TORTURE ET TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS

La torture est pratiquée dans plus de la moitié des pays du monde malgré les conventions et textes internationaux qui en interdisent et en sanctionnent l'utilisation. Elle est une méthode qui vise à briser les individus et les groupes sociaux et politiques auxquels ils appartiennent. Au-delà de leur impact immédiat – faire avouer, faire souffrir – la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants ont des conséquences physiques et le plus souvent des conséquences psychologiques, à moyen et long terme. Dans l'observation du Comede, près d'un quart des demandeurs d'asile ont subi la torture. Ils présentent un risque accru de souffrir de syndromes psycho-traumatiques et de dépression. La prise en charge de ces personnes implique la reconnaissance du droit d'asile, l'accompagnement social et juridique, l'hébergement ainsi que les soins médicaux et de santé mentale.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Un monde tortionnaire, *Rapport annuel de l'ACAT*

Dans ses rapports annuels sur l'état de la torture, l'association Action des chrétiens pour l'abolition de la torture dessine une géographie du phénomène en décrivant l'utilisation de la torture dans des États situés sur les cinq continents. À cet état des lieux s'ajoutent des analyses d'auteurs issus de champs différents (sociologie, psychologie, droits humains, anthropologie) qui éclairent les mécanismes à l'œuvre dans le recours à la torture, l'impact des tortures sur les individus et les sociétés. *Un monde tortionnaire* nous rappelle que la torture est utilisée dans plus de la moitié des pays du monde et qu'elle n'est pas l'apanage des seules dictatures, mais

existe dans des États démocratiques. Ces rapports font en outre apparaître les multiples usages politiques mais aussi économiques et policiers de la torture. Enfin, ils mettent en lumière le lien entre l'usage de la torture et l'accueil et l'examen des demandes d'asile en Europe. Malgré une législation européenne en théorie respectueuse des droits fondamentaux, sa mauvaise application et les politiques répressives à l'égard des étrangers concourent à renvoyer des demandeurs d'asile vers des pays où ils risquent d'être exposés à des tortures et des traitements inhumains et dégradants. *http://www.acatfrance.fr/*

• **Dans l'observation du Comede (rapport 2014),** 17 % des patients suivis en médecine déclaraient des antécédents de torture (21 % des demandeurs d'asile). Ce chiffre s'élève à 43 % parmi les personnes suivies en psychothérapie. Les antécédents de torture sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (20 % contre 12 %). Plus de la moitié (57 %) des personnes ayant subi des tortures accueillies au centre de santé du Comede souffrent de syndromes psychotraumatiques, 11 % d'entre elles présentant des formes particulièrement sévères (traumas complexes). Parmi les patients du Comede, la torture est le plus souvent évoquée par les Sri Lankais (34 %), les Guinéens (30 %), les Congolais R/D (26 %) et les Mauritaniens (18 %).

DÉFINITIONS INTERNATIONALES

• **L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2002 un premier rapport mondial sur la violence et la santé dans le monde.** Après le rapport *Traumatisme et violence, les faits* de 2010, la campagne mondiale pour la prévention de la violence 2012 2020 est destinée à sensibiliser le grand public au problème de la violence, en soulignant le rôle crucial que peut jouer la santé publique en la matière, s'attaquant à ses causes et conséquences, et en encourageant la prévention.

• **L'Organisation des Nations unies (ONU) et les textes juridiques internationaux interdisent la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants,** sans aucune exception. La poursuite de la guerre, la sûreté de l'État ou la lutte contre le terrorisme ne sauraient par exemple constituer des circonstances atténuantes pour les États qui la pratiquent

ou la tolèrent. Dès 1948, l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme affirmait que *« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »*. La convention des Nations unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a été adoptée en 1984. Elle définit la torture *(voir encadré),* et impute aux États signataires la responsabilité de l'interdire et l'empêcher sur leurs territoires. Elle stipule aussi dans son article 3 que *« aucun État partie n'expulsera, ne refoulera, ni n'extradera une personne vers un autre État où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture. »*

Définition de la violence (OMS, 2002)
Rapport mondial sur la violence et la santé

« Le terme "violence" désigne l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence ».

Définition de la torture (ONU, 1984)
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

« Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. »

Définition des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants

Si elle en condamne la pratique, l'ONU ne propose pas de définition des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants. Selon le rapport 2011 de l'ACAT *(voir p. 368),* « La notion de peine ou traitement cruel, inhumain

ou dégradant regroupe l'ensemble des mesures ou châtiments causant une souffrance physique et mentale à la personne, ou visant à la rabaisser ou l'humilier. La torture constitue une forme aggravée de traitement cruel, inhumain ou dégradant. »

UN SYSTÈME D'INSTRUMENTALISATION DE LA SOUFFRANCE HUMAINE

• La torture fait partie d'un système, qu'il soit politique, pénitentiaire, judiciaire ou répressif, dont elle est l'instrument. Elle est tolérée par certains gouvernements qui feignent d'ignorer ce que fait leur police, utilisée par d'autres comme technique de répression organisée, ou comme un moyen de la poursuite de la guerre. Il est très rare qu'un bourreau agisse seul. Le tortionnaire exécute le plus souvent les ordres de ses supérieurs et/ou agit dans le cadre d'un groupe qui l'a encadré et formé.

• Les victimes de la torture sont des hommes et des femmes, parfois des enfants. Prisonnier(e)s de droit commun, militant(e)s politiques, prisonnier(e)s politiques, femmes s'opposant à des mariages forcés, membres de la famille de prisonnier(e)s et de militant(e)s, personnes homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles, membres de minorités religieuses et ethniques : la liste est longue des victimes potentielles de la torture, particulièrement dans les régimes dictatoriaux et totalitaires qui ne tolèrent ni différence ni contradiction. La torture et les traitements inhumains et dégradants peuvent être utilisés par des membres de la police, de l'armée, de milices paramilitaires, des groupes armés non étatiques.

• La torture est fréquemment pratiquée dans des lieux de détention : prisons, postes de police, camps militaires, camps ou lieux « spéciaux » utilisés uniquement à cet effet. Certaines conditions de détention, caractérisées par la surpopulation carcérale, la privation d'hygiène, d'eau potable et de nourriture constituent des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants, et peuvent être considérées comme des méthodes de torture.

FORMES ET MÉTHODES DE TORTURE

• Il existe d'innombrables méthodes de torture physique et psychologique, car il s'agit d'amener la victime à une situation de dépendance extrême, et de dégradation psychologique et biologique massive. La torture est de plus indissociable de paroles d'humiliation, de mépris, d'insultes, de menaces, de fausses accusations. Les différentes méthodes de torture peuvent être utilisées simultanément et successivement, et une même personne peut être torturée répétitivement pendant des jours, des mois, voire des années. Les personnes torturées sont immobilisées, souvent dénudées, et mises dans l'incapacité de se défendre et de rendre des coups.

• Les tortures physiques les plus fréquentes :

les coups assénés à l'aide d'objets, tels que des matraques, fouets, bâtons ;

les violences sexuelles sont extrêmement fréquentes : viols dont des viols par intromission d'objets, dénudation publique, coups et brûlures sur le sexe, les seins… ;

la pendaison par les bras pendant des heures, le « planton » ou maintien douloureux et forcé de certaines attitudes, la station debout pendant des jours ;

les décharges électriques, brûlures sur toutes les parties du corps ;

les mutilations, fractures des dents, arrachage des ongles ;

les suffocations par immersion, introduction d'objets dans la bouche ;

l'ingestion de matières fécales et d'urine, de drogue.

• Les tortures psychologiques. Si elles semblent moins brutales, elles sont extrêmement destructrices sur le plan psychique. Elles sont utilisées pour ne pas laisser de traces ou de témoignage des tortures subies. Il peut s'agir de :

la privation de sommeil, de lumière, ou l'utilisation de procédés pour inverser le rythme jour/nuit ;

les simulacres d'exécution ;

l'obligation d'assister à la torture ou au viol de ses proches ;

la transgression contrainte de valeurs ou tabous religieux ou moraux ;

l'interdiction absolue de communiquer avec les autres prisonniers, le maintien dans l'incertitude sur les raisons de l'arrestation, la durée de la détention, le sort des proches.

UNE ENTREPRISE DE DESTRUCTION DE L'INDIVIDU ET DE SON GROUPE D'APPARTENANCE

• La torture, dans ses multiples dimensions physiques, psychologiques et sociales, est une entreprise de destruction de l'intégrité d'une personne humaine. Les méthodes de torture visent le plus souvent « officiellement » à obtenir des aveux et des informations, mais leur objectif est tout autant d'intimider, de terroriser, de stigmatiser, et de prouver sa domination sur une personne ou le groupe social dont elle est issue. Les tortures tendent à anéantir les croyances et valeurs d'une personne, mais aussi sa confiance en soi et l'estime qu'elle se porte. En dégradant le corps dans l'ensemble de ses fonctions biologiques, érotiques, sensorielles, mécaniques, en rendant poreuses par des attaques répétées sur le corps les limites entre dedans et dehors, en mettant à mal les croyances et valeurs de l'individu, la torture attaque les bases narcissiques et identitaires de l'individu. Elle « brise de l'intérieur ».

• La torture produit des effets bien après le moment où la personne a été torturée. Un de ses objectifs est de faire taire définitivement ; la terreur, le sentiment de culpabilité et la honte ressentis par une personne qui a été torturée à l'évocation de ce qu'on lui a fait, et l'a contrainte à faire, risquent de l'enfermer pendant longtemps dans le silence. L'attitude et l'accueil de son entourage, mais aussi des soignants et personnels administratifs, sont importants pour défaire le sentiment d'obscénité que la personne torturée peut ressentir en mettant des mots sur son expérience. Pouvoir entendre l'expérience de la torture, et ne pas répondre par un silence mortifère, c'est aller contre la malédiction de la torture qui se perpétue parfois jusque dans l'exil. C'est aussi rétablir un lien interpersonnel qui ne représente pas un potentiel danger pour la personne qui a été torturée mais peut restaurer au contraire une certaine confiance.

Définitions de la torture en psychanalyse

Les psychanalystes qui ont étudié l'impact psychique des tortures ont construit des théories qui permettent de mieux appréhender le lien entre l'individuel et le politique, le psychologique et le social dans l'utilisation de ces méthodes. Françoise Sironi définit la torture comme *« une technique traumatique dont la fonction majeure est d'être une méthode*

de déculturation ». Maren et Marcelo Viñar en parlent comme de *« tout dispositif intentionnel, quels que soient les moyens utilisés, mis en place avec la finalité de détruire les moyens et convictions de la victime pour la dépouiller de la constellation identificatoire qui la constitue comme sujet. Ce dispositif est appliqué par les agents d'un système totalitaire et est destiné à immobiliser par la peur la société gouvernée »*. Ces définitions mettent en lumière le lien entre la torture comme moyen de détruire psychiquement, un individu et le groupe visé derrière l'individu torturé.

CLINIQUE

• **Les conséquences physiques.** Outre les cicatrices et les conséquences des traumatismes physiques, les personnes qui ont subi la torture et des traitements inhumains et dégradants se plaignent très fréquemment de douleurs : céphalées chroniques et invalidantes, douleurs abdominales, thoraciques, lombaires ou de toute autre partie du corps, parfois attribuées aux sévices subis. Le « bilan de santé » est souvent demandé pour donner sens à ces signaux du corps.

• **Les conséquences psychiques.** Le plus souvent, sans lésion physique apparente, c'est « à l'intérieur » que des commotions se sont formées, enkystées. Ces conséquences psychologiques des violences, très fréquentes, sont complexes à diagnostiquer et à soigner. Les personnes qui ont subi la torture ou des traitements cruels, inhumains et dégradants ont un risque accru de souffrir de syndromes psychotraumatiques *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).* À ceux ci sont souvent associés des troubles anxieux (crise d'angoisse, anxiété permanente) et dépressifs. S'ajoutent fréquemment aussi des perturbations diverses et inquiétantes : troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, perte de désir et de volonté d'agir, asthénie, troubles de la sexualité, idées suicidaires, voire tentative de suicide. Par ailleurs, il n'est pas rare que ces personnes présentent des traumas complexes *(voir p. 398),* ou des formes très sévères de syndromes psychotraumatiques, comportant des épisodes de délires ou d'hallucinations, sur des thèmes de persécutions rappelant la situation de violence qu'elles ont vécue. Les survivants de la torture, face à ces symptômes, disent souvent qu'ils ont l'impression de devenir fous, ou qu'ils ne se reconnaissent pas. L'angoisse produite par ce sentiment de n'être plus soi même vient renforcer la honte,

la culpabilité et la perte d'estime de soi que les tortures ont pu provoquer. Cela conduit souvent ces personnes à s'isoler, se sentant radicalement différentes, altérées par leur expérience.

• Le contexte politique et social de la demande de soins. Les demandeurs d'asile ayant été victimes de torture et de traitements cruels, inhumains et dégradants vivent pour un grand nombre d'entre eux dans une très grande précarité sociale et administrative, vivant dans la rue ou chez des tiers, sans revenu ou avec une très faible allocation *(voir p. 140).*
Ils sont aussi très nombreux à vivre dans l'isolement, après une séparation contrainte et brutale de leurs proches.
La précarité de leurs conditions de vie en France, l'absence de reconnaissance des violences subies par l'attribution du statut de réfugié, l'absence de droit au travail, ainsi que la perte d'un environnement affectif stable : tous ces éléments viennent renforcer les symptômes existants et peuvent même conduire à des décompensations psychiques *(voir Santé mentale et troubles psychiques, p. 389).*

L'ACCUEIL, LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT

• L'accueil en consultation médicale, psychologique, sociale ou juridique d'une personne ayant été victime de torture nécessite une écoute et une attention soutenues. Prendre son temps et donner du temps à la personne reçue, ne pas manifester d'impatience face aux difficultés de la personne à parler, accepter des mouvements de méfiance, accepter les rendez vous manqués font partie des conditions de l'instauration d'une alliance thérapeutique.

• Les personnes victimes de torture peuvent être réticentes à confier leurs maux à un soignant, c'est pourquoi l'accueil doit être personnalisé, comme doivent être facilités le repérage et l'accès à la structure, au médecin, au psychologue, à l'assistante sociale. Il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de la consultation ne puissent rappeler aucune des circonstances des sévices : respecter l'intimité en bannissant les intrusions dans le cabinet de consultation, préférer une lumière douce, éviter les claquements de porte, ne pas interroger la personne trop rapidement… L'écoute et le questionnement doivent respecter le secret et la souffrance. Il ne s'agit pas de « faire parler », mais d'écouter les demi mots, les paroles déformées, les silences.
Il faut savoir résister à la tentation d'être « efficace », de vouloir rassurer immédiatement. Il convient également d'éviter

NB

Les soins et traitements médicaux et psychologiques pour les personnes souffrant de syndromes psychotraumatiques sont détaillés dans le chapitre Santé mentale et troubles psychiques *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).*

la banalisation, voire la négation du trauma qui traduit, pour le soignant ou le travailleur social, son ignorance et son besoin, souvent inconscient, de se défendre face à des récits terrifiants.

• **L'examen médical et le bilan de santé constituent une première réponse** aux plaintes exprimées. L'examen médical permet de répondre à la demande de montrer certaines parties du corps qui accompagne la difficulté à dire, et d'envisager une opération en raison de certaines séquelles *(voir infra).* La prescription d'un bilan de santé ouvre au dépistage et au diagnostic d'affections sévères par des examens ciblés *(voir Bilan de santé, p. 326),* mais répond aussi aux craintes que les personnes peuvent nourrir au sujet des conséquences des tortures qu'elles ont subies. Le bilan de santé offre ainsi souvent la possibilité de faire le lien entre souffrance psychique et physique. Si, paradoxalement, la « normalité » du bilan de santé est parfois douloureusement ressentie, elle peut ouvrir la voie à l'orientation vers un(e) psychothérapeute.

• **Le recours au chirurgien orthopédique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable** *(voir aussi Pathologie courante, p. 468),* comme un traitement étiologique de la douleur, la réduction d'un handicap ou la réparation d'un préjudice esthétique important. Même en cas d'abstention chirurgicale, l'avis du spécialiste peut participer à la reconnaissance du traumatisme vécu par le patient et contribuer à l'amélioration de son état. L'intervention du chirurgien doit souvent s'intégrer dans une prise en charge multidisciplinaire, et un geste chirurgical doit être envisagé avec beaucoup de précautions, en raison des interactions médico juridiques et des difficultés fréquentes de communication. Il est nécessaire de revoir le patient plusieurs fois et de faire appel si besoin à un interprète professionnel.

• **L'espace de la thérapie.** Des informations claires sur le but, le déroulement d'une consultation psychothérapeutique et la confidentialité sont vécues comme rassurantes par les personnes ayant vécu une situation où elles étaient à la merci d'une autre personne. De son côté, le thérapeute, pour pouvoir aider les personnes dans l'élaboration d'un vécu traumatique envahissant, doit être en mesure d'entendre des récits de violence extrême, mais aussi à même d'accueillir des mouvements transférentiels massifs. Il est aussi essentiel de tenir compte du rôle que peuvent jouer les conditions de vie actuelles des personnes dans l'aggravation de la souffrance et des troubles psychiques.

La souplesse, l'aménagement du cadre psychothérapeutique dans une perspective de coconstruction de celui ci sont essentiels pour maintenir un lien thérapeutique *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).* C'est particulièrement vrai pour des personnes souffrant de troubles de la mémoire et de la concentration créant des erreurs et des oublis de rendez vous. Il s'agit aussi de ne pas imposer ou forcer la parole de personnes pour qui parler peut sembler dangereux.

• Risques et excès des approches « spécialisées ».
La nécessité de sensibiliser aux problèmes de la répression politique et de l'exil ne doit pas aboutir à créer une pathologie de la torture et à stigmatiser en une nouvelle catégorie de malades les personnes qui en ont souffert. Par ailleurs, les techniques « actives » peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsqu'elles essaient de faire réémerger trop rapidement l'expérience traumatique sans accepter qu'elle reste, aussi longtemps que nécessaire, non nommée, ou sans attendre que la personne soit en mesure de l'évoquer.

• Les différentes modalités de soins et d'accompagnement (médical, psychologique, social et juridique) visent à une restauration narcissique et à rétablir la possibilité pour la personne d'être en lien avec les autres. Un travail pluridisciplinaire est en ce sens souvent essentiel : soulager les douleurs physiques, proposer un espace de parole sécurisant et libre, orienter vers des lieux collectifs pour sortir de l'isolement, aider dans les démarches administratives et juridiques pour inscrire la personne exilée victime de torture dans la société d'accueil. Pour tous les professionnels en lien avec des personnes victimes de torture, des espaces de parole (intervisions, supervisions, analyse de pratique, réunion d'équipe régulières) sont nécessaires pour atténuer les effets possibles de contagion traumatique et de souffrance professionnelle *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).*

• Certification médico-psychologique et demande d'asile
(voir Certification médicale et demande d'asile, p. 308)

• Demande de certificat et de consultation médicale ou psychologique. Dans un contexte de crise du droit d'asile et d'une exigence renforcée de « preuves » de persécutions, la demande d'un certificat médical destiné à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) est fréquente. Il arrive que cette demande envahisse les consultations jusqu'à parasiter

la relation de soins, alors même qu'un accompagnement médico psychologique est indiqué.

• **L'exigence inappropriée du « certificat médical » peut accentuer les effets du trauma** *(voir p. 308)* lorsque, sous la pression de l'entourage, des soutiens ou encore directement des instances de reconnaissance du statut de réfugié, le survivant de la torture est sommé de faire le récit des sévices infligés par ses bourreaux dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, souvent même dans l'urgence. En prétendant remplacer la parole de l'exilé par la parole « experte » du médecin, le certificat médical peut en outre s'opposer au processus thérapeutique.

• **L'insertion socioprofessionnelle est entravée par la crise du droit d'asile** *(voir Droits et soutien, p. 140).*

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA TORTURE ET LES TRAITEMENTS INHUMAINS ET DÉGRADANTS

• **Accès aux soins et accès aux droits.** Les exilés victimes de torture sont nombreux à souffrir des conséquences physiques et psychiques des violences qu'ils ont subies. L'accès à des soins de qualité et de proximité, dans la langue dans laquelle ils sont le plus à l'aise pour communiquer, devrait leur être garanti. Cependant, dans certains hôpitaux et structures de santé, commme auprès de certains médecins généralistes et spécialistes, cet accès est empêché par les obstacles et délais d'obtention d'une protection maladie. L'absence de recours à l'interprétariat professionnel constitue elle aussi un obstacle récurrent à l'accès aux soins médicaux et de santé mentale pour les personnes allophones. Le soupçon de certains professionnels quant à la véracité des tortures, d'autant plus fort que le climat idéologique est défavorable aux étrangers, fait barrage à l'instauration d'une relation de soin. Il représente un déni de reconnaissance et peut être dévastateur pour des personnes ayant vécu des violences intentionnelles. Ce soupçon s'exprime souvent par l'idée que les personnes exilées simuleraient des troubles psychiques ou « raconteraient toutes la même histoire ».

• **Au niveau national et international, des associations luttent pour l'abolition de la torture et contre l'impunité de ceux qui l'ordonnent et la pratiquent.** Ces organisations dénoncent

les conditions de détention et d'incarcération, lorsque celles ci constituent des traitements cruels, inhumains et dégradants, et œuvrent pour leur amélioration. Ces groupes produisent aussi des rapports sur l'utilisation de la torture, et réclament l'application des traités et conventions par les États.
On peut citer Amnesty International, Human Rights Watch, le CICR (Comité international de la Croix Rouge), la FIDH (Fédération internationale des droits de l'homme), la FIACAT (Fédération internationale de l'ACAT). Le Comité contre la torture est l'organisme de l'organisation des Nations unies chargé de superviser la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il dépend du Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme.

• **Dans les pays d'accueil des victimes de torture,** la lutte contre la torture s'incarne dans la défense de l'application du droit d'asile, l'amélioration des conditions d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés, et le rappel du principe de non expulsion des personnes risquant d'être soumises à la torture. Enfin, le soin et l'accompagnement socio juridique individuels des victimes de torture participent de cette lutte. Ils s'opposent à la contagion du silence autour de l'utilisation de la torture et permettent aux personnes qui en ont été victimes de ne pas rester enfermées dans l'intention des bourreaux de les « briser » durablement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Alleg H., *La Question*, Les éditions de Minuit, Paris, 2008

Association Primo Levi, *Livre blanc : soigner les victimes de torture exilées en France,* mai 2012. Disponible sur le site : http://www.primolevi.org

Rolland J.C., *Un homme torturé, Tito de Alencar,* dans *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n° 33, p. 223 234, 1986

Sironi F., *Bourreaux et victimes,* Odile Jacob, 1999

Viñar M. et M., *Exil et torture,* Denoël, 1989