

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

Anglais
Espagnol
Français

L'EXAMEN MÉDICAL PHYSIQUE DES VICTIMES DE TORTURE PRÉSUMÉES

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

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



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

L'EXAMEN MÉDICAL PHYSIQUE DES VICTIMES DE TORTURE PRÉSUMÉES

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

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



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

L'examen médical physique des victimes de torture présumées

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

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

2004

© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2009

Publié 2009 par
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)
Borgergade 13
B. P. 9049
1022 Copenhague K
Danemark
Tél: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
E-mail: irct@irct.org
Site internet: www.irct.org

Imprimé par Scanprint, Viby J., Danemark

ISBN 978-87-88882-54-4 (livre de poche)

ISBN 978-87-88882-56-8 (PDF)

Ce guide a été écrit par:
Stine Amris, MD
Margriet Blaauw, MD, MIH
Lis Danielsen, MD, DMSc
Ole Vedel Rasmussen, MD, DMSc



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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	3
PARTIE A	5
LES OBSERVATIONS DERMATOLOGIQUES APRÈS UNE ALLÉGATION DE TORTURE	
I Modifications macroscopiques	5
II Modifications microscopiques	14
PARTIE B	15
LE SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE	
I Possibles lésions du système musculo-squelettique après une torture physique	16
II Possibles lésions et évaluation du système musculo-squelettique après certaines formes particulières de torture physique	19

PARTIE C	28
AUTRES SYSTÈMES	
I Manifestations cardiopulmonaires	28
II Manifestations gastro-intestinales	29
III Manifestations urologiques	29
IV Manifestations de la sphère otorhinolaryngologique	30
V Manifestations ophtalmologiques	31
VI L'examen gynécologique	31
PARTIE D	34
L'EXAMEN DES ENFANTS	
RÉFÉRENCES	36

PRÉFACE

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

Ce guide n'a pas pour ambition de remplacer le Protocole d'Istanbul. Il donne des informations supplémentaires plus ou moins élaborées sur les signes physiques de torture. Il doit être utilisé en complément du Protocole d'Istanbul.

Tout comme dans le Protocole d'Istanbul, la torture est considérée dans ce guide selon la définition donnée par l'article 1 de la Convention des Nations Unies contre la Torture (UNCAT).

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

Malgré son statut international et sa reconnaissance parmi les experts du droit, de la santé et des droits de l'homme, le Protocole d'Istanbul est encore relativement peu connu. Les programmes des facultés de médecine et de droit incluent rarement des formations sur l'examen des victimes de torture, sur le traitement des victimes de torture ou sur les conséquences de la torture. De nombreux professionnels du droit et de la santé ont par conséquent reçu une formation limitée, voire aucune formation, sur les processus d'investigation et de documentation de la torture, qui exigent pourtant des compétences techniques spécifiques ainsi qu'une connaissance des procédures médicales et juridiques pour être menés de manière efficace.

Pour davantage d'information, veuillez contacter:

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



PARTIE A

LES OBSERVATIONS DERMATOLOGIQUES APRÈS UNE ALLÉGA- TION DE TORTURE

I. MODIFICATIONS MACROSCOPIQUES

La signification des lésions cutanées est liée avant tout à la documentation d'un récit de torture. Les lésions aiguës peuvent engendrer des problèmes de santé, comme par exemple des douleurs et des infections secondaires, y compris des problèmes de guérison, en particulier lorsque ces lésions sont situées dans une zone caractérisée par une insuffisance veineuse ou artérielle.

Les cicatrices situées près d'une articulation peuvent provoquer des contractures et des douleurs lors des activités et restreindre la mobilité de l'articulation.

En dehors de ce cas précis, les cicatrices gênent rarement le patient, bien qu'elles puissent parfois avoir une importance esthétique, puisqu'elles viennent rappeler les tortures subies et accentuent l'altération du sentiment d'identité provoquée par la torture.

Le récit détaillé des actes de torture allégués et des symptômes engendrés constitue un élément important permettant d'évaluer la signification des lésions cutanées observées.

Les informations concernant la position de la victime et celle du tortionnaire durant les actes de torture sont particulièrement importantes, tout comme les informations sur la forme des instruments en contact avec la peau. En cas de lésions non caractéristiques ou d'absence de lésions, un récit précis peut être le seul élément corroborant l'allégation de torture, comme par exemple dans certains cas de torture électrique.

Les antécédents de maladies cutanées et de lésions non consécutives à la torture sont également importants.

L'examen doit englober toute la surface corporelle afin de détecter d'éventuels signes de :

1. maladies cutanées
2. lésions non consécutives à la torture
3. lésions consécutives à la torture.

La torture peut laisser des séquelles sur la peau telles que :

1. des lésions résultant de blessures physiques directes
2. l'apparition de nouvelles maladies cutanées, ou l'aggravation de celles existantes, provoquée par un traumatisme physique ou psychologique.

Lorsqu'un médecin rédige un certificat après avoir examiné une personne qui prétend avoir été torturée, il est particulièrement important qu'il précise le degré de cohérence avec le récit de la torture (Allden et al., 2001). La conclusion du médecin indiquant à quel point celui-ci adhère à l'allégation de torture doit être basée sur une discussion des diagnostics alternatifs possibles (blessures et maladies cutanées non consécutives à une torture, y compris les blessures auto-infligées).

Le degré d'adhésion doit être indiqué comme suit:

1. degré d'adhésion élevé
2. compatible avec les actes de torture allégués, adhésion modérée
3. compatible avec les actes de torture allégués, adhésion limitée
4. les modifications observées ne corroborent pas le récit de torture.

Les lésions aiguës sont souvent caractéristiques de la torture, car elles se présentent sous des formes particulières qui les distinguent des lésions accidentelles, notamment par leur contour et leur répartition sur le corps. La plupart des lésions guérissant assez rapidement, sans laisser de cicatrices

ou autres marques spécifiques, le récit convaincant de la victime concernant lesdites lésions et leur évolution jusqu'à la guérison revêt une importance majeure.

1. DESCRIPTION DES LÉSIONS CUTANÉES

La description des lésions cutanées doit inclure les éléments suivants :

1. l'emplacement (à l'aide d'un schéma anatomique) : symétrique ou asymétrique
2. la forme : ronde, ovale, linéaire, etc.
3. la taille (à l'aide d'une règle)
4. la couleur
5. l'aspect : squameux, croûteux, ulcéreux, bulleux, nécrotique
6. la périphérie : régulière ou irrégulière, zones périphériques
7. la démarcation : nette ou légère
8. le niveau vis-à-vis de la peau environnante : atrophique, hypertrophique, normal.

Les observations suivantes témoignent de blessures infligées par une tierce personne :

1. absence de symétrie (possible également dans le cas de certaines maladies cutanées)
2. lésions linéaires réparties de façon irrégulière ou croisées
3. une zone linéaire s'étendant de façon circulaire autour d'une extrémité
4. une étroite zone régulière hyperpigmentée ou hypertrophique entourant une cicatrice (séquelles d'une zone inflammatoire autour d'une zone nécrotique) (possible également dans le cas de maladies cutanées générant des zones nécrotiques, comme par exemple la vasculite nécrosante).

2. TRAUMATISMES CONTON- DANTS

Les *traumatismes contondants* peuvent laisser des ecchymoses, des contusions ou des lacérations avec extravasation de sang dans la peau et les tissus sous-cutanés, reflétant parfois la forme de l'instrument utilisé, comme par exemple un bâton (Rasmussen, 1990).

Deux lésions linéaires parallèles (ecchymoses en forme de rails) sont le résultat d'un coup porté avec une barre ou un bâton (Knight, 1991a). Les zones hémorragiques se déplacent vers le bas du corps pendant les jours qui suivent. Les ecchymoses des tissus profonds sont parfois invisibles à la surface. Les lésions changent de couleur, passant de rouge foncé, à violet, marron, vert, jaune et enfin à un marron hyperpigmenté, ou disparaissent.

Les coups violents portés sur la plante des pieds, appelés '*Falanga*', peuvent laisser des contusions sur la voûte plantaire et une tuméfaction s'étendant de la voûte aux structures médiales des pieds et des chevilles (Bro-Rasmussen & Rasmussen, 1978).

Les traumatismes contondants ne laissent souvent aucune cicatrice ou des cicatrices peu caractéristiques (Cohn et al., 1978). La flagellation ou les coups portés avec des cannes ou des matraques peuvent cependant laisser des cicatrices caractéristiques, comme par exemple des marques linéaires asymétriques, droites, courbées ou en forme de « rails », indiquant une blessure infligée par une tierce personne (Danielsen, 1992 ; Forrest 1999 ; Petersen & Rasmussen, 1992). Les cicatrices peuvent être hypertrophiques, entourées d'une zone étroite et régulière hyperpigmentée, représentant des ecchymoses de forme arrondie ou une

zone inflammatoire apparaissant autour des tissus nécrotiques en phase aiguë (Fig. 1) (Danielsen, 1992).

≠ La dermatite plantaire pourrait être un diagnostic alternatif, mais elle se caractérise généralement par des marques plus courtes et par une étroite zone d'hyperpigmentation en périphérie.

Dans l'un des cas rapportés, la torture alléguée consistait à frapper et à ébouillanter la victime au niveau du dos. Des dépigmentations linéaires, symétriques et atrophiques caractéristiques d'une distension striée ont été observées au niveau du dos et des régions axillaires (Fig. 2) (Danielsen, 1992). Les modifications cutanées ne pouvaient pas corroborer le récit de la torture. Cependant, le patient ne s'était peut-être pas rendu compte de l'existence de ces modifications avant la torture.

La présence prolongée de liens serrés peut laisser une zone linéaire s'étendant de manière circulaire autour du bras ou de la jambe, avec, dans l'un des cas rapportés, une absence de poils indiquant une alopecie cicatricielle (Danielsen & Berger, 1981).

≠ Il n'existe aucun diagnostic alternatif pouvant suggérer une maladie spontanée de la peau en raison de l'emplacement de la cicatrice.

3. TRAUMATISMES PÉNÉ- TRANTS

Les *traumatismes pénétrants*, causés par exemple par l'utilisation d'une lame de rasoir, d'un couteau ou d'une baïonnette, provoquent des ulcères caractéristiques et laissent généralement des cicatrices reconnaissables. On peut, dans certains cas, envisager la possibilité d'une blessure auto-infligée, en particulier lorsque les cicatrices se situent au niveau des poignets

(Danielsen, 1992 ; Petersen & Rasmussen, 1992). L'application de poivre sur des plaies ouvertes peut provoquer l'hypertrophie des cicatrices (Danielsen, 1992).

≠ Les diagnostics alternatifs possibles incluent les guérisseurs traditionnels, les scarifications rituelles dans les pays africains ou l'art corporel (Nancke-Krogh, 1985).

Dans un cas où la profondeur d'une cicatrice, soi-disant provoquée par *l'utilisation d'une épée*, a suscité un doute, le recours à l'échographie de haute fréquence a permis de démontrer l'existence d'une importante cicatrice profonde (Gniadecka & Danielsen, 1995). Par la suite, le patient s'est vu accorder le statut de réfugié.

4. BLESSURES THERMIQUES

Les brûlures faites à l'aide de cigarettes, d'instruments chauffés ou de liquides brûlants provoquent des brûlures aiguës à des degrés variables. La torture par brûlure est celle qui laisse le plus fréquemment des cicatrices, qui permettent souvent de poser le diagnostic.

Les brûlures de cigarettes laissent souvent des macules circulaires de 5 à 10 mm de long caractérisées par un centre dépigmenté et une périphérie hyperpigmentée aux contours relativement flous (Kjærsgård & Genefke, 1977).

≠ Certaines affections dermatologiques, comme les séquelles de pustules, peuvent constituer un diagnostic alternatif.

Les brûlures infligées par transfert d'une énergie supérieure à celle transférée par l'écrasement d'une cigarette sur la peau produisent souvent des atrophies marquées, caractérisées par une périphérie étroite, régulière et hyperpigmentée ou hypertrophique provoquée par la zone inflammatoire, qui entoure les tissus nécrotiques en phase aiguë (Danielsen, 1982). La forme des cicatrices reflète la forme de l'instrument utilisé, tandis que leur dimension permet de déterminer la quantité d'énergie transférée sur la peau.

Dans un cas présumé de torture par brûlure sur plusieurs parties de la peau avec une barre de métal circulaire chauffée, de la taille d'une cigarette, on a principalement observé des cicatrices circulaires présentant un centre atrophique et une étroite zone régulière hyperpigmentée ou hypertrophique en périphérie. Leur diamètre variait de moins d'un centimètre à environ 2 centimètres et le patient avait 35 cicatrices réparties en divers endroits (Danielsen & Berger, 1981).

≠ Les séquelles d'abcès peuvent constituer un diagnostic alternatif, mais leurs cicatrices ne sont généralement pas entourées de l'étroite zone caractéristique de la torture (Petersen & Rasmussen, 1992).

La matière brûlante d'un pneu en caoutchouc, placée au-dessus de la tête d'une femme et coulant sur sa tête et sur son corps, a laissé des chéloïdes au centre de sa poitrine (épargnant les zones médiales de ses seins). La périphérie des cicatrices était irrégulière et se démarquait par une étroite zone d'hyperpigmentation aux contours précis, dont la forme correspondait aux brûlures provoquées par l'écoulement de la matière sur le corps (Rasmussen, 1990).

Dans un *cas présumé de torture par brûlure à l'aide d'une barre de métal incandescent* placée sur la partie large du mollet, on a dans un premier temps suggéré que la cicatrice pouvait résulter d'une insuffisance veineuse. Située sur la partie large du mollet, elle présentait une forme semblable à celle d'un bateau, avec un centre atrophique et une étroite zone d'hyperpigmentation régulière en périphérie (Fig. 3) (Danielsen, 1995). La forme de la cicatrice correspond donc à une lésion provoquée par la pression d'une barre sur le mollet et la présence d'un centre atrophique et d'une étroite zone hyperpigmentée en périphérie est typique d'une brûlure au troisième degré.

≠ L'insuffisance veineuse, quant à elle, laisse des hyperpigmentations aux contours non délimités et des cicatrices d'ulcères localisées au niveau distal sur la partie inférieure de la jambe (Fig. 4) (Danielsen, 1995).

Par la suite, le patient s'est vu accorder le statut de réfugié.

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 (Danielsen, 1992).

≠ Les altérations de l'ongle causées par le lichen plan peuvent constituer un diagnostic alternatif, tandis que les infections fongiques se caractérisent par des ongles épais, jaunâtres et friables, qui les distinguent de ceux décrits plus haut.

5. BLESSURES CORROSIVES

Les *blessures corrosives*, provoquées par un *jet d'acide sur une victime*, ont laissé des cicatrices linéaires de quelques centimètres de large présentant un centre dépigmenté et

une étroite zone régulière hyperpigmentée en périphérie, localisées sur les cuisses et les fesses (Gordon & Mant, 1984), de manière asymétrique et descendant pour la plupart en oblique le long des jambes. Elles indiquaient une blessure infligée par une tierce personne compatible avec l'écoulement d'un liquide le long des jambes et montraient des séquelles de zones nécrotiques, caractéristiques de blessures corrosives.

6. BLESSURES ÉLECTRIQUES

Le courant électrique emprunte le chemin le plus court entre les deux électrodes à travers les tissus opposant le moins de résistance : les vaisseaux sanguins, les nerfs et les muscles (Danielsen, 2002). En cas d'utilisation d'armes hypodermiques de haute tension, la circulation du courant ne se limite cependant pas au chemin reliant les électrodes (Amnesty International, 1999).

La possibilité de détecter des signes d'influence électrique sur la peau, en particulier des signes histologiques, dépend du type d'électricité transférée, car l'action électrolytique sera davantage prononcée en cas de transfert de courant continu et sera absente suite à un transfert de courant alternatif de haute fréquence, dominé par une génération de chaleur concomitante (Danielsen, 2002). La quantité d'énergie utilisée joue également un rôle dans la domination de brûlures sur les lésions, en particulier en cas de courant alternatif de basse fréquence.

Dans certains cas, la torture électrique laisse des lésions aiguës sur la peau. Contrairement aux lésions causées par des brûlures, ces lésions ne reflètent généralement **pas** la forme de l'instrument utilisé,

mais apparaissent sous forme de segments dans les zones traversées par le courant, car le courant choisit des zones opposant peu de résistance (Danielsen et al., 1978 ; Danielsen et al., 1978 ; Dyhre-Poulsen et al. 1977).

La torture électrique à l'aide d'électrodes en forme d'aiguilles à tricoter, appelée « Picana », laisse des lésions de 1 à 5 mm de large disposées de manière linéaire ou sous forme d'agrégats, recouvertes de croûtes rouge-marron, parfois entourées d'une zone érythémateuse de 1 à 2 mm de large aux bords irréguliers et flous (Rasmussen, 1990). On peut également constater des lésions disposées en lignes suite à une application linéaire des électrodes. Les croûtes correspondent probablement à une blessure électrique et peuvent contenir des dépôts de métal provenant des électrodes (Jacobsen, 1997 ; Thomsen, 1984). Le dégagement de chaleur concomitant n'a pas été suffisant pour provoquer une inflammation régulière en périphérie.

≠ Les piqûres d'insectes et les grattements peuvent constituer un diagnostic alternatif.

De nombreuses lésions rouges de quelques millimètres de long ont été observées suite à l'utilisation d'un instrument électrique fonctionnant sur batterie (TAT-Group against Torture 2001).

≠ Une dermatite de contact peut constituer un diagnostic alternatif.

Des lésions serpigineuses marquées, mesurant 1 à 2 cm de large et présentant une étroite zone périphérique irrégulière et élevée et un centre constitué de plusieurs points noirs de 1 à 2 mm chacun, ont été observées peu après des blessures électriques sur le côté gauche de la poitrine et sur le bras gauche (Danielsen et al., 1991). L'aspect des lésions, qui se présentent sous forme de segments de 1 à 2 mm de long, et l'implication des vaisseaux sanguins témoignent d'une blessure

électrique.

≠ Une angéite ou un zona hémorragique peuvent constituer un diagnostic alternatif. L'emplacement peut être un élément déterminant puisque l'angéite apparaît principalement sur les extrémités inférieures, de manière symétrique, et est parfois plus diffuse, tandis que le zona se manifeste de manière unilatérale dans une zone innervée par un seul ganglion.

Des agrégats de macules circulaires rouges, d'environ 1 mm de diamètre, ont été observés quatre semaines après une « picana » (Kjærsgaard & Genefke, 1977). Huit semaines plus tard, bon nombre des marques avaient disparu. Celles qui restaient formaient de petites tâches blanches ou rouge-marron.

≠ Parmi les maladies cutanées laissant des cicatrices pigmentées figure le lichen plan, qui laisse des cicatrices d'environ 2 mm de long.

≠ Il a été constaté que la torture électrique pouvait provoquer des cicatrices chéloïdes irrégulières rouge-marron de 6 à 8 mm de long sur l'hélix des deux oreilles (Bork & Nagel, 1997).

≠ La chondrodermatite de l'hélix peut constituer un diagnostic alternatif, mais elle est généralement recouverte d'une squame, est assez pâle et douloureuse.

Six mois après l'utilisation d'un fusil hypodermique de 45 cm de long, délivrant 150.000 volts, équipé d'une vis de 4 mm de diamètre à son extrémité et de 12 petits orifices par lesquels l'électricité est également émise de la partie inférieure latérale, une ligne bleuâtre de 1 mm de large nettement démarquée, formant un cercle complet de 5 mm de diamètre, et une deuxième marque aux caractéristiques similaires formant les deux tiers d'un cercle, ont été observées (European Committee for the Prevention of Torture, 1998).

≠ Des fractions similaires d'un étroit cercle rouge apparaissant sous forme de segments ont été observées dans les jours qui ont suivi une défibrillation de 2736 V sur la périphérie du coussinet (Danielsen et al., 2003). Il a été conclu qu'elles étaient dues à une densité de courant élevée sous le périmètre des électrodes.

7. MALADIES CUTANÉES

L'éruption concomitante d'urticaire est un des exemples de maladies cutanées provoquées psychologiquement par la torture. Parmi les maladies cutanées provoquées physiquement, on note l'apparition de psoriasis ou de lichen plan dans la zone traumatisée, provoquée par le « phénomène de Koebner » (Danielsen, 1992). Ces modifications cutanées ont néanmoins peu d'importance dans le cadre du diagnostic lié à la torture.



Figure 1.
Longues cicatrices linéaires, droites ou arrondies, réparties de manière asymétrique sur le dos (Danielsen, 1992). Publié avec l'autorisation de Torture.



Figure 2.
Dépigmentations linéaires symétriques et atrophiques au niveau du dos, caractéristiques d'une distension striée (Danielsen, 1992). Publié avec l'autorisation de Torture.



Figure 3.
Cicatrice semblable à la forme d'un bateau située sur le mollet, présentant un centre atrophique et une étroite zone d'hyperpigmentation régulière en périphérie (Danielsen, 1995). Publié avec l'autorisation de Sår.



Figure 4.
Insuffisance veineuse caractérisée par une hyperpigmentation aux contours non délimités située au niveau distal sur la partie inférieure de la jambe (Danielsen, 1995). Publié avec l'autorisation de Sår.

II. MODIFICATIONS MICROSCOPIQUES

Avec le consentement de la victime, un prélèvement de 3 à 4 mm effectué par biopsie sous anesthésie locale peut être pratiqué pour confirmer une allégation de torture électrique (Danielsen et al., 1978 ; Danielsen et al., 1978 ; Danielsen et al., 2003 ; Karlsmark et al., 1984 ; Karlsmark et al., 1988 ; Karlsmark, 1990 ; Thomsen et al., 1983 ; Thomsen, 1984).

Par le passé, seuls quelques cas de torture électrique ont fait l'objet d'études histologiques (Danielsen et al., 1991 ; Danielsen, Karlsmark & Thomsen, 1997 ; Öztop, Lök, Baykal & Tunca, 1994 ; TAT-Group against Torture, 2001).

Dans un cas seulement, où les lésions ont été excisées sept jours après la blessure, on a pu observer des altérations de la peau dans le cadre d'un diagnostic de blessures électriques (dépôt de sels de calcium sur des fibres dermales dans des tissus viables proches des tissus nécrosés à la surface et sur des fibres collagènes du derme profond).

Des lésions excisées quelques jours après la torture électrique alléguée ont révélé des modifications segmentales ainsi que des dépôts de sels de calcium sur des structures cellulaires compatibles avec l'hypothèse électrique, mais avec un degré d'adhésion toutefois modéré.

Une biopsie effectuée un mois après une torture électrique alléguée a révélé une cicatrice conique de 1 à 2 mm de large, une augmentation des fibroblastes et la présence de fines fibres collagènes étroitement serrées

parallèlement à la surface, cohérentes avec la blessure électrique, avec toutefois un degré d'adhésion limité.

Une biopsie effectuée cinq jours après un acte présumé de torture électrique au moyen d'un instrument électrique fonctionnant sur batterie, délivrant probablement un courant alternatif de haute fréquence, dominé par un dégagement de chaleur concomitant, a révélé des altérations non spécifiques avec des bulles sous-épidermiques compatibles avec des blessures thermiques.

≠ La dermatite de contact de type toxique peut constituer un diagnostic alternatif, le degré d'adhésion au récit de torture étant limité.

L'absence de constatations anormales lors d'un examen n'exclut pas pour autant la possibilité d'une torture électrique.

Le recours à l'échographie de haute fréquence peut permettre de localiser des dépôts de calcium afin de déterminer la zone qui doit faire l'objet d'une biopsie (Danielsen, 2002).

(Pour plus d'informations, se reporter au chapitre V, sections C.1, D.1 et D.5 du Protocole d'Istanbul)

PARTIE B

LE SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Les symptômes en rapport avec le système musculo-squelettique sont les pathologies physiques les plus fréquemment rapportées, aussi bien au moment de la torture que par la suite. Les signes et les symptômes qui y sont associés en phase aiguë sont semblables à ceux qui suivent d'autres types de traumatismes aigus provoquant des lésions des tissus mous (muscles, capsules articulaires, tendons, ligaments, nerfs et vaisseaux), une distorsion des articulations et des fractures (Forrest, 1999, 2002 ; Rasmussen, 1990).

La douleur est le symptôme lié au système musculo-squelettique qui domine en phase chronique. Le tableau clinique consiste en une douleur localisée ou diffuse dans les muscles, des douleurs au niveau des articulations, de la colonne vertébrale et de la ceinture pelvienne et des symptômes neurologiques se manifestant principalement sous la forme de troubles sensoriels et de douleurs irradiantes (Edston, 1999 ; Moreno & Grodin, 2002 ; Rasmussen, 1990).

Les observations caractéristiques au niveau du système musculo-squelettique en phase chronique sont les suivantes :

- une augmentation du tonus musculaire
- des points douloureux et des points gâchettes, en particulier dans les muscles du cou et de la ceinture scapulaire, les muscles du bas du dos et de la ceinture pelvienne et les muscles des extrémités inférieures ; des tendinites autour de l'articulation scapulo-humérale, du coude, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne
- une sensibilité et une limitation de l'amplitude de mouvements au niveau des articulations périphériques, de la colonne cervicale et de la colonne lombaire
- une sensibilité au niveau de la plante des pieds et l'adoption d'une démarche compensatrice (Forrest, 2002 ; Rasmussen, 1990 ; Skylv, 1992).

L'examen clinique du système musculo-squelettique peut être pratiqué :

1. pour documenter des observations cohérentes avec l'allégation de torture, et/ou
2. à des fins de rééducation.

Lorsqu'il s'agit de documenter un acte de torture, il convient de décrire les signes cor-

roborant l'usage de la torture, tandis que dans le cadre d'une rééducation, l'examen doit être axé sur l'évaluation de la fonction et des interventions possibles pour accroître la fonction. Dans les deux cas, l'examen du système musculo-squelettique prend du temps. Les victimes de torture présentent très souvent de nombreux symptômes qui nécessitent un examen approfondi des diverses structures guidé par les antécédents médicaux ; une bonne connaissance de la torture et des méthodes de torture appliquées est une condition préalable à l'examen.

En règle générale, l'évaluation du système musculo-squelettique doit inclure :

- un examen des muscles et des tendons : inspection, palpation (tonus, capacité d'étirement, sensibilité, modification de la texture des tissus) et une évaluation de la fonction (force, endurance)
- un examen des articulations périphériques et des os : inspection, palpation et évaluation de la fonction

articulaire (amplitude de mouvement et stabilité)

- un examen de la colonne vertébrale et de la ceinture pelvienne : inspection, palpation et amplitude de mouvement au niveau de la colonne cervicale, thoracique et lombaire
- un examen neurologique : force des muscles, réflexes des tendons et sensibilité.

Certains symptômes ou ensembles de symptômes peuvent être liés à l'utilisation de méthodes de torture spécifiques, comme par exemple des douleurs dans les pieds et la partie inférieure des jambes et une altération de la marche après une falanga (Rasmussen, 1990), mais les symptômes et les observations faites sur le système musculo-squelettique à des phases tardives sont en général non spécifiques et ne peuvent pas, à eux seuls, documenter un diagnostic de torture.

(Voir § 184 du Protocole d'Istanbul)

I. POSSIBLES LÉSIONS DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE APRÈS UNE TORTURE PHYSIQUE

1. LÉSIONS DES TISSUS MOUS

L'étirement excessif d'un muscle peut provoquer une déchirure partielle, voire complète, de l'unité muscle-tendon. Ces blessures sont généralement appelées claquages musculaires. Les coups directs non pénétrants portés sur le corps musculaire constituent également un mécanisme courant de lésions musculaires. Ces contusions musculaires peuvent endommager gravement la structure et la fonction du muscle.

La pathologie initiale des claquages et des contusions présente de nombreuses similitudes.

- Juste après la blessure, il se produit une rupture de l'architecture due à une rupture des fibres musculaires, ainsi qu'une lésion de la trame des tissus conjonctifs et la formation d'un hématome.
- Dans les deux ou trois jours qui suivent, une réaction inflammatoire intense se développe. La douleur et l'invalidité en phase aiguë sont, du moins en partie,

dues à cette inflammation, et c'est à ce moment-là que l'état du muscle est le plus dégradé d'un point de vue biomécanique.

- Durant la première semaine, des signes de régénération musculaire peuvent être observés dans la zone blessée : les fibres musculaires se régénèrent et les fibroblastes assurent la formation d'une cicatrice. La combinaison de la régénération et de la cicatrisation aboutit à un muscle guéri qui présente des fibres musculaires plus petites et moins nombreuses dans la zone blessée, ainsi que davantage de tissu collagène entre les fibres.

Chez l'animal, le muscle est en grande partie guéri au bout d'une quinzaine de jours. On ignore si la guérison des muscles humains présente une grande différence. Il est possible que le processus de guérison chez l'homme soit plus long, comme le suggèrent les symptômes cliniques qui durent souvent plusieurs semaines (Almekinders, 1999).

La majorité des lésions musculaires guérissent sans laisser de traces spécifiques importantes, mais les victimes de torture présentent très souvent un dysfonctionnement musculaire en phase chronique. Les signes typiques, mais non spécifiques, sont l'augmentation du tonus musculaire, une capacité d'étirement restreinte, des points douloureux et des points gâchettes et une inflammation musculo-tendineuse (Skylv, 1992).

2. TONUS MUSCULAIRE

Lorsqu'on appuie sur un muscle avec le doigt, les tissus opposent une résistance pour empêcher toute déformation. Les variations de cette résistance sont connues sous le nom de tonus musculaire ou tension musculaire, et vont d'un niveau élevé (hypertonie) à faible (hypotonie). Plusieurs causes, traditionnellement regroupées en trois catégories principales, peuvent entraîner une

déviations du tonus musculaire :

1. d'origine organique (ex : troubles neurologiques)
2. d'origine mécanique (ex : surcharge)
3. d'origine psychologique (ex : exposition prolongée au stress).

3. CAPACITÉ D'ÉTIREMENT

Un muscle normal peut être étiré sur toute sa longueur et oppose une résistance souple et élastique à la fin du mouvement. L'étirement d'un muscle court et tendu évoque une douleur et, selon les muscles impliqués, réduit l'amplitude de mouvement dans l'articulation correspondante.

Une amplitude de mouvement limitée au niveau des muscles peut être provoquée par :

1. l'activation prolongée du mécanisme contractile des fibres musculaires, comme par exemple des points gâchettes douloureux

ou

2. une perte d'élasticité des éléments composant les tissus passifs, comme par exemple un raccourcissement dû à une fibrose (contracture musculaire).

4. POINTS DOULOUREUX ET POINTS GÂCHETTES

Un point douloureux est un point hyperirritable d'un muscle qui déclenche une douleur lorsqu'on le comprime. Les points douloureux diffèrent des points gâchettes, qui sont des points hyperirritables d'un muscle ou de son fascia qui déclenchent une douleur lorsqu'on les comprime et engendrent un type de douleur irradiée caractéristique et précis.

5. INFLAMMATIONS MUSCULO-TENDINEUSES

L'inflammation est une réaction du corps en réponse à une lésion tissulaire provoquée par une pression, une friction, une charge ou une surcharge répétée et un traumatisme externe. Quelle que soit la nature de la cause sous-jacente, la réaction inflammatoire réduit la mobilité de la partie touchée et la rend douloureuse. Les réactions inflammatoires du système musculo-squelettique peuvent se produire au niveau des articulations, des tendons, des insertions des tendons et des muscles, des bourses et du périoste.

Une inflammation au niveau de l'insertion du muscle-tendon sur l'os (téno-périostite) se caractérise, au niveau clinique, par une sensibilité localisée lors d'une pression sur l'insertion touchée et par une douleur plus intense au point d'attache, lorsque le groupe musculaire concerné se contracte pour opposer une résistance (épreuve isométrique).

L'inflammation des tendons (tendinite) et des bourses (bursite) se caractérise, au niveau clinique, par une sensibilité, et parfois par une tuméfaction et une crépitation en phase aiguë.

6. LÉSIONS LIGAMENTAIRES

Des mouvements excédant l'amplitude articulaire normale ou l'application d'une traction sur l'articulation, comme dans les cas de torture par suspension et d'autres types de torture positionnelle, peuvent provoquer une entorse des ligaments. Une réaction inflammatoire avec tuméfaction, douleur et dysfonctionnement articulaire se manifeste en phase aiguë.

1. Une distorsion au premier degré implique une entorse des ligaments sans aucune rupture macroscopique ni instabilité mécanique au niveau de l'articulation.

2. Une distorsion au deuxième degré implique une rupture macroscopique partielle des ligaments, entraînant une légère instabilité mécanique au niveau de l'articulation.
3. Une distorsion au troisième degré implique une rupture complète des ligaments et une importante instabilité mécanique au niveau de l'articulation.

Le processus de guérison des ligaments et des tendons est beaucoup plus lent que celui des muscles. Il faut plusieurs mois pour récupérer complètement et retrouver une force et une fonction normales.

Des douleurs et des dysfonctionnements articulaires se manifestent fréquemment en phase chronique. L'observation la plus typique lors de l'examen clinique est une amplitude de mouvement limitée au niveau des articulations périphériques et de la colonne vertébrale, mais on peut aussi observer plusieurs degrés de laxité/instabilité articulaire (Forrest, 2002 ; Rasmussen, 1990 ; Skylv, 1992). Des tests cliniques spécifiques peuvent être pratiqués pour diagnostiquer l'instabilité articulaire et son sens.

7. LÉSIONS OSSEUSES

Les fractures consécutives à des chocs mécaniques entraînent une perte de l'intégrité osseuse. Les fractures directes se situent au point d'impact du choc ou à l'endroit où la force a été exercée. L'emplacement, le contour et autres caractéristiques d'une fracture fournissent des indications sur la nature et la direction du choc.

En phase aiguë, une tuméfaction localisée, une déformation osseuse, une sensibilité et une perte de fonction constitueront des observations typiques lors de l'examen clinique. En phase chronique, plusieurs degrés de déformation osseuse, de douleur lors d'une activité et de perte de fonction peuvent être observés.

Des fractures résultant d'actes de torture physique allégués sont rapportées avec une fréquence de 13 % dans une étude réalisée par Rasmussen (1990), de 27 % dans une étude réalisée par Allodi (1985) et de 4 % dans une étude de Randall, Lutz et Quiroga (1985) ; les fractures des membres et des côtes étant les plus courantes. Plusieurs types de fractures

vertébrales et d'autres lésions, y compris des lésions des disques intervertébraux et des hernies discales, sont également rapportés, mais on déplore l'absence d'études systématiques par radiodiagnostic (Aytaçlar & Lök, 2002).

(Voir également § 184 et §§ 206-211 du Protocole d'Istanbul)

II. POSSIBLES LÉSIONS ET ÉVALUATION DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE APRÈS CERTAINES FORMES PARTICULIÈRES DE TORTURE PHYSIQUE

Cette partie n'entend pas fournir une description exhaustive des nombreuses méthodes de torture physique qui comportent un risque de lésion du système musculo-squelettique. Nous avons choisi d'aborder la suspension par les bras et la falanga, deux méthodes de torture largement utilisées qui provoquent des infirmités chroniques et peuvent servir à illustrer les diverses lésions pouvant survenir, lésions qui requièrent toutes une attention particulière lors de l'examen clinique.

1. SUSPENSION PAR LES BRAS

Il existe une grande variété de tortures positionnelles, qui visent toutes le système musculo-squelettique et endommagent principalement les tissus mous. Celles-ci incluent par exemple la suspension par les membres, la position accroupie ou debout prolongée, des positions prolongées avec des charges sur le dos (la colonne vertébrale étant alors en hyperextension ou fléchie au maximum) et la restriction des mouvements en cas de détention dans de petites cellules ou des cages. Ces types de torture ne laissent habituellement que de rares traces non spéci-

fiques, malgré la survenue fréquente d'une lourde infirmité chronique par la suite.

La suspension par les bras est une méthode de torture fréquente, pratiquée seule ou associée à d'autres formes de torture, comme les coups et la torture électrique. La victime a le plus souvent les poignets attachés et est suspendue pendant une période prolongée par un bras ou par les deux. Cette forme de torture est extrêmement douloureuse et exerce une surcharge considérable sur l'articulation scapulo-humérale et les tissus mous qui l'entourent.

L'épaule est un complexe articulaire constitué de quatre articulations : l'articulation gleno-humérale, l'articulation sterno-claviculaire, l'articulation acromio-claviculaire et l'articulation « scapulo-thoracique ». La fonction normale de l'épaule exige une coordination optimale entre ces quatre articulations. L'anatomie osseuse de l'articulation gleno-humérale permet la plus grande amplitude articulaire possible dans tout le corps, en sacrifiant la stabilité de l'articulation au profit de la mobilité (Fig. 5).

Une stabilisation supplémentaire est par conséquent assurée par :

1. des stabilisateurs statiques: le bourrelet glénoïdien, la capsule articulaire et les ligaments (Fig. 6)
2. des stabilisateurs dynamiques : les muscles, et en particulier la coiffe des rotateurs, le deltoïde et le chef long du biceps ; l'articulation « scapulo-thoracique » ; et le contrôle neuromusculaire qui permet d'être toujours conscient de la position et du mouvement de l'articulation (proprioception).

Durant une suspension avec les bras fléchis vers l'avant (Fig. 7), l'articulation scapulo-humérale est fléchie au maximum et légèrement tournée vers l'extérieur. Cette position « compacte » engendre un contact osseux maximal entre la tête articulaire et la cavité articulaire contribuant à la stabilité de l'articulation.

Dans les cas de *suspension palestinienne* (Fig. 8), l'articulation scapulo-humérale est en extension maximale, tournée vers l'intérieur et tout le poids du corps repose sur la partie antérieure de l'articulation scapulo-humérale, exerçant ainsi une traction sur le plexus brachial. Ce sont généralement les fibres inférieures du plexus qui sont lésées, puis si la force de traction est suffisamment violente, les fibres médianes et enfin supérieures.

Si la suspension est de type « crucifixion » (Fig. 9), avec les articulations scapulo-humérales en abduction, la force de traction s'exerce principalement sur les fibres médianes du plexus, qui sont susceptibles d'être lésées en premier (Allden et al., 2001).

Signes et symptômes aigus

Les symptômes en phase aiguë sont une douleur intense au niveau du cou, de la ceinture scapulaire et des articulations scapulo-

humérales, ainsi qu'une perte de fonction des membres supérieurs. Il arrive parfois que l'une ou les deux articulations scapulo-humérales se démettent pendant la torture (Forrest, 2002).

Les symptômes neurologiques indiquant une lésion du plexus sont fréquents : douleur irradiante et diminution de la force musculaire dans les membres supérieurs, accompagnées de troubles sensoriels, généralement sous forme de paresthésie et d'une diminution de la sensibilité. Les symptômes généralement observés lors de l'examen neurologique sont une diminution de la force musculaire, plus marquée au niveau distal, une perte/diminution des réflexes ostéotendineux et des troubles sensoriels le long du parcours des nerfs sensoriels (Allden et al., 2001).

Signes et symptômes en phase chronique

De nombreuses victimes de torture ayant été suspendues par les bras, en particulier dans la position palestinienne, développent une infirmité chronique qui s'accompagne de douleurs, d'une diminution de la fonction des épaules et d'une défaillance neurologique permanente, signes d'une lésion partielle du plexus brachial, impliquant le plus souvent des modalités sensorielles. Aucune étude systématique, incluant une évaluation par radiodiagnostic des éventuelles lésions de l'articulation scapulo-humérale provoquées par la suspension, n'est cependant disponible et l'on ne comprend par conséquent que partiellement la pathogénie des symptômes durables et du dysfonctionnement de l'épaule. La douleur neurogène due à la lésion du plexus pourrait toutefois jouer un rôle important (Moreno & Grodin, 2002 ; Thomsen, Eriksen & Smidt-Nielsen, 2000).

Dans les phases tardives, on retrouve généralement des douleurs au niveau du

cou et de la ceinture scapulaire, des douleurs intenses au niveau des articulations scapulo-humérales pendant la pratique d'une activité, en particulier lorsque celle-ci implique de lever les bras au-dessus de la tête (abduction, rotation interne) et de soulever des objets, une diminution de l'amplitude articulaire au niveau des épaules, un sentiment d'instabilité au niveau des articulations scapulo-humérales ou une sensation de blocage et de craquement lors de certains mouvements.

Les symptômes neurologiques sont également fréquents : douleur irradiante, faiblesse musculaire avec une sensation de lourdeur dans les membres supérieurs et divers troubles sensoriels, y compris des troubles vasomoteurs et sudomoteurs.

Lors de l'examen clinique, la plupart des observations sont non spécifiques et se limitent aux tissus mous : on observe généralement des points douloureux et des points gâchettes dans le cou et la ceinture scapulaire, un déséquilibre musculaire avec une inflammation musculo-tendineuse des stabilisateurs dynamiques de l'épaule et un conflit antéro-supérieur de l'épaule. Lors de l'examen des articulations, on constate fréquemment une diminution de l'amplitude des mouvements actifs de l'articulation scapulo-humérale. Les signes d'une luxation/subluxation habituelle sont rares, mais divers degrés d'instabilité peuvent apparaître lors de tests spécifiques.

Lors de l'examen neurologique, une lésion du plexus brachial se manifestera sous forme de défaillance sensorielle et motrice, selon la gravité des lésions des nerfs. Une diminution de la force musculaire, souvent asymétrique et plus prononcée au niveau distal, ainsi qu'une diminution/perte des réflexes ostéotendineux sont des signes de complications motrices. Les troubles sensoriels, qui peuvent impliquer différentes modalités, sont des signes de complications sensorielles.

L'examen clinique

L'examen clinique des victimes de torture soumises à une suspension par les bras doit inclure:

1. l'examen de la fonction des épaules: amplitude des mouvements actifs et passifs, stabilité des articulations, fonction des articulations accessoires des épaules, y compris la fonction de l'omoplate
2. l'examen des tissus mous: relief musculaire, tonus musculaire et capacité d'étirement, points douloureux et points gâchettes, tendinites, conflit antéro-supérieur de l'épaule
3. un examen neurologique : force musculaire, réflexes ostéotendineux et un examen approfondi de la sensibilité, incluant les vibrations ressenties, les sensations positionnelles, la discrimination à deux points et le toucher, les douleurs et les sensations thermiques.

(Pour plus d'informations, se reporter aux §§ 206-208 du Protocole d'Istanbul)

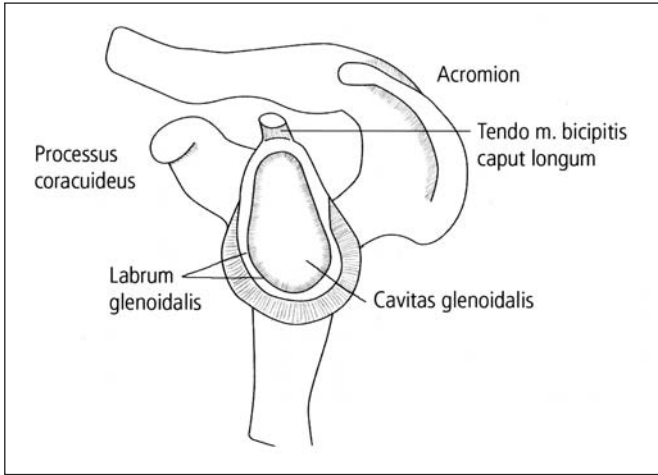


Figure 5.
Coupe frontale au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

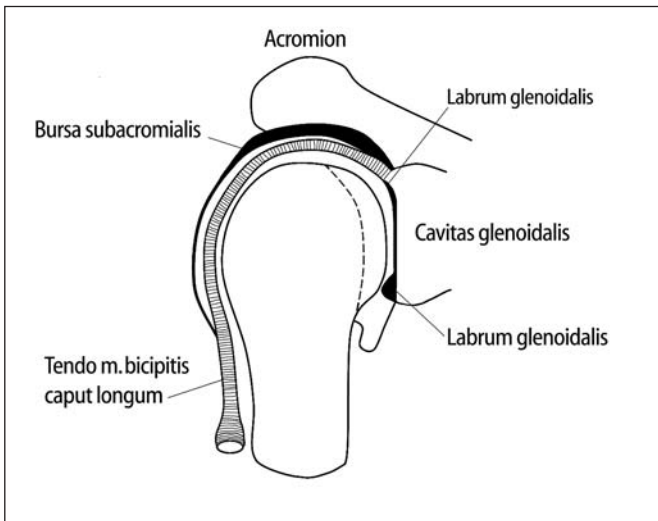


Figure 6.
Stabilisateurs statiques, bourrelet glénoïdien

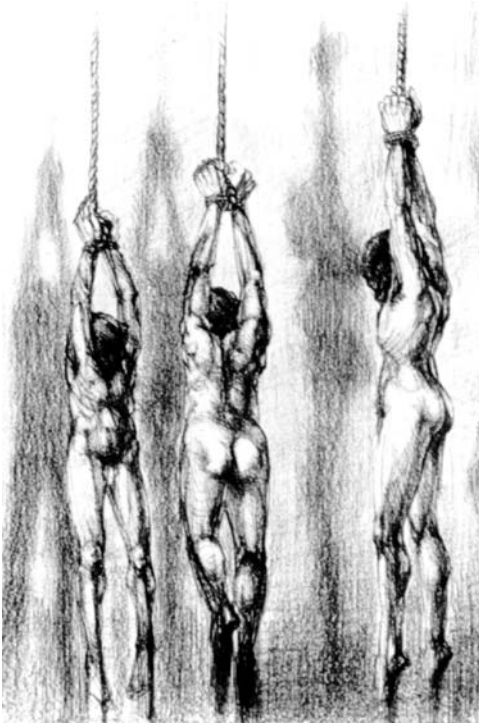


Figure 7.
Suspension avec les bras en flexion avant.



Figure 8.
Suspension palestinienne. L'articulation scapulo-humérale est en extension maximale, tournée vers l'intérieur.

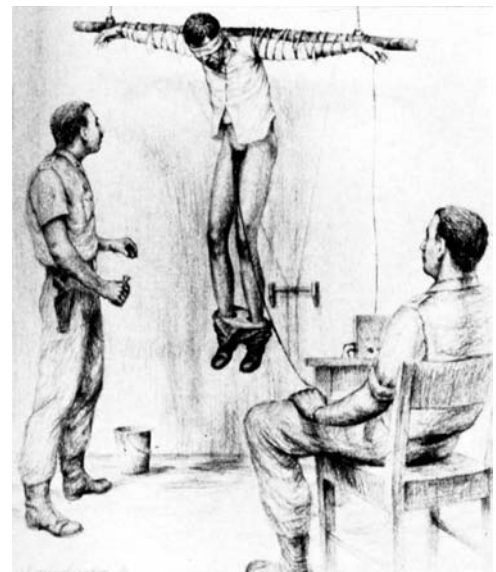


Figure 9.
Crucifixion. L'articulation scapulo-humérale est en abduction.

2. LA FALANGA

Signes et symptômes aigus

L'effet immédiat de la falanga (applications répétées de traumatismes contondants sur la plante des pieds) se traduit par un saignement et un œdème au niveau des tissus mous des pieds, ainsi que par une douleur intense. Lors de l'examen clinique, les modifications se limitent également aux tissus mous. Une tuméfaction des pieds, la décoloration des plantes due à la formation d'hématomes et divers degrés de lésions cutanées sont des observations typiques permettant de poser le diagnostic (Allden et al., 2001 ; Amris & Prip, 2001a). Des ulcérations importantes et une gangrène des orteils dues à une ischémie ont été décrites, mais restent rares. Les fractures des os tarsiens, des métatarses et des phalanges sont décrites comme étant occasionnelles (Forrest, 2002).

Les modifications aiguës disparaissent spontanément au bout de quelques semaines, lorsque les œdèmes et l'extravasation de sang s'estompent, mais les lésions provoquées au niveau des tissus mous peuvent être permanentes.

Signes et symptômes en phase chronique

La majorité des victimes de torture soumises à la falanga se plaignent de douleurs et d'une altération de la marche.

Le principal symptôme est la douleur au niveau des pieds et des mollets. On constate généralement deux types de douleur :

- une douleur sourde et intense de crampes dans les pieds, qui s'intensifie en cas de port de poids et d'activité musculaire et qui remonte dans la partie inférieure des jambes
- une sensation de brûlure superficielle

cuisante au niveau de la plante des pieds, souvent accompagnée de troubles sensoriels ; les pieds ont également fréquemment tendance à devenir tour à tour chauds et froids, suggérant une instabilité du système nerveux autonome

La plupart des victimes de falanga ont du mal à marcher à cause de la douleur. Leur rapidité de déplacement et la distance qu'elles peuvent parcourir sont réduites. En général, une victime de torture ne peut parcourir qu'une distance limitée, durant laquelle la douleur va augmenter, jusqu'à la contraindre à stopper l'activité musculaire. Au repos, la douleur se calme et la victime peut reprendre la marche.

Théories expliquant la douleur persistante et le dysfonctionnement du pied après une falanga

On ignore encore l'étiologie et la pathogénie de la douleur persistante et de l'infirmité après la falanga. Plusieurs théories ont été avancées (Allden et al., 2001 ; Amris & Prip, 2001b ; Bro-Rasmussen & Rasmussen, 1978 ; Rasmussen, 1990 ; Skylv, 1993) et il est très probable que l'association de plusieurs mécanismes traumatiques en soit à l'origine.

Diminution de la capacité d'absorption des chocs dans les coussinets du talon

Les coussinets plantaires sont situés sous les structures osseuses qui supportent le poids, les coussinets du talon étant les premiers à amortir les chocs. Le coussinet du talon est normalement constitué d'une structure élastique ferme recouvrant le calcanéum. Son architecture interne complexe consiste en des adipocytes serrées entourées de septa de tissu conjonctif, qui renferment également

l'innervation et l'irrigation sanguine des tissus. En raison de sa structure, le coussinet du talon subit une pression hydraulique permanente et conserve sa forme lorsqu'il supporte le poids en position debout.

Après une falanga, le coussinet du talon peut sembler plat et large, avec déplacement latéral des tissus lorsqu'il supporte le poids. Ceci peut être observé durant une inspection par derrière, la victime étant debout. À la palpation, le coussinet du talon est moins élastique et l'on sent facilement les structures osseuses sous-jacentes à travers les tissus. La physiopathologie de la perte d'élasticité du coussinet du talon est attribuée à une déchirure des septa de tissu conjonctif, qui empêche l'irrigation sanguine et entraîne une atrophie secondaire des adipocytes avec perte de la capacité d'absorption des chocs.

Les coussinets plantaires abîmés ne sont pas pathognomoniques d'une falanga ; on les retrouve également dans d'autres pathologies non consécutives à une torture, comme par exemple des lésions chez les coureurs de fond et les patients présentant des fractures du calcanéum. Soulignons également que des coussinets plantaires d'aspect normal lors de l'examen clinique n'excluent pas une exposition à la falanga.

Modification du fascia plantaire

Le fascia plantaire s'étend du calcanéum jusqu'à l'avant-pied. Il soutient les voûtes longitudinales du pied. Certaines victimes de torture présentent des modifications du fascia plantaire après une falanga, probablement dues à la répétition de traumatismes directs sur cette structure superficielle. Après une falanga, le fascia peut sembler plus épais avec une surface irrégulière à la palpation, et une sensibilité peut être observée sur toute la longueur du fascia, de sa naissance jusqu'à l'insertion. Une rupture du fascia plantaire a été rapportée, à partir de l'observation d'une dorsiflexion passive

accrue au niveau des orteils lors de l'examen clinique (Forrest, 2002 ; Skylv, 1992).

Syndrome des loges

Les muscles plantaires sont disposés en loges serrées, une disposition anatomique qui rend possible le développement d'un syndrome des loges. Ce syndrome est défini comme un trouble circulatoire ischémique douloureux lié à une augmentation de la pression et du volume à l'intérieur d'une loge musculaire précise. Dans la forme aiguë, avec une augmentation rapide de la pression, provoquée par exemple par un saignement à l'intérieur de la loge, les symptômes sont alarmants et les conséquences graves, avec une nécrose des tissus concernés s'ils ne sont pas traités.

Des syndromes des loges chroniques peuvent se développer suite à une augmentation de la masse musculaire et/ou un rétrécissement de la loge. Sur le plan clinique, cette pathologie se présente avec une douleur qui s'intensifie en présence d'une charge et qui finit par empêcher toute activité musculaire prolongée. La douleur s'estompe après quelques minutes de repos, mais réapparaît lors de la reprise de l'activité musculaire – un tableau semblable à celui constaté dans l'altération de la marche après une falanga.

Dans le cadre d'une étude IRM comparant des victimes de torture exposées à une falanga à des volontaires en bonne santé, on a constaté un épaississement important du fascia plantaire chez toutes les victimes. Des modifications morphologiques du fascia, pouvant représenter la formation de tissus cicatriciels, étaient également visibles. Aucun signe de détachement du fascia plantaire, de syndrome des loges ou de modifications des coussinets des talons n'a été démontré dans le cadre de cette étude (Savnik et al., 2000).

Douleur neurogène

La peau de la plante des pieds est normalement très épaisse et solidement rattachée aux tissus sous-jacents, excepté au niveau de la voûte. Elle renferme de très nombreuses terminaisons nerveuses sensorielles qui enregistrent le toucher et les pressions. Une lésion du système nerveux périphérique touchant les petits nerfs de la plante du pied est une conséquence très probable de falanga. La douleur neurogène due à une lésion des nerfs peut donc constituer un mécanisme de douleur contributif.

Altération de la marche

Une altération de la démarche habituelle se manifeste très fréquemment après une exposition à la falanga. De nombreuses victimes de torture développent une démarche compensatrice, en prenant appui sur le bord latéral (avec supination du pied) ou sur le bord interne (avec pronation du pied) pour éviter la douleur lors de l'attaque du talon. Le déroulement du pied est également anormal. L'extension maximale et l'appui sur le premier orteil sont généralement évités lorsque la victime décolle le pied du sol.

Les enjambées et la rapidité de déplacement sont réduites. La démarche est raide et hésitante, avec les pieds écartés, comme on peut le constater chez certains patients souffrant de neuropathie périphérique due à d'autres causes. Les réflexes posturaux sont provoqués au niveau de la plante du pied ; associés à la capacité d'enregistrer la répartition des pressions, ces réflexes sont essentiels à l'équilibre et à la marche. Une lésion des nerfs influençant la proprioception peut par conséquent également contribuer à l'ensemble.

La modification de la fonction du pied, l'altération de la démarche et une exposition souvent simultanée à d'autres formes de

torture impliquant les membres inférieurs entraînent une réaction en chaîne de déséquilibre musculaire. Les différents groupes musculaires de la partie inférieure des jambes sont souvent douloureux en raison d'une augmentation du tonus musculaire, des muscles et des fascias tendus, des points douloureux et des points gâchettes et d'une inflammation musculo-tendineuse.

L'examen clinique

L'examen clinique des victimes de torture exposées à la falanga doit inclure :

1. l'inspection et la palpation des tissus mous des pieds : coussinets des talons, fascia plantaire, peau
2. l'évaluation de la fonction du pied et de la démarche
3. l'examen des tissus mous et des articulations des membres inférieurs
4. un examen neurologique.

Il est important de souligner une fois de plus qu'aucune des observations faites lors de l'examen clinique en phase tardive après une falanga n'est pathognomonique et qu'un examen des pieds normal n'exclut pas l'usage de cette méthode de torture spécifique.

(Voir §§ 203 – 205 du Protocole d'Istanbul)

3. ASPECTS NEUROLOGIQUES

Les problèmes neurologiques aigus du système nerveux central sont associés à des coups violents portés sur la tête. Sur 200 victimes de torture, 58 % avaient reçu des coups violents sur la tête, qui avaient entraîné une perte de connaissance pour 1/4 d'entre elles (Rasmussen, 1990). Les maux de tête étaient le symptôme le plus fréquemment rapporté, chez plus de 50 % des personnes examinées. Une corrélation significative entre les coups

violents portés à la tête et les céphalées a été mise en évidence. Un lien important avec la présence de vertiges chez 20 % des personnes a également été identifié.

Une personne violemment secouée peut présenter des lésions cérébrales identiques à celles constatées dans le syndrome du bébé secoué : œdème cérébral, hématome sous-dural et hémorragies rétiniennes. Le premier cas mortel du « syndrome de l'adulte secoué » a été rapporté par Pounder et Path (1997).

Les symptômes aigus du système nerveux périphérique sont rapportés comme étant le plus souvent dus à des menottes ou à des cordes serrées autour des poignets. Des lésions du plexus brachial, en particulier au niveau des racines inférieures, ont été mentionnées après une suspension et une lésion du nerf thoracique long a été rapportée après une « suspension palestinienne » (Forrest, 2002).

Bon nombre des symptômes durables, tels que la perte de concentration, les maux de tête, les troubles de la mémoire et les vertiges, pourraient s'expliquer par une lésion cérébrale organique chronique (Abildgaard et al., 1984) et nécessiter une évaluation neurophysiologique afin d'évaluer les symptômes spécifiques. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'un grand nombre de ces symptômes sont également liés à un état de stress post-traumatique. Moreno & Grodin (2002) ont publié un article détaillé sur la torture et ses séquelles neurologiques.

(Voir également § 186 du Protocole d'Istanbul)

PARTIE C

AUTRES SYSTÈMES

I. MANIFESTATIONS CARDIOPULMONAIRES

Les symptômes aigus incluent la dyspnée, les douleurs thoraciques, la toux, l'expectoration et les palpitations.

Certains types de torture entraînent plus particulièrement des complications pulmonaires.

Les coups portés sur la poitrine peuvent causer des lésions au niveau de la paroi thoracique (y compris des fractures des côtes) et provoquer de graves difficultés respiratoires, qui entraînent souvent une pneumonie.

La variante « liquide » du submarino est considérée comme pouvant produire des symptômes pulmonaires aigus, dus à l'aspiration d'eau contaminée. Les dures conditions d'emprisonnement dans des cellules humides, froides et sombres contribuent probablement aux manifestations de pneumonies, de bronchites ou de tuberculoses pulmonaires.

La torture électrique peut entraîner un arrêt cardiaque si le courant traverse le cœur (Danielsen et al., 1991).

Les symptômes durables relevés dans le cadre d'une étude de suivi de 22 victimes de torture grecques (Petersen et al., 1985) ont montré que des crises de tachycardie, des palpitations et/ou des dyspnées (associées également à une anxiété) ont été observées chez 6 de ces victimes, tandis que des douleurs thoraciques, incluant les angines de poitrine et les douleurs musculaires, ont été constatées chez 5 des victimes, et des bronchites chroniques (toux, dyspnée d'effort) chez 8 des victimes. Ces observations montrent l'importance des études de suivi des victimes de torture.

D'importantes modifications des électrocardiogrammes ont été observées chez des soldats américains détenus dans des camps en Serbie (Corovic, Durakovic, Zavalic & Zrinscak, 2000).

(Voir également § 183, § 201-202 et § 214 du Protocole d'Istanbul)

II. MANIFESTATIONS GASTRO-INTESTINALES

Des symptômes aigus liés à une torture ont été décrits après l'insertion d'un corps étranger dans l'anus. Des lésions de l'anus et du rectum consécutives à la torture ont été décrites. Les lésions provoquent des douleurs et des saignements.

La constipation opiniâtre est souvent un symptôme secondaire à la douleur anale. Lors de l'examen de l'anus, on sera attentif aux points suivants (Allden et al., 2001) :

1. 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.
2. déchirures rectales, avec ou sans hémorragie.
3. surfaces de peau anormalement lisse en forme d'éventail. La présence de telles cicatrices en dehors de la ligne médiane peut être l'indication d'un traumatisme de pénétration.
4. excoriations consécutives à des traumatismes de cicatrisation.
5. écoulements purulents. En cas d'allégation de pénétration, prélever systéma-

tiquement des échantillons en vue du dépistage de la blennorragie et de chlamydia, même en l'absence d'écoulement.

Une hémorragie gastroduodénale aiguë, qui peut s'expliquer par un stress extrême, a été rapportée par un petit nombre de victimes de torture.

Les symptômes gastro-intestinaux aigus tels que des douleurs abdominales, une gêne épigastrique, une diarrhée, des vomissements, etc., sont associés à la torture et à l'emprisonnement. Ces symptômes doivent être considérés comme ayant des étiologies multiples, les mécanismes engendrés par la situation stressante pouvant constituer un facteur. Une nourriture insuffisante ou peu appétissante, le nombre limité de liquides et le manque d'exercice peuvent également être des facteurs liés à ces symptômes gastro-intestinaux pendant l'emprisonnement.

L'incidence des symptômes gastro-intestinaux chez les victimes de torture au moment de l'examen médical était la même que celle observée chez des groupes témoins et parmi la population en général (Rasmussen, 1990).

(Voir § 202 du Protocole d'Istanbul)

III. MANIFESTATIONS UROLOGIQUES

Des coups violents portés sur la région rénale peuvent favoriser le développement d'hématomes dans et/ou autour du rein.

La lésion s'accompagne très souvent d'une hématurie. Un traumatisme direct de la muqueuse urétrale, provoqué par des coups

ou par une torture électrique au niveau de l'urètre, entraîne également une hématurie. Les coups portés au niveau du scrotum peuvent blesser les testicules avec par la suite une atrophie (Abildgaard et al., 1984).

Une hémoglobinurie peut être prise pour une hématurie. Des cas d'hémoglobinurie dus à une hémolyse liée à l'attaque du pied ont été décrits chez les coureurs (Eichner, 1985). Le même mécanisme pourrait expliquer l'« hématurie » chez certaines victimes de torture. La falanga (coups portés sur la plante des pieds), en particulier, est d'une certaine façon semblable au frottement constant des pieds des coureurs lorsqu'ils frappent le sol. Sur 34 personnes souffrant d'insuffisance rénale aiguë hospitalisées après des allégations de tortures subies dans les centres d'interrogation de la police au Cachemire, seules celles qui avaient reçu des coups sur la plante des pieds ont montré des signes d'hémoglobinurie (Malik, Reshi, Najar, Ahmad & Masood, 1995).

Pour distinguer l'hémoglobinurie de l'hématurie, l'urine doit être soumise à une centrifugation. On observe alors une préci-

pitation des érythrocytes, ce qui n'est pas le cas avec l'hémoglobinurie.

La myoglobinurie est une conséquence de la rhabdomyolyse, une destruction des tissus musculaires, qui peut être provoquée par des coups ou par une torture électrique (Simpson, 1994). L'urine est rouge ou brunâtre et pourrait être prise pour du sang.

La myoglobinurie est une pathologie potentiellement dangereuse car elle provoque des lésions des reins et comporte donc un risque élevé d'insuffisance rénale aiguë (Malik, Sirwal, Reshi, Najar, Tanvir & Altaf, 1993).

La dysurie, souvent présente chez les victimes de torture, est probablement causée par les instruments de torture dans certains cas et par le froid et le manque d'hygiène dans les autres cas. Des symptômes durables au niveau des reins ou de la vessie, ou des deux, n'ont pas été rapportés plus fréquemment chez les victimes de torture que chez les groupes témoins.

(Voir également § 185 et § 202 du Protocole d'Istanbul)

IV. MANIFESTATIONS DE LA SPHÈRE OTORHINOLARYNGOLOGIQUE

Les coups constituent un type de torture particulièrement dangereux pour l'audition, en particulier avec la méthode du « teléfono », qui consiste à frapper simultanément les deux oreilles avec la paume de la main.

Le « teléfono » a provoqué des symptômes immédiats et durables au niveau de l'oreille (Rasmussen, 1990). Il produit une onde de choc contre le tympan, probablement quasi-identique à celle produite par les explosions.

Kerr (1978) décrit les observations cliniques suivantes après des blessures causées par des déflagrations à Belfast :

« La surdité neurosensorielle s'accompagne habituellement d'un acouphène. Dans les cas modérés, cet acouphène et la surdité peuvent disparaître totalement en quelques heures. Les cas graves peuvent ne jamais guérir complètement. La perforation de la membrane du tympan est courante et se produit au niveau

de la pars tensa, qui constitue les cinq sixièmes inférieurs de la membrane du tympan. Ces perforations varient en apparence et peuvent se présenter sous forme de déchirures linéaires, de petits trous ou de perforations subtotaies. De temps en temps, la chaîne des osselets peut également être endommagée.

On note en particulier une surdité neurosensorielle sur les hautes fréquences avec une conservation de l'ouïe normale pour ce qui est de la fréquence vocale. La perte auditive peut guérir jusqu'à six mois après l'explosion. »

(Voir également §§ 179-181 du Protocole d'Istanbul)

V. MANIFESTATIONS OPHTHALMOLOGIQUES

Les symptômes aigus de l'œil chez les victimes de torture sont des conjonctivites, probablement causées par les tissus sales utilisés pour bander les yeux, que les victimes doivent souvent porter pendant plusieurs jours et plusieurs nuits d'affilée. Très peu de symptômes durables de l'œil pouvant

être liés à la torture ont été décrits. Perron-Buscail, Lesueur, Chollet et Arne (1995) ont observé des opacités de la cornée 10 ans après une torture électrique dans les yeux, ayant une influence sur la vision.

(Voir également § 178 du Protocole d'Istanbul)

VI. L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

De tous temps, le harcèlement sexuel des femmes a constitué une arme de guerre et de pouvoir (Axelsen & Sveaas, 1994). Dans de nombreux pays, les actes de violence sexuelle sont une méthode de torture ou de traitement inhumain couramment infligée aux femmes (Amnesty International, 2001). Il apparaît que les femmes victimes de torture sont violées plus souvent que les hommes, bien que ceux-ci soient aussi fréquemment victimes de viols (Allodi & Stiasny, 1990). La violence sexiste et sexuelle est souvent un problème passé sous silence.

Des femmes de tout âge peuvent être violées, y compris des femmes de plus de 60 ans ou

des enfants (WHO, 1996). Il est important de souligner que la violence sexiste et le viol peuvent n'être que l'un des nombreux traumatismes subis par les femmes et que les conséquences physiques s'accompagnent souvent de conséquences psychologiques et sociales.

L'impact des abus sexistes sur la santé physique peut être immédiat et durable. Cependant, les femmes qui ont été abusées demandent rarement des soins médicaux pour un traumatisme aigu (PATH, 2002). Les obstacles qui les empêchent de demander des soins peuvent être réduits en garantissant un nombre suffisant de femmes

parmi le personnel de santé et en apprenant aux professionnels de la santé qui travaillent avec les réfugiés et les victimes de torture à reconnaître les victimes de violence sexuelle et de viol. Il est important de laisser suffisamment de temps à la victime pour divulguer le traumatisme (Shanks & Schull, 2000).

Avant de commencer l'examen gynécologique, il convient d'en déterminer le but exact : est-il pratiqué pour identifier des besoins de traitement ou pour documenter une allégation d'abus sexuel ? Dans le cas d'une documentation d'abus des droits de l'homme à des fins juridiques, il est essentiel de recueillir des informations détaillées. Il est important que la victime présumée donne son consentement en connaissance de cause. Lors de l'examen de victimes de violence sexuelle, toutes les précautions doivent être prises pour minimiser un nouveau traumatisme, en garantissant notamment un environnement sûr et confidentiel. Les différences culturelles, la religion et les croyances traditionnelles peuvent influencer la signification donnée aux expériences, aux symptômes exprimés et à la façon de réagir face aux violences subies (Kane, 1995).

Les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétriques détaillés de la victime doivent être recueillis. Ils doivent inclure des questions sur l'activité sexuelle, la menstruation et la contraception. Les signes physiques après des violences sexuelles et un viol dépendent largement de l'intervalle écoulé entre l'agression et l'examen. Juste après le viol d'une femme, on peut retrouver la présence de sperme. La victime peut présenter des blessures sur tout le corps. Il

peut y avoir des ecchymoses et des marques de morsures, sur les lèvres, le cou, les épaules, les fesses et les seins. La vulve, le vagin, l'anus et l'urètre doivent être examinés minutieusement, en faisant tout particulièrement attention au périnée. Il peut y avoir des signes externes de déchirures périnéales, avec lacération du bord de l'orifice vaginal ou de l'anus. Lorsque les blessures sont importantes, on peut constater des fistules entre le vagin et le rectum. La présence et l'état de l'hymen doivent être notés. (Knight, 1991b).

Après une torture électrique et/ou des coups portés dans la région génitale, on peut constater une hématurie due aux lésions subies par l'urètre et la vessie (Lunde & Ortmann, 1992).

La plupart des symptômes aigus disparaissent avec le temps et il est parfois impossible de différencier des cicatrices du périnée de cicatrices consécutives à un accouchement ou à une maladie sexuellement transmissible.

Les femmes peuvent par la suite se présenter en se plaignant de saignements vaginaux, d'une baisse de désir sexuel, d'irritations dans la zone génitale, de douleurs pendant les rapports sexuels et d'infections urinaires (Campbell, 2002). La torture sexuelle peut laisser des traces sur le système musculo-squelettique, des lésions structurelles, des troubles fonctionnels et un dysfonctionnement des articulations de la région pelvienne chez les femmes, qui souffrent souvent de douleurs lombaires et se plaignent de douleurs au niveau des organes génitaux, de troubles menstruels et de problèmes sexuels (Arcel, 2002).

Les lésions subies par les organes génitaux sont beaucoup plus graves chez les filles de moins de 15 ans et chez les filles et les femmes qui avaient déjà subi une mutilation génitale. Ces filles et ces femmes sont aussi davantage exposées aux maladies sex-

uellement transmissibles (MST) ou au virus immunodéficientaire humain (VIH). Le personnel de santé doit toujours envisager la possibilité d'une maladie sexuellement transmissible après un viol. Les soldats, même en temps de paix, ont un taux d'infection par MST deux à cinq fois plus élevé que celui des populations civiles. Le risque d'être infectée est donc considérable pour les femmes qui ont été violées par des soldats (Machel, 2000).

Les conséquences d'une grossesse et d'un accouchement, ainsi que celles d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, doivent être prises en compte. Les complications les plus fréquentes sont un avortement incomplet, des sepsies, des hémorragies et des lésions intra-abdominales, comme une perforation ou une déchirure de l'utérus (WHO 1998).

(§ 185, §§ 215–228 et § 232 du Protocole d'Istanbul)

PARTIE D

L'EXAMEN DES ENFANTS¹

De nombreux cas de torture d'enfants ont été documentés par les organisations des droits de l'homme et l'on craint que ces cas ne soient que la partie visible de l'iceberg (Amnesty International, 2000). On a pourtant souvent tendance à ne pas croire que des actes de torture puissent être perpétrés sur des enfants. Les actes de torture et d'abus sexuel sur des enfants sont très répandus, en particulier pendant les conflits ethniques (Southall & Kamran, 1998). Une petite fille est doublement exposée à la violence, en raison de son sexe et de son âge (Chinkin, 1998).

Les enfants peuvent être des victimes secondaires de la torture suite aux violences ou aux tortures perpétrées sur un ou plusieurs de leurs proches. Ils peuvent aussi être des victimes immédiates. Étant donné que de nombreux rapports indiquent que des enfants ont été soumis aux mêmes méthodes de torture que les adultes, on peut s'attendre

à ce qu'ils présentent des symptômes physiques semblables à ceux des adultes. Toutefois, on en sait très peu sur les conséquences physiques de la torture propres aux enfants. Quelles sont les implications de la torture sur un corps en croissance ? Comment la torture affecte-t-elle le développement d'un enfant ?

Les enfants doivent faire l'objet d'un examen approprié à leur âge. Le professionnel de la santé doit néanmoins avoir conscience que de nombreux enfants dans certains pays intègrent le monde adulte bien avant l'âge de dix-huit ans, âge auquel ils deviennent adultes selon la plupart des normes internationales. Leur récit des violences subies doit être respecté et pris au sérieux. Ils préfèrent cependant souvent rester silencieux, partir, dissimuler et enterrer leurs expériences (Protacio-Marcelino, de la Cruz, Balanon, Camacho, & Yacat, 2000).

1. La définition d'un « enfant » dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant est la suivante : « Au sens de la présente Convention, un « enfant » s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. »

Face à un traumatisme, les enfants peuvent réagir par une dépression, des troubles du sommeil, des cauchemars, des angoisses, des peurs, des problèmes d'apprentissage, un état de stress post-traumatique et des sentiments de culpabilité et d'autoreproches (Pynoos, Kinzie, & Gordon, 2001).

Après un événement traumatisant, les enfants peuvent souffrir d'énurésie et, moins fréquemment, d'encoprésie (Kaffman & Elizur, 1983 ; Simpson, 1993). L'énurésie nocturne est assez courante chez les enfants en âge d'être scolarisés. Elle concerne davantage les garçons que les filles et est fortement liée à un antécédent familial d'énurésie nocturne. L'énurésie secondaire (qui survient alors que l'enfant était devenu propre) peut être déclenchée par des événements stressants. Un examen physique et une analyse d'urines sont indiqués pour exclure des problèmes organiques, mais une pathologie organique peut être détectée dans quelques rares cas.

Les diagnostics alternatifs possibles sont des infections urinaires (en particulier chez les filles) et le diabète sucré. L'encoprésie

est moins courante que l'énurésie. C'est un problème qui, dans la plupart des cas, se développe suite à une constipation prolongée. Elle peut témoigner de problèmes émotionnels. Comme dans le cas de l'énurésie, des troubles organiques sont rarement détectés, mais doivent être écartés.

Les professionnels de la santé pourraient plus facilement reconnaître les conséquences physiques de la torture s'ils connaissaient mieux les conséquences physiques d'autres blessures non accidentelles chez l'enfant. Le syndrome du bébé secoué a été décrit comme un phénomène ne se produisant que chez les très jeunes enfants, et rarement après l'âge de deux ans. Cependant, des symptômes semblables au syndrome du bébé secoué ont été diagnostiqués chez un adulte qui avait été secoué pendant un interrogatoire (Pounder & Path, 1997). Aucune étude de morbidité systématique n'a été réalisée parmi les nombreuses personnes qui ont été secouées pendant un interrogatoire.

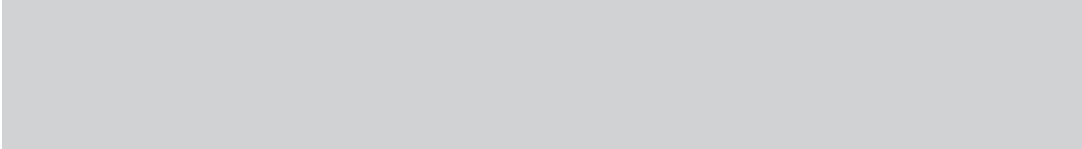
RÉFÉRENCES

- Abildgaard, U., Daugaard, G., Marcussen, H., Jess, P., Petersen, H. D., & Wallach, M. (1984). Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Danish Medical Bulletin*, 31, 239-242.
- Allden, K., Baykal, T., Iacopino, V., Kirschner, R., Özkaliçci, Ö., Peel, M., et al. (Eds.). (2001). *Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Geneva, Switzerland: United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights.
- Allodi, F. (1985). Physical and psychiatric effects of torture: Canadian study. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.), *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuses and the health professions* (pp. 66-78). New York: WH Freeman and Co.
- Allodi, F. & Stiasny, M. B. (1990). Women as torture victims. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 144-148.
- Almekinders, L. C. (1999). Anti-inflammatory treatment of muscular injuries in sport. *Sports Medicine*, 28, 383-388.
- Amnesty International. (1999). *USA – cruelty in control?: The stun belt and other electro-shock equipment in law enforcement*. (AI Index AMR 51/54/99). London: Author.
- Amnesty International. (2000). *Hidden scandal, secret shame: Torture and ill-treatment of children*. London: Author.
- Amnesty International. (2001). *Broken bodies, shattered minds: Torture and ill-treatment of women*. London: Author.
- Amris, K., & Prip, K. (2001a). *Falanga torture: Diagnosis, assessment and treatment*. Copenhagen: Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT).
- Amris, K., & Prip, K. (2001b). Torturoffer – et liv i smerte [Torture victim – a life in pain]. In U. Fasting & L. Lundorff (Eds.), *Smarter og smertebehandling i klinisk praksis* (pp. 106-129). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Arcel, L. T. (2002). Torture, cruel, inhuman, and degrading treatment of women: Psychological consequences. *Torture*, 12, 5-19.
- Axelsen, E., & Sveaas, N. (1994). Psychotherapeutic understanding of women exposed to sexual violence in political detention. *Nordisk Sexologi*, 12, 1-12.
- Aytaçlar, S., & Lök, V. (2002). Radiodiagnostic approaches in the documentation of torture. In M. Peel, & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 207-220). London: Greenwich Medical Media.
- Bork, K., & Nagel, C. (1997). Long-standing pigmented keloid of the ears induced by electrical torture. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36, 490-491.
- Bro-Rasmussen, F., & Rasmussen, O. V. (1978). Falanga tortur. *Ugeskrift for Læger*, 140, 3197-3202.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Chinkin, C. (1998). Torture of the girl-child. In G. Van Bueren (Ed.), *Childhood abused: Protecting children against torture, cruel and inhuman and degrading treatment and punishment* (pp. 81-106). Dartmouth, UK: Ashgate.
- Cohn, J., Jensen, R., Severin, B. & Stadler, H. (1978). Torture in the Argentine, Syria and Zansibar. *Ugeskrift for Læger*, 140, 3202-3206.
- Corovic, N., Durakovic, Z., Zavalic, M., & Zrincak, J. (2000). Electrocardiographic changes in ex-prisoners of war released from detention camps. *International Journal of Legal Medicine*, 113, 197-200.
- Danielsen, L. (1982). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 60, 193-209.
- Danielsen, L. (1992). Skin changes after torture. *Torture* (Suppl. 1), 27-32.
- Danielsen, L. (1995). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Sår*, 3, 80-83.
- Danielsen, L. (2002). The examination and investigation of electric shock injuries. In M. Peel,

- & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 191-205). London: Greenwich Medical Media.
- Danielsen, L., & Berger, P. (1981). Torture sequelae located to the skin. *Acta Dermato-Venereologica* 61, 43-46.
- Danielsen, L., Genefke, I. K., Karlsmark, T., Lorenzen, S., Nielsen, K. G., Nielsen, O., Thomsen, H. K., Aalund & O. (1978). Termiske og elektriske skader i svinehud [Thermic and electric damages in pig skin] *Ugeskrift for læger*, 140, 3191-3197.
- Danielsen, L., Gniadecka, M., Thomsen, H. K., Pedersen, F., Strange, S., Nielsen, K. G. & Petersen, H.D. (2003). Skin changes following defibrillation. *Forensic Science International*, 134, 134-141.
- Danielsen, L., Karlsmark, T., & Thomsen, H. K. (1997). Diagnosis of skin lesions following electrical torture. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 5, 15-20.
- Danielsen, L., Karlsmark, T., Thomsen, H. K., Thomsen, J. L., & Balding, L. E. (1991). Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 12, 222-226.
- Danielsen, L., Thomsen, H. K., Nielsen, O., Aalund, O., Nielsen, K. G., Karlsmark, T., & Genefke, I. K. (1978) Electrical and thermal injuries in pig skin: Evaluated and compared by light microscopy. *Forensic Science International*, 12, 211-225.
- Dyhre-Poulsen, P., Rasmussen, L., & Rasmussen, O. V. (1977). Undersøgelser af et instrument til elektrisk tortur. [Investigation of an instrument of electrical torture]. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1054-1056.
- Edston, E. (1999). Spåren på kroppen kan avslöja tortyr [The traces on the body reveal torture]. *Läkartidningen*, 96, 628-631.
- Eichner, E. R. (1985). Runner's macrocytosis: A clue to footstrike hemolysis. *American Journal of Medicine*, 78, 321-325.
- European Committee for the Prevention of Torture (CPT). (1998). *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands Antilles*. Strassbourg, France: Author.
- Forrest, D. M. (1999). Examination for the late physical after effects of torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6, 4-13.
- Forrest, D. M. (2002). Examination following specific forms of torture. In M. Peel & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 159-169). London: Greenwich Medical Media.
- Gniadecka, M., & Danielsen, L. (1995). High-frequency ultrasound for torture-inflicted skin lesions. *Acta Dermato-Venereologica*, 75, 375-376.
- Gordon, E., & Mant, A. K. (1984). Clinical evidence of torture: Examination of a teacher from El Salvador. *Lancet*, I, 213-214.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009a). *Action contre la torture: Guide pratique du Protocole d'Istanbul - à l'intention des avocats*. Deuxième édition. Copenhagen: IRCT.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009b). *L'évaluation psychologique des allégations de torture: Guide pratique du Protocole d'Istanbul - à l'intention des psychologues*. Deuxième édition. Copenhagen: IRCT.
- Jacobsen, H. (1997). Electrically induced deposition of metal on the human skin. *Forensic Science International*, 90, 85-92.
- Jakobsson, S. W. (1991). Brett samarbete nödvändigt för diagnostik och behandling av tortyrskador. *Läkartidningen*, 88, 4261-4264.
- Kaffman, M., & Elizur, E. (1983). Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 435-442.
- Kane, S. (1995). *Working with victims of organised violence from different cultures: A Red Cross and Red Crescent Guide*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Karlsmark, T. (1990). Electrically induced dermal changes: A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy. [Doctoral Dissertation, University of Copenhagen, Denmark.] *Danish Medical Bulletin*, 37, 507-520.
- Karlsmark, T., Danielsen, L., Aalund, O., Thomsen, H. K., Nielsen, O., Nielsen, K. G., Lyon, H., Ammitzbøll, T., Møller, R., & Genefke, I. K. (1988). Electrically-induced collagen calcification in pig skin; A histopathologic and histochemical study. *Forensic Science International*, 39, 163-174.

- Karlsmark, T., Thomsen, H. K., Danielsen, L., Aalund, O., Nielsen, O., Nielsen, K. G., & Genefke, I. K. (1984) Tracing the use of electrical torture. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 5, 333-337.
- Kerr, A. G. (1978). Blast injuries to the ear. *The Practitioner*, 221, 677-82.
- Kjærsgaard, Aa. R., & Genefke, I. K. (1977). Torture in Uruguay and Argentina. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1057-1059.
- Knight, B. (1991a). The pathology of wounds. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp. 123-156). London: Arnold.
- Knight, B. (1991b). Deaths associated with sexual offences. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp. 385-393). London: Arnold.
- Lunde, I., & Ortmann, J. (1992). Sexual torture and the treatment of its consequences. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 310-329). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Machel, G. (2000, September). *The impact of armed conflict on children: A critical review of progress made and obstacles encountered in increasing protection for war-affected children*. Report presented at the International Conference on War-Affected Children, Winnipeg, Canada. Retrieved April 2, 2003, from <http://www.waraffectedchildren.gc.ca/machel-en.asp>.
- Malik, G. H., Reshi, A. R., Najar, M. S., Ahmad, A., & Masood, T. (1995). Further observations on acute renal failure following torture. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 10, 198-202.
- Malik, G. H., Sirwal, I. A., Reshi, A. R., Najar, M. S., Tanvir, M., & Altaf, M. (1993). Acute renal failure following physical torture. *Nephron*, 63, 434-437.
- Moreno, A., & Grodin, M. A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40, 213-223.
- Nancke-Krogsh, S. (1985). *Kunsten på kroppen* [The art on the body] (exhibition). Copenhagen.
- PATH. Program for Appropriate Technology in Health. (2002). Violence against women: Effects on reproductive health [Special issue]. *Outlook*, 20 (1).
- Perron-Buscail, A., Lesueur, L., Chollet, P., & Arne, J. L. (1995). Les brûlures électriques cornéennes: étude anatomoclinique à propos d'un cas [Electric burns of the cornea: Anatomoclinical study apropos of a case]. *Journal Francais d'Ophthalmologie*, 18, 384-386.
- Petersen, H. D., Abildgaard, U., Daugaard, G., Jess, P., Marcussen, H., & Wallach, M. (1985) Psychological and physical long-term effects of torture. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 89-93.
- Petersen, H. D., & Rasmussen, O. V. (1992). Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International*, 53, 97-116.
- Pounder, D. J., & Path, M. R. (1997). Shaken adult syndrome. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18, 321-324.
- Protacio-Marcelino, E., de la Cruz, T., Balanon, F. A., Camacho, A. Z., & Yacat, Jay A. (2000). *Child abuse in the Philippines: An integrated literature review and annotated bibliography*. Quezon City, Philippines: University of the Philippines. Centre for Integrative and Development Studies.
- Pynoos, R. S., Kinzie, J. D., & Gordon, M. (2001). Children, adolescents, and families exposed to torture and related trauma. In E. Gerrity, T. M. Keane, & F. Tuma (Eds.). *The mental health consequences of torture* (pp. 211-225). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Randall, G., Lutz, E., & Quiroga, J. (1985). Long-term physical and psychological sequelae of torture on 44 victims examined in the United States. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.) *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuse and the health profession* (pp. 58-66). New York: W H Freeman and Co.
- Rasmussen, O. V. (1990). Medical aspects of torture [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Suppl. 1).
- Savnik, A., Amris, K., Rogind, H., Prip, K., Daneskiold-Samsoe, B., Bojsen-Moller, F., et al. (2000). MRI of the plantar structures of the foot after falanga torture. *European Radiology*, 10, 1655-1659.
- Shanks, L. & Schull, M. (2000). Rape in war: The humanitarian response. *Canadian Medical Association Journal*, 63, 1152-1156.

- Simpson, M. A. (1993). Bitter waters: Effects on children of the stresses of unrest and oppression. In: J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 601-624). New York: Plenum Press.
- Simpson, M. A. (1994). Methods of investigating allegations of electric shock torture: Lessons from South Africa. *Torture*, 4, 27-29.
- Skylyv, G. (1992). Physical sequelae of torture. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 38-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- Skylyv, G. (1993). Falanga: Diagnosis and treatment of late sequelae. *Torture*, 3, 11-15.
- Southall, D., & Kamran, A. (1998). Protecting children from armed conflict: The UN convention needs an enforcing arm. *British Medical Journal*, 316, 1549-1550.
- TAT-Group against Torture (2001) *Torture in Basque Country*, Report 2001. Gipuzkoa, Spain.
- Thomsen, A. B., Eriksen, J., & Smidt-Nielsen, K. (2000). Chronic pain in torture survivors. *Forensic Science International*, 108, 155-163.
- Thomsen, H. K. (1984). *Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy*. [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. Copenhagen, Denmark: FADL.
- Thomsen, H. K., Danielsen, L., Nielsen, O., Aalund, O., Nielsen, K. G., Karlsmark, T., Genefke, I. K., & Christoffersen, P. (1983). The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis. *Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica, Sect. A*, 91, 307-316.
- WHO. (1996). *Mental health of refugees* (pp. 123-131) Geneva: Author.
- WHO. (1998). *World Health Day, safe motherhood: Address unsafe abortion*. (WHD 98.10). Geneva: Author.
- Öztop, F., Lök, V., Baykal, T., & Tunca, M. (1994). Signs of electrical torture on the skin. Human Rights Foundation of Turkey. *Treatment and Rehabilitation Centers report*, 11, 97-104.



International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

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

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

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

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

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

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

ISBN 978-87-88882-54-4 (livre de poche)

ISBN 978-87-88882-56-8 (PDF)



irct