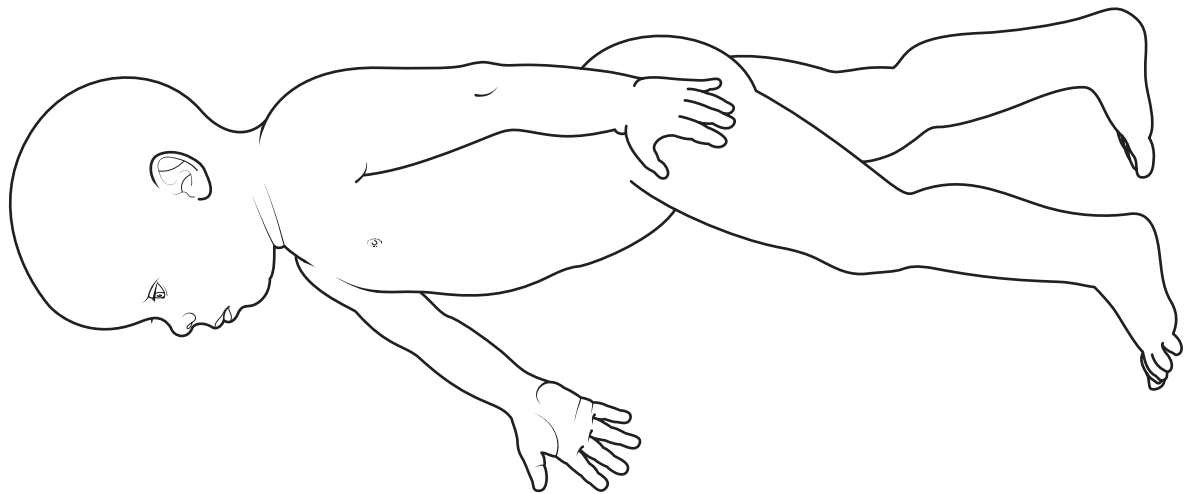
Enfant en bas-âge – vues latérales droite et gauche



G



D





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



**I. Informations générales**

Les présentes directives se fondent sur le Protocole d'Istanbul. Elles ne doivent pas être appliquées de façon rigide, mais en tenant compte de l'objet de l'évaluation et des ressources disponibles. L'évaluation des éléments de preuve physique et psychologique de la torture et autres mauvais traitements pourra être effectuée par un ou plusieurs cliniciens, en fonction de leurs qualifications respectives.

Date de l'examen : ..... Numéro du cas ou du rapport : .....

Sujet accompagné par (nom/fonction) : .....

Numéro de pièce d'identité du sujet : .....

Durée de l'évaluation (heures/minutes) : .....

Prénom du sujet : .....

Nom de famille du sujet : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe :  masculin  féminin  autre

Motif de l'examen : .....

Nom du clinicien : .....

Interprète :  Oui  Non Nom.....

Consentement en connaissance de cause :  oui  non Dans la négative, pourquoi ? .....

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

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

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

Dans l'affirmative, précisez la nature et la raison.....

Rapport clinique transmis à (nom/fonction/numéro de pièce d'identité) :.....

Date de transmission :..... Heure de transmission : .....

Évaluation/enquête clinique conduite sans restriction (pour les sujets en détention)  oui  non

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

## II. Qualification du clinicien

(pour témoignage judiciaire)

Études médicales et formation clinique  
 Formation psychologique/psychiatrique  
 Expérience des enquêtes sur la torture  
 et autres mauvais traitements  
 Expérience au niveau local dans le domaine des  
 droits de l'homme s'appliquant à l'enquête  
 Publications, conférences et cours de formation pertinents  
 Curriculum vitae.

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

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

## IV. Profil du sujet

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

## V. Allégations de torture et autres mauvais traitements

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

## VI. Symptômes et infirmités physiques

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

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

## VII. Examen physique

1. État général
2. Peau

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

## VIII. Profil/examen psychologique

1. Méthodes d'évaluation
2. État psychologique actuel
3. Profil psychologique après la torture
4. Profil psychologique avant la torture
5. Antécédents psychologiques/psychiatriques
6. Usage et abus de substances toxiques
7. Examen de l'état mental
8. Évaluation des fonctions sociales
9. Tests psychologiques (voir par. 539 ci-dessus  
 pour les indications et limitations)
10. Tests neuropsychologiques (voir par. 549 à 565  
 ci-dessus pour les indications et limitations)

## IX. Photographies et schémas anatomiques

X. Résultats des tests diagnostiques (voir par. 480 à  
 484 ci-dessus pour les indications et limitations)

## XI. Consultations

## XII. Interprétation des observations

1. Éléments de preuve physique
  - A. Établir le degré de cohérence des symptômes  
 et infirmités physiques aigus et chroniques  
 mentionnés avec les sévices allégués.
  - B. Établir le degré de cohérence des résultats de  
 l'examen physique avec les sévices allégués.  
 (Note : l'absence d'observations physiques n'exclut  
 pas la possibilité qu'il y ait eu effectivement  
 torture ou autres mauvais traitements.)
  - C. Établir le degré de cohérence des résultats  
 de l'examen physique avec la connaissance  
 des méthodes de torture employées  
 localement et de leurs effets usuels.
2. Éléments de preuve psychologique
  - A. Établir le degré de cohérence des observations  
 psychologiques avec les actes de torture allégués.
  - B. Indiquer si les symptômes psychologiques  
 constituent des réactions prévisibles ou

caractéristiques d'un stress extrême dans le contexte socioculturel du sujet.

- C. Indiquer la chronologie et l'évolution des troubles mentaux liés au traumatisme (situation de la personne dans le temps par rapport aux événements, stade de guérison).
- D. Déterminer quels sont les éventuels facteurs de stress concomitants (persécution persistante, migration forcée, exil, perte de la famille et du rôle social, par exemple) et quelles en sont les conséquences potentielles pour la personne.
- E. Mentionner les problèmes physiques qui pourraient contribuer au tableau clinique, notamment les possibles lésions de la tête subies lors de la torture ou de la détention.

### XIII. Conclusions et recommandations

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

### XIV. Déclaration de bonne foi

(pour témoignage judiciaire)

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

### XV. Déclaration de restrictions à l'évaluation/investigation médicale

(pour les sujets en détention)

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

### XVI. Signature du clinicien, date et lieu

### XVII. Annexes

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









NATIONS UNIES  
**DROITS DE L'HOMME**  
HAUT-COMMISSARIAT

**Haut-Commissariat des Nations Unies  
aux droits de l'homme**

Palais des Nations  
CH 1211 Genève 10, Suisse

Téléphone : +41 (0) 22 917 92 20  
Courriel : [ohchr-infodesk@un.org](mailto:ohchr-infodesk@un.org)  
Site Web : [www.ohchr.org/fr](http://www.ohchr.org/fr)