

Le rôle du médecin dans les visites du CICR aux prisonniers

par le Dr. Hernan Reyes et le Dr. Rémi Russbach

1. Introduction

Le CICR visite des prisonniers dans le monde entier, que ce soit des prisonniers de guerre internés dans des camps ou des détenus politiques gardés dans des prisons ou des commissariats de police. En 1990, plus de 84 000 prisonniers ont été visités par des délégués du CICR, dans une quarantaine de pays.¹ Ces visites sont effectuées par des équipes, constituées en fonction du nombre de prisonniers à voir. Chaque équipe comporte des délégués suisses spécialement entraînés à pratiquer des visites, dont l'un au moins est médecin.

Les délégués-médecins sont donc délégués du CICR à part entière. Ils doivent avoir une expérience clinique de trois ans au minimum et s'engager pour une première période d'un an. Ils reçoivent, avant de partir en délégation, une formation spécifique sur les activités du CICR et sur le travail en milieu de détention. Lorsqu'ils sont formés et expérimentés, les délégués-médecins peuvent être engagés pour des missions de plus courte durée.

Le médecin du CICR a deux rôles bien distincts à jouer au sein de l'équipe de délégués-visiteurs:

- Il est responsable de *l'évaluation de l'état de santé* des prisonniers, ainsi que de tous les aspects de la vie en détention qui y sont relatifs (alimentation, hygiène, soins médicaux ...). Il s'agit d'un rôle d'expertise et non de médecin soignant.

¹ Un pays peut comporter deux ou plusieurs contextes de conflit: en Afghanistan par exemple, le CICR rend visite aux prisonniers aux mains des autorités gouvernementales à Kaboul et ailleurs; de même, ses délégués visitent les prisonniers aux mains des Moudjaheddines, sur territoire afghan, mais à partir du Pakistan.

- En cas d'*allégations de mauvais traitements*, le médecin est responsable pour assembler les éléments médicaux nécessaires afin d'établir un dossier sur la question. Ceci permettra au CICR d'intervenir auprès des autorités responsables pour faire cesser de telles pratiques. Le médecin du CICR, en tant qu'interlocuteur médical de l'extérieur, aura aussi un rôle plus direct à jouer auprès des victimes dont il aura la confiance.

2. Evaluation de l'état de santé des prisonniers

L'évaluation du médecin du CICR porte sur l'état de santé des prisonniers et sur les différents systèmes mis en place dans le lieu de détention pour assurer leur survie: alimentation, hygiène, soins médicaux, etc. Ceci l'amènera à étudier différents aspects de la vie en captivité. Pour disposer de tous les éléments nécessaires, le médecin du CICR s'entretient non seulement avec les prisonniers concernés, mais aussi avec les autorités médicales du lieu de détention.

En cas de problème nutritionnel, le médecin du CICR prend soin de choisir des échantillons représentatifs de prisonniers. Il s'agira alors d'objectiver des signes physiques de malnutrition chez les détenus tels que perte de poids, signes de carence alimentaire et d'avitaminose (béribéri, pelagre, xérophtalmie, scorbut, etc.). Ces éléments apportent la preuve que l'apport alimentaire est inadéquat. Cependant, l'absence de ces signes ne signifie pas que la ration fournie par les autorités est suffisante, car l'apport des familles peut permettre de compenser l'insuffisance des rations officielles.

Le médecin du CICR doit faire une analyse détaillée de l'alimentation fournie aux prisonniers afin d'en déterminer les éventuelles carences. Ceci implique non seulement une analyse des repas donnés le jour de la visite, mais aussi l'examen d'autres éléments non médicaux, tels que le budget consacré à l'alimentation, le stockage des denrées alimentaires, la fourniture ou non d'aliments par les familles des prisonniers, etc. Ces différents facteurs ajoutés à l'expertise médicale permettront à l'équipe d'avoir une vue d'ensemble du problème. De toute façon, sauf en cas d'urgence extrême avec risque de mort d'homme, il ne s'agit pas pour le CICR de fournir la nourriture aux prisonniers à la place des autorités, mais d'essayer de trouver la cause du problème (budget insuffisant, détournements de nourriture, incom-

pétence, etc.) afin de proposer aux autorités une solution qui les aide à assumer leur responsabilité.

En cas de problème de «sanitation»,² au sens large, ayant une influence négative sur la santé de la communauté carcérale, c'est le médecin du CICR qui doit, après évaluation, déterminer les mesures adéquates à instaurer. Au besoin, il se fera assister de spécialistes en matière d'eau et d'assainissement de l'environnement.

Ce domaine est très vaste et comprend l'étude de différents sujets tels que:

- *l'approvisionnement en eau*, en quantité et qualité suffisantes, pour la population détenue, qui est un élément primordial pour la santé.
- *l'évacuation des eaux usées et des ordures* dont les déficiences peuvent être sources de contamination et provoquer des maladies, voire des épidémies.
- *la présence de vecteurs* (ectoparasites, rongeurs, insectes, etc.) qui peuvent être un élément déterminant dans la transmission de certaines maladies (malaria, peste bubonique, rickettsiose, etc.).
- *la salubrité* des lieux de détention, la promiscuité, l'aération, la propreté dont l'influence sur la santé n'est plus à démontrer.

Le médecin du CICR étudie aussi le *système médical* mis en place dans le lieu de détention pour soigner les prisonniers. Il évalue surtout la manière effective dont il fonctionne. Ceci implique qu'il visite les installations (infirmerie, local destiné aux consultations, etc.) et s'entretienne avec le personnel médical, dont l'avis et les éventuelles doléances sont très utiles pour la compréhension des mécanismes et de leurs blocages éventuels (salaire de misère du personnel de santé, cause de l'absentéisme, allocation insuffisante de médicament, sabotage du système par les détenus, manque de moyens de transport pour transfert des malades, insécurité du personnel soignant, etc.).

Le médecin du CICR écoute aussi la version des prisonniers eux-mêmes. Il en voit un certain nombre en privé hors de l'influence des autorités bien entendu, mais aussi hors de celle de leur groupe qui, surtout chez les détenus politiques, peut nuire à l'objectivité des informations.

Le médecin du CICR examine toujours un échantillon significatif de prisonniers afin de se faire une idée objective de l'état de santé des personnes ainsi que de la qualité des soins prodigués par les autorités détentrices.

² Terme anglais couramment utilisé englobant les questions liées à l'eau et à l'assainissement du milieu.

Le médecin du CICR veille à ne pas se substituer au système existant, mais à le faire fonctionner.

Les moyens utilisés pour atteindre ce but varieront évidemment en fonction des situations. La persuasion par le dialogue, avec les médecins locaux, pourra déjà suffire à régler certains problèmes. Ailleurs, le CICR fournira une assistance en matériel médical à un médecin de prison totalement démuné de moyens. Dans des cas exceptionnels, le CICR pourra intervenir pour faire libérer des prisonniers gravement blessés ou malades s'il juge cette démarche bénéfique.

Dans cette évaluation des différents systèmes et de l'état de santé global des personnes, le but du médecin du CICR est d'objectiver les déficiences et d'en étayer les causes. C'est ainsi que le CICR — en tant qu'Institution — pourra alors faire des *propositions concrètes et réalisables* afin d'obtenir des améliorations de la part des autorités détentrices.

Ceci se fera par des démarches spécifiques au niveau de la délégation, et par la remise du Rapport de visite officiel aux autorités supérieures. Un problème faisant l'objet d'un rapport du CICR ne peut plus être ignoré par les autorités et les propositions du CICR peuvent permettre d'amorcer un processus d'amélioration. L'échéance d'une nouvelle visite est un élément important pour faire avancer ce processus.

3. Rôle du médecin du CICR en cas de mauvais traitements³

Dans le cas où les délégués reçoivent de la part des prisonniers des allégations de mauvais traitements, le CICR s'efforce d'établir un dossier complet et factuel afin d'intervenir auprès des autorités responsables pour faire cesser de telles pratiques. Le médecin du CICR est ici amené à examiner des détenus et à émettre un avis professionnel

³ Ici le terme utilisé de «mauvais traitements» (MT) est celui utilisé couramment dans les documents officiels du CICR. Il s'agit en fait des cas de torture et de traitements cruels, inhumains et dégradants, tels que définis ou cités dans différentes Conventions internationales contre la torture. L'emploi du terme MT n'est pas de la fausse pudeur ni de la timidité: il permet d'entrer en matière sans qu'il y ait un réflexe de rejet par les autorités (au mot «torture» par exemple..) Par la suite, la description des faits ne laisse aucun doute en ce qui concerne l'appellation donnée... (*voir ci-après*)

sur leur état de santé et sur les relations possibles entre les lésions constatées et les allégations.

Le médecin examine chaque cas de façon individuelle et s'efforce aussi de cerner le problème des mauvais traitements en tant que phénomène collectif qu'il faut comprendre et traiter avec les autorités de façon globale. Ces deux approches individuelles et collectives sont indissociables.

Le médecin du CICR doit aussi renseigner, rassurer, voire conseiller la victime qui a subi des sévices, en tant que «médecin neutre», parfois le seul médecin en qui la victime ait confiance. Il peut très souvent lui apporter un soulagement simplement en lui expliquant la signification des séquelles de la torture subie, et les possibilités de soins thérapeutiques dont il pourra bénéficier dès qu'il pourra envisager sa sortie de prison.

a) Lutte globale du CICR contre la torture

Le CICR lui-même n'a pas adopté de définition de la torture. Son rôle n'est pas d'en prouver l'existence devant un tribunal, mais d'intervenir en faveur des victimes pour que la torture cesse. Lorsque le CICR reçoit des allégations de traitements qu'il estime assimilables à de la torture, ou à la classe définie par l'ONU comme traitements cruels, inhumains et dégradants, il constitue un dossier spécifique qui est soumis de manière confidentielle aux autorités détentrices. Ce dossier peut prendre plusieurs formes selon les circonstances, le nombre de cas et la gravité des faits. Dans tous les cas cependant, la démarche est la même:

Le CICR demande aux autorités de prendre immédiatement toute mesure nécessaire pour que de telles pratiques cessent.

Même si le CICR n'a pas sa propre définition de la torture, ses médecins se réfèrent à des définitions universellement acceptées, comme entre autres:

- la définition de l'Association mondiale des Médecins (AMM) dans la Déclaration dite de «Tokyo» de 1975,
- la définition de la Convention de l'ONU contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants de 1984.

Aucune des définitions de la torture ne donne des précisions sur la «zone grise» des traitements cruels, inhumains et dégradants. La question se pose surtout en ce qui concerne les mauvaises conditions de

détention. A partir de quel taux de surpeuplement peut-on parler de conditions dégradantes? Qu'en est-il des latrines partagées par des centaines de prisonniers dans des conditions d'hygiène douteuses? La fouille corporelle des détenues est-elle dégradante? Les médecins du CICR peuvent se référer à certains textes:

- *U.N. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1984)*,
- *U.N. Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1989)*.

Les «Règles minima» servent de support, mais pas de critère absolu au CICR. En fonction des circonstances et des possibilités du pays détenteur, le CICR exigera davantage que le strict minimum établi dans ces règles.

b) L'entretien avec le prisonnier

L'entretien en privé («sans témoin»), entre le médecin du CICR et le prisonnier, est la phase la plus importante dans ce type de visite. Lors de cet entretien le médecin évite bien entendu tout ce qui pourrait ressembler à un deuxième «interrogatoire». Ici le tact initial, l'écoute et l'empathie sont essentiels.

Le médecin du CICR doit être conscient qu'en posant des questions sur les mauvais traitements subis, il envahit la sphère intime du prisonnier. Cette intrusion dans un passé récent que le prisonnier a essayé — la plupart du temps sans succès — d'oublier, peut être traumatisante. Certains détenus saisiront l'occasion de «tout dire» car ils ont besoin d'en parler. Le fait de pouvoir parler à quelqu'un d'autre qu'à ses compagnons de détention habituels peut être bénéfique en soi. D'autres n'y arriveront pas ou mal. Dans certaines cultures où l'on n'aborde jamais les sujets importants directement lors d'une première rencontre, il est évident que les prisonniers auront beaucoup de peine à aborder un sujet aussi intime.

Les délégués non-médecins qui s'entretiennent avec ces prisonniers doivent faire très attention de ne pas violer leur intimité. Il faut savoir interrompre un entretien plutôt que de faire du mal. C'est ici qu'ils peuvent avoir recours au médecin de l'équipe, plus habitué à ce genre d'entretien difficile, en raison de sa formation et de son expérience.

Après la prise d'allégation des faits, le prisonnier est examiné par le médecin du CICR. Cet examen s'effectue en privé, idéalement sans traducteur (à condition que le médecin du CICR ait la chance de parler

la langue du pays). Dans le cas contraire, un interprète *choisi par le prisonnier lui-même*, assiste à l'entretien.

L'examen physique présente trois aspects principaux:

- Premièrement, il fait partie de l'échange normal entre tout médecin et son patient. Le prisonnier s'y attend d'ailleurs, d'autant plus s'il n'a pas pu en bénéficier de la part du médecin du lieu de détention (par manque de temps ou par négligence).
- Deuxièmement, le médecin du CICR doit se faire une idée précise des séquelles physiques de la torture. Il s'agit d'une part de confronter les traces aux allégations des prisonniers, mais surtout de se faire une idée personnelle et précise des différentes méthodes utilisées provoquant des séquelles physiques visibles (et aussi des séquelles psychiques : voir *infra*.)
- Finalement, l'examen de la victime est essentiel pour que le médecin du CICR puisse lui fournir la seule prestation possible immédiatement: une tentative de diagnostic sur son état et un pronostic sur l'évolution possible. Souvent, on pourra aussi y ajouter quelques conseils pratiques (par exemple: physiothérapie à faire soi-même).

c) Le rôle spécifique du médecin du CICR auprès des victimes de la torture

Le médecin du CICR devrait idéalement examiner chaque prisonnier qui a été torturé. Ceci étant impossible lorsque le nombre de victimes est trop élevé, le médecin devra alors choisir un échantillon représentatif du groupe afin d'avoir une idée générale de la situation.

Il y a plusieurs raisons qui justifient que le médecin du CICR essaie de voir toute personne ayant subi des mauvais traitements:

- la victime confie souvent plus facilement les problèmes qui la préoccupent à un médecin qu'à un autre délégué;
- les victimes ont besoin d'être rassurées sur leur état de santé;
- seul le médecin de l'équipe visiteuse peut étayer par son expertise le dossier des mauvais traitements de manière professionnelle afin que le CICR puisse effectuer les démarches nécessaires en faveur des victimes;
- le médecin du CICR peut avoir une influence bénéfique sur les prisonniers souffrant de troubles de caractère psychique, suite aux mauvais traitements, s'il adopte le bon langage au bon moment.

- en cas d'allégation de participation du corps médical à la torture, il est essentiel que le médecin du CICR prenne lui-même tous les renseignements utiles afin de pouvoir intervenir.

Ces différents points méritent d'être approfondis:

● ***La victime se confie plus facilement au médecin***

L'expérience montre que le récit d'une victime de la torture n'est pas le même lorsqu'il est fait à un «laïc» (c'est-à-dire non-médecin), ou à une personne de la profession médicale. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de tortures de type sexuel. Il faut rappeler que ce type de torture est universel. Un tel récit sera plus facile à raconter à un médecin, la victime se sentant moins mal à l'aise dans le rôle de «patient» devant «son médecin» que dans un contexte non médicalisé.

Cette réticence à raconter des sévices subis varie bien entendu selon le milieu culturel et ethnique des individus. Le sexe du médecin jouera un rôle certain dans certaines cultures: un médecin-homme ne pourra pas s'entretenir ni examiner des femmes dans certains pays musulmans. En revanche, l'expérience a montré que l'inverse n'est pas nécessairement toujours vrai (du moins pour l'entretien): beaucoup de prisonniers-hommes se confient volontiers à un médecin-femme. Celle-ci joue alors le rôle de sœur ou de mère.

Parfois un récit de sévices sexuels s'accompagne d'un appel, exprimé ou non, de la part de la victime. D'une certaine manière celle-ci veut que le médecin entre en matière de manière professionnelle, afin d'oser lui poser des questions. D'autres préfèrent que ce soit le médecin qui oriente la discussion.

La torture atteignant la sphère la plus intime du prisonnier, il est tout à fait compréhensible que la victime préfère s'entretenir avec quelqu'un qui puisse répondre à des questions qu'elle n'arrive pas, ou n'ose pas, formuler.

Certains voudront exclure une lésion permanente. D'autres auront besoin simplement de raconter leur histoire à quelqu'un, sans éprouver de gêne. Beaucoup voudront simplement être rassurés du fait que ce qu'ils ressentent «est normal».

● ***Le détenu a besoin d'être rassuré sur son état de santé***

Les blessures physiques peuvent aller de la cicatrice superficielle d'apparence «banale» à la lésion profonde ou invalidante. Il est certain qu'il n'est pas nécessaire d'être médecin pour constater qu'une cicatrice circulaire à la base des deux pouces est vraisemblablement due au

fait que les pouces ont été attachés fortement par de la ficelle, pendant un temps prolongé, ce que raconte la plupart du temps le détenu. Il ne faut pas non plus être médecin-légiste pour constater que des cicatrices multiples sur le dos sont anormales, et dues, jusqu'à preuve du contraire, aux coups de fouet allégués par le détenu.

Dans les deux cas cependant, il est nécessaire que la victime soit auscultée par le médecin. En effet, en cas de lésion mineure, il peut souvent y avoir des troubles annexes qui méritent l'attention du médecin. Dans le premier cas cité, celui des pouces, les détenus se plaignent souvent d'une insensibilité en aval de la compression.

Il faut que le médecin du CICR examine les mains du patient afin de le rassurer. La plupart du temps, il s'agit d'une anesthésie transitoire due au fait que le nerf sensitif a été lésé; celui-ci va très lentement retrouver sa fonction dans la mesure où la gaine du nerf n'a pas été détruite.

Dans le deuxième cas, le médecin doit constater les lésions et voir s'il y a un traitement à proposer au patient. Après un examen physique, on pourra renseigner la victime sur son état et sur l'évolution probable de sa lésion.

Ces deux cas ont été choisis, car il s'agit de phénomènes relativement fréquents, pour lesquels l'avis du médecin n'est pas a priori nécessaire aux yeux du délégué non-médecin. L'expérience a pourtant montré que des victimes de tels sévices étaient rassurées par le simple fait d'avoir eu un avis médical de la part d'un médecin «neutre».

Pour tout sévice touchant de près ou de loin aux organes de reproduction, des questions telles que «est-ce que je pourrai encore avoir des enfants?» ou «est-ce que je pourrai de nouveau avoir des rapports avec ma femme?» sont très fréquemment posées.

Selon la barrière culturelle entre prisonniers et délégués, ces questions surgiront plus ou moins facilement. Dans tous les cas, c'est le délégué-médecin du CICR qui sera le mieux placé pour y répondre, étant le seul à posséder à la fois l'expérience théorique et clinique.

- ***Seul le médecin peut étayer par son expertise le dossier des mauvais traitements***

Il existe bien entendu de nombreux cas de torture physique où l'expertise médicale se justifie de toute évidence. Les invalidités dues aux fractures mal soudées (les pseudarthroses par exemple), les cicatrices avec rétraction, les lésions spécifiques d'organe, les parésies ou paralysies résiduelles sont les séquelles physiques les plus fréquentes de la torture.

Dans ce genre de cas, le rôle premier du médecin est d'objectiver les séquelles de façon professionnelle. Par la suite le CICR fera les démarches nécessaires selon la gravité des cas. Ceci peut impliquer une demande d'hospitalisation, un traitement spécialisé, un appareillage orthopédique, etc. Ces démarches individuelles accompagnent l'intervention plus générale du CICR auprès des autorités cherchant à faire cesser le phénomène de la torture.

Pour une victime handicapée par la torture, ce sera cette rencontre à travers laquelle il obtiendra peut-être une prothèse ou un traitement médical adéquat, qui sera la plus importante pour lui, indépendamment des autres démarches faites par l'institution dont il ne verra le bénéfice que plus tard et indirectement.

Il faut ici mentionner le sujet de l'expertise de la torture. Le CICR n'est pas un organisme qui fait des enquêtes en tant que telles, et il n'agit que dans l'intérêt direct des victimes.

Ceci veut dire qu'il n'est pas là pour «prouver», fournir la preuve matérielle que la torture existe. Il est cependant indispensable d'avoir un dossier bien documenté pour faire des démarches ultérieures auprès des autorités. L'expérience a montré que les descriptions des lésions constatées doivent être faites en utilisant une terminologie précise et reconnue. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de soumettre un dossier à une autorité «sceptique».

Lorsque le CICR transmet des allégations de mauvais traitements aux autorités, il est nécessaire de joindre à la partie anamnétique du récit une description précise et irréfutable des lésions constatées qui puisse résister à toute contre-expertise médicale de la part de l'autorité détentrice. Cette description rigoureuse ne devra cependant pas être érotique car elle doit être compréhensible par une autorité non médicale.

Un dossier peut prendre plusieurs formes. Il peut y avoir transmission de plusieurs cas individuels, l'expertise médicale prenant à ce moment la forme d'une description clinique de chaque cas individuel, avec documentation des lésions trouvées, les incapacités fonctionnelles du patient et leur cause probable.

Parfois, le médecin du CICR fera une analyse d'un ensemble de cas sans parler de dossiers individuels. C'est le cas par exemple lorsqu'il documente les types de mauvais traitements infligés à un groupe de détenus.

C'est ainsi que les médecins du CICR, même s'ils ne sont pas médecins-légistes de formation, doivent connaître la terminologie précise et spécifique des cas de torture. Seuls les médecins sont habi-

lités à décider ce qui est «compatible» ou non avec les allégations des détenus.

Il ne faudrait pas donner l'impression ici que le CICR n'agit que lorsque l'on peut déceler des cas de torture avec des lésions physiques compatibles. Très souvent le CICR intervient sans qu'il y ait de lésion à décrire, soit qu'il s'agisse de cas anciens où toute trace a disparu, soit qu'il s'agisse de torture qui ne laisse aucune trace visible.

- ***Le médecin du CICR peut avoir une influence bénéfique sur les prisonniers souffrant de troubles psychiques.***

La torture laisse des cicatrices morales bien plus profondes souvent que les lésions apparentes. Les experts ne sont pas encore tous d'accord sur une entité précise, constituant un véritable «syndrome du torturé».

Le médecin du CICR a aussi un rôle à jouer pour ce genre de victimes. Il est évident que la plupart du temps les victimes de la torture auront les deux symptomatologies, physique et psychique. Les deux symptomatologies sont indissociables et ce genre de distinction devrait être abandonnée. Toute torture «physique» laisse des séquelles psychologiques. Inversement, la torture «psychologique» laisse également des séquelles physiques aux victimes.

Un dénominateur commun à toutes les formes de torture semble être le «stress» et l'anxiété extrêmes imposés aux victimes. C'est ainsi qu'un tableau des «séquelles psychiques» a pu être dressé. En revanche, les différentes formes de torture physique, très diverses, laissent évidemment des séquelles physiques très différentes en fonction de leur nature et de leur intensité.

Le rôle du médecin du CICR dans ce chapitre des séquelles psychiques est évidemment très difficile. Il est évident que, dans le déroulement d'une visite, il n'est pas possible d'envisager un «traitement» en tant que tel. Cependant, en examinant chaque victime personnellement, il est possible de donner les conseils les plus appropriés pour chaque cas et parfois même de rassurer la victime sur la normalité relative de sa souffrance psychique qui n'est qu'une réaction «normale» à une agression psychique extrême.

C'est ainsi que certaines victimes seront moins inquiètes de phénomènes tels que la fausse culpabilité, les cauchemars, la difficulté de concentration, les pertes de mémoire, les troubles affectifs, la perte de sa propre estime et la perte de confiance en soi qui ne sont que des réactions normales à une agression extrême, laquelle n'est pas normale. Ceci, seul un médecin extérieur au système peut le dire.

- *En cas d'allégation de participation du corps médical à la torture, le médecin du CICR doit lui-même effectuer une investigation sur le cas*

La participation de médecins à la torture est très répandue dans le monde d'aujourd'hui. De récentes études prétendent qu'elle serait même universelle, les tortionnaires ayant besoin de «conseils médicaux» pour accomplir leur besogne.

Il est aussi vrai que des personnes en blouse blanche participent parfois aux séances de torture, se faisant passer auprès de la victime pour des médecins. Ces personnes jouent parfois le rôle du «bon» dans la tactique du «Good man/Bad man», bien connue aujourd'hui comme technique de déstabilisation psychologique.

Quoiqu'il en soit, la participation du corps médical dans la torture doit être étayée par des éléments objectifs. Le médecin du CICR devra si possible établir les faits de manière précise et s'assurer qu'il s'agit bien de vrais médecins, en posant des questions pertinentes. L'expérience montre qu'il est assez facile de déterminer s'il s'agissait en fait d'un vrai médecin ou d'un imposteur en blouse blanche.

Lorsque le médecin du CICR aura décelé des cas de participation de médecins à la torture, il pourra le cas échéant en référer à l'Ordre des médecins local. Inversement, lorsque des médecins font appel à lui, alors que les autorités détentrices veulent les obliger à participer à la torture, ce sera le devoir du médecin du CICR d'intervenir afin de les soutenir et de les protéger.

d) L'examen physique du patient en cas de torture

Les circonstances dictent parfois les conditions de travail du médecin du CICR. Dans des cas où il devrait voir 2000 détenus en cinq jours, il est clair qu'il ne pourra pas examiner chaque personne individuellement.

Cependant, il devra tout faire pour choisir des priorités et consacrer le temps nécessaire aux cas les plus graves, qu'ils soient purement médicaux ou en relation avec la torture.

Si la situation se prête à des examens individuels approfondis, ce qui est quand même le cas le plus fréquent, le médecin procède méthodiquement et avec rigueur.

L'utilisation d'un schéma corporel, pour avoir un document facilement compréhensible par d'autres lecteurs, est souhaitable. Un tel schéma ne remplace cependant jamais une description des lésions avec

utilisation d'un vocabulaire précis. Le diagramme sert surtout à noter et situer les lésions qui sont ensuite faciles à retrouver. Peu importe la façon dont les constatations du médecin sont relevées pourvu qu'elle suive une logique compréhensible. Le schéma suivant est donné à titre d'exemple:

- Classification des lésions par région anatomique: (par exemple, tête et cou; visage; thorax; épaules; dos (haut et bas); abdomen; jambe (droite et gauche en distinguant les trois niveaux cuisse, genou et jambe proprement dite); bras (*idem*); mains; pieds; organes sexuels.)

Sous chaque région, il faudra classer ensuite les lésions constatées selon différents facteurs:

- âge des lésions
- type de lésion (abrasion, coupure, lacération, contusion, brûlure, etc.)
- lésions annexes constatées (par exemple, atrophie, ankylose, déficit neurologique spécifique)
- lésions internes suspectées.

Finalement, le constat médical (qui n'a pas forcément la forme du document final remis aux autorités) devra se prononcer sur la compatibilité des lésions avec l'allégation du détenu.

L'examen lui-même est fait en fonction des circonstances, et chaque médecin y procède selon ses habitudes. La seule condition est de ne rien oublier, car dans la plupart des cas, il ne sera pas possible de revoir le patient avant longtemps.

Il est utile de relever quelle est la main dominante du détenu, si possible à son insu. Ceci peut être utile dans des cas de suspicion de lésions que le détenu aurait pu s'infliger lui-même.

Dans un cas où le médecin du CICR expertise des lésions dues à la torture, il ne doit pas manquer d'y inclure toutes les cicatrices présentes que le patient lui-même déclare ne pas être dues à la torture. Cette inclusion rehausse l'authenticité du rapport final.

L'expérience montre qu'il est utile de faire un bref examen des facultés mentales dans tous les cas où l'on fait un examen individuel. Cet examen comprend au moins les points suivants:

- orientation temporelle (date?, jour?, année?)
- orientation spatiale (nom de la prison?, étage?)

- conscience des événements à l'extérieur (nouvelles nationales?, familiales?)
- calculs mathématiques simples
- raisonnements abstraits.

Ce statut mental très sommaire permettra au médecin du CICR de se rendre compte de l'état de son patient, et permettra le cas échéant de suivre son évolution lors de la visite suivante.

4. Conclusion

En résumé, dans le domaine médical, comme dans les autres domaines, le CICR essaie de ne pas se substituer à l'autorité détenitrice.

Pour ce qui est des soins médicaux, le médecin du CICR ne soigne pas lui-même, et il ne peut pas remplacer le médecin du lieu de détention. Son travail consiste à effectuer une évaluation globale de la situation, notamment en ce qui concerne les conditions nutritionnelles et sanitaires. Il doit faire une analyse cherchant à identifier les causes des éventuelles insuffisances. Son but est de trouver avec les autorités locales des solutions concrètes et réalisables aux problèmes.

En ce qui concerne les mauvais traitements, il doit non seulement procéder à une évaluation globale du phénomène, mais apporter ce qu'il peut de soulagement aux victimes rencontrées. Ceci s'opère par le contact personnel, même bref, instant privilégié pendant lequel le médecin peut renseigner, conseiller et souvent rassurer la victime.

**Dr. Hernan Reyes
et Dr. Rémi Russbach**

Le docteur **Hernan Reyes** est médecin coordonnateur des activités de détention à la Division médicale du CICR depuis 1984. Gynécologue-obstétricien FMH de formation, il s'est spécialisé dans les aspects médicaux de la détention et a participé, entre autres, à l'élaboration de la doctrine interne du CICR en matière des grèves de la faim.