

**CHAMBRES EXTRAORDINAIRES AU SEIN DES TRIBUNAUX CAMBODGIENS
CHAMBRE DE PREMIÈRE INSTANCE**

DONNÉES RELATIVES AU DÉPÔT

សាធារណៈ/Public

Dossier n° : 002/19-09-2007/ECCC/TC

Déposé devant : la Chambre de première instance

Date du document : 9 octobre 2011

Langues : Français, original anglais



**RAPPORT D'EXPERTISE PRÉPARÉ CONFORMÉMENT À
L'ORDONNANCE DE LA LA CHAMBRE PORTANT DÉSIGNATION D'EXPERTS
DOCUMENT N° E11, EN DATE DU 23 AOÛT 2011**

Déposé par :

Docteur Seena Fazel
Maître de conférence en psychiatrie légale et consultant honoraire en psychiatrie légale,
Oxford, Royaume-Uni

Docteur Koeut Chhunly
Psychiatre (Norvège), département de psychiatrie de l'hôpital de l'amitié khméro-soviétique,
Phnom Penh et professeur assistant de psychiatrie, université des sciences de la santé, Phnom
Penh, Cambodge

Docteur Lina Huot
Psychiatre (Norvège), Master de médecine psychologique (MPM) (Australie).
Directeur du département de psychiatrie de l'hôpital de l'amitié khméro-soviétique, Phnom
Penh et professeur assistant de psychiatrie, université internationale, Phnom Penh, Cambodge

Docteur Calvin Fones
Consultant en psychiatrie, centre médicale Gleneagles, et professeur associé, faculté de
médecine Yong Loo, université nationale de Singapour, Singapour

Introduction

1. Nous, docteurs Faazel, Chhunly, Huot et Fones, déclarons sous serment apporter fidèlement, confidentiellement et au mieux de nos compétences notre concours à la Chambre de première instance.
2. Le présent rapport est déposé conformément à l'Ordonnance de la Chambre portant désignation d'experts¹.
3. Les conclusions dans le présent sont présentées dans l'ordre suivant : rappel des faits, examen de l'état mental, examen des capacités cognitives, réponses aux question des co-procureurs² et aptitude à être jugée.
4. Le présent rapport est un document déposé à titre strictement confidentiel pour le seul usage de la Chambre de première instance. Ses auteurs s'opposent à sa communication au public à quel que moment que ce soit et pour quelle que raison que ce soit sans leur autorisation expresse et unanime.

Documents examinés

Liste partielle des documents examinés :

E62/3/6	23 juin 2011
E62/3/12	26 août 2011
C18	14 novembre 2007
E1/8	29 août 2011
E1/9	30 août 2011
B5	25 janvier 2008
B29/1	1 juillet 2009
B37/9/8	9 janvier 2010
E17.1	27 janvier 2011
E17/1/2.5	1 mars 2011
E17/1/2.6	1 mars 2011

¹ Doc. n° E111, 00727088-00727093, 23 août 2011.

² Doc. n° E111/2, 00738201-00738210 (uniquement en anglais), 2 septembre 2011.

E17/1/2.4	7 mars 2011
E62/3/6/5.1	09 août 2011
E62/3/6.1	11 août 2011
E62/3/6.3	18 août 2011
E62/3/6.4	19 août 2011
E62/3/6.5	19 août 2011
E62/3/12.1	26 août 2011
E62/3/12.2	26 août 2011
E110/4/2.3.1	26 août 2011
E110/4/2.3.2	26 août 2011
E110/4/2.3.3	26 août 2011
E110/4/2.3.4	26 août 2011
E110/4/2.3.5	26 août 2011
E110/4/2.3.6	26 août 2011
E110/4/2.3.7	26 août 2011
E110/4/2.3.8	26 août 2011
E110/4/2.3.9	26 août 2011
E52	22 janvier 2011
E62/2	21 mars 2011
E62/3/6/1	18 juillet 2011
E62/3/6/2	25 juillet 2011

Évaluation

5. Nous nous sommes entretenus avec Mme IENG Thirith à trois occasions les 12 et 13 septembre 2011 en présence d'au moins un interprète.
6. Le 12 septembre, nous nous sommes également entretenus avec le docteur Chamroeun, un des médecins généralistes employés à l'hôpital Calmette, qui travaille à l'unité de détention et fait partie de l'équipe soignante de Mme Ieng Thirith.
7. Nous avons eu une conférence avec le docteur Hey Leang, spécialiste en radiologique à l'hôpital Calmette, avec qui nous avons examiné les trois derniers IRM de Mme Ieng Thirith.
8. En outre, nous avons interrogé Mao Sopherom, chef de l'unité de détention, qui connaît Mme Ieng Thirith depuis son arrivée à l'unité en 2007.

9. Nous n'avons pas pu recueillir beaucoup d'informations d'ordre général auprès de Mme Ieng Thirith étant donné qu'elle se souvient mal de nombreux événements de sa vie. Au cours du deuxième entretien, elle s'est rappelé le nom de son lycée (le lycée Sisowath) où elle a dit avoir été une « élève brillante » et elle s'est rappelé avoir ensuite étudié en France. Pour l'essentiel elle a nié avoir été ministre sous les Khmers rouges en disant avoir été trop jeune à l'époque. Vers la fin de notre troisième entretien, elle a semblé reconnaître avoir été ministre mais n'a pu fournir aucun détail sur son rôle. Elle ne s'est pas rappelé combien elle avait d'enfants, s'ils vivaient, où ils vivaient et ce qu'ils faisaient, mais elle s'est souvenue avoir une fille. Elle a nommé son époux (IENG Sary) à une occasion, l'appelant à d'autres occasions son frère. Interrogée directement, elle a répondu qu'elle avait connu Pol Pot, que c'était son « oncle » et qu'il était « très amical ». Elle pensait que Pol Pot était mort quelques années auparavant. Nous notons que le professeur John Campbell, dans son entretien remontant à mai 2011, a conclu qu'elle ne se souvenait pas de son école, et qu'elle fournissait des détails de sa vie antérieure qui pour autant qu'il pouvait en juger étaient incorrects³.

10. Nous notons que Ieng Thirith a été diagnostiquée comme souffrant d'un « trouble mental d'origine physiologique » après une opération de remplacement de la hanche le 7 janvier 2006 à l'hôpital international Bumrungrad International de Bangkok, trouble pour lequel des comprimés d'antipsychotiques (quétiapine) ont été prescrits⁴. Son dossier médical note, au moment de son admission à cet hôpital, des anomalies cardiovasculaires (en particulier hypertrophie ventriculaire gauche et modifications de l'électrocardiogramme) correspondant à une ischémie cardiaque. S'agissant des symptômes psychiatriques, son dossier médical à l'époque fait état d'« hallucinations » et de troubles du sommeil.

11. Nous notons que Ieng Thirith a subi un check up médical complet le 13 novembre 2007 à l'hôpital Calmette, où le diagnostic suivant a été fait : « hypertension artérielle, trouble fonctionnel de la digestion, anémie (*sic*) et déficience chronique des reins, ostéochondrose lombaire, sinusite ethmoïdale droite, troubles psychiques/mentaux

³ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, dated 23 Juin 2011, paragraph 19 and 20.

⁴ Doc. n° E111/3.2, 00738558-00738562 (uniquement en anglais).

(sic)⁵» [traduction non officielle]. Elle a été maintenue sous quétiapine (comprimés antipsychotiques, 100mg). Du clonazépam (sédatif oral) lui avait été précédemment prescrit, la dose a été augmentée lors de ce check-up.

12. Nous notons que le 28 janvier 2008, Ieng Thirith a à nouveau consulté le docteur Cheang Ra et le professeur Nhem Sophoeun de l'hôpital Calmette⁶. Elle a été diagnostiquée comme souffrant d'un affaissement léger d'un de ses poumons, d'« hypertension artérielle et dyslipidémie (concentration anormalement élevée de lipides dans le sang), insuffisance rénale chronique, arthrite des lombaires et des deux genoux = ostéoporose, trouble mental et gastro-entérite chronique » [traduction non officielle]. Les doses de clonazépam ont été augmentées. Elle a de nouveau été auscultée le 18 juillet 2008 et son dossier mentionne qu'elle se plaignait d'insomnie⁷.

13. Le dossier médical mentionne « 24 occasions où le comportement de IT [Ieng Thirith] n'était pas approprié » [traduction non officielle] de novembre 2008 à mars 2009, et « 26 incidents où elle a eu un comportement anormal ou immoral (sic) » entre mars 2009 et juillet 2009⁸. Selon le dossier, « son comportement s'est aggravé en 2010. Elle aurait proféré des insultes et eu des comportements parfois agressifs et confus » (entrée du 19 mai 2010)⁹.

14. Trois comptes rendus scannographiques de Ieng Thirith nous ont été communiqués. Le premier est daté du 13/11/2007 et apparaît normal à part une sinusite ethmoïdale droite¹⁰. Le deuxième est daté du 22/10/09 et fait état d'une « atrophie cérébrale généralisée » [traduction non officielle]¹¹. Le troisième est daté du 2/6/11 et fait état d'« atrophie cérébrale généralisé pour l'âge » et d'« absence de processus expansif intra-crânien visible¹²».

⁵ Doc. n° E111/3.3, 00738563-00738565 (uniquement en anglais).

⁶ Doc. n° B5, 00165129-00165131, 25 janvier 2008.

⁷ Doc. n° E111/3.3, 00738563-00738565 (uniquement en anglais)

⁸ Doc. n° E111/3.3, 00738563-00738565 (uniquement en anglais)

⁹ Ibid.

¹⁰ Doc. n° E17.1, 00640400, 13 novembre 2007.

¹¹ Doc. n° E17.1/2.6, 00655124, 21 mars 2011 (uniquement disponible en anglais).

¹² Doc. n° E62/3/12.1, 00728016, 26 août 2011.

15. Nous notons que l'analyse sérologique de Ieng Thirith au 10 mai 2011 montre que les niveaux sanguins en vitamine B12, folate et hormones stimulant la thyroïde (TSH) étaient normaux et que le test de syphilis était négatif¹³. Nous notons aussi que l'examen neurologique détaillé du professeur John Campbell (gériatre), apparaissait normal en mai 2011¹⁴.
16. Nous notons que d'après une lettre du docteur Chheang Ra de l'hôpital Calmette en date du 27/07/11¹⁵, Ieng Thirith suivait les prescriptions suivantes (nom de la marque en premier) : nexium ou ésomeprazole, 20mg (pour la dyspepsie), lasilix ou furosémide, 40mg (diurétique), paracétamol, 1g (pour la douleur, récemment passé à 1,5g), Duphalac pour la constipation, Euphytose (plantes médicinales pour l'anxiété et les troubles du sommeil), lipitor ou atorvastatine, 10mg (comprimé hypocholestérolémiant), tardyferon (vitamine B9), cozaar ou losartan, 50mg (pour hypertension artérielle), Osteocare (supplément en calcium), zyloric ou allopurinol 100mg (pour la goutte), rivotril or clonazépam, 0,5mg (aujourd'hui arrêté) et séroquel or quétiapine, 100mg (antipsychotique).
17. Le docteur Chamroeun de l'hôpital Calmette Hospital a expliqué qu'un médecin de l'hôpital visitait l'unité de détention tous les matins, et qu'il s'y rendait une fois par semaine. Il estimait qu'au cours des deux dernières années, la mémoire de Ieng Thirith avait décliné et il a noté qu'elle avait commencé à se plaindre du fait qu'elle oubliait. Il a dit que sa santé physiquement était actuellement stable, et qu'un certain nombre d'analyses sanguines étaient normales (y compris des analyses du fonctionnement de la thyroïde, le niveau de vitamine B12, d'enzymes hépatiques, du fonctionnement rénal et le dépistage de la syphilis). Il avait l'impression que son appétit était normal et que son poids n'avait pas changé récemment. Il a dit qu'elle se plaignait souvent de douleurs aux genoux et au dos et que les médecins avaient récemment augmenté le paracétamol. Il a expliqué que sa dose d'antipsychotiques avait été récemment réduite, et qu'elle était actuellement sous quétiapine, 50mg (la moitié de la dose antérieure) et que le bromazépam (un autre sédatif oral) et le clonazépam avaient été interrompus. Le docteur Chamroeun a dit qu'il n'avait pas détecté de changement dans sa capacité

¹³ Doc. n° E62/3/12.2, 00728017, 26 août 2011.

¹⁴ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 juin 2011 (uniquement disponible en anglais), par. 26.

¹⁵ Doc. n° E62/3/6/5.1, 00723863-00723864.

mnémorique après ces changements, ni de modification manifeste de son humeur. Il a toutefois rapporté que sa période de sommeil s'était réduite à environ six heures par nuit (auparavant huit ou neuf heures). D'une manière générale, il a dit qu'elle se répète souvent, et parle souvent de sa sœur et dit qu'elles ont toutes les deux étudié à Paris. Il s'est rappelé que Ieng Thirith avait à l'occasion mentionné ce qu'elle avait lu dans les journaux.

18. M. Sopherom s'est rappelé que Ieng Thirith avait des problèmes de mémoire quand elle est arrivée à l'unité de détention, qu'elle était d'humeur irritable et qu'il lui était arrivé d'insulter le personnel de l'unité. Il a dit qu'elle avait parfois des moments de colère mais n'était pas constamment de mauvaise humeur. Il n'a pu se souvenir d'aucun exemple où elle aurait exprimé des idées suicidaires. Il a dit qu'elle avait parfois besoin d'aide pour ses habits, et parfois oubliait que ses habits séchaient et où ils se trouvaient dans sa cellule. Il a également dit qu'à quelques occasions elle a été retrouvée nue sur son lit, ayant manifestement oublié de s'habiller ou étant incapable de trouver ses habits. M. Sopherom a dit qu'aucun rapport n'avait mentionné que Ieng Thirith ait eu des problèmes pour s'habiller. Pour ce qui est des soins personnels, il estimait qu'en général il n'y avait pas de problème, même si à quelques occasions elle est restée assise sur les toilettes pendant longtemps et il a fallu lui rappeler de se lever. Il a dit qu'elle reconnaissait les personnes familières qui travaillaient sur les lieux mais ne peut pas se souvenir de leurs noms. Il a rappelé qu'elle oubliait à l'occasion le nom de son fils et de sa fille dans les conversations avec les gardes. Il ne pensait pas qu'elle ait de tendance paranoïde envers les fonctionnaires de l'unité, bien qu'elle ait traité un des co-accusés (Nuon Chea, qui réside aussi à l'unité de détention) de traître. Selon lui elle n'est pas désorientée dans sa personne, ni dans l'espace, mais elle est souvent incertaine sur l'heure de la journée. Il a pourtant noté qu'à l'occasion elle rangeait mal certaines choses et accusait les fonctionnaires de les avoir volées. Il a témoigné que quand elle était de bonne humeur ils pouvaient avoir une conversation normale, et qu'elle n'avait pas de problème évident pour trouver ses mots. M. Sopherom a dit que, au cours de la première année de détention, ou à peu près, elle disait n'avoir jamais rien fait de mal et n'avoir jamais tué personne, et qu'elle n'aurait pas dû être arrêtée. Elle n'a plus abordé ces questions au cours de l'année passée, ni avec lui ni autant qu'il sache avec les fonctionnaires. Il pensait qu'elle lisait les dossiers de son affaire une ou deux fois par mois pendant un court moment. Il a dit

qu'elle ne s'était jamais plainte de ses avocats. Il a rapporté que Ieng Thirith lit le quotidien *Cambodia Daily* mais regarde rarement la télévision. Il se souvient qu'il y a environ six mois elle s'est mise en colère en lisant ce que rapportait ce journal sur le procès. Au début, quand la télévision a été installée dans sa cellule, elle a eu besoin d'assistance pour la faire fonctionner et il n'est pas certain qu'elle sache la faire fonctionner toute seule. Elle reçoit des visites de sa famille approximativement une fois par semaine et parfois plus.

19. Nous notons que John Campbell, professeur de gériatrie à l'université d'Otago, en Nouvelle Zélande, dans le cadre de son examen médical, a parlé avec Ieng Sary, le mari de Ieng Thirith et un de ses co-accusés¹⁶. Nous notons que le professeur Campbell a rapporté que Ieng Sary avait déclaré avoir remarqué « un grand changement – elle n'arrête pas d'oublier », et a donné plusieurs exemples, comme le fait que sa sœur aînée et ses parents étaient morts et qu'elle avait été ministre. En outre, Ieng Sary a dit que parfois elle ne savait pas où elle était. Il a rapporté que sa mémoire déclinait progressivement. Les fonctionnaires de l'unité de détention ont dit au professeur Campbell que Ieng Thirith devenait désorientée et perdue à l'unité de détention et qu'elle ne se rappelait que les noms de son mari et de sa famille immédiate.
20. Nous avons interrogé Ieng Thirith trois fois sur deux journées. Deux de ces entretiens avaient lieu dans sa cellule et une dans une salle de réunion de l'unité de détention. D'une manière générale elle était coopérative et chaleureuse et essayait de répondre à la plupart des questions. De temps en temps la douleur la faisait grimacer quand elle bougeait mais pour l'essentiel elle semblait heureuse de participer à l'entretien. Elle n'a pas semblé fatiguée même après deux heures de questions. Elle semblait penser qu'un des docteurs cambodgiens participant à l'interrogatoire était un membre de sa famille, et a maintenu cette affirmation bien que les experts aient expliqué le contraire. Parfois elle était évasive ou bifurquait dans ses réponses, mais il n'y avait aucune anomalie dans le rythme de son discours. Elle énonçait parfois de brèves phrases en anglais ou en français qui étaient compréhensibles. Elle pouvait également lire en anglais sans problème visible. Dans son humeur elle était réactive et elle ne s'est pas plainte de problèmes d'humeur, de sommeil ou de santé. Elle s'est décrite comme « heureuse » et

¹⁶ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 Juin 2011 (uniquement disponible en anglais), par. 13 et 14.

a nié toute pensée suicidaire. La maîtrise et la forme de ses pensées étaient normales. Il n'y avait aucun signe de délire et elle ne s'est pas plainte de pensées paranoïdes. Il n'y avait aucun signe de perception anormale durant nos entretiens, et elle ne s'est pas plainte de souffrir d'hallucination. Elle a expliqué qu'elle serait d'accord pour suivre les prescriptions de ses docteurs pour lutter contre la douleur et les troubles de mémoire.

21. Nous avons effectué un certain nombre de petits tests d'évaluation des fonctions cognitives. Les jours suivants, nous avons fait passer le test de Folstein, un des tests les plus couramment utilisés pour détecter les altérations des capacités cognitives. Elle a obtenu 15/30 le premier jour et 18/30 le deuxième. Au cours des deux tests elle n'a pas pu répondre à la plupart des questions concernant l'orientation et n'a pu se rappeler aucun des trois objets. Normalement un score rendu en fin de test inférieur ou égal à 23 permet d'évoquer une altération des capacités cognitives et indique la nécessité d'une évaluation plus précise. Les experts notent que le professeur Campbell a posé les questions du test de Folstein en mai 2011 et que Ieng Thirith a obtenu 14/30 (en supposant qu'elle ait su qu'elle était à Phnom Penh)¹⁷.

22. En réponse à d'autres examens sur sa capacité d'orientation, Ieng Thirith montrait qu'elle savait que c'était le jour mais sans autre précision (comme le moment de la journée, le jour de la semaine, le mois, la saison ou l'année). En outre, son orientation dans l'espace était altérée et elle pensait qu'elle était actuellement au premier étage de l'hôpital à Phnom Penh (alors que l'entretien avait lieu au rez-de-chaussée). Elle pouvait compter à rebours de 2 en 2 à partir de 20, mais pas de 7 en 7 à partir de 100 après 93 (deux test simples d'attention et de concentration).

23. Ieng Thirith a montré qu'elle avait gardé une certaine mémoire à long terme bien que ce soit avec des lacunes notables. Elle se rappelait sa date de naissance (elle a dit en français que c'était le 10 mars 1932) mais n'a pas su nous dire son âge. Elle ne pouvait pas donner sa dernière adresse, mais a dit que c'était dans la « plus grande rue » de Phnom Penh (ce qui d'après ce que nous en savons est en gros correct). Elle a donné

¹⁷ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 juin 2011 (uniquement en anglais), par. 17 et 25.

le nom du Roi actuel au cours du deuxième entretien (mais pas du premier) mais a eu des problèmes pour donner celui de sa propre mère. Elle a dit que son père s'appelait KHIEU Un au cours du deuxième entretien (ce qui d'après ce que nous en savons est correct). Au cours du premier entretien (mais pas du deuxième) elle s'est souvenue du nom de son collègue mais n'a pas pu se rappeler du nom de son école primaire. Elle ne pouvait pas se rappeler combien elle a eu d'enfants ni les nommer. Elle a dit qu'elle qu'elle avait un frère qui prenait soin d'elle quand elle était malade et des sœurs qui étaient toujours vivantes.

24. La mémoire immédiate de Ieng Thirith était mauvaise. Comme nous l'avons mentionné, elle n'a pu se rappeler aucun des trois objets après quelques minutes à deux occasions. Elle n'a pu se rappeler aucun de nos noms ni notre rôle, avec l'exception d'un interprète qu'elle a reconnu parce qu'il avait participé à d'autres entretiens. Elle n'a pas pu donner le nom de ses avocats, ni d'aucun de ses gardiens. Elle n'a pas rien pu nous dire à propos des nouvelles locales ou internationales « récentes »
25. Nous avons effectué certains tests de fonctions exécutives (capacités cognitives liées à la planification, au discernement et au raisonnement¹⁸). Elle a répondu concrètement à une des trois similarités verbales (il lui a été demandé en quoi une pomme et une orange étaient semblables, elle a répondu qu'elles avaient toutes les deux une peau, alors qu'une réponse plus évidente aurait été que ce sont des fruits) mais elle a donné des réponses plus appropriées à deux autres similarités proposées. Elle n'a pas pu interpréter un proverbe khmer. Sa compétence verbale était mauvaise – elle a trouvé un mot commençant par la lettre « s » en une minute et quatre animaux (un adulte âgé devrait en trouver dix). Elle a eu certaines difficultés avec le test en trois étapes de Luria (qui permet de mesurer la résolution séquentielle d'activités motrices), elle a été capable de reproduire la tâche une fois. Elle n'a pas pu achever un test de projection réciproque de programme moteur (*Reciprocal Motor Programme Test*) le sujet est prié de réagir dans le sens opposé à un tapotement simple de la main). Elle a pu

¹⁸ Voir Chan et autres, *Archives of Clinical Neuropsychology* 2008 pour une présentation des tests des fonctions exécutives en particulier les éléments qui étayent le test de Luria et les évaluations des *Reciprocal Programme tests* : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887617707001928#sec2.1.1>

dessiner un diagramme de séquences alternées. En résumé, ses capacités de fonctionnement exécutif étaient altérées, mais non gravement.

Conclusions¹⁹

26. Nous avons été priés de présenter des commentaires sur le traitement médical qu'a reçu Ieng Thirith de janvier à août 2006 quand elle a été traitée à l'hôpital à Bangkok. Vu son dossier médical et les progrès qu'elle a fait par la suite, nous convenons avec les experts précédents qu'elle a probablement souffert d'un épisode de délire postopératoire (décrit sous la nomenclature F05 dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé, 10^{ième} révision (la « CIM 10 ») comme « délirium non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives »). Aucun élément parmi les informations disponibles ne permet de soupçonner qu'elle ait souffert à l'époque de démence clinique ou d'une autre maladie mentale grave (comme la schizophrénie). À l'époque, elle a pu souffrir de troubles cognitifs qui ont pu être ou ne pas être associés à l'âge, et nous notons que les personnes dont les capacités cognitives sont altérées ont un risque plus élevé de souffrir de délire. Toutefois, en l'absence dans le dossier d'un examen complet sur sa santé mentale à l'époque, nous ne pouvons être plus précis sur la portée d'une éventuelle altération des capacités cognitives.

27. Nous avons été priés de présenter des commentaires sur le diagnostic actuel concernant Ieng Thirith et, ce faisant, de prendre en compte les conclusions des autres experts médicaux aux cours des deux années passées. Nous posons ici le diagnostic clinique de démence. Nous ne pensons pas qu'elle souffre actuellement d'un autre trouble mental grave, comme une dépression ou une psychose. En particulier, Ieng Thirith remplit les critères de la démence tels qu'énoncés dans l& CIM-10. Ces critères sont :

- (i) Altération de la mémoire, plus visible dans l'apprentissage de nouvelles informations bien que dans des cas plus graves le souvenir d'informations déjà

¹⁹ Cette partie répond dans l'ordre aux questions posées par les co-procureurs, doc. n° E111/2, 00738201-00738210, 2 septembre 2011 (uniquement disponible en anglais).

appries puisse également être concerné. Au cours de notre évaluation, cette perte a été confirmée par des informateurs et par les tests simples que les experts ont réalisés à deux reprises. Nous décrivons cette altération de la mémoire comme « modérée » en ce qu'elle constitue une « perte d'autonomie grave » qui l'empêche de vivre seule.

- (ii) Un déclin des autres facultés cognitives caractérisées par l'altération du discernement et de la pensée, comme la planification et l'organisation, et du traitement général de l'information. Nous estimons que ces altérations ont été confirmées par nos informateurs et le test des fonctions cognitives (en particulier le test de fonction exécutive). Ce déclin se situe entre léger et modéré en ce qu'il réduit les performances dans la vie quotidienne et peut limiter ses activités à entreprendre des travaux de ménage plutôt que de faire des achats et gérer de l'argent (ce que nous n'avons pas eu les moyens d'évaluer).
- (iii) Ieng Thirith a conservé la conscience de son environnement (par exemple absence d'obscurcissement de la conscience). Il n'y a aucun signe depuis 2006 de modification de son état de conscience.
- (iv) La détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation se manifeste par au moins un des signes suivants : labilité émotionnelle, irritabilité, apathie ou perte des mécanismes du comportement social. Nous estimons qu'il existait un signe d'irritabilité et, en particulier, avec le temps, une réduction de ses interactions sociales avec les fonctionnaires de l'unité de détention qui peut constituer une perte des mécanismes du comportement social. En outre, son dossier médical porte de nombreuses mentions d'incidents d'irritabilité en 2008 et 2009 (voir le paragraphe 13 plus haut) qui constituent, selon nous, un déclin du contrôle émotionnel.
- (v) Pour poser un diagnostic clinique sûr il faut constater des symptômes de déclin de la mémoire depuis au moins six mois. Nous avons estimé que Ieng Thirith présentait des symptômes depuis plus d'un an.

Nous notons que le docteur Philip Brinded (professeur associé de psychiatrie légale à la Faculté de médecine de Christchurch, Nouvelle-Zélande) et le professeur Sunbaunat Ka (Professeur de psychiatrie à l'Université des sciences de la santé du

Cambodge, Phnom Penh), dans leur rapport en date du 22 novembre 2009²⁰, ont conclu que Ieng Thirith souffrait d'un « processus démentiel lié à son âge » (page 9) et d'un « processus démentiel léger » (ibid). Le professeur Ka, dans un rapport postérieur présenté en juin 2011, a déclaré que les altérations de ses capacités cognitives étaient « à la frontière extrême entre léger et la limite la plus basse de modérée (*sic*) » [traduction non officielle] bien qu'il n'ait pas utilisé le mot « démence »²¹. Nous notons que le professeur Campbell, dans son rapport du 23 juin 2011²², a conclu que Ieng Thirith souffrait de démence, qui était « modérément grave » (page 11) et a décrit le trouble comme « modéré » [traductions non officielles] et également a décrit les troubles cognitifs comme modérés, sévères, à l'audience d'août 2011²³. Dans l'ensemble, nous estimons que notre diagnostic est conforme à ces conclusions des experts précédents. En premier lieu, tous les experts précédents ont posé un diagnostic de démence chez Ieng Thirith. En second lieu, il serait conforme au processus clinique de la démence de constater que le trouble a progressé de léger à modéré entre 2009 et 2011. Pour finir, les rapports ont utilisé les termes « altération des capacités cognitives » et « démence », qui ne sont pas interchangeables. L'altération des capacités cognitives est un processus normal du vieillissement alors que la démence suppose qu'il existe un processus pathologique qui accélère le rythme et la portée du déclin de la mémoire. En outre, ce que les différents experts décrivent comme léger, modéré et grave peut représenter des situations diverses, et nous ne trouvons pas, dans les rapports médicaux antérieurs les critères qui ont permis d'évaluer le degré de gravité du trouble. Nous avons utilisé les repères fournis par le CIM, qui, d'après notre interprétation fait la distinction entre léger et modéré d'après le degré d'altération de la capacité à vivre de manière autonome.

Nous notons qu'un rapport contredit manifestement les autres, sans que cela soit explicitement dit. Un rapport d'une page signé conjointement par le professeur Nhem Sophouen (qui d'après ce que nous savons n'est pas psychiatre) et le docteur Chak Thida (psychiatre), daté du 16 janvier 2011²⁴ semble présenter des éléments

²⁰ Doc. n° B37/9/8, 00601968-00601976, 2 décembre 2009.

²¹ Doc. n° E62/3/6.1, 00715510-00715514 (uniquement disponible en khmer et en anglais).

²² Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 juin 2011 (uniquement disponible en khmer et en anglais).

²³ Cité dans le doc. n° E111/2, 00738201-00738210, 2 septembre 2011 (uniquement en khmer et en anglais), par.5d.

²⁴ Doc. n° E17/1/2.4, 00649547, 7 mars 2011 (uniquement disponible en khmer et en anglais).

incompatibles avec le diagnostic de démence. Dans ce rapport, il est indiqué que, s'agissant de sa capacité à s'orienter, Ieng Thirith « connaît les personnes proches d'elle (sa gardienne), le temps et l'espace où elle se trouve », que sa mémoire était « bonne » et que « sa concentration et son attention sont légèrement mauvaises » sans précision sur la méthode d'évaluation de ces facultés. Selon nous, faute de précisions supplémentaires sur cette évaluation, il est difficile de présenter des commentaires sur ce rapport. En revanche, nous convenons que de manière superficielle, Ieng Thirith est capable d'avoir une conversation et déploie une certaine faculté à cacher ses problèmes de mémoires en changeant de sujet dans ses réponses. Ce n'est pas une constatation inhabituelle chez les sujets atteints de démence.

28. Nous avons été priés de présenter un commentaire sur la capacité de Ieng Thirith à comprendre le but des entretiens. Nous avons conclu qu'elle en avait une compréhension limitée. Après avoir entendu nos explications des experts elle a été d'accord pour être interrogée mais n'a pas pu se rappeler ces explications le lendemain. Nous notons que cette conclusion confirme celle du professeur Campbell²⁵. Le docteur Brinded et le professeur Ka ont écrit qu'« elle s'est dite tout à fait prête à être interrogée »²⁶ ce qui selon nous est différent de comprendre réellement et complètement le but des entretiens.

29. Nous avons été priés de fournir une appréciation sur la capacité de concentration de Ieng Thirith et sur sa faculté de participer à un interrogatoire. Notre sentiment est qu'elle a montré une certaine capacité dans ce domaine, et a pu répondre à nos questions sans problème manifeste pendant plus de deux heures, deux jours de suite. Nous notons que le professeur Campbell a dit que Ieng Thirith avait « des difficultés à se concentrer à maintenir son attention » et que ses réponses « bifurquaient souvent »²⁷ [traductions non officielles]. Nous ne pensons pas que cette affirmation contredise notre conclusion. Nous avons également constaté qu'elle ne répondait pas aux questions directement et se répétait souvent sans répondre à la question posée. En outre, nous n'avons relevé aucune indication de symptômes d'hallucinations, de trouble de la pensée ou de délire pouvant faire obstacle à sa concentration. À cet

²⁵ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 juin 2011 (uniquement disponible en khmer et en anglais), par. 15.

²⁶ Doc. n° B37/9/8, 00601968-00407278-00407286, dated 2 Décembre 2009, page 6 (3^{ème} paragraphe).

²⁷ Doc. n° E62/3/6, 00708257-00708269, 23 Juin 2011 (uniquement en khmer et en anglais), paragraphe 16.

égard, nous estimons que cette constatation confirme celles faites dans les rapports médicaux des deux années passées.

30. Nous avons été priés de fournir des commentaires sur la mémoire à long terme de Ieng Thirith. Nous avons conclu qu'elle était altérée mais qu'il existait des poches de mémoire à long terme intacts. Par exemple, elle ne se rappelait pas le nom de son école lors du premier entretien mais s'en est souvenu (après une erreur) lors du deuxième. Elle n'a pas pu se souvenir du nom de son école primaire dans aucun des deux entretiens. Elle ne s'est pas rappelé le nom du Roi lors du premier entretien mais lors du deuxième. Elle ne s'est pas rappelé sa dernière adresse bien que nous l'ayons demandée plusieurs fois. Il est apparu qu'elle ne se rappelait pas le nombre d'enfants qu'elle a eus. Toutefois nous avons noté certaines différences dans sa capacité à se rappeler des événements importants par rapport à des examens médicaux précédents. Ces modifications sont en concordance avec le diagnostic de démence, et nous avons pu le constater en posant la même question à Ieng Thirith pendant deux jours.
31. Nous avons été priés de présenter un commentaire sur la capacité de Ieng Thirith à reconnaître les membres de sa famille et d'autres personnes. Nous avons constaté qu'elle se rappelait mal qui étaient les membres de sa famille et leurs noms. Au cours du premier entretien elle n'a pas su se souvenir de sa mère, ses frères et sœurs ou ses enfants. Elle s'est correctement rappelé son nom de famille. Lors du deuxième entretien, elle s'est rappelé le nom de sa mère mais pensait qu'elle était toujours vivante (ce qui n'est pas le cas autant que le sachent les experts). Elle n'a pas su se rappeler les noms de ses enfants et si elle avait un fils. Elle s'est rappelé le nom de son mari bien qu'elle l'ait d'abord appelé frère. Elle nous a reconnus quand nous sommes revenus pour le deuxième jour d'entretien et elle a correctement identifié la personne qu'elle a décrite comme interprète, mais non notre rôle. Nous notons que le professeur Ka a écrit qu'elle « pouvait correctement écrire le nom des expatriés » [traduction non officielle] et nous avons également pu constater qu'elle est capable d'écrire des noms. En effet, elle a fait spécialement l'effort d'écrire notre nom et d'où nous venions pour ses propres notes, manifestement comme aide-mémoire. Toutefois le souvenir des noms est différent du souvenir complet des personnes et de la raison pour laquelle elles sont présentes.

32. Nous avons été priés de présenter un commentaire sur la capacité de Ieng Thirith à communiquer. À cet égard, nous estimons qu'elle peut communiquer clairement dans le sens où elle n'a pas de problème manifeste à trouver ses mots, et la forme et la structure de ses phrases étaient manifestement normales. La vitesse, le volume et le rythme de son discours étaient normaux. Elle prenait toutefois peu l'initiative dans la conversation. Elle était capable de répondre aux questions, avec les réserves énoncées plus haut, ce qui pourrait expliquer les différentes conclusions cliniques sur cette question au cours des deux dernières années. Ainsi, bien qu'elle ait été capable de répondre aux questions pendant plusieurs heures, sa capacité à mener une discussion spontanée se réduisait pour l'essentiel à échanger des civilités. À plusieurs moments dans la conversation elle a fait preuve d'humour bien placé et de franchise.

33. Nous avons été priés de présenter des commentaires sur la capacité d'orientation de Ieng Thirith. Nous avons constaté qu'elle était orientée dans sa personne pendant les entretiens, ce par quoi nous entendons qu'elle pouvait se rappeler son nom. Elle présentait toutefois des altérations manifestes de l'orientation dans le temps – elle pouvait dire correctement qu'il faisait jour (et non nuit) mais ne pouvait pas dire le jour de la semaine, le mois, la saison ou l'année. S'agissant de l'orientation dans l'espace, nous avons constaté qu'elle ne pouvait exprimer le nom et la fonction du bâtiment où elle résidait, bien qu'elle sût qu'elle était à Phnom Penh et au Cambodge. Par conséquent, il est difficile d'interpréter les conclusions médicales du docteur Thida et du professeur Nhem qui ont affirmé dans leur rapport que ses capacités d'orientation dans l'espace et le temps étaient intactes²⁸ sans savoir quelles questions ils ont posées. En outre il serait normal que cette capacité évolue et que l'on constate un déclin depuis 2009 dans le cadre d'une démence progressive.

34. Nous avons été interrogés sur la question de savoir si Ieng Thirith aurait pu réduire ses performances cognitives sachant le but des entretiens. Nous estimons que c'est possible, et convenons avec le professeur Campbell que cela ait pu avoir eu une

²⁸ Doc. n° E17/1/2.4, 00649547, 7 mars 2011, (uniquement disponible en khmer et en anglais).

influence sur ses réponses²⁹. Toutefois, pour nous, la principale question était de savoir si elle pouvait feindre la démence et fausser ses réponses ayant un impact sur son aptitude à être jugée. Nous estimons que ce serait très improbable, en particulier parce que nous nous sommes partiellement fondés sur ses antécédents et que nous l'avons interrogée en gardant à l'esprit la possibilité qu'elle feigne d'être malade. Sur ce dernier point, cela signifie que nous avons posé la même question sous plusieurs formes, lui avons présenté des scénarios hypothétiques et avons répété des questions identiques lors des trois entretiens pendant les deux jours. Notre évaluation concorde avec celle du professeur Campbell en ce que nous ne pensons pas qu'elle ait donné de fausse réponse mais que globalement sa performance et son attention pourraient être améliorées dans certaines conditions et avec un entraînement.

35. Nous avons été priés de fournir un commentaire sur les comptes rendus scannographiques de Ieng Thirith et nous avons examiné les comptes rendus déjà mentionnés de 2007, 2009, et 2011. Il convient de préciser qu'aucun d'entre nous n'est radiologue de formation, et notre interprétation de ces comptes-rendus porte donc la marque de cette limite. Par conséquent, nous nous sommes entretenus avec le médecin radiologue, le docteur Hey Leang, qui a expliqué qu'il pensait que l'image scannographique de 2007 présentait un signe d'atrophie cérébrale généralisée qui à son avis concordait avec l'âge de la patiente mais aucun signe d'infarctus ou de tumeur. Il voyait sur l'image de 2009 des signes de progression de l'atrophie cérébrale par rapport à 2007 et à nouveau des signes d'atrophie cérébrale généralisée. Selon lui cette atrophie était plus importante dans les lobes temporaux du cerveau. À nouveau, il ne voyait aucun signe d'infarctus sur les images. Sur l'image de 2011, il a constaté que l'atrophie cérébrale avait encore progressé et qu'il ne voyait aucun signe d'infarctus ou de tumeur. Le docteur Leang a dit qu'il était difficile de comparer l'image de 2007 et les suivantes parce que les résolutions étaient différentes, mais il estimait que globalement il y avait des signes d'une progression, notamment entre 2009 et 2011. Nous pensons que les images scannographiques montrent une atrophie cérébrale généralisée avec évolution progressive de 2007 à 2009 et 2011. Ils n'ont vu aucun signe d'infarctus ou d'hydrocéphalie. Il existe certains signes d'ischémie périventriculaire sur l'image de 2009, stable sur l'image de 2011. Notre opinion est

²⁹ Cité dans le doc. n° E111/2, 00738201-00738210, 2 septembre 2011 (uniquement disponible en anglais), par. 7.

que ces images scannographiques sont compatibles avec la démence mais ne la confirment ni ne l'infirmement dans la mesure où elles peuvent avoir montré des modifications associés à l'âge (comme l'ont interprété officiellement les médecins radiologues). Notre diagnostic a été posé en connaissance de cause des données cliniques et il est étayé par des données provenant des images scannographiques et d'autres tests. En réponse aux questions 13 i) à v) de la Défense, nous n'avons aucun commentaire supplémentaire à apporter à ces images scannographiques et à leur signification³⁰.

36. Nous avons été priés de fournir des commentaires sur la question de savoir si Ieng Thirith souffre de la maladie d'Alzheimer, une des formes fréquentes de la démence. Nous notons qu'outre le fait qu'il doit être conforme aux critères généraux de la démence cités plus haut, un diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer conformément à la CIM, doit être étayé par les antécédents du patient, une auscultation ou des examens spéciaux permettant de retracer les causes possibles de la démence, l'abus d'alcool ou de drogue. En outre nous notons que ce diagnostic se confirme par examen du cerveau à l'autopsie. Un autre diagnostic possible, selon nous, pourrait être la démence vasculaire. Nous notons des antécédents d'hypertension artérielle et des taux de cholestérol élevés (qui sont des facteurs de risque indépendants pour la démence vasculaire³¹ mais comme ils prédisposent les patients à l'athérosclérose, ils sont associés à toutes les démences, y compris la maladie d'Alzheimer³²) mais nous ne trouvons aucun antécédent médical ou signe dans les images scannographiques de crise cardiaque (infarctus). En outre, l'image clinique est celle d'un déclin progressif insidieux, ce qui correspondrait plus à la maladie d'Alzheimer qu'avec la démence vasculaire. Toutefois, en pratique, nous notons que les deux causes de la démence peuvent coexister chez la même personne, et le diagnostic d'Alzheimer ne peut être confirmé que par des analyse du tissu cérébral par biopsie ou autopsie. Nous aurions tendance à être d'accord avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer (« Démence de la maladie d'Alzheimer » conforme CIM-10

³⁰ Doc. n° E111/3, 00738537-00738545, 2 Septembre 2011 (disponible en anglais uniquement).

³¹ Voir la question de la défense 13 vi), doc. n° E111/3, 00738537-00738545, 2 septembre 2011 (disponible en anglais uniquement).

³² Les experts n'ont eu connaissance d'aucun autre facteur augmentant le risque que Ieng Thirith souffre de démence, bien qu'ils n'aient pas disposé d'informations sur ses antécédents familiaux concernant la démence. Il convient de noter que dans certaines cultures un niveau d'éducation élevé et un quotient intellectuel élevé avant la maladie sont supposés exercer une protecteur contre le risque de développer une démence.

(code F00)³³). Nous avons estimé que Ieng Thirith se situait au niveau cinq sur l'échelle de l'échelle de Reisberg qui en compte sept, (« démence précoce : déclin cognitif modérément grave »). En termes de progression de la maladie, nous trouvons difficile de présenter un commentaire en l'absence d'examen précis antérieurs de ses capacités cognitives et donc faute d'informations sur la rapidité de sa progression à ce jour. Ses conditions de vie à l'unité de détention signifient également que l'éventail d'activités auxquelles elle participe quotidiennement est limité, par exemple elle n'a pas la possibilité de voyager seule ou de manipuler de l'argent. En outre, un grand nombre de ses activités quotidiennes sont surveillées. Les contraintes posées à son environnement limitent la possibilité d'évaluation concernant la progression de sa maladie et son pronostic³⁴. En revanche, cette maladie va entraîner graduellement avec le temps un déclin de sa mémoire et de ses fonctions.

37. Nous avons été priés de présenter des commentaires sur les médicaments prescrits par le professeur Campbell, certains ayant été pris. Il s'agit notamment de deux sédatifs oraux, clonazépam (qui a été arrêté en août 2011) et bromazépam (qui a été interrompu le 21 juillet 2011). D'après le compte-rendu d'un entretien entre le professeur Campbell et les docteurs de l'hôpital Calmette, en date du 2 août 2011, nous comprenons que l'interruption du clonazépam a induit une réduction du sommeil mais n'a pas posé d'autre problème visible³⁵. Le docteur Chamroeun a confirmé que la quétiapine a été réduite de 100mg à 50mg. Il a noté que Ieng Thirith dort effectivement moins maintenant, mais que cela n'a pas été associé avec des changements visibles de ses fonctions cognitives ou de son humeur. Nous aurions pensé que les bénéfices d'une réduction se seraient déjà fait sentir. Nous estimons que continuer de réduire la quétiapine est une bonne chose, car cela réduit la probabilité de l'effet secondaire de ralentissement cognitif associé à son utilisation chez les personnes âgées. Il est improbable toutefois d'obtenir une amélioration sensible en de

³³ Une autre série de critères utilisée comme référence pour diagnostiquer la maladie d'Alzheimer s'appelle critères NINCDS-ADRDA (McKhann et autres, *Neurology* 1984). Selon ces critères, pour établir un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable, il faut constater chez le patient des altérations de deux domaines cognitifs ou plus, un déclin progressif de la mémoire et d'autres fonctions cognitives, une conscience intacte, l'apparition de la maladie entre 40 et 90 ans et une absence de pathologie cérébrale systémique ou autre qui pourrait expliquer les symptômes. Les experts pensent que Ieng Thirith remplit tous ces critères. En particulier, pour ce qui est du premier critère, elle souffre de troubles de la mémoire et de l'orientation (et peut-être du langage) et les experts ont présenté les éléments étayant la présence des autres critères.

³⁴ Voir la question de la défense 13(x), doc. n° E111/3, 00738537-00738545, 2 septembre 2011.

³⁵ Doc. n° E62/3/6/4-4, 00725241-00725250, 2 septembre 2011 (uniquement disponible en anglais), voir page 5.

ses fonctions cognitives en réduisant encore les doses ou en les interrompant, en particulier parce que la réduction déjà faite ne semble pas l'avoir fait. En outre, nous pensons que réduire encore la dose n'aurait probablement pas pour effet de changer fondamentalement notre évaluation sur l'aptitude à être jugée (voir plus loin). Le professeur Campbell a évoqué la possibilité d'un essai de trois mois sous donépézil. Nous ne serions pas en désaccord avec la recommandation d'un essai, mais nous notons que les résultats d'améliorations suivant un traitement aux inhibiteurs d'acétylcholinestérase comme le donépézil, semblent indiquer que l'amélioration est de faible ampleur et limitée à une minorité des personnes qui le prennent. En outre nous ne connaissons pas la disponibilité de ce médicament sur place ni l'expérience des médecins concernant ce médicament ou les autres inhibiteurs d'acétylcholinestérase qui selon nous est d'utilisation complexe. Nous devons souligner que, en tant que psychiatres généralistes et légistes, nous avons l'expérience de prescrire du clonazépam, du bromazépam et de la quétiapine, mais très peu d'expérience avec le donépézil.

38. Nous avons été priés de donner un conseil sur la question de savoir si tout autre traitement ou mesure pourrait être bénéfique pour la santé mentale de Ieng Thirith et pour ses fonctions cognitives. Les mesures suivantes pourraient être bénéfiques : la présence de fonctionnaires cohérente et stable ; la conservation d'un environnement familial ; la flexibilité permettant de tenir compte des fluctuations dans ses aptitudes ; l'exercice physique, avec quand nécessaire évaluation et conseil d'un physiothérapeute ; et l'assistance nécessaire pour qu'elle puisse participer aux activités qui lui plaisent³⁶. En outre, un programme de stimulation cognitif structuré peut être utile (mais doit être entrepris par des personnes formées et encadrées)³⁷. En outre, il est important de poursuivre le traitement de sa douleur au genou et aux dos et de contrôler régulièrement sa santé physique. La poursuite du traitement des pathologies co-existantes améliorera le pronostic. Nous notons qu'il n'y a pas d'ergothérapeute actuellement au Cambodge, mais s'il y en avait, une évaluation des activités

³⁶ D'après les recommandations cliniques de 2011 publiées par *National Institute for Health and Clinical Excellence*, Royaume-Uni: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>

³⁷ « Les personnes souffrant de démence légère à modérée (tous types) doivent avoir la possibilité de participer à un programme de stimulation cognitive dans un groupe structuré. Cette activité doit être dûment autorisée et faire appel à un vaste éventail de travailleurs sociaux et de la santé formés et encadrés comme il convient, et les services proposés ne doivent pas dépendre de la prescription de médicaments contre les symptômes cognitifs de la démence » (ibid., traduction non officielle).

quotidiennes de Ieng Thirith serait utile, et il serait possible de demander des conseils sur toute modification souhaitable de son environnement de vie. Toutefois nous ne pensons pas qu'une telle intervention soit urgente car Ieng Thirith maintient un niveau raisonnable d'autonomie et reçoit manifestement des fonctionnaires de l'unité de détention toute l'aide appropriée en temps et de manière voulus³⁸.

Aptitude à introduire un plaidoyer et à être jugée

39. Nous notons que les divers critères d'aptitude à introduire un plaidoyer et à être jugé ont été précisés par la jurisprudence des tribunaux pénaux internationaux. Dans l'affaire *Le Procureur c/ Strugar*³⁹ les juges ont énumérés sept aptitudes de l'accusé, qui sont l'aptitude à :

- (i) introduire un plaidoyer ;
- (ii) comprendre la nature des accusations portées contre lui ;
- (iii) comprendre le déroulement de la procédure ;
- (iv) comprendre les éléments de preuve dans les détails ;
- (v) donner des instruction à son avocat ;
- (vi) comprendre les conséquences du procès ;
- (vii) témoigner.

Nous notons que dans l'affaire *Deputy General Prosecutor v. Nahak* les juges ont décrit un critère d'aptitude minimum selon lequel un accusé est capable de collaborer avec son conseil, lui donner des informations sur les faits de l'affaire et participer à la préparation de sa défense⁴⁰. En outre nous notons que dans l'Ordonnance portant désignation d'experts la Chambre a utilisé les termes suivants « est-elle apte à comprendre suffisamment bien la procédure judiciaire ? », et a demandé précisément

³⁸ Une évaluation neuropsychologique plus précise par un psychologue khmérophone pourrait rapporter de manière plus fidèle tout changement de ses aptitudes cognitives, mais ce serait essentiellement à des fins d'évaluation et nous ne le recommandons pas à des fins thérapeutiques. Toutefois à notre connaissance il n'y a pas de psychologue clinicien de formation travaillant actuellement au Cambodge. More detailed neuropsychological assessments by a Khmer speaking clinical psychologist could document mor.

³⁹ Affaire *Le Procureur c/ Pavle Strugar*, n° IT-01-42-T, 26 mai 2004. Doc. n° E111/3.1.1, par. 41.

⁴⁰ *Deputy General Prosecutor for Serious Crimes v. Josep Nahak*, Case No 01A/2004, 1er mars 2005. Doc. n° E111/3.1.1, paragraphe 131.

si elle pouvait comprendre les « conséquences d'une *déclaration de culpabilité* » (non souligné dans l'original)⁴¹. Nous étudions successivement ci-après les aptitudes énumérées dans la jurisprudence *Strugar* et les critères associés indiqués plus haut.

40. Dans notre évaluation, nous avons notamment utilisé les grandes lignes d'un instrument semi-structuré appelé *Competency to Stand Trial Assessment Instrument*⁴², un instrument fréquemment utilisé qui a la plus haute corrélation avec la déclaration d'aptitude à être jugé d'après une étude spécialisée menée en 2011⁴³ et qui, quoique ses auteurs l'aient conçu dans le cadre judiciaire des États-Unis et prévoit un éventail limité d'aptitudes, nous a été utile pour structurer notre interrogatoire. Nous avons également tenu compte des instructions du juge dans l'affaire *Regina v. M (John)* d'Angleterre et du pays de Galles⁴⁴, qui fournissent des éclaircissements sur les points (iii) et (v) cités au paragraphe 39 *supra*.

41. Pour commencer, Ieng Thirith a déclaré qu'elle n'était pas accusée de quoi que ce soit. Après lecture de l'accusation, elle a expliqué qu'elle « n'avait jamais tué personne » et « je ne l'ai jamais fait » et elle a répété « je n'ai jamais fait cela ». Elle a déclaré « c'est mon peuple, comment aurais-je pu mal le traiter ? Comment une femme cambodgienne pourrait-elle tuer ? » Elle a également dit qu'elle n'avait « jamais maltraité personne ». Quand nous lui avons demandé la signification du mot « coupable », elle a affirmé qu'elle n'avait « jamais rien fait de mal pour éprouver ce sentiment ». A un autre moment des entretiens, elle a également dit qu'elle comprenait « très bien » [traductions non officielles] la différence entre coupable et non coupable. Nous concluons, au vu de ces réponses, qu'elle était l'apte d'introduire un plaidoyer.

⁴¹ Doc. n° E111, 00727083-00727087, 23 août 2011, par. 2.

⁴² McGarry, A. L., & Curran, W. J. *Competency to stand trial and mental illness*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1973. Cet instrument ne suit pas un chiffrage standardisé et n'a pas de norme. Il examine 13 éléments : connaissance des moyens de défense ; comportement non gérable ; qualité de la relation avec le conseil ; planification de la stratégie de défense, notamment introduction de plaidoyer ; connaissance des fonctions du conseil de la défense, du procureur, du juge, du jury, de l'accusé, des témoins ; compréhension de la procédure judiciaire ; compréhension des accusations ; compréhension de l'éventail de peines encourues ; connaissance de l'issue probable ; aptitude à communiquer les faits pertinents au conseil ; aptitude à s'opposer de manière réaliste aux témoins de l'accusation ; aptitude à déposer de manière pertinente ; motivation desservant par opposition à servant l'accusé.

⁴³ Pirelli et al, *Psychology, Public Policy, and Law* 2011; <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/law-17-1-1.pdf>

⁴⁴ *Regina v M (John)* [2003] EWCA Crim 3452, Court of Appeal Criminal Division (Angleterre et Pays de Galles).

42. D'après ce que nous comprenons, Ieng Thirith doit répondre de quatre accusations. Il était difficile de lui poser des questions sur ces accusations parce que pour l'essentiel elle refusait de discuter de leur signification. Toutefois, après des questions répétées au cours des trois entretiens, nous avons constaté à différents moments les points suivants. Lui ayant posé des questions concernant les crimes contre l'humanité, elle a dit que c'était « très grave » et cela signifiait que « l'ensemble de la population d'un pays disparaissait ». Comme nous l'avons dit, elle a expliqué qu'elle n'avait jamais « tué » personne et a également dit que le meurtre signifiait « un homme tue un autre être humain ». Elle a expliqué que le génocide se référait à « l'ensemble de la population ». Interrogée sur la torture, elle a déclaré que « personne n'infligeait de tels maux ». Interrogée sur la persécution religieuse, elle a déclaré qu'elle ne « l'avait jamais constatée » et que « les Cambodgiens ne sont pas ambitieux » [traductions non officielles] (ce qu'il a semblé possible d'interpréter comme voulant dire que les Cambodgiens ne sont pas du genre à faire mal à d'autres groupes ethniques). Dans l'ensemble, nous avons eu l'impression qu'elle était apte à comprendre les accusations portées contre elle.
43. Nous avons inclus dans le critère « comprendre la procédure judiciaire » la compréhension de la procédure en audience, les interventions orales des témoins et des avocats en audience, et l'aptitude à communiquer de manière intelligible sur tout ce qui est dit par les témoins et les conseils. S'agissant de la procédure judiciaire, Ieng Thirith comprend manifestement le rôle du juge mais a des difficultés à comprendre la nature contradictoire de la procédure, même après une explication. En outre, nous avons eu le sentiment que les altérations des facultés cognitives de Ieng Thirith feraient obstacle à son aptitude à comprendre ce qui se dit en audience, à analyser et à évaluer les informations et à faire un commentaire intelligible à leur propos. En particulier, nous pensons qu'elle n'est pas apte à retenir suffisamment longtemps les informations provenant d'une déclaration faite en audience pour pouvoir présenter un commentaire intelligible à leur propos. En outre nous estimons que les notes qu'elle prend n'amélioreraient pas son aptitude à un niveau qui serait suffisant pour lui permettre de comprendre le déroulement de la procédure.

44. Nous avons compris dans le critère « comprendre les éléments de preuve dans les détails » l'aptitude à désigner les déclarations avec lesquelles elle n'est pas d'accord et l'aptitude à communiquer à son conseil sa version des événements et tout élément à décharge. Sur ces points, Ieng Thirith a montré une certaine aptitude. Elle n'était manifestement pas d'accord quand nous avons lu les accusations portées contre elle, et elle a présenté plusieurs moyens de défense quand nous lui avons demandé directement de le faire. Bien qu'à nos yeux ces moyens n'étaient pour l'essentiel pas crédibles, elle n'a pas moins l'aptitude à les exposer. Les moyens de défense étaient nombreux mais comprenaient l'affirmation qu'elle était trop jeune au moment où les atrocités auraient été commises, que sa mère l'a bien élevée et qu'une femme cambodgienne ne ferait jamais de mal à d'autres personnes. Sa mémoire concernant la fin des années 70 et ses activités durant cette période était altérée, et cela complique toute évaluation de cette aptitude. Toutefois, nous avons noté que de nombreux accusés de crimes graves disent souffrir d'une amnésie couvrant les crimes allégués, mais cela ne les empêche pas de participer au procès dans la mesure où ils comprennent les éléments de preuve dans leurs détails.
45. Nous avons compris que l'aptitude à donner des instructions à son avocat comprenait l'aptitude à collaborer avec le conseil, à lui communiquer les faits de l'espèce et à contribuer à la préparation de la défense. Nous avons eu l'impression qu'elle était capable de collaborer avec ses avocats, et elle disait que ses « avocats de la défense » essayaient de « m'aider » [traductions non officielles]. Il y a un recoupement avec la deuxième aptitude du paragraphe ci-dessus. S'agissant du troisième élément, nous pensons que Ieng Thirith doit avoir de difficultés considérables à contribuer à la préparation de sa défense en raison de l'altération de sa mémoire, non seulement associée à sa participation aux crimes allégués, mais aux souvenirs du contexte plus général de sa vie à cette période.
46. Ieng Thirith a refusé de répondre aux questions touchant aux conséquences d'une déclaration de culpabilité. Elle a toutefois montré une certaine aptitude à voir les conséquences d'être reconnue « folle ». Quand nous lui avons montré sur un ordinateur portable des articles de presse couvrant sa dernière participation à une audience, elle s'est reconnue sur la photo et elle a lu la légende en anglais mentionnant son nom. Elle a dit « ils n'osent plus m'appeler [en audience] parce que de nombreux personnes me

soutiennent ». Nous avons montré un autre article et elle a désigné le mot « démence »⁴⁵. Elle a été d'une manière indignée et a dit en khmer « vous voyez, ils m'accusent d'être folle [អ្នកឃ្នកចក្កុត], alors personne ne peut rien faire à une personne folle [*monous chhkuot*] » [traductions non officielles].

47. S'agissant de son aptitude à témoigner, nous l'avons comprise comme signifiant qu'elle pouvait comprendre les questions qui lui sont posées en audience, se concentrer sur les réponses et exprimer son point de vue de manière intelligible. Nous avons l'impression que selon ces critères, elle est suffisamment apte à témoigner. Notre sentiment était qu'elle n'avait pas de difficulté à comprendre nos questions et qu'elle était capable d'y répondre comme mentionné ci-dessus.

48. Nous notons que dans l'affaire *Le Procureur c/ Kovačević* les juges ont ajouté l'aptitude « pour ce qui est du choix et de l'interrogatoire des témoins » comme élément de l'aptitude à donner des instructions à son conseil⁴⁶. Ils ont également ajouté que les experts évaluant l'aptitude à être jugé devaient évaluer si l'accusé était en état « de décider, en toute connaissance de cause, de témoigner ou non à son procès et de répondre de manière pertinente aux questions qui lui seront posées par son Conseil, l'Accusation et la Chambre de première instance ». À notre connaissance, devant les juridictions internes qui nous sont familières (le Royaume-Uni et les États-Unis), désigner et interroger des témoins ne fait pas partie des critères d'aptitude à introduire un plaidoyer et à être jugé). En outre, à notre connaissance ce critère n'est pas pris en compte comme critère de recherche⁴⁷. Avec ces réserves, Ieng Thirith reconnaît les personnes qui lui sont familières, bien qu'elle puisse ne pas pouvoir les nommer ou préciser leurs fonctions. S'agissant de répondre de manière « pertinente » aux questions, Ieng Thirith a fourni des réponses pertinentes dans le sens où elle comprenait le sens des questions et que ses réponses présentaient des moyens de défense, bien qu'ils n'aient pas de cohérence interne dans le sens où ils contredisaient parfois certaines autres déclarations qu'elle avait faites. Par exemple, elle a affirmé à

⁴⁵ Article de l'AFP intitulé *KRouge court told defendant has dementia– Aug 29, 2011* : http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5i1Hw3req77Db1Lm_LgLuA7IzbRUw?docId=CNG.f17dd620575edb02954a7f8f0971f63b.13c1

⁴⁶ Affaire *Le Procureur c/ Vladimir Kovačević*, n° IT-01-42/2-I, 12 avril 2006. Version publique de la décision relative à l'aptitude de l'accusé à plaider coupable ou non coupable et à être jugé (doc. n° E111/3.1.2).

⁴⁷ Voir une étude exhaustive du contenu des instruments mesurant l'aptitude par Rogers et autres, *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2008; <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789940801947909>.

plusieurs occasions dans les entretiens avec nous qu'elle trop jeune à l'époque des crimes allégués.

49. S'agissant de la question 13 (xiv) de la Défense⁴⁸ nous estimons que Ieng Thirith pourrait suivre les audiences d'une autre pièce en utilisant des techniques audio-visuelles et que cela pourrait lui être utile dans une certaine mesure conjointement avec l'aide de son conseil et l'assistance de fonctionnaires comme l'ont souligné les co-procureurs dans leurs questions (paragraphe 11)⁴⁹. À notre connaissance il n'existe aucun résultat de recherche qui permette de répondre aux questions 13 (xv-xvi) de la Défense relatives aux moyens audio-visuels susceptibles d'améliorer l'aptitude à être jugé d'un accusé souffrant d'altération de ses facultés cognitives. Nous avons revu les recherches existantes sur le rétablissement de l'aptitude. Les programmes que nous avons trouvés adoptent pour l'essentiel une approche psycho-pédagogique⁵⁰. Les plus récentes ont concerné des personnes souffrant de difficultés d'apprentissage (également connue devant les tribunaux des États-Unis comme retard mental), mais selon nous cette approche conviendrait moins à la démence puisqu'elle s'appuie sur un capacité raisonnablement élevée à se souvenir des informations et des méthodes apprises récemment⁵¹.

⁴⁸ Doc. n° E111/3, 00738537-00738545, 2 septembre 2011.

⁴⁹ Doc. n° E111/2, 00738201-00738210, 2 septembre 2011.

⁵⁰ Voir, par exemple, les résumés d'articles suivants : Pendleton, *American Journal of Psychiatry* 1980; <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/137/9/1098>

Davis, *Hospital and Community Psychiatry* 1985 ;

<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/36/3/268>

Brown, *Hospital and Community Psychiatry* 1992;

<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/43/7/732>

Wall et al, *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 2003,

<http://www.jaapl.org/cgi/content/abstract/31/2/189>.

⁵¹ Cette méthode est la méthode "Slater" que l'on peut résumer comme suit : des documents sont présentés à l'accusé de manière à faire la différence entre la connaissance qu'il a de l'information et sa compréhension de l'information. La première phase de la formation est orientée vers la connaissance. Elle sert à donner à l'accusé des informations sur le déroulement de l'audience sans tentative de vérifier que les concepts soient compris. En revanche, dans la deuxième phase, ou formation orientée vers la compréhension, sont abordés les concepts plus complexes de compréhension, appréciation et raisonnement de manière à ce que l'accusé commence à saisir les conséquences que les accusations auront sur sa vie. À la suite de ces deux phases, les accusés participent à des jeux de rôle qui permettent d'examiner la tolérance de l'accusé au stress de l'audience. Des photos de salles d'audience fictives, avec tous les acteurs, servent également à encourager les discussions sur ce qui se passe en salle d'audience tout en offrant une représentation visuelle de l'expérience et renforce les concepts orientés vers la connaissance vus pendant la première phase. La formation est organisée en cinq modules abordant les points suivants : objectif de la formation, personnes présentes en salle d'audience, procédure de l'audience, communication et tolérance au stress. Les documents présentés dans les modules devraient le soient dans un ordre systématique sur différentes périodes. Les accusés rencontrent les formateurs entre un et cinq jours par semaine, les sessions allant de quelque minute à une heures. Les sessions se font en face à face, ce qui semble

50. Il existe peu de résultats de recherche sur le lien entre la démence et l'aptitude à être jugé. Dans une étude où ils comparaient des adultes âgés qui étaient et n'étaient pas compétents, des auteurs ont conclu que l'incompétence avait une corrélation avec un diagnostic de démence⁵². En outre, les pertes d'orientation et de mémoires ont une corrélation extrêmement étroite avec la démence. Il s'agit néanmoins de corrélations statistiques, et parmi le groupe de personnes compétentes, 20 % souffraient de démence, 8 % avaient des troubles d'orientation et 22 % des pertes de mémoire. Ces résultats de recherche vont dans le sens de la déclaration des juges dans l'affaire *Kovačević*, selon lesquels la question de l'aptitude n'est pas uniquement déterminée par le diagnostic des troubles mentaux ou somatiques dont souffre l'accusé ou par l'identification de ces troubles qui peuvent affecter le processus mental de l'accusé (page 18).⁵³ Dans une autre étude sur le rétablissement des aptitudes chez des accusés souffrant de démence, il a été constaté que des accusés ont réussi à rétablir leur aptitude, mais la population de cette étude avait 50 ans en moyenne et n'était donc pas représentative des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer⁵⁴. Parmi les éléments permettant de prévoir l'échec du rétablissement de l'aptitude se trouvaient le diagnostic de démence et l'âge avancé.

51. Nous savons que c'est à la Chambre qu'il revient de déclarer si Ieng Thirith est apte à être jugée. À titre professionnel, notre opinion est que les éléments de cette décision s'équilibrent et que la décision finale dépendra, entre autres, du seuil fixé par la Chambre à l'aptitude de comprendre le déroulement de la procédure (et l'aptitude associée à comprendre la procédure judiciaire). Selon nous, selon l'hypothèse la plus probable, d'après les examens que nous avons menés, elle ne comprend pas suffisamment. Ce point de vue est en partie influencé par le fait que les aptitudes de

être positif pour les personnes ayant des altérations des facultés intellectuelles. Le formateur refait chaque module au moins trois fois car selon les auteurs cela correspond à la fréquence minimale recommandée pour la rétention d'information. (Stoops et al, *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, April-June, 2007).

⁵² Frierson et al, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2002 ; <http://jaapl.org/cgi/content/abstract/30/2/252> (joint).

⁵³ Ce point est encore souligné dans une étude menée par un des auteurs du présent rapport, qui a conclu qu'un cinquième des patients pour qui un diagnostic clinique de démence avait été posé ont été évalués aptes à donner des instructions (Fazel et al, *Lancet* 1999: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369901911X>; joint). La démence est également un élément important dont la présence permet de prédire la probabilité de l'inaptitude légale des accusés âgés (Fazel et al, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.715/abstract>).

⁵⁴ Morris & Parker, *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252709000272>

Ieng Thirith changent, ce qui est normal au regard de sa démence. Nous maintenons nos préoccupations concernant sa compréhension bien que nous l'ayons interrogée dans son environnement habituel et à trois occasions distinctes. Nous pensons également que les aménagements évoqués au paragraphe 11 des questions des co-procureurs, à savoir des résumés oraux, des contacts réguliers et permanents pendant le procès, la présence de juristes khmérophones durant toutes les consultations⁵⁵ n'entraîneront pas les améliorations nécessaires qui lui permettront d'atteindre un niveau de compréhension suffisant pour comprendre le déroulement de la procédure. Nous avons présenté nos commentaires sur d'autres options possibles permettant d'améliorer son aptitude, au paragraphe 38 ci-dessus, et nous maintenons ce point de vue à savoir qu'elles n'amélioreront probablement pas ses facultés cognitives au point qu'elle puisse comprendre suffisamment le déroulement de la procédure.

Date	Nom	Lieu	Signature
9/10/2011	Seena Fazel	Oxford, Royaume-Uni	
10/10/2011	Koeut Chhunly	Phnom Penh	
10/10/2011	Lina Huot	Phnom Penh	
10/10/2011	Calvin Fones	Singapour	

⁵⁵ Doc. n° E111/2, 00738201-00738210, 2 septembre 2011.