

# TORTURE ET MÉDECINE

**Père Vladimir Gaudrat**, abbé de l'abbaye Notre-Dame de Lérins, médecin, membre de la commission torture de l'ACAT-France.

C'est lors des procès internationaux de Nuremberg de 1946 pour crimes de guerre qu'il a été fait mention, pour la première fois publiquement, de médecins et auxiliaires médicaux auteurs de crimes de guerre et d'actes de torture<sup>1</sup>. Pourtant, dès le début des années trente, des médecins japonais s'étaient déjà rendus coupables d'atrocités comparables dans le cadre « d'expérimentations biomédicales » au sein de plusieurs unités spécialisées dans les pays occupés par le Japon, en particulier l'unité 731 située en Mandchourie. Ce fait demeura relativement peu connu jusque dans les années quatre-vingt, notamment en raison du secret maintenu par le gouvernement américain sur ces recherches qui pouvaient se révéler utiles dans le cadre de la guerre froide<sup>2</sup>. Dans l'Union Soviétique des grands procès staliniens de 1937, des médecins<sup>3</sup> jouèrent également le rôle d'auxiliaires d'actes de torture visant à obtenir des aveux. Il était cependant impossible d'aborder ce sujet au lendemain de la guerre contre le nazisme dont l'Union soviétique était l'un des grands vainqueurs.

Encore aujourd'hui, la plupart des documents existant sur le sujet ne sont pas accessibles. La révélation de la collusion entre médecine et régime nazi

<sup>1</sup> Pour une présentation de cette question en lien avec la problématique actuelle, spécialement aux États-Unis, voir M. Grodin and G. Annas, « Physicians and torture : Lessons from the Nazi doctors », *International review of the red Cross*, Vol 89, Number 867, september 2007, 635 - 654.

<sup>2</sup> Pour une étude détaillée de cette question, voir SH Harris, « Japanese biomedical experimentation during the World-War-II Era », *Military medical ethics*, Vol II, Borden Institute 2003, 463 - 506.

<sup>3</sup> Nous utiliserons les termes « médecins » et « médecine » pour désigner les médecins, auxiliaires médicaux de tous niveaux et psychologues impliqués au titre de la même « science » dans des pratiques de torture.

apparu comme l'émergence de l'impensable pour une profession que tout semble destiner à une attitude inverse<sup>4</sup>, et les procès de Nuremberg comme un moyen de mettre un terme à cet impensable. Pourtant, cet impensable va se répéter pendant toute la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle : durant la guerre d'Algérie pour la France, dans tous les régimes dictatoriaux d'Amérique du Sud et centrale en lutte contre la « subversion », en Union soviétique avec l'utilisation massive de ce que l'on n'ose plus appeler « psychiatrie » contre les dissidents dans les années 1970–1980, sous la conduite du fameux « institut Serbski »<sup>5,6</sup>.

Au XXI<sup>e</sup> siècle, la question du rôle des médecins dans la torture demeure brûlante et controversée. En témoigne le débat autour du rôle joué par des médecins dans les techniques d'interrogatoire en Irak, en Afghanistan et à Guantanamo, même si la question du rapport entre médecine et torture en 2010 ne saurait se réduire à la situation américaine<sup>7</sup>. Les corps médical et social ont-ils pris conscience que le phénomène de la collaboration entre médecins et tortionnaires était moins rare que ce que l'on pensait auparavant, en particulier dans des contextes où la torture est pratiquée sous le contrôle de l'État.

Le présent article ne prétend pas faire un bilan exhaustif de ce lien ou étudier en profondeur, sous cet angle, la pratique de la torture par les États-Unis, mais entend donner quelques pistes générales de réflexion<sup>8</sup>.

Le rapport entre médecine et torture sera ici appréhendé sous trois aspects : du côté des tortionnaires d'abord, pour comprendre l'intérêt que ceux-ci peuvent avoir à recourir à des médecins ; du côté des médecins pour envisager ce qui, dans la médecine contemporaine, peut faciliter la collaboration de certains médecins avec des tortionnaires ; du côté de la

<sup>4</sup> Les deux livres du journaliste Christian Bernardac, pourtant très postérieurs mais reposant sur un recueil de témoignages, participent de cette approche que l'on peut qualifier de « naïve » et que l'on retrouve jusqu'à la fin des années quatre-vingt : Christian Bernardac, *Les médecins maudits*, Paris 1967 et Christian Bernardac, *Les médecins de l'impossible*, Paris 1968.

<sup>5</sup> Son nom exact est : Institut de recherche publique de psychiatrie sociale et légale.

<sup>6</sup> Pour un bilan de ce phénomène au cours du XX<sup>e</sup> siècle, voir « The ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to the torture and the implications of any form of doctors involvement in torture », *Journal of Medical Ethics*, XVII (Tromsø, 1991).

<sup>7</sup> Une littérature abondante est consacrée au rôle joué par les médecins américains dans les techniques d'interrogatoires et de tortures, dont la présence a été obligatoirement requise par des procédures très précises. Voir, par exemple : Steven H. Miles, « Abu Ghraib : its legacy for military medicine », *Lancet* 2004, 364, 725 - 729 ; Robert J. Lifton, « Doctors and torture », *New England journal of medicine* 2004, 351, 415 - 416 ; Gregg Bloche and Jonathan H. Marks, « Doctors and interrogators at Guantanamo Bay », *New England journal of medicine* 2005, 353, 6 - 8.

<sup>8</sup> En France, cette réflexion a été entamée par la Commission médicale de la section française d'Amnesty international, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Paris 1990.

société civile internationale enfin, pour voir ce que ce lien révèle du monde dans lequel nous vivons et quelles peuvent être les initiatives contre la torture dans la situation actuelle.

### *Une rationalisation de la torture*

La médecine est, pour le tortionnaire, une garantie scientifique, rationnelle et une aide permettant, selon le cas, de tenter de justifier l'utilisation de la torture, d'améliorer son efficacité ou de la dissimuler. Elle favorise le passage à l'acte pour ces trois raisons.

La médecine peut être invoquée de diverses manières pour tenter de justifier la torture. La plus ancienne est l'utilisation de prisonniers comme « matériel de recherche » pour faire avancer la science biomédicale, comme c'est le cas des traitements des infections ou des blessures de guerre par inoculation forcée de germes, des mutilations volontaires ou de la vivisection. Ces faits, mentionnés lors des procès de Nuremberg, sont à l'origine, en partie, de la réflexion de la communauté médicale sur les droits des patients dans le cadre d'expérimentations médicales. Le premier texte promulgué après la Seconde Guerre mondiale en la matière est le Code de Nuremberg<sup>9</sup>, rédigé en réaction à ces pratiques.

Une autre tentative de justification de la torture par la médecine est l'amélioration de la « science de la guerre ». C'est ainsi que les armées japonaises ont testé, sur des personnes vivantes, de multiples poisons et réalisé en Chine, sur des villages entiers, les premières expérimentations d'armes biologiques<sup>10</sup>. Plus récemment, les connaissances acquises lors de séances de torture grâce à l'évaluation des réactions humaines à la privation de sommeil, à certaines techniques d'interrogatoires, à l'utilisation de substances psychotropes, ont servi à améliorer la préparation des combattants risquant d'être soumis aux mêmes traitements par l'ennemi. Pendant la guerre froide, en particulier au cours de la guerre du Vietnam, l'entraînement des soldats américains à résister à la torture fut, dans certains cas, lié au développement ou au perfectionnement de nouvelles méthodes de torture. Les documents rendus publics par l'administration Obama, le 16 avril 2009, révèlent comment l'administration

<sup>9</sup> G. Annas and M. Grodin (Eds), *The Nazi doctors and the Nuremberg code : Human rights in human experimentation*, New York 1992.

<sup>10</sup> S. H. Harris, « Japanese biomedical experimentation during the World-War-II Era », *Military medical ethics*, Vol II, Borden Institute 2003, 482 - 487.

Bush a systématisé l'accompagnement de la torture par la médecine<sup>11</sup>. L'ONG américaine « Physicians for human rights » a démontré, dans une publication récente<sup>12</sup>, la relation entre l'encadrement médical de ce que l'on n'appelle plus torture, mais « technique d'interrogatoire poussé »<sup>13</sup>, et le programme d'entraînement de soldats américains volontaires à la résistance à la torture (« SERE program »).

L'exemple de la technique de torture dite de *waterboarding*<sup>\*</sup>, notamment utilisée par les États-Unis et souvent désignée par le terme « simulation de noyade », est à cet égard très éclairant. Cette torture extrêmement ancienne, déjà pratiquée et enseignée par l'armée française pendant la guerre d'Algérie<sup>14</sup>, a été appliquée avec un protocole très précis dans le cadre de l'entraînement de soldats américains volontaires. Ce protocole comprenait l'indication de la quantité d'eau utilisée (environ six litres d'eau à verser sur le visage recouvert d'un tissu d'un sujet ligoté en position inclinée sur une planche), l'interdiction absolue de réitérer cette manœuvre, et l'encadrement médical nécessaire<sup>15</sup>. Ce protocole a permis le « perfectionnement » de cette torture en augmentant la souffrance provoquée tout en diminuant les risques : utilisation d'une solution salée au lieu d'eau pure, mesure de la quantité d'oxygène dans le sang en continu pour éviter tout accident mortel, répétitions multiples de la manœuvre, ce que le protocole du SERE interdisait précisément<sup>16</sup>.

L'avantage que procure la médecine aux tortionnaires est donc multiple : aide à la préparation des combattants, amélioration de l'efficacité des méthodes et dissimulation des pratiques. Ces programmes ont été utilisés pour défendre l'argument selon lequel ces techniques d'interrogatoire, médicalisées, utilisées dans le cadre de la préparation de soldats volontaires, ne pouvaient s'apparenter à des méthodes de torture (en omettant toutefois bien de préciser que le protocole appliqué aux victimes n'était pas identique au protocole testé sur les volontaires).

Nous avons vu, dans le cas de la simulation de noyade, comment la médecine permet ou semble permettre une plus grande « efficacité » de la torture.

<sup>11</sup> Sur ce point, voir l'article de T. Todorov, « De braves américains devenus tortionnaires », *Libération* 2009 - 5 - 5.

<sup>12</sup> Physicians for human rights (a White paper by), *Experiments in torture, evidence of human subject research and experimentation in the « Enhanced » interrogation program*, June 2010.

<sup>13</sup> « Enhanced interrogation program ».

<sup>14</sup> M. M. Robin, *Escadrons de la mort, l'école française*, Paris 2008, 133-134.

<sup>15</sup> Physicians for human rights (a White paper by), *Experiments in torture, evidence of human subject research and experimentation in the « Enhanced » interrogation program*, June 2010, 8.

<sup>16</sup> Physicians for human rights (a White paper by), *Experiments in torture, evidence of human subject research and experimentation in the « Enhanced » interrogation program*, June 2010, 7 - 9.

Cela ne fait guère de doute s'agissant de l'augmentation des souffrances endurées par les victimes et, dès lors, de la peur dans laquelle on cherche à plonger des personnes ou des groupes sociaux. Si la formation médicale vise à conférer aux médecins l'expertise adéquate à l'administration de soins, ces mêmes connaissances, détournées de leur vocation initiale, permettent également d'infliger de grandes souffrances, tout en laissant un minimum de traces physiques. L'encadrement médical de la torture permet ainsi de limiter les séquelles visibles et d'accélérer la récupération des victimes.

Le problème se pose différemment s'agissant de l'obtention de renseignements, objectif fréquemment invoqué par les tortionnaires. G. Bloche et J. H. Marks<sup>17</sup> décrivent la participation de psychiatres et de psychologues, spécialistes en psychologie comportementale, dans la préparation et le déroulement des interrogatoires à Guantanamo. Pour garantir une meilleure efficacité aux interrogatoires, ces derniers établissaient des profils de faiblesses psychologiques et culturelles à partir d'observations faites derrière des miroirs sans tain et les dossiers médicaux des détenus. Ils affirment également<sup>18</sup> que des méthodes permettant d'atteindre un état de « résignation acquise »<sup>19</sup> ont été expérimentées dans le processus d'interrogatoire des détenus. Ce terme est tiré des travaux du psychologue Martin Seligman<sup>20</sup>, consistant à envoyer à des chiens de multiples petits chocs électriques pour induire un comportement passif et détruire chez eux toute envie de fuite. Leur extrapolation chez l'homme permet de comprendre certains phénomènes de sidération psychologique et de dépression face à une succession de situations de stress. D'après ces auteurs, Seligman lui-même aurait collaboré à un programme de préparation de soldats volontaires à la torture psychologique\*. Ces méthodes, si elles infligent des souffrances terribles et entraînent de graves séquelles, n'ont nullement démontré leur efficacité dans l'obtention de renseignements. Et pourtant, la torture psychologique se nourrit de l'illusion « scientifique » de cette efficacité. Or aucune expérimentation scientifique n'est possible dans un tel cadre, le défaut de consentement faisant obstacle à la rédaction d'un protocole acceptable par la communauté scientifique. La torture se dissimule alors sous le masque d'expérimentations pseudo-scientifiques.

17 Gregg Bloche and Jonathan H. Marks, « Doctors and interrogators at Guantanamo Bay », *New England journal of medicine* 2005, 353, 6 - 8.

18 Gregg Bloche and Jonathan H. Marks, « The ethics of interrogation, The U.S. military's ongoing use of psychiatrists », *New England journal of medicine* 2008, 359, 1090 - 1092.

19 Traduction couramment admise des mots « Learned helplessness ».

20 Martin E.P Seligman, *Helplessness : On depression, development, and death*, San Francisco, 1975.

La science médicale permet enfin de dissimuler la torture par d'astucieux glissements sémantiques permettant au tortionnaire d'être convaincu de son immunité. Dans les cas que nous venons de voir, l'administration américaine niait l'existence de la torture en prétendant qu'il s'agissait uniquement de techniques poussées d'interrogatoire expérimentées au préalable sur des volontaires et scientifiquement contrôlées.

La torture est également parfois qualifiée de « thérapie ». Une fois que des spécialistes ont décidé, comme en Union soviétique, que la dissidence était une forme de schizophrénie, l'utilisation abusive de neuroleptiques n'est plus considérée comme une forme de torture, mais comme une thérapeutique<sup>21</sup>. Cette normalisation des dissidents par des thérapeutiques psychiatriques abusives, assimilables à la torture, n'a pas disparu avec l'Union soviétique : elle demeure très présente en Chine, notamment à l'encontre des membres du Falun Gong<sup>22</sup>, mais également à Cuba et dans la Russie actuelle<sup>23</sup>.

La dissimulation de la torture peut également consister à rendre les séquelles moins visibles. Les médecins peuvent être de précieux auxiliaires dans ce domaine, soit en prévenant l'apparition de séquelles trop ostensibles, soit en utilisant des traitements pour les faire disparaître. Le développement de la torture psychologique, dans lequel la médecine joue un rôle non négligeable, répond en partie à cette nécessité.

Lorsque la victime décède des suites de la torture, des médecins peuvent supprimer les preuves en falsifiant les certificats de décès. C'est un phénomène fréquent dont S. Miles donne de nombreux exemples dans le cas de la prison d'Abou Ghraïb en Irak<sup>24</sup>. Cette falsification peut aller de la simple certification de la cause naturelle du décès d'une personne morte étouffée dans un sac plastique jusqu'au transfert à l'hôpital d'une personne décédée au cours d'un interrogatoire, avec la pause d'une pseudo-perfusion. La victime est alors déclarée décédée du fait de l'accident cardiaque ayant conduit à son hospitalisation. La somme des complicités nécessaires à un tel mensonge démontre bien l'ampleur du phénomène.

<sup>21</sup> S. F. Gluzman, « Torture and psychiatry : analysis of the guilt of the medical personnel », dans « The ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to the torture and the implications of any form of doctors involvement in torture », *Journal of medical ethics*, XVII (Tromsø 1991), 19 - 20.

<sup>22</sup> Manfred Nowak, *Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, "mission to China"*, united Nations, Economic and social council, commission on human rights, sixty-second session, 10 mars 2006.

<sup>23</sup> Le 23 mars 2010, Amnesty international a lancé un « appel urgent » en faveur de Youlia Privdennaïa qui venait de sortir d'un internement considéré comme abusif à l'Institut Serbski.

<sup>24</sup> Steven H. Miles, « Abu Ghraib : its legacy for military medicine », *Lancet* 2004, 364, 725 - 729.

### *La médecine : profession à risque pour la torture ?*

Depuis les expériences de Stanley Milgram<sup>25</sup>, on connaît la place que tient l'obéissance dans l'enchaînement des faits qui transforme un homme en tortionnaire. C'est d'ailleurs cette ligne de défense qu'ont tenu les médecins nazis lorsqu'ils ont affirmé qu'ils n'avaient fait qu'obéir aux ordres et mener les recherches médicales nécessaires. Les régimes qui pratiquent la torture savent utiliser tous les ressorts psychologiques, de la soumission à l'autorité, pour amener un homme à accomplir l'impensable sans qu'il pense engager sa responsabilité. Ils ont également tout intérêt à recruter des médecins qui, de par leur expertise, peuvent les aider à rationaliser la torture au sens où nous l'avons indiqué.

La formation médicale, dont la quasi-totalité a lieu en milieu hospitalier, se déroule dans un contexte où la notion d'obéissance tient une place non négligeable. Dans un univers fortement hiérarchique, le futur médecin doit faire siens un certain nombre d'actes, de réflexes pratiques et d'attitudes qui lui permettront ensuite d'être efficace. Il apprend à se soucier de l'observance du traitement par son patient, c'est-à-dire de l'obéissance à ses prescriptions. Cette place de l'obéissance n'est pas en soit un problème, mais elle peut faciliter, du moins pour certains profils psychologiques, ce type de soumission. Les colloques internationaux de la fin des années quatre-vingt envisageaient encore les cas de collaboration entre médecins et tortionnaires comme exceptionnels<sup>26</sup>, mais la réflexion a depuis évolué. La persistance de situations dans lesquelles des médecins sont amenés à collaborer avec des tortionnaires conduit à s'interroger sur l'existence, dans la pratique de la médecine, de facteurs pouvant créer un terrain propice à la torture. Trois de ces facteurs peuvent être identifiés : une certaine accoutumance à la souffrance d'autrui, l'objectivation du corps humain et l'illusion de la toute puissance.

L'apprentissage de la médecine passe par une certaine distanciation à l'égard du corps et de la souffrance du patient, nécessaire tant à la prise de décisions qu'à la pratique de certains soins potentiellement douloureux. Cette

<sup>25</sup> Stanley Milgram a mené, dans les années cinquante et soixante, des expériences visant à déterminer où finit la soumission à l'autorité et où commence la responsabilité de l'individu, et comment concilier les impératifs de l'autorité avec la voix de la conscience. Il existe en effet chez l'homme une propension naturelle à se soumettre à l'autorité et à se décharger sur elle de sa propre responsabilité. S. Milgram souhaitait amener à une compréhension profonde de l'importance de l'autorité dans notre vie pour abolir la notion de l'obéissance aveugle. Voir son principal ouvrage : *Soumission à l'autorité*, Paris 1974.

<sup>26</sup> L. Eitinger, «Torture, a perspective on the past. The ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to the torture and the implications of any form of doctors involvement in torture », *Journal of Medical Ethics*, XVII (Tromsø 1991), 9 - 10.

adaptation est beaucoup plus rapide que ce qu'un non-médecin peut imaginer. Nous voudrions, pour le montrer, citer les propos de Daniel Wasserman, médecin engagé pendant plus de trente-cinq ans dans le soin des grands brûlés<sup>27</sup> : « Après quelques années vouées à la recherche, les hasards de la vie m'amenèrent à intégrer le centre des brûlés de l'hôpital Cochin. J'ai ainsi été confronté, pendant plus de trente-cinq ans, au pire de ce que l'on peut imaginer comme détresse humaine, aussi bien sur le plan physique que psychique. Après quelques difficiles semaines d'adaptation, mon intolérance à la vue du sang et de la souffrance s'estompa progressivement, me permettant d'exercer au quotidien les soins nécessaires pour les grands brûlés qui sont parmi les plus traumatisants de toute la chirurgie. Le traitement de ces patients nécessite en effet, entre autres, l'ablation des tissus nécrosés, geste particulièrement sanglant et délabrant. »

« Mon exemple personnel n'est pas isolé. Durant toute ma carrière, j'ai eu maintes fois l'occasion d'accueillir, dans ce service, des jeunes étudiants ne supportant initialement pas la vision des soins pratiqués. Dans la totalité des cas, l'adaptation a été suffisamment efficace pour permettre, après quelques jours, voire semaines, une participation active de ces étudiants "sensibles" aux séances de soins les plus pénibles. »

Mais l'objectivation du corps humain, inhérente à la pratique médicale moderne, va au-delà de la simple accoutumance à la souffrance. Dans sa préface au volume de la commission médicale d'Amnesty international de 1990, Paul Ricoeur décrivait déjà comment la médecine moderne, en passant par des techniques objectivantes, confère aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui, avec tous les risques de dérapage que cela comporte vers des pratiques ne respectant pas la dignité de l'être humain.

Même si la pratique de la médecine ne se réduit pas à cela, la médecine moderne, en tant qu'elle est une science, envisage d'abord l'homme comme un objet ou une multitude d'objets reliés les uns aux autres. L'homme est d'abord l'objet d'examens, pour évaluer ce qui, en lui, s'écarte d'une norme déterminée le plus souvent statistiquement. On peut alors poser un diagnostic à partir d'un certain nombre de critères. Il est ensuite l'objet d'une thérapie, de plus en plus souvent fixée par un protocole reposant sur la statistique, permettant d'aboutir à une guérison définie, ou du moins détectable, par un retour aux normes. Ce modèle est, avant tout, celui de la médecine hospitalière,

<sup>27</sup> Témoignage du Pr Daniel Wassermann, ancien chef du service des grands brûlés à l'hôpital Cochin à Paris, recueilli en juin 2009.



mais il est aussi celui de la formation des médecins. S'il n'est aucunement à rejeter et a fait preuve de son efficacité, un tel modèle dissocié d'une éthique de la sollicitude attentive à la souffrance et respectueuse du droit à la vie de chacun, peut favoriser un non-respect de la personne humaine dans sa totalité ou sa différence.

Ce même modèle se retrouve en psychiatrie, en particulier dans la psychothérapie cognitivo-comportementale, où le retour à une norme tient une place fondamentale comme objectif de traitement. Le DSM IV, c'est-à-dire le quatrième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux<sup>28</sup>, est un bon exemple de ce processus d'objectivation en psychiatrie. Cet ouvrage, référence mondiale en la matière, est un outil de classification des troubles mentaux, établi sans aucune référence à une théorie explicative, mais uniquement à partir de symptômes. Il établit le nombre minimum de symptômes nécessaire pour poser un diagnostic et intègre dans celui-ci la notion de déviation par rapport à une norme. Ces critères de diagnostic sont adoptés par vote par l'Association américaine de psychiatrie. Si cet outil demeure critiqué, notamment en France, il permet de fixer un cadre objectivant et normatif pour la psychiatrie moderne et est très utilisé. Il peut être tentant, en suivant ce cadre, d'appréhender tout traitement comme un retour à une norme, particulièrement lorsque la pression sociale est forte.

La combinaison de l'efficacité de la médecine moderne, du pouvoir qu'elle confère au médecin sur le patient, et de la tentation de considérer ce dernier non pas comme sujet, mais comme objet, génère le risque de faire basculer certains médecins dans le fantasme de toute puissance et le désir incontrôlé de normalisation. Ce sentiment de toute puissance, lié à une trop grande confiance dans leurs capacités professionnelles et dans leurs connaissances, excluant les implications morales qui en découlent, peut conduire certains médecins, dans des circonstances extrêmes, à ne pas respecter pleinement la dignité humaine.

On comprend ainsi mieux comment les médecins sont loin d'être immunisés contre le risque de devenir des auxiliaires de torture, ou du moins de développer une certaine tolérance par rapport à celle-ci, en particulier dans une situation de crise ou sous la pression autoritaire d'un groupe. Au contraire, l'exercice même de la médecine peut parfois être un facteur favorisant pour certains d'entre eux ayant un désir excessif de normalisation et un fantasme de toute puissance en commun avec les tortionnaires.

<sup>28</sup> DSM IV – TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé, Paris 2003.

Les situations de dérapages naissent de manière progressive. C'est pourquoi il est intéressant de mentionner deux situations à risque en matière de mauvais traitements et de tortures :

- la première est celle de l'internement en hôpital psychiatrique, lorsque la privation de liberté (par hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation d'office)<sup>29</sup>, fait partie des conditions de traitement des patients. L'exemple de l'Union soviétique démontre les risques réels que comporte cette situation ;
- la médecine carcérale est une deuxième situation à risque car elle peut conduire à tolérer des situations de maltraitance ou d'hébergements indignes, comme c'est notamment le cas de certaines prisons françaises.

La question de l'alimentation forcée des grévistes de la faim est certainement la plus problématique. Elle est assimilée à la torture par le Conseil de l'Europe et la Déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale de 1975<sup>30</sup>. De nombreuses preuves indiquent que cette alimentation forcée était systématique à Guantanamo et pratiquée de manière douloureuse.

### *Une question anthropologique*

Étudier le phénomène tortionnaire conduit inévitablement à se poser la question de la gestion par le corps social de la violence et de la peur de la différence qui est en chaque homme.

Plus particulièrement, le fait que la torture puisse être médicalisée pose la question de la formation des professionnels de santé sur ces questions, notamment au sein des armées et des lieux de détention. Mais avant d'évoquer des pistes d'action possibles contre la possible association entre médecine et torture, nous souhaitons revenir sur la question anthropologique de l'objectivation de l'homme, née avec le développement des sciences modernes.

Ce phénomène d'objectivation du corps humain n'est, certes, responsable ni de la torture ni de la médicalisation de celle-ci, mais la propension à réduire l'être humain à la qualité de simple objet des sciences et des techniques qui en découlent et ce,

<sup>29</sup> La loi 90 - 527 du 27 juin 1990 fixe en France les cas dans lesquels un patient présentant des troubles psychiatriques dangereux peut être hospitalisé sans son consentement, soit sur demande d'un tiers (la famille par exemple), soit à la demande des autorités responsables de l'ordre public.

<sup>30</sup> Déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale. Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement, paragraphe 6.

sans réflexion éthique, philosophique, voire théologique suffisante, ne risque-t-elle pas de conduire certains praticiens à une tolérance à l'égard de pratiques déshumanisantes ? Cette question mériterait d'être développée de manière systématique dans le cadre d'une réflexion plus ample. Un exemple cependant : l'utilisation non consentie des organes de personnes décédées. Cette pratique témoigne d'une conception de l'homme négatrice de la dignité humaine, une conception susceptible de favoriser le dérapage vers la torture.

Cette question n'est pas récente car depuis le mythe d'Antigone, la réflexion éthique, notamment occidentale, a souligné l'importance du traitement apporté au corps d'une personne décédée eu égard au respect de la dignité humaine<sup>31</sup>. L'utilisation d'organes de condamnés à mort a été officiellement reconnue par la Chine<sup>32</sup>. De même, des médecins israéliens ont révélé que des organes, en l'occurrence des cornées, avaient été prélevés sur des personnes mortes au combat<sup>33</sup>. Deux exemples révélateurs d'une pratique, reposant sur un certain utilitarisme économique ou social, qui nie le respect dû à la dignité de la personne et à son corps, même après la mort.

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, nous n'en sommes bien évidemment pas là. Néanmoins, peut-être conviendrait-il de nous interroger davantage sur la question du recueil des consentements ? Que doit-on penser du fait qu'en l'absence de refus explicitement formulé par le défunt de son vivant ou recueilli auprès de sa famille, le défunt est présumé avoir consenti au prélèvement de ses organes et que même si, en pratique, ce n'est pas le cas, sa famille ne semble pouvoir légalement s'y opposer<sup>34</sup> ? Soyons

31 Voir, pour la France, l'article 2 du code de déontologie médicale et son commentaire par le Conseil de l'ordre des médecins consultable sur [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr). Il cite un arrêt du Conseil d'État du 2 juillet 1993 : « Les principes déontologiques fondamentaux relatifs au respect de la personne humaine, qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec son patient, ne cessent pas de s'appliquer avec la mort de celui-ci. »

32 Les autorités chinoises ont révélé que 65 % des greffons destinés à des transplantations d'organes étaient prélevés sur des condamnés à mort exécutés. Shan Juan, « Public call for organ donations », 26/08/2009, China Daily [http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-08/26/content\\_8616938.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-08/26/content_8616938.htm) (date de dernière consultation : 08/09/2010).

33 L'ancien chef du principal institut médico-légal israélien a reconnu que des organes avaient été prélevés sur des corps, notamment de Palestiniens, au cours des années quatre-vingt-dix, sans l'autorisation des familles des défunts. Le docteur Jehuda Hiss a fait ces déclarations dans le cadre d'un entretien accordé en 2000 à une universitaire américaine. Des extraits de l'entretien ont été diffusés en décembre 2009 sur la deuxième chaîne de télévision israélienne. Le docteur Jehuda Hiss précise que des cornées ont été prélevées sur des cadavres « de manière extrêmement informelle ». « Aucune autorisation n'était demandée à la famille », affirme-t-il. En réponse à ce reportage, l'armée israélienne a reconnu, dans un communiqué, l'existence de ces faits. « Ces activités ont cessé il y a dix ans, et cela n'arrive plus », selon Tsahal.

34 Le Code de la santé publique prévoit qu'en dehors des cas où la personne décédée est un mineur ou un majeur sous tutelle (exigence d'un consentement explicite), le principe est celui de la présomption simple de consentement : le défunt est présumé avoir consenti au prélèvement s'il n'a pas exprimé son refus par écrit de son vivant ou en s'inscrivant au registre national automatisé. La loi prévoit qu'à défaut, le médecin doit seulement « s'efforcer » de recueillir auprès de la famille l'opposition éventuellement exprimée par le défunt de son vivant. Mais elle n'interdit pas le prélèvement si cette opposition ne peut être recueillie.

attentifs à ce que le don d'organes reste une démarche libre, gratuite et la moins soumise possible à toute forme d'obligation sociale ou légale<sup>35</sup>.

Le travail pédagogique nécessaire à la lutte contre la torture nous rappelle à quelles extrémités peut conduire le fait de ne voir en l'homme et en son corps que de simples objets.

### *Agir de l'extérieur*

Après la Seconde Guerre mondiale, la nécessité de créer une législation internationale prohibant la torture s'est peu à peu imposée (procès de Nuremberg, Déclaration universelle des droits de l'homme, Convention internationale contre la torture). Les associations<sup>36</sup> et les ordres nationaux de médecins, lorsqu'ils existent, ont interdit toute forme de collaboration à la torture. On ne peut pourtant qu'être frappé par la relative incapacité des associations médicales à lutter contre la torture dans leur propre pays, même si elles l'ont combattue dans d'autres<sup>37</sup>. Il faut, bien sûr, nuancer cette affirmation en mentionnant, par exemple, les associations médicales chiliennes qui ont fait preuve d'une assez grande efficacité durant la dictature pour empêcher la participation de leurs membres à la pratique de la torture. Plus récemment, on peut noter que l'Association américaine de psychiatrie (APA), en mai 2006, et l'Association médicale américaine (AMA), en juin 2006, ont interdit la « participation directe » de leurs membres à l'interrogatoire de toute personne placée en détention civile et militaire. Cette mesure ne semble pourtant pas avoir eu beaucoup d'efficacité<sup>38</sup>.

C'est donc d'abord de l'extérieur qu'il faut lutter contre la collaboration entre les médecins et les tortionnaires. D'où l'importance de l'action des ONG et des institutions internationales. Les moyens de lutter, à la fois contre la pratique de la torture et contre la collaboration des médecins, ont été assez bien

<sup>35</sup> Sans forcément partager toute sa réflexion, on peut lire avec profit l'article de Jean Yves Nau, « Votre dépouille nous appartient », in <http://www.slate.fr/story/15181/organe-dons-depouille-corps-mort-greffes-appartient> (date de dernière consultation : 09/09/2010), écrit à l'occasion d'un projet de loi finlandais autorisant le prélèvement d'organes sur toutes les personnes décédées qui ne s'y étaient pas préalablement expressément opposé.

<sup>36</sup> On peut citer la déclaration de l'Association médicale mondiale de Tokyo en 1975 interdisant à tout médecin d'assister, de participer ou d'admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants, quels que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou les motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.

<sup>37</sup> Les associations médicales américaines ont été très actives dans l'étude et la dénonciation de la torture médicalisée dans les années quatre-vingt (Cf. E. Stover and E. Nightingale Ed, *The Breaking of bodies and minds, torture, psychiatric abuse and the health professions*, New York 1985, 61 - 66) sans parvenir à la même efficacité dans leur propre pays.

<sup>38</sup> J. H. Marks and M. G. Bloche, « The Ethics of interrogation — The U.S. military's ongoing use of psychiatrists », *New England Journal of medicine* 359 (11), Septembre 2008, 1090 – 1092.

étudiés lors de différentes réunions consacrées à ce thème<sup>39</sup>. Cette lutte passe par une dénonciation la plus large et la plus forte possible des actes et des auteurs de torture pour combattre l'impunité, l'un des premiers facteurs de reproduction de la torture.

Comme il existe une collaboration internationale entre tortionnaires, en vue de la transmission des techniques de torture, il existe une généalogie de médecins tortionnaires. L'enseignement de la torture, y compris médicalisée, par la France des guerres coloniales aux États-Unis et aux dictatures de l'Amérique centrale et du Sud, illustre cette tendance<sup>40</sup>. Cette question resterait à étudier, mais les documents concernant l'Union soviétique et les pays du bloc communiste, y compris la Chine, faisant état d'un recours abusif à la psychiatrie font défaut.

Le congrès de Tromsø, déjà cité, propose de publier des listes de médecins tortionnaires pour les empêcher de continuer à exercer aussi bien la torture que la médecine<sup>41</sup>. Si une telle mesure peut sembler extrême, il est certain que la collaboration à des actes de torture fausse la relation aux autres et, en particulier, aux patients au point de rendre inapte à exercer la médecine. Il est alors urgent d'empêcher ces médecins d'exercer et de transmettre une pratique viciée. Le cas du docteur Tamara Petchernikova peut servir d'exemple. Cette psychiatre de l'institut Serbski a posé le diagnostic de schizophrénie aux quelques dissidents ayant manifesté contre l'invasion de la Tchécoslovaquie en août 1968. Plus de trente ans plus tard, elle continue à travailler pour le même institut comme directeur du service d'expertise, et à rendre des expertises faussées dédouanant de toute responsabilité des militaires coupables de meurtres et de tortures en Tchéchénie à cause de troubles psychiatriques passagers<sup>42</sup>. Cette impunité, combinée au refus de faire la lumière sur le passé, y compris sur les diagnostics établis à l'époque<sup>43</sup>, a pour conséquence qu'il existe toujours en Russie des risques d'être hospitalisé abusivement en psychiatrie (voir le cas de Youlia Privdennaïa, cité en note 23). On pourrait dénoncer des faits semblables dans bien d'autres pays. Ce

<sup>39</sup> Voir, par exemple, I. K. Genefke, « Perspective on the present and the future », in « The ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to the torture and the implications of any form of doctors involvement in torture », *Journal of medical ethics*, XVII (Tromsø 1991), 11 - 12.

<sup>40</sup> Voir sur ce point, qui dépasse largement le lien entre médecine et torture, M. M. Robin, *Escadrons de la mort, l'école française*, Paris 2008, en particulier les pages 121 et suivantes en ce qui concerne la médecine.

<sup>41</sup> P. Vesti and N. J. Lavik, « Torture and the medical profession : a review », in « The ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to the torture and the implications of any form of doctors involvement in torture », *Journal of medical ethics*, XVII (Tromsø 1991), 7.

<sup>42</sup> A. Politkovskaïa, *La Russie selon Poutine*, Paris 2005, 96 - 119.

<sup>43</sup> Marc Epstein, Alla Chevelkina, « Ces dissidents qu'on dit encore fous », in <http://www.grands-reporters.com/Russie-ces-dissidents-qu-on-dit.html>

travail doit d'abord se faire de l'extérieur car ceux qui tentent de le faire sur place, comme Anna Politkovskaïa, risquent souvent leur vie.

Lutter contre la médicalisation de la torture, c'est aussi soutenir les professionnels de santé qui résistent, parfois au péril de leur vie, à la collaboration à la torture. À l'exception de quelques déclarations, les organisations médicales françaises<sup>44</sup> sont aujourd'hui très absentes dans cette lutte, et auraient besoin d'être interpellées pour réagir sur un thème qui concerne tous les médecins.

En guise de conclusion, nous souhaitons souligner deux points.

Si l'immense majorité des médecins n'est certes pas confrontée au problème de la torture, une réflexion sur cette question devrait, selon nous, être incluse au programme de formation à l'éthique de tous les professionnels de santé comme paradigme de l'exercice dans des circonstances extrêmes.

L'objectivation par les sciences modernes du corps et de l'homme dans son intégrité devrait faire l'objet d'une réflexion non seulement politique, mais aussi économique et anthropologique, menée par tous les acteurs de la lutte contre la torture.

<sup>44</sup> Ordre des médecins et syndicats médicaux, par exemple.