



**អង្គជំនុំជម្រះវិសាមញ្ញក្នុងតុលាការកម្ពុជា**  
 Extraordinary Chambers in the Courts of Cambodia  
 Chambres Extraordinaires au sein des Tribunaux Cambodgiens

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**  
 Kingdom of Cambodia  
 Nation Religion King  
 Royaume du Cambodge  
 Nation Religion Roi

**អង្គជំនុំជម្រះសាលាដំបូង**

Trial Chamber  
Chambre de première instance

TRANSCRIPTION  
 AUDIENCE PRÉLIMINAIRE  
 PORTANT SUR L'APTITUDE À ÊTRE JUGÉ  
PUBLIC  
 Dossier n° 002/19-09-2007-CETC/CPI  
 30 août 2011

**ឯកសារដើម**  
**ORIGINAL/ORIGINAL**  
 ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ (Date): 06-Sep-2011, 09:53  
 CMS/CFO: Kauv Keoratanak

Devant les juges :

NIL Nonn, Président  
 Silvia CARTWRIGHT  
 YA Sokhan  
 Jean-Marc LAVERGNE  
 THOU Mony  
 YOU Ottara (suppléant)  
 Claudia FENZ (suppléante)

Pour les parties civiles :

PICH Ang  
 Élisabeth SIMONNEAU-FORT  
 SAM Sokong  
 Philippine SUTZ

Les accusés :

NUON Chea  
 IENG Thirith

Pour la Chambre de première instance :

SE Kolvuthy  
 Matteo CRIPPA  
 DUCH Phary

Pour les accusés :

SON Arun  
 Michiel PESTMAN  
 PHAT Pov Seang  
 Diana ELLIS  
 ANG Udom  
 Jasper PAUW

Pour le Bureau des co-procureurs :

SENG Bunkheang  
 Tarik ABDULHAK  
 PAK Chanlino  
 Sarah ANDREWS

Pour la Section de l'administration judiciaire :

UCH Arun

## TABLE DES MATIÈRES

LE TÉMOIN : Pr JOHN P. CAMPBELL

Interrogatoire par Me Ellis .....	page 1
Interrogatoire par M. Seng Bunkheang .....	page 72
Interrogatoire par M. Abdulhak .....	page 79
Interrogatoire par M. Lor Chunthy .....	page 96
Interrogatoire par Me Sutz .....	page 101
Interrogatoire par Me Simonneau-Fort .....	page 112
Interrogatoire par Me Ellis .....	page 113
Interrogatoire par Mme la Juge Cartwright .....	page 127
Interrogatoire par M. le Juge Lavergne .....	page 141

**Tableau des intervenants**

Langue utilisée sauf indication contraire dans le procès-verbal d'audience

<b>Intervenants</b>	<b>Langue</b>
M. ABDULHAK	Anglais
M. CAMPBELL	Anglais
Mme ELLIS	Anglais
Mme LA JUGE CARTWRIGHT	Anglais
M. LE JUGE LAVERGNE	Français
M. LOR CHUNTHY	Khmer
M. LE JUGE NIL NONN (Président)	Khmer
M. NUON CHEA	Khmer
M. PESTMAN	Anglais
M. PHAT POUV SEANG	Khmer
M. SENG BUNKHEANG	Khmer
Mme SIMONNEAU-FORT	Français
M. SON ARUN	Khmer
Mme SUTZ	Français

1

1 PROCÈS-VERBAL

2 (Début de l'audience: 9h03)

3 (Les juges entrent dans le prétoire)

4 (Le témoin, M. John Campbell, est introduit dans le prétoire)

5 M. LE PRÉSIDENT:

6 Veuillez vous asseoir. L'audience reprend.

7 La séance d'aujourd'hui poursuit sur le rapport du Pr Campbell

8 concernant la personne de Ieng Thirith.

9 Hier, nous avons terminé l'audience conjointe, audience pendant  
10 laquelle les juges ont posé des questions au Pr Campbell.

11 Et, aujourd'hui, Mme...

12 [9.04.39]

13 Me PHAT POUV SEANG:

14 Monsieur le Président, Madame, Messieurs les juges, mon nom est

15 Phat Pouv Seang. Je représente Ieng Thirith.

16 Ma consœur souhaite poser une question à la Cour.

17 Me ELLIS:

18 Monsieur le Président, Madame, Messieurs les juges, je souhaite

19 tout d'abord vous indiquer que nous ne souhaitons pas le huis

20 clos, à n'importe quel moment. Nous sommes d'avis qu'il s'agit là

21 d'une question d'intérêt public significatif et le sujet doit

22 être exploré en public dans la mesure du possible.

23 INTERROGATOIRE

24 PAR Me ELLIS:

25 Q. Professeur Campbell, il ne fait aucun doute que Ieng

2

1 Thirith souffre de déficience cognitive, n'est-ce pas?

2 M. JOHN CAMPBELL:

3 R. J'ai constaté une déficience à chaque fois que je l'ai  
4 rencontrée, et cela concorde avec les constatations d'autres  
5 personnes qui l'ont rencontrée.

6 Q. Plus précisément, le rapport d'expertise du Dr Brinded et  
7 du Pr Ka tirait la même conclusion?

8 R. Leurs constatations, deux ans avant les miennes, sont...  
9 concordent avec les miennes.

10 [9.06.24]

11 Q. Et, pour exclure la possibilité qu'une cause physique était  
12 la cause de cette déficience, les scanogrammes n'ont révélé  
13 aucune tumeur ou autre...

14 M. ABDULHAK:

15 Je dois soulever une objection. Cette façon de poser des  
16 questions mène le témoin à donner certaines réponses.

17 Les questions d'hier étaient plus ou moins semblables, mais nous  
18 ne nous étions pas objectés à cela car nous considérions que  
19 c'était de nature générale.

20 Je pense qu'aujourd'hui il sera plus... il serait mieux, plutôt,  
21 pour la Défense de poser des questions plus ouvertes plutôt que  
22 de lui demander de confirmer ce qui se retrouve dans les  
23 rapports.

24 Et si nous pouvions poursuivre de cette façon, ce serait idéal.

25 M. LE PRÉSIDENT:

3

1 Maître Ellis, vous pouvez répondre à cette objection des  
2 coproccureurs.

3 [9.08.06]

4 Me ELLIS:

5 Nous sommes d'avis que nous avons le droit de poser des questions  
6 au Pr Campbell.

7 La question que je lui ai posée cherchait une confirmation de sa  
8 méthodologie et de la façon dont il a tiré ses conclusions, et  
9 qu'il était probable que son diagnostic soit de maladie  
10 d'Alzheimer... dont souffrirait Ieng Thirith.

11 J'essaie donc de traiter brièvement et de résumer des questions  
12 qui ont été étudiées hier.

13 Et, avec tout le respect que je dois au Bureau des coproccureurs,  
14 je ne comprends pas le fondement même de leur objection.

15 Il s'agit d'un témoin expert. Je ne suis pas en train d'orienter  
16 le témoin. Je cherche à obtenir sa confirmation, et de voir si  
17 j'ai bien compris le procédé qui l'a porté à tirer la conclusion  
18 que la maladie est bel et bien la maladie d'Alzheimer.

19 [9.09.37]

20 M. ABDULHAK:

21 La différence est celle-ci: si vous posez la question qu'il n'y a  
22 aucun doute que quelque chose est vrai, eh bien, c'est une  
23 question qui oriente le témoin.

24 Nous voulons connaître l'opinion du témoin.

25 Et, comme Me Ellis l'a indiqué, il a déjà exprimé son opinion sur

4

1 plusieurs sujets.

2 Il faudrait simplement lui poser des questions ouvertes quant à  
3 sa conclusion plutôt que de lui suggérer quelle était sa  
4 conclusion et de chercher sa confirmation.

5 (Discussion entre les juges)

6 [9.10.53]

7 M. LE PRÉSIDENT:

8 Merci au coprocurateur pour ses observations.

9 La Chambre rappelle à la défense de Ieng Thirith qu'elle évite  
10 d'essayer d'orienter la réponse des témoins.

11 Me ELLIS:

12 Q. Professeur Campbell, après l'étude des scanographies,  
13 avez-vous tiré une conclusion qu'il existe une cause physique de  
14 la déficience cognitive?

15 M. JOHN CAMPBELL:

16 R. Le scanographe montrait une atrophie généralisée du cerveau  
17 qui est reliée, donc, à la maladie d'Alzheimer. Le lien entre les  
18 changements sur les scanogrammes et les déficiences cognitives  
19 n'est pas évident.

20 Q. Y avait-il des segments ou des tumeurs au cerveau?

21 R. Non.

22 [9.12.05]

23 Q. Avez-vous fait prélever... ou saviez-vous que des analyses  
24 sanguines avaient été faites pour voir s'il y avait des  
25 déficiences, des carences de vitamines ou d'hormones?

5

1 R. J'ai étudié les analyses sanguines lors de ma première  
2 visite et de la seconde. Il n'y a pas d'indication que des  
3 déséquilibres biochimiques puissent causer des déficiences  
4 cognitives.

5 Q. Ces carences notées, y a-t-il des médicaments qui peuvent  
6 être... qui pourraient être prescrits?

7 R. Oui, c'est exact, pour ces carences.

8 Q. Vous nous avez donc dit que vous aviez conseillé une  
9 réduction des médicaments psychotropes prescrits à Ieng Thirith  
10 afin de vous permettre de mieux évaluer si ces médicaments  
11 psychotropes avaient un effet sur son fonctionnement cognitif,  
12 n'est-ce pas?

13 R. C'est exact. Il est probable que la déficience cognitive  
14 soit due à plusieurs causes et que les médicaments qu'elle  
15 prenait pourraient être une des causes.

16 Q. Ayant réduit la posologie au point où elle ne prend plus  
17 deux des trois médicaments qu'elle prenait, vous n'avez remarqué  
18 aucune différence dans son fonctionnement cognitif, n'est-ce pas?  
19 [9.13.48]

20 R. C'est exact. Lors de l'évaluation que j'ai prise la semaine  
21 dernière, elle était un peu plus alerte, mais ça pourrait être  
22 simplement des fluctuations d'un jour à l'autre, et je ne dirais  
23 pas que cela est dû au changement "à" la posologie.

24 Q. Pouvez-vous nous expliquer ce qui vous a porté à croire  
25 qu'il était plus probable qu'elle souffre de la maladie

6

1 d'Alzheimer?

2 R. Cela a toujours été le problème sous-jacent le plus  
3 probable au niveau de... dégradation et la déficience. On a retiré  
4 un des facteurs importants et pourtant la déficience cognitive  
5 demeure.

6 Q. La maladie d'Alzheimer est-elle un type de démence?

7 R. C'est la cause la plus... la cause principale de démence.

8 Q. La démence est-elle une maladie qui touche l'intelligence  
9 et les capacités intellectuelles?

10 [9.15.05]

11 R. Oui.

12 Q. La démence mène-t-elle souvent à une perte de mémoire?

13 R. La perte de mémoire est une caractéristique principale de  
14 la démence.

15 [9.15.25]

16 Q. Et la perte d'attention aussi?

17 R. Oui.

18 Q. Une autre caractéristique est-elle la capacité de pouvoir  
19 entreprendre des tâches quotidiennes normales?

20 R. Oui.

21 Q. Des difficultés de communication?

22 R. Il peut y avoir un effet sur la parole, mais le problème  
23 principal avec... en communication et la perturbation du processus  
24 de la pensée.

25 Q. Donc, une fois la pensée perturbée, il devient difficile de

7

1 formuler des paroles et de s'exprimer verbalement par la suite?

2 R. Oui, c'est exact.

3 Q. La démence mène-t-elle aussi à la confusion, à la  
4 frustration?

5 R. Oui, bien souvent, c'est le cas. La personne est incapable  
6 de comprendre ce qui se passe autour d'elle et peut mal  
7 interpréter des événements.

8 Q. Est-il aussi souvent le cas que l'on peut observer des  
9 changements de personnalité et de comportement chez les personnes  
10 qui souffrent de démence?

11 [9.16.50]

12 R. Oui, et certains traits de caractère peuvent devenir plus  
13 évidents chez une personne atteinte de démence.

14 Q. Hier, vous avez suggéré que, face à certains des patients...  
15 que vous avez remarqué que des personnes développent des  
16 problèmes de comportement ou psychologiques. Est-ce là aussi une  
17 caractéristique typique de la démence?

18 R. Oui, des problèmes de comportement et autres maladies  
19 psychiatriques - et notamment la dépression.

20 Q. D'après ce que vous nous avez dit hier, il s'agit d'une  
21 maladie qui touche plus particulièrement les personnes âgées de  
22 65 ans et plus?

23 R. Le taux de prévalence du trouble augmente de façon  
24 exponentielle avec l'âge.

25 Q. Est-il vrai qu'il existe plusieurs types de démences, dont

8

1 l'Alzheimer en est une?

2 R. Oui, et, bien souvent, quelqu'un atteint de démence souffre  
3 de deux pathologies.

4 Q. Existe-t-il une démence vasculaire qui pourrait s'ajouter à  
5 la maladie d'Alzheimer?

6 R. Oui, c'est exact.

7 Q. La démence vasculaire découle-t-elle de vaisseaux sanguins  
8 bloqués?

9 R. C'est possible, et c'est aussi associé à une tension  
10 artérielle élevée et "les" problèmes cérébraux liés à la  
11 surtension... à l'hypertension.

12 [9.18.58]

13 Q. Dans... la démence peut-elle mener à des changements  
14 cérébraux qui pourraient mener à la mort de cellules nerveuses?

15 R. Oui. Les cellules nerveuses peuvent mourir, ce qui peut  
16 aussi entraîner la mort du neurone.

17 Q. J'aimerais maintenant vous poser des questions spécifiques  
18 sur les symptômes.

19 Est-il vrai que, lorsque vous faites l'examen de patient, vous  
20 cherchez à identifier une gamme de symptômes que l'on retrouve  
21 chez des gens souffrant de démence?

22 R. Oui. Bien souvent, les personnes atteintes de démence... il  
23 est possible que la personne elle-même n'ait pas conscience des  
24 symptômes.

25 Et il est très important de recevoir de l'information de gens qui

9

1 auraient pu observer des problèmes.

2 Q. Pour que ce soit bien clair: la raison pour laquelle je  
3 vous pose des questions sur les symptômes, c'est pour considérer  
4 si Ieng Thirith présente certains ou tous... ou chacun de ces  
5 symptômes, vous voyez?

6 [9.20.41]

7 Donc, vous avez parlé déjà de l'importance de la perte de mémoire  
8 dans cette maladie. Est-ce que cela commence d'abord par un oubli  
9 des événements récents et progresse... et la dégradation mène à un  
10 tel point que la mémoire à long terme est aussi touchée?

11 R. Oui, c'est le cas.

12 [9.21.11]

13 Q. Est-il possible que la perte de mémoire puisse mener à des  
14 fabulations?

15 R. Cela se produit dans certains cas de démence, moins  
16 souvent...

17 Q. Que veut-on dire par "confabulation"... ou "fabulation"...  
18 "affabulation"?

19 R. Il s'agit de trou...

20 Q. Est-il aussi possible que la mobilité de la personne se  
21 dégrade?

22 R. Cela se fait dans certains cas de maladie d'Alzheimer et  
23 dans certains autres cas de démence aussi.

24 Q. Les personnes touchées peuvent-elles avoir de la difficulté  
25 à reconnaître des objets?

10

1 R. C'est possible.

2 [9.22.42]

3 Q. Et d'avoir de la difficulté à poser des gestes quotidiens?

4 R. Oui, plus tard, il est possible qu'ils aient besoin d'aide  
5 pour leurs activités quotidiennes.

6 Q. Est-ce que cela peut mener aussi à une désorientation  
7 spatiale temporelle?

8 R. Oui.

9 [9.23.12]

10 Q. Est-ce que cela peut avoir une incidence sur le jugement de  
11 la personne?

12 R. Oui. C'est souvent un problème important au début de la  
13 démence... et certains autres types de démence.

14 Q. Est-ce que cela peut entraîner des difficultés de  
15 concentration? Et perdre le fil de sa pensée?

16 R. Oui.

17 Q. Et cela signifie-t-il que les patients peuvent se  
18 concentrer surtout sur la douleur plutôt que des concepts  
19 abstraits?

20 R. Je ne suis pas certain que la démence en soi cause de tels  
21 problèmes. Il est possible qu'ils aient des symptômes de douleur  
22 qu'ils ne parviennent pas à expliquer et cela peut mener à une  
23 certaine agitation.

24 [9.24.16]

25 Q. Et ces symptômes qui, vous l'avez dit, se retrouvent chez

11

1 les patients atteints de démence empirent-ils avec le temps?

2 R. La progression est en effet une caractéristique d'une  
3 maladie démentielle.

4 Q. Vous avez parlé de la tension artérielle élevée comme étant  
5 un indicateur, n'est-ce pas?

6 [9.24.55]

7 R. C'est plutôt un facteur de risque. Les gens avec une  
8 tension artérielle élevée sont plus à risque.

9 Q. Et si les gens font de l'hypertension pendant de longues  
10 années, est-ce que cela augmente... est-ce que le risque augmente...  
11 le plus longtemps on souffre de cela?

12 R. Oui, la maladie d'Alzheimer est reliée à une hypertension  
13 précoce mais, ce qui est paradoxal, c'est qu'au fur et à mesure  
14 que la maladie d'Alzheimer progresse, la tension artérielle  
15 baisse, en fait.

16 [9.25.42]

17 Q. Des questions cardiaques peuvent-elles mener à cela?

18 R. Eh bien, la fibrillation peut mener à des accidents  
19 cérébraux vasculaires, mais il y a des facteurs de maladie  
20 cardiaque qui sont aussi des facteurs de maladie d'Alzheimer.

21 Q. Qu'en est-il de la tachycardie? Il s'agit là donc d'un  
22 battement de cœur irrégulier?

23 R. Non, je ne crois pas que cela soit associé à la démence.

24 Q. J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les  
25 antécédents médicaux généraux de Ieng Thirith. Tout d'abord, ce

12

1 que l'on sait d'elle, c'est-à-dire ses antécédents préalables à  
2 sa détention en 2007. Vous avez lu le rapport d'expertise du Pr  
3 Ka et du Dr Brinded?

4 [9.27.07]

5 Vous dites "oui" de la tête, mais je... pour les fins de la  
6 transcription, vous devez le dire.

7 R. Oui, je les ai lus.

8 Q. Dans ce rapport, les médecins font référence à plusieurs  
9 troubles médicaux dont elle a souffert au fil des ans.  
10 On le retrouve dans le dossier, et l'hôpital international  
11 Bumrungrad de Bangkok a des dossiers médicaux pour Ieng Thirith  
12 remontant à 2004, décembre 2004. Avez-vous consulté des rapports  
13 médicaux avant cette date?

14 R. Non, pas avant cette date.

15 [9.28.13]

16 Q. Le rapport de novembre 2009 du Pr Ka et du Dr Brinded vous  
17 avait-il indiqué que Ieng Thirith souffrait de troubles physiques  
18 multiples, et tels que notés de 2004 à 2007?

19 R. Oui, et j'ai procédé à une nouvelle évaluation de ses  
20 conditions physiques.

21 Q. Un de ses troubles est l'anémie. Y a-t-il un lien entre  
22 l'anémie et sa déficience cognitive?

23 R. Non. Ses analyses sanguines indiquaient une anémie légère,  
24 mais rien qui pourrait être relié à une déficience cognitive.

25 [9.29.13]

13

1 Q. On a déjà diagnostiqué un trouble rénal bilatéral. Il  
2 s'agit donc d'une maladie des reins. Cela a-t-il un impact, une  
3 incidence quelconque sur son fonctionnement cognitif?

4 R. Non, sa maladie rénale est légère et je ne supposerais pas  
5 qu'il pourrait y avoir un lien avec les fonctions cognitives.

6 Q. Y a-t-il une cause connue de ses problèmes de reins? Est-ce  
7 que c'est relié à l'hypertension?

8 R. Sans doute, l'hypertension est liée à son âge. Elle a aussi  
9 des antécédents d'infection urinaire, mais cela aurait pu causer  
10 une déficience aiguë à ce moment-là.

11 Q. Elle a une mention diagnostique d'arthrite de la colonne.  
12 Diriez-vous que cela a une incidence sur son fonctionnement  
13 cognitif?

14 R. Non.

15 [9.30.48]

16 Q. Elle a aussi reçu un diagnostic de cardiomégalie,  
17 c'est-à-dire un cœur élargi?

18 R. Oui, mais le fonctionnement cardiaque est bien préservé.

19 Q. Vous dites avoir constaté de la tachycardie décrite comme  
20 une tachycardie particulière. Est-ce que, à votre avis, cela  
21 contribue à son état?

22 [9.31.18]

23 R. Non, ce type de tachycardie est tel que le cœur bat  
24 normalement, sauf quand la personne est anxieuse ou  
25 particulièrement agitée.

14

1 Q. De 2004 à 2007, il y a des signes clairs qui sont au  
2 dossier et qui montrent qu'il existe un problème constant  
3 d'hypertension?

4 R. Effectivement, elle a été traitée pour ce problème  
5 d'hypertension.

6 Q. Est-ce qu'un taux de cholestérol élevé a une incidence  
7 quelconque sur un trouble de démence?

8 [9.32.06]

9 R. C'est lié à un risque accru de démence vasculaire et aussi  
10 de maladie d'Alzheimer.

11 Q. Est-ce que vous avez relevé son niveau de cholestérol?

12 R. J'ai vu les résultats. Je ne me souviens plus du chiffre  
13 exact, mais ça n'a jamais été très élevé. Et, avec la maladie  
14 d'Alzheimer, le taux de cholestérol peut baisser.

15 Q. Le seul autre trouble d'ordre général que je voudrais  
16 évoquer est quelque chose qui a été évoqué hier. Elle a eu une  
17 opération chirurgicale de remplacement de la hanche le 7 janvier  
18 2006.

19 R. C'était à la suite de sa fracture de la hanche.

20 [9.33.11]

21 Q. Selon les dossiers, cette fracture avait été provoquée par  
22 une chute?

23 R. Oui, elle est tombée. Elle avait aussi de l'ostéoporose, ce  
24 qui accroissait le risque de fracture.

25 Q. Avant le remplacement de la hanche, qui a eu lieu le 7

15

1 janvier, vous nous avez dit hier que vous saviez qu'on lui avait  
2 fait une scanographie le 6 janvier 2006. Est-ce que vous  
3 considérez qu'une scanographie n'est pas une opération effectuée  
4 systématiquement?

5 R. Effectivement, il faut des indications particulières pour y  
6 procéder.

7 [9.34.25]

8 Q. Sur la base du rapport dont vous avez eu connaissance,  
9 est-ce que vous pouvez confirmer que le signe qui a donné lieu à...  
10 le symptôme qui a donné lieu à cette scanographie, c'était qu'on  
11 avait noté de la confusion chez Ieng Thirith?

12 R. Elle était agitée à l'époque de sa fracture, c'est pourquoi  
13 on a fait une scanographie pour éviter tout caillot sanguin... pour  
14 repérer tout caillot sanguin.

15 Q. Cette scanographie a montré l'existence d'une atrophie  
16 cérébrale générale?

17 R. Je n'ai pas vu le rapport, mais j'ai vu des observations  
18 sur le rapport. Je n'ai pas vu moi-même les négatifs.

19 Q. (Intervention non interprétée.)

20 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

21 Question malheureusement hors micro.

22 Me ELLIS:

23 Q. N'avez-vous pas pris connaissance du rapport daté du 6  
24 janvier, lequel décrit les conclusions qui ont été tirées à  
25 l'époque?

16

1 [9.35.46]

2 M. JOHN CAMPBELL:

3 R. J'ai vu un exemplaire du rapport. Cela est mentionné dans  
4 le rapport Brinded-Ka Sunbaunat.

5 Q. Merci.

6 C'est après l'opération à la hanche que l'on a constaté que Ieng  
7 Thirith était affectée sur le plan psychologique. Elle avait des  
8 vertiges, des insomnies, et son comportement est devenu  
9 inquiétant.

10 Cette réaction postopératoire est-elle, comme je le pense, plus  
11 probable chez un patient qui est vulnérable?

12 R. C'est effectivement plus probable, mais ça peut se produire  
13 aussi chez des patients qui n'avaient pas de déficience cognitive  
14 antérieurement.

15 Q. Mais, lorsqu'il y a déjà un certain degré de déficience, la  
16 probabilité est plus élevée qu'il y ait un délire postopératoire  
17 ainsi que d'autres symptômes?

18 R. Effectivement.

19 [9.37.15]

20 Q. Je vais revenir plus en détail sur les scanographies mais,  
21 avant cela, je voudrais traiter de manière générale des dossiers  
22 et des rapports médicaux dont vous avez pu prendre connaissance  
23 et qui portaient sur Ieng Thirith, et qui portaient sur la  
24 période de sa détention ainsi que la période précédant  
25 immédiatement son arrivée au centre de détention.

17

1 [9.37.52]

2 Vous nous avez dit que vous aviez pris connaissance du rapport  
3 daté du 13 novembre 2007, rapport établi par le directeur de  
4 l'hôpital international Bumrungrad. Dans ce rapport, il était  
5 fait mention du fait qu'elle souffrait de troubles psychiques, de  
6 problèmes rénaux chroniques et d'hypertension artérielle?

7 R. Effectivement.

8 Q. Avez-vous constaté que, dans ce rapport, il était également  
9 indiqué que la patiente devait prendre des médicaments  
10 régulièrement pour son état mental?

11 R. Oui, la médication était en cours. Elle s'est poursuivie.  
12 On s'est demandé s'il y avait un élément psychiatrique  
13 sous-jacent. On a pensé que, s'il y avait un problème de délire,  
14 cette solution n'était pas recommandée.

15 [9.39.00]

16 Q. Sur la base des documents que vous avez vus, est-ce que  
17 vous pouvez bien confirmer que, lorsque Ieng Thirith a quitté  
18 l'hôpital à Bangkok, entre le 22 février et la mi-août 2006... Ieng  
19 Thirith, donc, était une patiente externe?

20 R. Effectivement.

21 Q. Pour pouvoir traiter Ieng Thirith, en particulier pour ses  
22 autres problèmes de santé physique, Ieng Thirith a régulièrement  
23 visité l'hôpital jusqu'au mois d'octobre 2007.

24 Et cela, vous l'avez constaté sur la base des documents que vous  
25 avez pu consulter, n'est-ce pas?

18

1 [9.39.54]

2 R. Effectivement.

3 Q. Les médicaments qui lui étaient prescrits, y compris les  
4 médicaments ayant pour fonction de traiter l'état mental, ont été  
5 administrés pendant un certain temps et jusqu'au moment de son  
6 admission au centre de détention?

7 R. A ma connaissance, oui, elle prend ces médicaments depuis  
8 lors.

9 Q. Apparemment, selon les médecins de Bumrungrad, ces  
10 médicaments doivent être pris régulièrement?

11 R. C'était effectivement leur recommandation à l'époque.

12 Q. Cela, c'était le 20 novembre 2007, n'est-ce pas?

13 [9.41.10]

14 R. Je vous crois sur parole. Sinon, je devrai vérifier.

15 Q. On y reviendra s'il faut faire référence aux chiffres.  
16 Sur la base des documents, vous nous dites que Ieng Thirith a été  
17 admise le 22 février 2008 à l'hôpital. Ieng Thirith crachait du  
18 sang en toussant et, à ce moment-là, on a posé un diagnostic de  
19 trouble mental, n'est-ce pas?

20 R. Effectivement. Ça figure dans les notes.

21 [9.42.04]

22 Q. Dans ces notes, il est aussi indiqué qu'elle souffrait  
23 d'anémie à l'époque, n'est-ce pas?

24 R. Effectivement, ça figure dans ces notes.

25 Q. Les médecins de l'hôpital Calmette ont fait des rapports

19

1 réguliers lorsque Ieng Thirith était au centre de détention. Vous  
2 avez pris connaissance de ces rapports, n'est-ce pas?  
3 Le premier de ces rapports date du 7 mars 2009 et le dernier date  
4 de la mi-août de 2011. Vous avez pris connaissance de ces  
5 rapports également, n'est-ce pas?

6 R. Oui.

7 [9.42.57]

8 Q. Je ne vais pas passer en revue de manière détaillée tous  
9 ces rapports, mais pouvez-vous confirmer que son état mental a  
10 été décrit de façon répétée comme caractérisé par des troubles  
11 mentaux, des passages de nervosité ainsi qu'un trouble psychique,  
12 de l'hypertension et des insomnies?

13 R. Oui.

14 Q. C'est ce que l'on retrouve dans tous les rapports qui ont  
15 été établis régulièrement, n'est-ce pas?

16 R. Oui.

17 [9.43.46]

18 Q. Et cela, c'était malgré l'emploi continu de médicaments  
19 ayant pour fonction de calmer la patiente et de surveiller tout  
20 trouble psychologique?

21 R. C'est un élément important. Les symptômes se sont  
22 poursuivis malgré les médicaments. Paradoxalement, ces  
23 médicaments peuvent parfois aggraver le problème plutôt que  
24 l'atténuer.

25 Q. J'aimerais à présent en venir aux médicaments que Ieng

20

1 Thirith a pris. Sur la base des informations qui se trouvent dans  
2 le document communiqué par le directeur de l'hôpital Calmette en  
3 date du 27 juillet de cette année, à nouveau, Professeur  
4 Campbell, ce sont là des informations dont vous avez eu  
5 connaissance, n'est-ce pas?

6 [9.45.04]

7 R. Oui.

8 Q. Elle prenait 12 sortes de médicaments différentes, n'est-ce  
9 pas?

10 R. Elle prend beaucoup de médicaments.

11 Q. J'espère que vous me faites confiance pour ce qui est des  
12 calculs. Elle prenait des médicaments contre les troubles  
13 gastriques, n'est-ce pas?

14 R. Oui.

15 Q. Des médicaments diurétiques contre les problèmes rénaux?

16 [9.45.54]

17 R. Oui.

18 Q. Elle prenait du paracétamol. Vous avez recommandé une  
19 augmentation de la dose, n'est-ce pas?

20 R. Oui, je pensais que la dose n'était pas efficace.

21 Q. Elle prenait des médicaments contre le stress et l'anxiété?

22 R. Elle prenait les... trois médicaments contre le stress et  
23 l'anxiété.

24 Q. Est-ce que l'Euphytose est l'un d'entre eux?

25 R. Je pense que c'est un remède naturel. J'ai utilisé le... on

21

1 peut utiliser le terme approprié plutôt que le terme commercial.

2 Q. Quoi qu'il en soit, ce médicament soigne le stress et  
3 l'anxiété, n'est-ce pas?

4 R. Oui.

5 Q. Elle prenait du Lipitor, qui est un médicament destiné à  
6 faire baisser le taux de cholestérol, n'est-ce pas?

7 R. Oui.

8 [9.47.13]

9 Q. Elle prenait aussi des médicaments contre l'anémie et  
10 contre l'hypertension?

11 R. Oui, des médicaments contre l'hypertension.

12 Q. Des médicaments visant à préserver l'état des os, n'est-ce  
13 pas?

14 R. Du calcium et des vitamines D.

15 Q. Egalement d'autres médicaments liés au fonctionnement des  
16 reins?

17 R. Oui...

18 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

19 Un certain médicament dont l'interprète n'a malheureusement pas  
20 pu saisir le nom.

21 Me ELLIS:

22 Q. Ainsi que du clonazépan. Est-ce que c'est un médicament qui  
23 est prescrit contre l'anxiété et les problèmes de sommeil?

24 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

25 Réponse hors du micro.

1 M. JOHN CAMPBELL:

2 R. (Début de l'intervention non interprétée: microphone  
3 fermé)... C'est une benzodiazépine, qui est un sédatif et qui est  
4 utilisée contre l'anxiété et certains troubles neurologiques  
5 spécifiques.

6 Q. La quétiapine était prescrite à Ieng Thirith. Est-ce que  
7 c'est un médicament contre les troubles bipolaires, la dépression  
8 et la schizophrénie?

9 R. Pas vraiment contre la dépression, plutôt la schizophrénie  
10 et les troubles bipolaires et les troubles importants du  
11 comportement. C'est un fort médicament psychotrope.

12 [9.48.41]

13 Q. C'est ce que j'allais vous demander: c'est un médicament  
14 puissant, n'est-ce pas?

15 R. Oui.

16 Q. D'après ce que vous nous avez dit, la réduction de la dose  
17 des benzodiazépines a à présent été achevée. Pour ce qui est de  
18 la quétiapine, on a commencé à baisser la dose, n'est-ce pas?

19 R. Effectivement, l'idée, c'était de procéder à une réduction  
20 graduelle s'étalant sur une période de quatre semaines.

21 Q. Ai-je raison de dire que, lorsque vous avez proposé de  
22 réduire la dose de quétiapine, vous avez été confronté à la  
23 résistance des médecins de l'hôpital de Calmette - les médecins  
24 qui traitaient Ieng Thirith - parce que ces médecins craignaient  
25 fort ou considéraient que ces médicaments étaient nécessaires

23

1 pour la stabilité de la patiente?

2 R. Effectivement. Voulez-vous que je m'étende sur les raisons  
3 de ces préoccupations et les raisons pour lesquelles on a procédé  
4 à cette réduction?

5 Q. Si vous pensez que cela est utile, je ne voudrais pas vous  
6 empêcher de vous appesantir sur quelque sujet que ce soit.

7 [9.50.14]

8 R. Merci.

9 Lorsqu'une personne prend un médicament depuis longtemps et que  
10 la dose est stable, il est toujours difficile de modifier... de  
11 changer la dose.

12 Si le médicament est pris contre un problème de court terme, par  
13 exemple, contre de l'agitation en cas de délire, il faut revoir  
14 l'utilisation et essayer de sevrer la personne de ce médicament.

15 Si la personne a pris le médicament pendant longtemps, les effets  
16 de... ne sont pas toujours évidents. J'ai pensé qu'une réduction  
17 graduelle sous supervision médicale était dans son intérêt.

18 [9.51.07]

19 Q. Vous avez expliqué pourquoi vous avez conseillé la  
20 réduction de la dose. Il y avait aussi des préoccupations de la  
21 part des médecins de Calmette, préoccupations qui ont été  
22 surmontées apparemment.

23 Ces médecins voulaient éviter de déstabiliser la patiente parce  
24 qu'à leurs yeux ces médicaments permettaient de contrôler son  
25 comportement, n'est-ce pas?

24

1 [9.51.35]

2 M. ABDULHAK:

3 Monsieur le Président, une fois de plus, nous revenons à des  
4 questions du même genre.

5 Nous ne voulions pas faire d'objection au début. Nous ne voulions  
6 pas interrompre l'oratrice, mais on demande à présent à l'expert  
7 l'avis de parties tierces et on demande à l'expert de confirmer  
8 certaines choses, certaines conclusions.

9 Peut-être que toutes ces conclusions figurent dans les rapports,  
10 mais je pense que les questions devraient être posées de manière  
11 ouverte, dans l'intérêt de chacun.

12 [9.52.17]

13 Me ELLIS:

14 Monsieur le Président, lorsqu'il existe un document qui exprime  
15 très clairement la position d'un autre médecin, et lorsque ce  
16 document a été examiné par le Dr Campbell, je n'ai pas eu  
17 l'impression qu'il était déplacé de poser au Dr Campbell des  
18 questions sur le contenu de ce document.

19 Une fois de plus, je ne comprends pas la nature des objections  
20 émises par mon éminent confrère. Cela nous permet de gagner  
21 beaucoup de temps.

22 Le Pr Campbell a vu tous ces documents. Il s'est entretenu avec  
23 les autres médecins. Il est parfaitement en mesure de dire, le  
24 cas échéant, que de telles préoccupations n'existaient pas.

25 Je ne comprends donc pas l'objection, ni quant à sa nature ni

25

1 quant à la façon dont elle a été soulevée.

2 (Discussion entre les juges)

3 [9.54.29]

4 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

5 Merci, Monsieur le Président.

6 Maître Ellis, le Président m'a demandé de vous indiquer que vos  
7 questions, une fois de plus, allaient être bientôt l'équivalent  
8 d'imputer certains propos à l'expert. Il serait bon que vous vous  
9 absteniez de ce faire.

10 [9.55.02]

11 Me ELLIS:

12 Q. J'ai les documents devant moi et je pourrais donc le faire.  
13 Professeur Campbell, vous avez vu le document du 29 juin de cette  
14 année, document émanant du directeur général de l'hôpital  
15 Calmette?

16 Ce document informe l'administration des CETC au sujet de l'avis  
17 des médecins de Calmette quant à la réduction de la dose du  
18 clonazépam et de la quétiapine?

19 M. JOHN CAMPBELL:

20 R. Oui, j'ai vu ce document. C'était avant la téléconférence.

21 Q. Merci. Voulez-vous vous pencher à nouveau sur le document  
22 pour vous remémorer sa teneur ou bien est-ce que vous acceptez  
23 que je donne lecture du paragraphe en question?

24 [9.56.27]

25 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

26

1 Maître Ellis, pouvez-vous citer la référence aux fins de la  
2 transcription?

3 Me ELLIS:

4 Ce document ne porte pas de cote, mais je vais le communiquer à  
5 la Chambre lorsque nous ferons une pause, si vous m'y autorisez.

6 Q. Dans le document signé par le Dr Chheang Ra, le passage  
7 pertinent est le suivant:

8 "La dose de quétiapine ne doit pas être réduite et interrompue de  
9 manière constante car l'état de santé s'est amélioré et stabilisé  
10 parce qu'elle a pris ce médicament depuis avant 2007."

11 [9.57.25]

12 M. JOHN CAMPBELL:

13 R. J'ai connaissance de ce paragraphe. Il est difficile  
14 d'attribuer la stabilité ou l'amélioration éventuelle à ce  
15 médicament parce qu'il n'y a pas eu de changement de médication  
16 au cours de cette époque.

17 [9.57.42]

18 Q. Venons-en aux scanographies - et uniquement aux  
19 scanographies cérébrales.

20 Le premier scanogramme connu date du 6 janvier 2006. A vous  
21 entendre, vous n'avez pas eu l'occasion de prendre connaissance  
22 du scanogramme original, mais uniquement du rapport établi par  
23 les Drs Brinded et Ka?

24 R. Effectivement.

25 Q. Je prie la Chambre de me donner quelques instants.

27

1 Vous avez vu les questions que nous avons préparées à la demande  
2 du tribunal? Des questions que vous deviez considérer dans  
3 l'élaboration de votre rapport? Vous en souvenez-vous?

4 R. Oui, et j'ai lu ces questions.

5 Q. Pouvez-vous nous dire s'il existe des facteurs importants  
6 reliés à certains aspects de ce rapport? Pouvez-vous nous  
7 expliquer les changements?

8 [10.00.58]

9 R. Ce sont des changements cérébraux que l'on voit chez  
10 quelqu'un qui souffre d'hypertension depuis longtemps. La  
11 difficulté est qu'il ne s'agissait pas d'une caractéristique  
12 principale des scans suivants. Ces changements seraient  
13 permanents. C'est pourquoi il est difficile de faire des  
14 observations sans avoir vu les pellicules moi-même.

15 [10.01.28]

16 Q. Y a-t-il une importance particulière à une référence au  
17 lobe frontal dans le passage que je viens de vous lire?

18 R. Le lobe frontal est en effet affecté et touché par ce type  
19 de trouble.

20 Q. Si les lobes frontaux sont touchés, cela a-t-il une  
21 incidence sur le fonctionnement cognitif du patient?

22 R. Le lobe frontal est essentiel pour poser un jugement et  
23 pour la planification d'activités et aussi le contrôle de soi.

24 [10.02.18]

25 Q. Vous dites que tout changement à cette partie du cerveau

28

1 est permanent. Donc, les médicaments que vous suggérez n'auraient  
2 aucun effet là-dessus?

3 R. Il s'agit d'un médicament surtout pour l'Alzheimer et pas  
4 la démence vasculaire. Et les changements que l'on voit ici sont  
5 associés à la démence vasculaire, et il n'y a pas eu de  
6 changement évident dans les scans subséquents.

7 Q. Et pourquoi, dites-vous?

8 [10.02.56]

9 R. Eh bien, il est difficile... à expliquer sans voir les  
10 changements eux-mêmes par rapport à la scanographie d'origine.

11 Q. Un autre changement...

12 J'aimerais d'abord dire que ce document est au dossier. L'ERN, si  
13 vous la souhaitez, est 00... 00157503.

14 Donc, le système ventriculaire était dilaté de façon modérée.

15 Est-ce que cela vous indique quoi que ce soit à propos des  
16 fonctions cognitives de Ieng Thirith?

17 R. C'est difficile. Comme je l'ai dit, il s'agirait d'un  
18 changement conforme à la maladie d'Alzheimer, mais que l'on peut  
19 remarquer chez des personnes âgées qui ont des fonctions  
20 cognitives bien préservées.

21 [10.04.07]

22 Q. La conclusion du médecin qui avait élaboré ce rapport - et  
23 je cite - était qu'il y avait: "Atrophie cérébrale généralisée  
24 et... de matière blanche bilatérale frontale, ce qui suggérerait  
25 une maladie des petits vaisseaux et des changements à la matière

29

1 blanche non spécifique... reliés à l'âge."

2 R. Oui, j'ai lu ce rapport.

3 Q. "Atrophie généralisée": s'agit-il d'une réduction de la  
4 taille du cerveau?

5 R. Oui.

6 [10.04.49]

7 Q. Est-ce qu'une réduction du cerveau peut être suivie d'un  
8 élargissement par la suite?

9 R. Non.

10 Q. Comme vous l'avez dit, il est difficile pour vous de faire  
11 des observations sans avoir vu la scanographie d'origine.  
12 Serait-il votre opinion... et dites-moi si ce n'est pas le cas,  
13 mais serait-il votre opinion que vos constatations sont conformes  
14 à des débuts de démence?

15 R. Oui, ce serait le cas.

16 Q. Puis, les autres scanographies que l'on retrouve dans les  
17 documents: le 13 novembre 2007, Ieng Thirith a subi une  
18 scanographie faite sans injection.

19 Avez-vous lu un rapport sur cette scanographie et avez-vous vu  
20 les pellicules?

21 R. Oui, j'ai lu le rapport et j'ai vu les pellicules.

22 [10.06.29]

23 M. LE PRÉSIDENT:

24 Maître Ellis, voulez-vous attendre un instant?

25 Me Son Arun souhaite prendre la parole.

30

1 Maître Son Arun?

2 Me SON ARUN:

3 Mes excuses pour l'interruption, mais mon client a indiqué qu'il  
4 ne peut demeurer assis dans la salle d'audience.

5 Pourrait-il rentrer à la salle de détention, s'il vous plaît?

6 [10.07.14]

7 M. LE PRÉSIDENT:

8 Après avoir entendu cette requête et après avoir entendu que Nuon  
9 Chea a des préoccupations vis-à-vis de son état de santé...

10 Cette audience porte sur les rapports d'expertise concernant Ieng  
11 Thirith et pas Nuon Chea.

12 Toutefois, la demande n'est pas possible car il y aura une autre  
13 séance, qui requiert la présence de Nuon Chea. Nuon Chea peut  
14 demeurer à la cellule de détention du tribunal et pas "le" centre  
15 de détention, et demeurera disponible pour l'audience  
16 individuelle.

17 Les gardes de sécurité peuvent raccompagner Nuon Chea à la  
18 cellule de détention.

19 (L'accusé Nuon Chea est reconduit hors du prétoire)

20 Vous avez la parole, Maître Ellis.

21 [10.09.05]

22 Me ELLIS:

23 Q. La scanographie de novembre 2007 est décrite comme ayant  
24 été faite sans injection. Pourriez-vous nous expliquer la  
25 différence entre une scanographie avec et sans injection?

31

1 [10.09.22]

2 M. JOHN CAMPBELL:

3 R. L'injection d'un agent de contraste permet de révéler, par  
4 exemple, une tumeur sous-jacente. Elle est faite avec... il faut  
5 faire attention car elles peuvent "avoir" des difficultés pour  
6 les personnes qui ont des difficultés rénales.

7 Q. Qu'avez-vous remarqué à l'étude de cette scanographie de  
8 novembre 2007?

9 R. Cette scanographie présentait une atrophie cérébrale,  
10 c'est-à-dire une réduction du cerveau généralisée.

11 Q. Puis, le 13 octobre 2009, Ieng Thirith a subi une autre  
12 scanographie. Avez-vous consulté ce document?

13 Je ne crois pas que vous y fassiez référence dans votre rapport  
14 quand vous expliquez lesquelles scanographies vous aviez  
15 consultées.

16 Dans votre rapport d'expertise, au paragraphe 6, page 3, vous  
17 indiquez que vous... vous faites référence au 13 octobre 2007 - au  
18 paragraphe 6.

19 Il semblerait que ce soit une erreur. En fait, c'était novembre  
20 2007. Etes-vous d'accord pour dire que vous n'avez pas vu la  
21 scanographie d'octobre, mais c'était bien "en" novembre?

22 [10.11.41]

23 R. Oui, en effet.

24 Q. Puis vous faites référence à une scanographie de la tête du  
25 22 octobre 2009?

32

1 R. Oui. C'était la scanographie la plus récente quand je l'ai  
2 vue la première fois. Et j'ai vu, donc, "le" plus récent.

3 [10.12.16]

4 Q. Vous dites donc que le document E110/2.3.9, c'est-à-dire  
5 une scanographie d'octobre 2009... vous dites que vous n'aviez pas  
6 vu ce document, n'est-ce pas?

7 R. Pourriez-vous préciser? Vous dites: 13 octobre 2009?

8 Q. Oui. C'est l'information qu'on nous a donnée et... sur le  
9 document que je viens de citer.

10 [10.12.55]

11 R. En avez-vous un du 22 octobre - car c'est la date que j'ai  
12 ici?

13 Q. Oui.

14 R. Je soupçonne qu'il n'y a qu'une seule scanographie.

15 Q. Oui, c'est pourquoi je voulais vous demander pourquoi l'on  
16 ferait deux scanographies en si peu de temps?

17 R. Non. Aucune raison. C'est pourquoi, je présume qu'il s'agit  
18 en fait de la même scanographie.

19 Q. Est-il conseillé de faire une scanographie, à moins que ce  
20 soit nécessaire pour un diagnostic?

21 R. Non, pas du tout.

22 [10.13.35]

23 Q. Pourquoi?

24 R. Eh bien, parce que cela ne montrera rien d'important. Ça  
25 coûte très cher. Et il y a aussi exposition à des radiations.

33

1 Q. A votre étude de la scanographie du 22 octobre 2009,  
2 avez-vous eu la possibilité de comparer ce scan avec celui  
3 remontant deux ans auparavant, en 2007?

4 R. Oui, je les ai étudiés.

5 Q. Et quelle était votre conclusion quant à ce que  
6 présentaient ces scans?

7 R. Tous les scans que j'ai étudiés présentent une atrophie  
8 cérébrale généralisée.

9 [10.14.39]

10 Q. Et montrent-elles aussi une atrophie des lobes temporaux  
11 frontaux?

12 R. Cela fait partie de l'atrophie généralisée.

13 Q. Et l'importance de cette atrophie des lobes frontaux: vous  
14 dites que ces lobes sont importants pour le contrôle du  
15 comportement, des émotions? Des lobes endommagés pourraient  
16 donner des confabulations, n'est-ce pas?

17 R. Ils peuvent causer ces changements. Toutefois, il n'existe  
18 pas de bonne corrélation entre ces signes et le degré d'atrophie  
19 présente dans les scans.

20 [10.15.22]

21 Q. Est-ce parce qu'il est possible d'avoir un certain niveau  
22 d'atrophie généralisée du cerveau sans pour autant présenter de  
23 symptômes externes?

24 R. Oui, c'est le cas.

25 Q. Est-ce pourquoi vous avez donc accordé une importance

34

1 particulière à votre observation et celle des autres?

2 [10.15.58]

3 R. Oui. Les scanographies font partie d'une vue d'ensemble. En  
4 soi, ces scanographies ne mènent pas à un diagnostic.

5 Q. A quel point est-il facile d'établir une comparaison entre  
6 des scanographies provenant de machines différentes?

7 R. Cela peut être difficile. Toutefois, s'il y a une  
8 progression, cela devrait être apparent.

9 Q. Etiez-vous en position de remarquer s'il y avait eu  
10 progression, progression visible dans ces scanographies entre  
11 2007 et 2009?

12 [10.16.49]

13 R. Comme je l'ai dit, les scanographies que j'ai consultées,  
14 jusqu'à la plus récente, en juin... je ne dirais pas qu'il y ait eu  
15 de changement important dans le niveau d'atrophie cérébrale. Je  
16 ne pense pas que je puisse faire de commentaires détaillés  
17 là-dessus.

18 Q. Dites-vous qu'il y a eu des changements? Mais vous ne leur  
19 accordez pas un poids particulier?

20 [10.17.24]

21 R. Oui.

22 Q. J'aimerais maintenant que vous portiez votre attention au  
23 paragraphe 25 du rapport d'expertise de juin de cette année.

24 La page 9 du rapport, paragraphe E62/5/6.

25 J'aimerais donc que vous nous parliez de certains aspects de vos

35

1 tests, dont nous n'avons pas encore parlé.

2 Vous nous dites... vous nous avez parlé de certains des tests, mais

3 j'aimerais que l'on parle maintenant des autres.

4 Tout d'abord, votre rapport du mois de mai 2011: au paragraphe 5

5 de la page 2, vous indiquez que vous avez remarqué que... lors des

6 tests de l'état mental, vous avez remarqué une déficience sévère.

7 [10.19.27]

8 Un de ces tests comportait une question où vous demandiez à Ieng

9 Thirith de se souvenir d'objets. Etait-ce des objets que vous lui

10 avez montrés ou des images d'objets?

11 R. Dans le mini examen de l'état mental, on nomme trois

12 objets. On demande à la personne de les répéter pour bien

13 s'assurer qu'ils aient bien compris. Puis, plus tard, dans le

14 cadre de l'examen, après quelques autres épreuves, on demande à

15 la personne de se rappeler ces trois objets-là.

16 Q. Vous avez... Après que vous ayez nommé ces trois objets, elle

17 s'en souvenait. Elle pouvait en nommer deux sur trois tout de

18 suite. Et, plus tard, elle ne s'en souvenait d'aucun, n'est-ce

19 pas?

20 [10.20.40]

21 R. Oui, c'est le cas.

22 Q. Alors, je ne répéterai pas les chiffres que vous avez

23 décrits hier.

24 Puis, le test de plier une feuille de papier en trois étapes:

25 elle a fait les deux premières, mais pas la troisième. Pour que

36

1 nous comprenions bien, pouvez-vous nous expliquer, nous décrire  
2 ce test? Qu'est-ce qu'on lui demande de faire?

3 [10.21.07]

4 R. On demande de faire une séquence de gestes. Donc, on  
5 demande à la personne de prendre un morceau de papier dans la  
6 main droite, de le plier en deux et de le mettre sur le sol.  
7 Donc, elle l'a pris dans sa main droite, elle l'a plié en deux  
8 et, à ce moment-là, elle avait déjà oublié la troisième demande.

9 Q. Vous avez dit qu'elle était incapable [sic] de dire: "Le  
10 stylo et la montre", mais elle ne pouvait pas nommer les animaux  
11 dans l'examen cognitif de Montréal. Une fois de plus, il s'agit...  
12 là, vous lui montrez des images?

13 R. Dans le cas du stylo et de la montre, ce sont des objets  
14 physiques... non seulement sert à examiner la parole, mais la  
15 reconnaissance visuelle qui pourrait être déficiente. Pour les  
16 animaux, évidemment, ce sont des images.

17 [10.22.17]

18 Q. Bon, vous n'avez pas apporté d'animaux vivants. Donc, vous  
19 l'avez testée. Elle a pu répéter une phrase, mais, au moment de  
20 l'écrire, elle n'a pas pu se souvenir de la fin?

21 [10.22.35]

22 R. Oui. Elle a commencé à écrire la phrase, et puis elle a  
23 perdu le fil de sa pensée pendant qu'elle le faisait et a été  
24 incapable de compléter la phrase.

25 Q. S'agit-il d'une longue phrase, beaucoup de mots, ou

37

1 s'agit-il de quelque chose de bien simple?

2 R. Quand on demande à quelqu'un d'écrire une phrase, c'est la  
3 phrase de leur choix. Donc, c'est à eux de choisir la phrase  
4 qu'ils écrivent.

5 Q. Donc, il "n'est" pas possible d'écrire une phrase qu'elle a  
6 elle-même inventée?

7 R. Oui. Elle a eu de la difficulté à compléter cette tâche.

8 Q. Et vous dites qu'elle n'a pas pu recopier les pentagones et  
9 qu'elle avait, en fait, essayé d'écrire sur l'image d'origine?

10 R. Oui. Il s'agit d'un test du fonctionnement cognitif. Donc,  
11 elle a démontré une capacité à persévérer. Une fois que la tâche  
12 est complétée, elle poursuit. Par exemple, dans le cas des  
13 pentagones, elle a été en mesure de compléter cette tâche.

14 [10.23.55]

15 Q. Vous dites qu'elle a été en mesure de lire l'instruction  
16 écrite en khmer - "Fermez les yeux" -, mais n'a pas compris qu'on  
17 lui demandait de fermer les yeux?

18 R. Oui. Lorsque l'on demande à quelqu'un de faire ce qui est  
19 écrit... donc, il était écrit en khmer: "Fermez les yeux." Elle a  
20 compris la phrase. Elle l'a lue, mais elle n'a pas été en mesure  
21 de le faire.

22 [10.24.32]

23 Q. Et vous avez déjà aussi expliqué qu'elle avait de la  
24 difficulté avec le test de piste et aussi le cadran de l'horloge.  
25 Donc, je ne répéterai pas... ces deux tests.

38

1 Et c'est ce qui vous a poussé à tirer une conclusion de  
2 déficience importante? Et vous dites que ce sont des tests  
3 simples?

4 R. Oui. C'est pourquoi j'ai tiré une constatation de  
5 déficience modérée.

6 Q. J'aimerais maintenant que l'on parle du comportement de  
7 Ieng Thirith.

8 Vous avez lu, je crois, la lettre envoyée par le directeur du  
9 centre de détention le 16 mars 2009, dans laquelle il inclut un  
10 tableau où l'on voit qu'à vingt-quatre reprises, entre le 7  
11 novembre 2008 et le 11 mars 2009, le comportement de Ieng Thirith  
12 était source de préoccupation?

13 [10.25.54]

14 R. Je ne crois pas avoir vu un tel tableau.

15 Q. On le retrouve dans le document B37/2 - ou peut-être le  
16 tribunal a-t-il l'ERN de ce document?

17 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

18 Il semblerait que ça ne soit pas utile d'avoir l'ERN.

19 Me ELLIS:

20 Oui, donc, B37/2.

21 [10.26.39]

22 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

23 Peut-être pourrait-on le projeter à l'écran? Cela vous  
24 assisterait-il?

25 Me ELLIS:

39

1 Oui, en effet, cela nous aiderait.

2 M. LE PRÉSIDENT:

3 Le greffier d'audience, veuillez projeter le document.

4 [10.29.04]

5 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

6 Ayant lu ce document - je le vois pour la première fois moi-même

7 -, peut-être est-il idéal de ne pas le projeter en raison des

8 commentaires très spécifiques qu'il contient. Peut-être

9 pourrait-on plutôt le montrer au Pr Campbell et vous pouvez lui  
10 poser des questions appropriées?

11 Me ELLIS:

12 Bon, serait-il possible de le retirer de l'écran?

13 [10.30.23]

14 Q. On trouve ici des dates et, entre le 7 novembre 2008 et le  
15 11 mars 2009, à vingt-quatre reprises entre ces deux dates, Ieng  
16 Thirith s'est comportée de manière insultante, ce qui a suscité  
17 la crainte du directeur du centre, lequel a adressé un courrier  
18 aux cojuges d'instruction.

19 M. JOHN CAMPBELL:

20 R. Cela est indiqué dans le document.

21 Q. Merci. Avez-vous vu que le directeur avait à nouveau, le 27  
22 juillet 2009, adressé un courrier dans lequel il se plaignait à  
23 nouveau du comportement inapproprié et irrégulier de Ieng Thirith  
24 entre mars 2009 et le 5 juillet 2011? Dans le courrier, il est  
25 fait mention de vingt-six incidents.

40

1 C'est le document B37/5.

2 R. Je n'ai pas connaissance de ce document.

3 Me ELLIS:

4 A nouveau, pourrait-on passer ce document au Pr Campbell sans le  
5 projeter à l'écran? Ainsi, le Pr Campbell pourra confirmer la  
6 teneur de ce document.

7 Ce document n'existe qu'en français, je pense, mais je crois  
8 comprendre que le Pr Campbell sera en mesure d'évaluer la teneur  
9 de ce document.

10 [10.32.54]

11 M. LE PRÉSIDENT:

12 Maître Ellis, combien de questions avez-vous encore à poser à  
13 l'expert?

14 Me ELLIS:

15 J'ai plusieurs questions à poser au sujet du rapport établi par  
16 l'expert et au sujet du contenu des rapports du Pr Ka et du Dr  
17 Brinded.

18 M. LE PRÉSIDENT:

19 Merci pour ces précisions. Je pense le moment opportun  
20 d'interrompre l'audience pour vingt minutes. Nous allons donc  
21 reprendre l'audience à 10h50.

22 (Les juges quittent le prétoire)

23 (Suspension de l'audience: 10h33)

24 (Reprise de l'audience: 10h57)

25 (Les juges entrent dans le prétoire)

1 M. LE PRÉSIDENT:

2 Nous reprenons l'audience.

3 Nous allons donner la parole à Me Ellis, qui aura l'occasion de  
4 poser ses dernières questions.

5 Me ELLIS:

6 Q. Professeur Campbell, avez-vous eu l'occasion de vous pencher  
7 sur le document émanant du directeur du centre de détention en  
8 date du 27 juillet 2009?

9 M. JOHN CAMPBELL:

10 R. Oui. C'est un peu trop compliqué pour mon français  
11 rudimentaire, mais je crois avoir saisi l'essentiel du document.

12 Q. Est-ce que vous convenez avec ce qui est indiqué concernant  
13 vingt-six occasions entre mars 2009 et le 5 juillet de cette  
14 année-là... l'intéressée s'est comportée de manière considérée  
15 comme inappropriée et insultante. Ces termes expriment les  
16 préoccupations qui avaient été ressenties.

17 R. Effectivement.

18 Q. Je veux vous renvoyer à une autre lettre, qui émane, elle  
19 aussi, du directeur du centre. Si vous n'avez pas pu consulter la  
20 lettre précédente, vous n'avez certainement pas eu connaissance  
21 de celle-ci non plus. Dans l'intérêt de la Chambre, je vous donne  
22 la cote. C'est le document B/44.

23 J'aimerais qu'on en communique un exemplaire au Pr Campbell.

24 [10.59.31]

25 M. LE PRÉSIDENT:

42

1 Je prie le greffier d'audience de remettre ce document à  
2 l'expert.

3 [11.00.21]

4 Me ELLIS:

5 Q. Professeur Campbell, il s'agit à nouveau d'une lettre,  
6 n'est-ce pas? D'une lettre envoyée par le directeur du centre de  
7 détention? Elle est datée du 19 mai 2010.

8 M. JOHN CAMPBELL:

9 R. Effectivement.

10 Q. Cette lettre a été adressée sous forme de rapport aux  
11 cojuges d'instruction, comme l'indique le titre de ce document?

12 R. Effectivement.

13 Q. Il y a un aspect important pour nous. Pouvez-vous confirmer  
14 qu'il est indiqué que Ieng Thirith a été placée dans le centre de  
15 détention le 14 novembre 2007?

16 R. Effectivement.

17 Q. Durant l'année suivante, elle a été suivie et elle n'a  
18 causé aucun problème?

19 [11.01.37]

20 R. Effectivement.

21 Q. Il est ensuite indiqué qu'à partir du mois d'octobre 2008  
22 elle est devenue turbulente?

23 R. Effectivement.

24 Q. A compter de 2009, ce comportement causait une mauvaise  
25 atmosphère au centre de détention et, en 2010, elle a

43

1 régulièrement crié ou levé la voix?

2 R. Effectivement.

3 Q. Sans examiner le comportement dans les détails,  
4 convenez-vous qu'apparemment, lorsqu'elle a commencé à mal se  
5 comporter fin 2009, son comportement s'est aggravé  
6 progressivement?

7 R. Deux, il y a deux points importants. Premièrement, la  
8 progression, comme vous l'avez indiqué.

9 L'autre point, c'est que, dans les rapports précédents,  
10 l'antagonisme était davantage ciblé.  
11 Dans ce rapport, il s'agit de comportement insultant et de manque  
12 d'inhibition de façon plus large.

13 [11.03.03]

14 Q. Est-ce que le directeur décrit également un incident au  
15 cours duquel elle a utilisé des objets déplacés au moment de  
16 prendre soin d'elle-même - sans aller trop dans les détails?  
17 Je vous renvoie au paragraphe pertinent du document.

18 [11.03.26]

19 R. Effectivement.

20 Q. Est-ce que cela montre qu'elle perdait sa faculté de se  
21 comporter convenablement et de prendre soin d'elle-même  
22 convenablement?

23 R. Effectivement, cela cadre avec une telle conclusion.

24 Q. Merci. Concernant le comportement, vous avez indiqué que  
25 vous aviez pu visionner le DVD de l'audience du 24 février 2009

44

1 et du mois de février 2010.

2 Vous avez déjà indiqué cela et vous avez indiqué que vous avez lu  
3 le compte rendu de l'une de ces audiences.

4 Serait-il correct d'affirmer - et vous y faites référence dans  
5 votre rapport - que ces images montrent que l'intéressée  
6 souffrait de déficience de la mémoire à l'époque?

7 [11.04.45]

8 R. Ce problème de mémoire portait sur son mari et le nom de  
9 son mari.

10 Q. L'intéressée ne s'est pas souvenue du nombre de ses  
11 enfants?

12 R. Effectivement, et c'était également le cas une autre fois.

13 Q. Avez-vous aussi constaté que, lorsqu'elle parlait, elle  
14 semblait passer du coq à l'âne?

15 R. Effectivement. Apparemment, sa pensée ne suivait pas de fil  
16 logique et, souvent, elle s'écartait du thème de la conversation.

17 [11.05.33]

18 Q. Dans le rapport d'expertise, au paragraphe 10, à la page 6...  
19 Pardonnez-moi, oubliez ce que j'ai dit.

20 Vous avez également eu des conversations avec le personnel  
21 médical, et ce personnel a remarqué des fluctuations dans la  
22 mémoire de l'intéressée et, en particulier, des troubles de la  
23 mémoire à court terme?

24 [11.06.20]

25 R. Effectivement. Le problème concernait les deux types de

45

1 mémoire.

2 Q. Ça, c'est le paragraphe 10 de votre rapport du mois de  
3 mars. Sur la base des observations que vous avez faites - je cite  
4 ici votre rapport: "L'intéressée parle parfois toute seule,  
5 souvent au sujet de sa jeunesse et de son passé."

6 R. Effectivement.

7 Q. Considérez-vous que c'est un comportement normal?

8 R. Non, pas dans le présent contexte.

9 Q. Elle parle souvent de questions qui n'ont rien à voir avec  
10 l'évaluation clinique. Est-ce que cela révèle une incapacité de  
11 se concentrer sur la question à l'examen?

12 R. Effectivement, cela révèle un problème de concentration.

13 [11.07.38]

14 Q. Et, au paragraphe 13, sur la base des observations de ceux  
15 qui la côtoient, est-il indiqué que le personnel doit lui donner  
16 des instructions?

17 R. En effet, il faut l'orienter. Des fois, elle se perd et  
18 elle ne reconnaît même pas sa cellule.

19 Q. Donc, un des symptômes dont on a parlé plus tôt, une  
20 désorientation spatiale, il semblerait que ce soit le cas?

21 [11.08.16]

22 R. Oui, c'est mon interprétation.

23 Q. Il s'agit ici d'une perte d'orientation dans un endroit  
24 relativement petit où elle demeure depuis quatre ans?

25 R. En effet, il ne s'agit pas d'un environnement très

1 complexe.

2 Q. Avez-vous constaté qu'elle croyait que ses petits-enfants  
3 étaient, en fait, ses enfants?

4 Je lis ici au paragraphe 13...

5 R. J'ai cherché à obtenir le nombre d'enfants qu'elle avait et  
6 leur nom ainsi que les petits-enfants.

7 Q. Vous avez aussi décidé de discuter avec son mari, Ieng  
8 Sary, afin d'obtenir ses observations sur des changements qu'il  
9 aurait pu remarquer?

10 [11.09.39]

11 R. Oui, c'est ce que j'ai fait.

12 Q. Est-il vrai qu'il vous a dit qu'il avait remarqué de grands  
13 changements et qu'elle oublie souvent?

14 R. Oui, ce sont d'ailleurs des citations de ma conversation  
15 passée par un interprète.

16 [11.10.06]

17 Q. Il vous a dit "qu'il" oubliait sa sœur aînée et... que sa  
18 sœur aînée et que ses parents sont décédés, même s'il lui répète  
19 qu'ils sont bel et bien morts?

20 R. Oui.

21 Q. Est-ce un symptôme reconnu que l'on remarque chez les gens  
22 lorsqu'ils souffrent de démence? Qu'ils ne se souviennent plus de  
23 la mort de membres de leur famille?

24 R. Oui. Dans la démence modérément sévère, on le remarque. Et  
25 ils peuvent confondre les membres de leur famille. Ils peuvent ne

47

1 pas reconnaître des membres de leur famille comme leur mari, par  
2 exemple.

3 Q. Son mari vous a aussi dit qu'elle ne se souvient pas  
4 d'avoir été ministre ou même la date... des dates importantes du  
5 régime?

6 R. C'est ce que m'a dit Ieng Sary.

7 Q. Il vous a dit qu'il s'agissait d'un changement graduel?

8 [11.11.25]

9 R. Il a dit avoir remarqué une dégradation progressive depuis  
10 son entrée au centre de détention.

11 Q. Et qu'elle oublie là où elle dort?

12 R. Oui.

13 Q. Et qu'elle... il a dit qu'elle se fâche par frustration?

14 R. Oui.

15 Q. Et qu'elle perd le contrôle de la parole et qu'elle parle  
16 toute seule?

17 R. Oui.

18 Q. Il est clair que Ieng Sary n'est pas une partie  
19 désintéressée, mais est-il juste de dire que ses observations  
20 concordent avec d'autres observations de personnes qui la  
21 côtoient régulièrement?

22 [11.12.36]

23 R. En effet, j'ai trouvé que ses observations concordaient  
24 avec celles que j'ai entendues d'autres personnes.

25 Q. Je vous ai demandé hier si les antécédents familiaux

48

1 avaient une incidence sur l'état de santé de Ieng Thirith.

2 Il est assez bien documenté que sa sœur avait des problèmes de  
3 santé sérieux. On a parlé de schizophrénie.

4 Considérez-vous que ce facteur pourrait donner, chez Ieng  
5 Thirith, une prédisposition génétique à la démence?

6 [11.13.25]

7 R. Non, pas à la démence.

8 Q. Mais quelque chose d'autre? Qu'est-ce que ce pourrait être?

9 R. Je ne suis pas un expert sur le caractère héréditaire de la  
10 schizophrénie. Je ne peux faire d'observation là-dessus.

11 [11.13.45]

12 Q. Il est aussi documenté que sa mère souffrait de troubles  
13 mentaux. Est-ce que cela pourrait avoir une incidence?

14 R. Non, je ne crois pas que ce soit un facteur important.

15 Comme je l'ai dit hier, les facteurs héréditaires de la démence  
16 sont plus importants chez des personnes d'un plus jeune âge, pas  
17 quelqu'un de l'âge de Ieng Thirith.

18 Q. J'aimerais maintenant que vous portiez votre attention aux  
19 rapports d'expertise qu'a demandés le tribunal au cours des  
20 dernières années.

21 Vous avez lu et considéré le rapport du Pr Ka et du Dr Brinded de  
22 novembre 2009, n'est-ce pas?

23 R. Oui.

24 Q. Le Dr Brinded est un docteur anglophone et un psychiatre  
25 légal de Nouvelle-Zélande?

1 [11.15.03]

2 R. Oui.

3 Q. Au paragraphe 6 de ce rapport...

4 A la page 6. C'est la page 6, il n'y a pas... les paragraphes ne  
5 sont pas numérotés.

6 Il s'agit de B37/9/7... 8.

7 Pourriez-vous... On peut y voir l'impression que les docteurs  
8 avaient de Ieng Thirith en novembre 2009 et les différences qu'il  
9 pourrait y avoir avec votre évaluation, deux ans plus tard.

10 [11.16.17]

11 L'avez-vous sous les yeux?

12 Il s'agit du deuxième paragraphe, qui commence par: "En résumé..."

13 Je ne vais pas le lire, mais je vais simplement faire référence à  
14 quelques passages.

15 Les docteurs disent qu'ils ont longuement parlé avec elle de son  
16 arrestation et de sa détention.

17 Ils disent avoir parlé des chefs d'accusation et qu'ils ont parlé  
18 longuement et dans les détails.

19 Ils disent qu'elle a parlé d'événements importants, qu'elle a  
20 parlé de sa vie comme étudiante à Paris et de la mort  
21 d'étudiants.

22 Ils disent aussi qu'elle parlait en anglais, en français, en plus  
23 du khmer.

24 [11.17.41]

25 Et, au paragraphe 7, ils indiquent qu'elle parlait d'une façon

50

1 fluide et qu'elle pouvait s'orienter tant dans l'espace que dans  
2 le temps.

3 Etes-vous d'accord pour dire que ce paragraphe du rapport  
4 explique ces détails "suivants"?

5 R. Oui.

6 [11.18.14]

7 Q. Ils décrivent qu'elle avait été... qu'elle s'aidait d'un  
8 document écrit. Etes-vous d'accord pour dire qu'il n'est pas  
9 écrit quel était l'auteur dudit document?

10 R. En effet, cela n'est pas écrit.

11 Q. Et qu'ils ont été en mesure... qu'elle comprenait le rôle de  
12 ses avocats et les chefs d'accusation?

13 R. Oui, c'est ce qu'ils indiquent dans ce document.

14 Q. Puis, ils ajoutent qu'elle souffrait de déficience de la  
15 mémoire à court terme, qu'elle s'est plainte de ne pas pouvoir se  
16 souvenir des dates et avait de la difficulté à répondre à de  
17 longues questions, et qu'à certains moments il y avait une  
18 certaine confusion dans la chronologie, et sur des questions  
19 difficiles ou stressantes... elle revenait sur des événements  
20 importants. Cela est dans le rapport.

21 [11.19.44]

22 Le fait qu'elle ait de la difficulté à répondre à de longues  
23 questions en novembre 2009, cela serait-il indicateur de  
24 difficultés avec ses fonctions cognitives dans une base... au tout  
25 début, du moins?

51

1 R. C'était la conclusion des médecins de leur entretien avec  
2 Ieng Thirith.

3 [11.20.18]

4 Q. Et quand quelqu'un éprouve des difficultés à établir la  
5 chronologie d'événements, est-ce là une indication de déficiences  
6 cognitives?

7 R. Cela dépend de la difficulté... de la complexité,  
8 c'est-à-dire, de cette chronologie et de l'importance pour la  
9 personne. Nous avons tous parfois de la difficulté.

10 [11.20.50]

11 Q. Puis, à la page 7, les médecins déclarent qu'il était  
12 évident de par son comportement qu'elle... des événements de sa  
13 vie... qu'elle éprouvait un traumatisme psychologique de certains  
14 événements dans sa vie; et vous nous l'avez dit.

15 R. Oui, il s'agit d'une situation complexe et plusieurs  
16 facteurs contribuent au problème.

17 Q. On a déjà parlé de leur conclusion qu'elle souffrait de  
18 déficience cognitive légère, à la page 9 de ce rapport.

19 [11.21.54]

20 Ils ont aussi fait référence à une paranoïa ou une pensée  
21 paranoïaque légère. Est-ce que cela pourrait indiquer une  
22 démence?

23 R. En effet. Si quelqu'un... par exemple, s'ils perdent un  
24 objet, ils pourraient considérer qu'on leur a volé. Voilà un  
25 exemple.

52

1 [11.22.31]

2 Q. Et l'on peut voir clairement dans la dernière partie du  
3 rapport que les médecins considéreraient qu'il faudrait procéder à  
4 une nouvelle évaluation peu avant le début de la procédure?

5 R. C'était leur conclusion.

6 Q. Nous en venons maintenant à votre évaluation. Après un  
7 certain laps de temps, vous avez présenté votre rapport, le 23  
8 juin 2011. La situation que vous avez remarquée était bien  
9 différente de celle qu'expliquent les Drs Brinded et Ka, n'est-ce  
10 pas?

11 R. Oui, il y avait des différences prononcées.

12 [11.23.40]

13 Q. A la deuxième page de votre lettre du 13 mai au tribunal,  
14 vous dites que sa concentration était très faible et qu'elle  
15 était incapable de demeurer concentrée ou de maintenir une  
16 conversation sur un même sujet.

17 [11.24.01]

18 R. Oui, il s'agit d'une situation bien différente que celle  
19 décrite dans le premier rapport.

20 Q. Corrigez-moi si je me trompe, mais, à la lecture de votre  
21 rapport, il semblerait que vous n'avez pas eu de conversation  
22 normale avec elle?

23 R. Oui. Il était difficile de travailler avec l'aide d'un  
24 interprète, mais j'ai parlé avec l'interprète pour voir si le  
25 manque de fluidité dans cette conversation était dû à

1 l'interprétation ou si c'était pour des problèmes de Ieng  
2 Thirith. Et il considérait qu'il s'agissait... que c'était Ieng  
3 Thirith qui avait de la difficulté à s'exprimer.

4 [11.24.50]

5 Q. Et, au paragraphe 15 de votre rapport, vous expliquez que  
6 Ieng Thirith avait de la difficulté à comprendre l'objectif de  
7 cette consultation?

8 R. Oui, je suis revenu le lendemain et elle ne pouvait pas se  
9 souvenir de l'objectif de ma visite.

10 Q. Elle vous a dit qu'elle avait... et je cite:

11 "Elle avait très peur de problèmes avec sa tête, et qu'il était  
12 difficile pour elle de voir ses étudiants mais ne pouvait pas  
13 dire pourquoi."

14 [11.25.44]

15 R. Oui. Et, dans le rapport... comme on peut le voir dans le  
16 rapport de 2007, elle faisait souvent référence à ses étudiants.

17 Q. Aviez-vous l'impression qu'elle pensait qu'elle avait  
18 toujours une relation avec ses étudiants?

19 R. Eh bien, elle parlait des étudiants comme s'il s'agissait  
20 d'un sujet très actuel et elle donnait l'impression d'être encore  
21 en lien avec eux.

22 [11.26.25]

23 Q. Et, dans ce même paragraphe, elle s'est souvent plainte de  
24 douleurs aux jambes et elle parlait des étudiants, mais elle ne  
25 pouvait pas se souvenir quand la douleur avait commencé.

1 R. Je n'ai en effet jamais pu avoir une idée claire des  
2 antécédents de ses douleurs aux jambes.

3 Q. Le fait qu'elle fasse constamment référence à des douleurs  
4 aux jambes est dû à une incapacité de sa part de décrire les  
5 difficultés ou l'inconfort qu'elle vit?

6 R. Je pense que, lorsqu'elle a de la difficulté à comprendre  
7 une conversation ou une question, c'est une façon pour elle de  
8 détourner l'attention par rapport au fait qu'elle ne peut  
9 répondre à cette question.

10 [11.27.27]

11 Q. Nous savons, d'après ce que vous nous avez dit, qu'il y  
12 avait eu des vérifications par les médecins à l'hôpital Calmette  
13 pour voir s'il y avait des difficultés en termes d'arthrite ou  
14 des problèmes avec ses jambes et ses genoux qui expliqueraient  
15 cette douleur, mais il n'y a pas eu de constatation importante de  
16 ce point de vue-là, n'est-ce pas?

17 R. En effet. Et, en l'auscultant, je n'ai trouvé en effet... pas  
18 trouvé de problème avec ses genoux ou ses jambes.

19 [11.28.10]

20 Q. L'arthrite "auquel" on fait référence, il s'agit d'une  
21 arthrite de la colonne?

22 R. Oui, c'est vrai, et il n'y a pas de changements visibles.  
23 Aux rayons X, il n'y a pas toujours de corrélation. Je n'écarte  
24 donc pas la possibilité que l'arthrite puisse causer des  
25 douleurs.

55

1 Q. Mais pensez-vous que le fait qu'elle fasse toujours  
2 référence à ses douleurs soit dû à des manquements à ses  
3 fonctions cognitives?

4 R. Oui, je pense que c'est un facteur.

5 Q. Au paragraphe 16 de votre rapport, vous montrez qu'elle  
6 montrait peu d'émotion. Vous avez parlé... le terme "affect" en  
7 anglais?

8 R. Oui.

9 [11.29.14]

10 Q. Et qu'elle devenait agitée lorsqu'elle avait de la  
11 difficulté à comprendre des questions. Cela, pour vous,  
12 signifie-t-il qu'elle voulait répondre à des questions mais  
13 qu'elle n'en était pas capable?

14 R. En effet, je pense qu'elle était frustrée par son  
15 incapacité à comprendre ce qui se passait.

16 Q. Pour reprendre des questions posées par le tribunal, vous  
17 n'avez pas eu l'impression qu'il s'agissait d'une femme qui  
18 essayait astucieusement d'éviter les questions, mais qu'elle ne  
19 comprenait tout simplement pas les questions "à laquelle" elle  
20 était confrontée?

21 [11.30.09]

22 R. Oui, j'étais bien conscient de cette possibilité et je n'ai  
23 pas eu l'impression qu'elle essayait de me tromper.

24 Q. Vous avez dit qu'elle avait de la difficulté à demeurer  
25 concentrée et que les conversations portaient souvent sur des

1 parenthèses?

2 R. Oui.

3 Q. Gardons à l'esprit que, deux ans plus tôt, on faisait  
4 référence dans le rapport à ses capacités linguistiques en  
5 français et en anglais, et il est documenté qu'elle parlait  
6 couramment l'anglais et le français ainsi que le khmer.

7 Et vous avez noté qu'elle parlait surtout en khmer et ce n'est  
8 qu'à l'occasion qu'elle parlait anglais et français, n'est-ce  
9 pas?

10 R. Oui.

11 [11.31.11]

12 Q. Je ne vous poserai pas de questions sur le français, vous  
13 avez indiqué que votre connaissance était minime. Mais, pour  
14 l'anglais, pourriez-vous dire que l'on ne puisse plus dire  
15 qu'elle parle couramment l'anglais?

16 [11.31.25]

17 R. J'ai de la difficulté à faire une observation. Elle ne  
18 parlait pas couramment... dans mes conversations avec elle. Dans  
19 les conversations, les conversations sont faites en khmer.

20 Q. Mais vous avez posé vos questions en anglais?

21 R. Oui.

22 Q. Une fois de plus, la perte de connaissances linguistiques  
23 est une caractéristique de la déficience?

24 R. Oui.

25 Q. Et, au paragraphe 17, vous montrez qu'elle ne pouvait même

57

1 pas nommer le bâtiment dans lequel elle se trouvait ou même sa  
2 raison d'être?

3 Autrement dit, elle ne se rendait pas compte qu'elle était  
4 détenue en prison?

5 [11.32.24]

6 R. Oui, elle n'a pas été en mesure d'expliquer où elle était,  
7 l'objectif du bâtiment et pourquoi elle était là.

8 [11.32.37]

9 Q. Souvent, quand une personne est peut-être démente, on lui  
10 demande quel jour on est, n'est-ce pas?

11 R. Effectivement.

12 Q. Elle vous a donné la mauvaise date, n'est-ce pas? Elle vous  
13 a dit qu'on était le 10 mars?

14 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

15 Réponse inaudible.

16 Me ELLIS:

17 Q. Elle vous a donné la même date - le 10 mars - tant quand on  
18 l'a interrogée sur la date du jour que sur la date de son  
19 mariage, n'est-ce pas?

20 M. JOHN CAMPBELL:

21 R. Effectivement.

22 Q. Lorsque vous avez demandé sa date d'anniversaire, elle ne  
23 savait pas répondre, n'est-ce pas?

24 R. Effectivement.

25 Q. Elle ne savait pas non plus son âge?

58

1 R. Effectivement.

2 Q. Au paragraphe 18, on dit qu'elle pensait que ses parents  
3 étaient également dans le bâtiment et qu'ils lui disaient que  
4 faire?

5 [11.33.50]

6 R. Effectivement, dans les discussions ultérieures, j'ai pu  
7 comprendre que c'était peut-être une croyance cambodgienne selon  
8 quoi les défunts sont encore là et aident les vivants.

9 J'ai du mal à interpréter ces observations.

10 [11.34.10]

11 Q. Bien entendu, comme nous le savons - d'après ce que vous  
12 avez dit aujourd'hui, et comme vous l'avez indiqué au paragraphe  
13 14 -, vous avez déjà entendu son mari dire qu'elle avait oublié  
14 que ses parents et sa grande sœur étaient morts alors que  
15 lui-même le lui répétait sans cesse.

16 Est-ce que cela ne donnerait pas à penser qu'il y a une  
17 explication autre que celle consistant à dire qu'en tant que  
18 cambodgienne elle pense que ses parents sont encore avec elle?

19 R. Effectivement, vu les questions culturelles, je suis  
20 quelque peu hésitant à m'aventurer là-dessus.

21 Q. Votre diagnostic ne va pas se fonder là-dessus, donc.  
22 Elle vous a dit qu'elle s'était mariée au Cambodge alors que,  
23 comme chacun le sait, elle s'est mariée en France, n'est-ce pas?

24 R. Effectivement.

25 [11.35.20]

59

1 Q. Elle a aussi dit qu'elle n'avait pas d'enfants, qu'elle  
2 n'avait pas donné naissance à des enfants, mais qu'elle en avait  
3 adopté?

4 [11.35.30]

5 R. Effectivement, c'est la réponse qu'elle m'a donnée.

6 Q. Cela vous semble faux, n'est-ce pas?

7 R. Effectivement.

8 Q. A la différence de ce qui s'est produit il y a deux ans,  
9 elle ne se souvenait pas bien de l'endroit où elle avait étudié,  
10 où elle avait été à l'école, ni de détails de ce genre, si ce  
11 n'est qu'elle avait été enseignante?

12 R. Effectivement.

13 Q. Au paragraphe 21 de votre rapport, vous dites que, lorsque  
14 vous lui avez demandé si elle avait un poste au gouvernement,  
15 elle a commencé à compulsier ses documents alors que les documents  
16 en question n'avaient rien à voir avec l'objet de la  
17 conversation?

18 R. Effectivement, elle avait amené plusieurs documents à  
19 l'entretien mais ces documents, à ma connaissance, n'avaient rien  
20 à voir avec l'objet de l'entretien.

21 [11.36.35]

22 Q. Est-ce que, par conséquent, lorsqu'elle a examiné ces  
23 documents, qui n'avaient rien à voir avec cela, elle n'a pas pu  
24 donner de réponse quant au rôle qui avait été le sien au sein du  
25 gouvernement?

60

1 R. Non, mon interprétation était qu'elle ne pouvait pas donner  
2 de détails parce qu'elle était agitée.

3 [11.37.04]

4 Q. Au paragraphe 22, vous indiquez qu'elle ne se souvenait pas  
5 de la première audience ni des chefs d'accusation portés contre  
6 elle, et elle vous a dit qu'aucune accusation ne pesait contre  
7 elle?

8 R. C'est effectivement ce qu'elle m'a dit.

9 Q. A nouveau, cela dresse un tableau bien différent de son  
10 niveau de compréhension par rapport aux entretiens qu'elle a eus  
11 en octobre 2009 avec les deux autres médecins, n'est-ce pas?

12 R. Effectivement.

13 Q. Elle n'était pas capable de se souvenir du nom ou de la  
14 profession de ses médecins de l'hôpital Calmette, lesquels  
15 étaient présents, n'est-ce pas?

16 R. Effectivement.

17 [11.38.06]

18 Q. Est-ce que vous pensez qu'elle aurait dû bien connaître ces  
19 médecins du fait qu'ils l'avaient suivie pendant un certain  
20 temps?

21 R. Ces médecins étaient en contact régulier avec elle.

22 Q. D'après ce que vous avez dit, elle n'a pas pu se souvenir  
23 de la raison pour laquelle vous l'aviez rencontrée lors de la  
24 première visite, la veille, alors que vous êtes revenu moins de  
25 vingt-quatre heures après pour une deuxième visite?

61

1 [11.38.39]

2 R. Effectivement.

3 Q. Lui avez-vous demandé de signer un document?

4 R. Non.

5 Q. Donc, cette question n'était nullement la conséquence de ce  
6 que vous auriez fait ou dit?

7 R. Non, je suppose que c'est comme ça qu'elle a interprété ma  
8 situation, parce que j'étais là à titre officiel.

9 Q. Vous conviendrez, n'est-ce pas, qu'il existe des  
10 changements significatifs quant aux capacités de Ieng Thirith  
11 entre octobre 2009 et le mois de mai 2011, n'est-ce pas?

12 R. Effectivement, mes conclusions différaient de celles tirées  
13 auparavant.

14 [11.39.48]

15 Q. Est-ce que cela cadre avec l'hypothèse d'une maladie  
16 d'Alzheimer ou de démence, à savoir une maladie qui évolue  
17 progressivement?

18 R. Cela cadre avec cette hypothèse, mais il faut aussi tenir  
19 compte des circonstances dans lesquelles elle s'est trouvée dans  
20 la période d'un an et demi à deux ans en question.

21 Dans ces circonstances, elle n'a pas été stimulée par des  
22 éléments extérieurs. Elle était sous pression. Elle était  
23 incarcérée. Et tout cela a probablement dû peser sur son humeur  
24 et ses fonctions cognitives.

25 [11.40.31]

1 Q. Est-ce que, donc, elle était atteinte de déficience  
2 cognitive légère au mois d'octobre 2009, mais, pour diverses  
3 raisons, y compris la nature évolutive de la maladie d'Alzheimer...  
4 est-ce que, donc, il n'est pas surprenant que la déficience  
5 cognitive soit devenue plus grave près de deux ans plus tard?

6 R. Effectivement. La déficience est plus prononcée à présent  
7 qu'il y a deux ans, me semble-t-il. C'est une déficience modérée.

8 Q. Au paragraphe 28 du même rapport, vous indiquez que, selon  
9 votre évaluation, il s'agit d'une déficience cognitive globale.  
10 Qu'entendez-vous par "globale"?

11 [11.41.51]

12 R. Il s'agit d'une déficience globale en ce sens qu'elle  
13 affecte la plupart des fonctions cérébrales. Il peut y avoir des  
14 problèmes focaux, par exemple, en matière de raisonnement ou de  
15 langue lorsqu'il y a une partie précise du cerveau qui est  
16 touchée, mais, dans ce cas présent, c'est un trouble plus  
17 général, plus diffus, moins ciblé.

18 [11.42.14]

19 Q. Vous avez constaté des troubles surtout du côté de la  
20 mémoire, du raisonnement, du langage et de la fonction du lobe  
21 frontal, ce qui cadre avec l'hypothèse d'un syndrome démentiel,  
22 n'est-ce pas?

23 R. Effectivement.

24 [11.42.38]

25 Q. Au paragraphe 34, vous dites que la démence modérée affecte

63

1 sa capacité de comprendre des questions, de suivre des  
2 instructions, de se souvenir des événements passés, de se  
3 concentrer ou de maintenir une ligne de pensée.

4 R. C'est ce que j'ai effectivement constaté durant l'examen.

5 Q. Après que l'on a réduit la dose des médicaments pris, comme  
6 vous l'avez expliqué, vous avez procédé à une nouvelle évaluation  
7 au mois d'août.

8 Je pense qu'il y a ici une modification à apporter.

9 Il s'agit du 25 août, page 2 du rapport de suivi, paragraphe 5-c.  
10 [11.43.46]

11 Ce n'est pas le matin du 24 mai, n'est-ce pas?

12 R. Toutes mes excuses, effectivement, il y a une erreur.

13 Q. Vous avez rencontré Ieng Thirith le 24 août, comme vous  
14 l'avez dit.

15 Ensuite, le matin du 25 août, vous êtes retourné pour les raisons  
16 que vous avez indiquées, et ce, en compagnie du Pr Chack Thida.  
17 Vous l'avez interrogée à nouveau, pour les raisons qu'il ne faut  
18 pas répéter ici. Vous avez dit déjà que vous étiez assis dans le  
19 fond de la salle.

20 Au paragraphe 6, vous concluez qu'il n'y a pas d'amélioration  
21 dans ses fonctions cognitives malgré que le clonazépam et le  
22 bromazépam, soit des benzodiazépines, ont cessé d'être  
23 administrés.

24 Les médecins qui l'ont suivie n'ont constaté, me semble-t-il,  
25 aucune amélioration quant à sa mémoire ou son comportement,

64

1 n'est-ce pas?

2 [11.45.08]

3 R. C'est exact.

4 Q. La déficience modérée est demeurée semblable avec des  
5 problèmes de mémoire, problèmes de concentration, ce qui  
6 correspondait aux conclusions du rapport du 24 juin, n'est-ce  
7 pas?

8 R. Effectivement.

9 Q. Vous comprenez que vous êtes ici pour évaluer l'aptitude à  
10 être jugé de Ieng Thirith.  
11 Vous nous avez dit que vous étiez informé de la liste non  
12 exhaustive des capacités qui avaient été énoncées dans le cadre  
13 de l'affaire Strugar?

14 [11.46.11]

15 R. Cela est mentionné dans l'ordonnance portant désignation de  
16 l'expert.

17 Q. Dans son état actuel, est-ce que vous conviendriez qu'elle  
18 n'est pas en mesure de comprendre la nature des accusations de  
19 génocide, crimes contre l'humanité, crimes de guerre, ainsi que  
20 les concepts de culpabilité et d'innocence de façon  
21 significative?

22 R. Elle aurait de la difficulté à comprendre cela,  
23 effectivement.

24 Q. Sur la base de votre évaluation, conviendriez-vous qu'on ne  
25 puisse pas dire qu'elle pourrait suivre le procès et comprendre

65

1 rationnellement les événements qui se dérouleraient dans le  
2 prétoire?

3 [11.47.10]

4 R. C'est la conclusion que j'ai tirée de mes entretiens avec  
5 elle.

6 Q. Est-ce que vous conviendriez qu'elle n'est pas en mesure de  
7 lire ou de se faire lire des déclarations de témoins décrivant  
8 des événements qui datent d'il y a trente-cinq ans, ni capable de  
9 comprendre la teneur de ces déclarations?

10 R. Je crois que son trouble est tel qu'elle aurait beaucoup de  
11 difficultés à ce faire.

12 [11.47.45]

13 Q. Elle aurait aussi beaucoup de difficultés, à cause de ses  
14 déficiences, à relater ce qu'elle affirme avoir fait entre 1975  
15 et 79?

16 R. Effectivement.

17 Q. Devant un tribunal, lorsqu'un témoin vient déposer contre  
18 un accusé, l'accusé a, bien entendu, le droit de contester la  
19 déposition en faisant valoir des arguments opposés.

20 La réalité est telle que l'intéressée ne serait pas en mesure de  
21 le faire, n'est-ce pas?

22 [11.48.31]

23 R. Il faudrait qu'elle puisse suivre et comprendre ce qui est  
24 dit. Elle devrait pouvoir se remémorer les événements et faire  
25 des commentaires. Je crois qu'elle aurait beaucoup de difficultés

66

1 à ce faire.

2 Q. Est-ce que vous conviendriez que ces difficultés, pour  
3 toutes les raisons mentionnées, seraient insurmontables lorsqu'il  
4 s'agirait de donner des instructions à ses avocats afin de les  
5 aider à défendre sa cause?

6 R. Effectivement, dans l'état qui est le sien actuellement.

7 Q. La réalité est telle qu'elle ne pourrait pas plaider dans  
8 le cadre de sa propre défense ni contre-interroger les témoins de  
9 façon significative, n'est-ce pas?

10 [11.49.32]

11 R. Comme je l'ai dit, effectivement, dans son état actuel. Il  
12 y a peut-être moyen d'améliorer la situation, mais une  
13 amélioration est peu probable.

14 Q. Je vais revenir sur les perspectives d'amélioration.

15 Pouvez-vous d'abord compléter...

16 M. LE PRÉSIDENT:

17 Je donne la parole à la juge Cartwright.

18 [11.50.00]

19 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

20 Maître Ellis, vous avez examiné attentivement le rapport du Pr  
21 Campbell. Vous avez posé des questions. Lorsqu'il s'agit de  
22 l'interroger quant à ses conclusions relatives à une décision que  
23 la Cour devra prendre, j'invite... je vous invite à lui poser des  
24 questions ouvertes afin que nous entendions bien son avis et pas  
25 le vôtre.

67

1 Une fois de plus, vous vous aventurez sur ce terrain. Je sais que  
2 c'est tentant, mais je vous prie de vous en abstenir.

3 Me ELLIS:

4 Q. Est-ce qu'elle pourrait plaider dans le cadre de sa propre  
5 défense et contre-interroger des témoins?

6 M. JOHN CAMPBELL:

7 R. Dans son état actuel, je crois qu'elle aurait beaucoup de  
8 difficultés à le faire.

9 [11.50.58]

10 Q. Dans son état actuel, est-ce que, selon vous, elle comprend  
11 la nature de la procédure engagée ainsi que les conséquences  
12 susceptibles d'en découler?

13 R. Lorsque je l'ai interrogée à ce sujet, elle n'a pas été en  
14 mesure d'en parler. J'ai eu l'impression que c'était parce  
15 qu'elle ne comprenait pas.

16 Q. Comme vous alliez le dire il y a quelques instants, on a  
17 constaté que la réduction de la dose de la... des benzodiazépines  
18 n'avait pas donné d'amélioration. Vous considérez que d'autres  
19 types de médicaments devraient être essayés, n'est-ce pas?

20 [11.51.49]

21 R. Effectivement, je pense qu'on pourrait réduire la dose de  
22 quétiapine dans la mesure où cela est sûr. Je pense qu'il est peu  
23 probable qu'il y ait amélioration. Et, à ce moment-là, on devrait  
24 tenter d'administrer un autre médicament, comme je l'ai indiqué.

25 Q. J'aimerais que vous nous donniez une précision quant aux

68

1 résultats que pourrait donner l'administration de ce médicament  
2 et quant à son efficacité.

3 [11.52.32]

4 R. On pourrait espérer que ça donne lieu à une certaine  
5 amélioration quant aux facultés de mémoire. C'est le cas chez  
6 certains patients. Il y a des avantages considérables. Comme je  
7 l'ai dit, ce n'est pas le cas chez la majorité des patients.

8 Q. Vous dites: "Chez certaines personnes, cela présente des  
9 avantages." Est-ce que c'est plus ou moins de 30 pour cent?

10 R. C'est environ un tiers.

11 [11.53.10]

12 Q. Donc, environ 30 pour cent?

13 R. Effectivement.

14 Q. Ai-je bien compris ce que vous avez dit hier, à savoir que  
15 les effets bénéfiques, s'ils existent, s'inscrivent dans le court  
16 terme?

17 R. Ces médicaments ont un effet sur les symptômes. La  
18 progression du problème sous-jacent n'en est pas affectée.

19 [11.53.45]

20 Q. Ce médicament présente certains effets secondaires. Vous  
21 l'avez dit hier. Est-ce que ces effets secondaires sont d'une  
22 nature telle qu'ils puissent empêcher le patient de continuer de  
23 prendre le médicament?

24 [11.54.06]

25 R. Oui, parfois, les médicaments [sic] cessent de prendre le

69

1 médicament à cause des effets secondaires.

2 Q. Au cas où Ieng Thirith serait en mesure de surmonter les  
3 effets secondaires et au cas où son état s'améliorerait à la  
4 suite de l'administration des médicaments proposés, pendant  
5 combien de temps est-ce que les effets bénéfiques seraient  
6 manifestes avant que l'on assiste à une nouvelle phase de  
7 détérioration?

8 R. En général, on administre 5 milligrammes pendant un mois  
9 pour voir s'il y a amélioration. S'il n'y a pas d'amélioration,  
10 on passe à 10 milligrammes, avec une période totale de mise à  
11 l'essai de trois mois environ.

12 [11.55.01]

13 Q. Vous dites que cela n'a pas d'effet sur la maladie  
14 sous-jacente, à savoir Alzheimer. Par conséquent, est-ce qu'au  
15 fil du temps la déficience cognitive progresse de manière  
16 significative?

17 R. Effectivement, il y a un moment où le médicament cesse de  
18 faire effet. Alors, on arrête de l'administrer.

19 Q. Je suis intéressée par la durée d'effet des médicaments.  
20 Certains médicaments produisent de bons effets pendant six mois,  
21 après quoi, le problème initial resurgit.

22 [11.55.52]

23 Pouvez-vous nous donner une idée des effets qu'aurait, dans la  
24 durée, ce médicament?

25 R. C'est difficile. La réaction varie au cas par cas. Parfois,

70

1 l'effet se maintient. Parfois, la personne prend le médicament  
2 pendant un an ou deux.

3 Q. Je vous ai déjà posé la question hier, mais je ne pense pas  
4 avoir reçu de réponse... vous avez répondu en disant que vous aviez  
5 constaté que Nuon Chea était apte à être jugé.

6 A présent, quelle est votre évaluation concernant le cas de Ieng  
7 Thirith?

8 R. A ce stade, mon évaluation, c'est qu'elle aurait de la  
9 difficulté à donner des instructions à son équipe de défense et à  
10 participer pleinement au procès.

11 [11.57.05]

12 Q. Je voudrais encore évoquer brièvement un point, un dernier  
13 point. Vous avez indiqué qu'au cas où Ieng Thirith verrait ses  
14 facultés cognitives s'améliorer et au cas où la Cour déciderait  
15 que l'intéressée peut participer de façon effective au procès  
16 elle pourrait utiliser la cellule de détention à sa disposition.

17 [11.57.42]

18 Dans celle-ci, on a installé un écran qui lui permet de suivre le  
19 déroulement de l'audience.

20 Sur la base des discussions que vous avez eues avec ceux qui  
21 s'occupent de Ieng Thirith ou sur la base de vos propres  
22 observations, est-ce que vous avez décelé certains signes vous  
23 donnant à penser qu'elle serait capable de suivre ce qui se  
24 produit sur un écran - ce qui est un vecteur moins direct qu'une  
25 participation en personne?

71

1 [11.58.27]

2 R. Pas actuellement, mais, en cas d'amélioration suffisante  
3 pour qu'elle puisse participer au procès, je pense que cette  
4 amélioration devrait lui permettre également de suivre l'audience  
5 depuis la cellule de détention.

6 Q. Par conséquent, dans l'état actuel des choses, ce n'est pas  
7 une option; mais, en cas d'amélioration, cette amélioration  
8 vaudrait également pour sa capacité à suivre l'audience depuis la  
9 salle... depuis la cellule de détention.

10 Pour des personnes âgées, est-il plus difficile de suivre ce qui  
11 se passe à la télévision ou à la radio à mesure que la déficience  
12 progresse, et ce, par rapport à une conversation directe?

13 R. Il peut y avoir des problèmes d'interprétation, mais, si  
14 elle est accompagnée, je ne pense pas que cela pose problème.

15 [11.59.34]

16 Q. Peut-être qu'il faudra y revenir de façon plus approfondie  
17 ultérieurement, n'est-ce pas?

18 R. Effectivement.

19 Me ELLIS:

20 Monsieur le Président, Madame, Messieurs les juges, je n'ai plus  
21 de questions à poser.

22 [11.59.56]

23 M. LE PRÉSIDENT:

24 Merci à la défense de Ieng Thirith et au Pr Campbell. En  
25 particulier, merci beaucoup, Professeur Campbell, pour avoir

1 répondu à toutes ces questions.

2 Le moment est venu de prendre la pause déjeuner. L'audience

3 reprendra donc à 13h30.

4 Les gardes de sécurité peuvent raccompagner Ieng Thirith à la

5 cellule de détention et la ramener au prétoire pour 13h30.

6 LA GREFFIÈRE:

7 Veuillez vous lever.

8 (Les juges quittent le prétoire)

9 (Suspension de l'audience: 12h00)

10 (Reprise de l'audience: 13h31)

11 (Les juges entrent dans le prétoire)

12 M. LE PRÉSIDENT:

13 Veuillez vous asseoir. L'audience reprend.

14 Ce matin, nous avons procédé à l'interrogatoire du Pr Campbell

15 par l'équipe de défense de Ieng Thirith. La Chambre souhaite

16 maintenant donner la parole au Bureau des coproccureurs pour leurs

17 questions posées au Pr Campbell.

18 [13.32.11]

19 INTERROGATOIRE

20 PAR M. SENG BUNKHEANG:

21 Merci, Monsieur le Président.

22 Q. Bonjour, Professeur Campbell.

23 Vous avez consulté les rapports du Pr Ka et du Dr Brinded. Vous

24 vous êtes aussi familiarisé avec la méthodologie employée pour

25 procéder à l'évaluation de l'accusé.

73

1 Nous aimerions savoir ce que vous pensez de la méthodologie  
2 utilisée par les deux médecins?

3 M. JOHN CAMPBELL:

4 R. Leur méthodologie était très semblable à la mienne.

5 Q. Avez-vous des recommandations additionnelles à formuler ou  
6 des observations sur la méthodologie utilisée par les deux  
7 médecins?

8 [13.33.36]

9 R. Ils ont interviewé Ieng Thirith et consulté les documents  
10 la concernant. Ils ont évalué son aptitude selon les instructions  
11 qu'ils avaient reçues.

12 Q. Pour ce qui est des soins qu'a reçus Ieng Thirith à  
13 l'hôpital Bumrungrad de Bangkok, il semblerait qu'après sa  
14 chirurgie à la hanche en janvier 2006 elle ait été la proie  
15 d'étourdissements et d'insomnies.  
16 Elle a reçu des traitements pour ses symptômes, et le rapport de  
17 2006 comprend un diagnostic: psychose en rémission.

18 Le Pr Ka et le Dr Brinded ont tiré la conclusion suivante dans  
19 leur rapport: que Ieng Thirith avait souffert d'un délire  
20 postopératoire et qu'il ne semblait pas avoir d'effets à long  
21 terme.

22 Etes-vous d'accord avec cette constatation ou non?

23 [13.35.34]

24 R. Je suis d'accord qu'il s'agissait du diagnostic le plus  
25 probable et... qui a suivi sa fracture à la hanche.

74

1 Q. Le délire postopératoire est-il un trouble temporaire? La  
2 démence que vous avez diagnostiquée est-elle, d'une façon ou  
3 d'une autre, un résultat ou reliée à cela?

4 R. Le délire est un processus d'autolimitation lié à un stress  
5 ponctuel, qui peut être lié à une déficience cognitive.  
6 Dans ce cas-ci, la déficience cognitive, il est fort probable,  
7 existait avant cet épisode de délire.

8 [13.36.36]

9 Q. S'agit-il d'un trouble temporaire?

10 R. Le délire est un trouble temporaire en soi.

11 Q. Est-il juste de dire que vous avez constaté un changement  
12 important par rapport à la situation évaluée par les Drs Brinded  
13 et Ka en 2009?

14 R. Il y a eu des changements sur cette période de deux ans,  
15 comme je l'ai documenté.

16 Q. Aurait-il été approprié de discuter avec ces deux experts  
17 ce qui aurait pu mener à un changement aussi important?

18 [13.38.04]

19 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

20 Réponse inaudible.

21 M. SENG BUNKHEANG:

22 Q. Au paragraphe 40 de votre rapport, document E62/3/6... que  
23 Ieng Thirith souffre d'une maladie démentielle modérément sévère,  
24 très probablement la maladie d'Alzheimer; au paragraphe 32, que  
25 les antécédents, l'évaluation, les scanographies de la tête et

75

1 les analyses sanguines suggèrent qu'il s'agit principalement  
2 d'une démence due à la maladie d'Alzheimer.

3 [13.39.16]

4 Toutefois, votre rapport ne fait pas état des facteurs  
5 spécifiques qui vous permettent de tirer cette conclusion,  
6 c'est-à-dire qu'il s'agit de la maladie d'Alzheimer.

7 Pourriez-vous dire au tribunal quels étaient ces facteurs  
8 spécifiques?

9 [13.40.49]

10 Me ELLIS:

11 On me dit qu'elle veut rentrer chez elle. Elle dit qu'elle veut  
12 rentrer chez elle.

13 J'imagine que, d'ici quelques instants, nous aurons plus de  
14 détails, si vous souhaitez les obtenir.

15 [Discussion entre les juges]

16 [13.42.10]

17 M. LE PRÉSIDENT:

18 Les gardes de sécurité vont maintenant raccompagner Ieng Thirith  
19 à la cellule de détention, et demander à Me Phat Pouv Seang de  
20 revenir au prétoire.

21 (L'accusée Ieng Thirith est reconduite hors du prétoire)

22 M. LE PRÉSIDENT:

23 Reprenons l'audience. La parole est au procureur.

24 [13.42.59]

25 M. SENG BUNKHEANG:

76

1 Merci, Monsieur le Président.

2 Q. J'aimerais répéter ma question.

3 Vous écrivez, au paragraphe 40 de votre rapport E62/3/6, que Ieng  
4 Thirith souffre d'une maladie démentielle modérément sévère, très  
5 probablement la maladie d'Alzheimer.

6 Au paragraphe 32, vous écrivez que les antécédents, les  
7 évaluations, les scanographies de la tête et les analyses  
8 sanguines suggèrent qu'il s'agit principalement d'une démence due  
9 à la maladie d'Alzheimer.

10 [13.44.04]

11 Votre rapport ne précise pas, toutefois, quels facteurs  
12 spécifiques vous ont mené à cette conclusion qu'il s'agit de la  
13 maladie d'Alzheimer.

14 Pourriez-vous expliquer ces facteurs spécifiques au tribunal?

15 M. JOHN CAMPBELL:

16 R. La maladie d'Alzheimer est un diagnostic clinique. Il n'y a  
17 pas de tests ou d'analyses de laboratoire qui permettent d'en  
18 arriver à une conclusion ferme qu'une personne a la maladie  
19 d'Alzheimer. Il s'agit d'un diagnostic clinique en deux étapes.  
20 Première étape, de s'assurer que les antécédents et les  
21 constatations physiques sont conformes à une hypothèse de maladie  
22 d'Alzheimer, c'est-à-dire une déficience globale de la fonction  
23 cérébrale sur une période prolongée de un, deux, trois ans ou  
24 plus long.

25 [13.44.59]

77

1 Le deuxième volet est de s'assurer qu'il n'y a pas d'autres  
2 troubles qui puissent avoir les mêmes symptômes, notamment une  
3 anomalie biochimique ou tout autre problème avec le système  
4 central nerveux qui pourrait être la cause de ces problèmes.

5 [13.45.22]

6 Le procédé que j'ai employé, c'était d'étudier les antécédents  
7 sur la base des rapports médicaux et des observations de ceux qui  
8 la connaissent, de mener un examen physique de l'accusée et aussi  
9 un test des fonctions cognitives, et de consulter les tests de  
10 laboratoire et de radiologie pour m'assurer qu'il n'existait pas  
11 d'autres troubles ou maladies.

12 Comme je l'ai indiqué, j'ai considéré qu'il y avait peut-être  
13 d'autres troubles qui pourraient contribuer et qu'il faille..  
14 trancher sur ces questions avant d'en tirer une conclusion  
15 finale.

16 (13.45.45]

17 Q. Au paragraphe 7 du même rapport, vous écrivez que la  
18 scanographie de juin 2011 présentait une atrophie cérébrale  
19 cadrant avec une hypothèse de maladie d'Alzheimer.

20 Et, au paragraphe 8, qu'il est probable que la maladie  
21 d'Alzheimer... il est probable, donc, que la maladie d'Alzheimer  
22 soit une des conditions qui contribuent à la déficience cognitive  
23 de l'accusée.

24 Pouvez-vous expliquer ces conclusions? Notamment, comment la  
25 maladie d'Alzheimer mène-t-elle à une atrophie cérébrale? Et en

1 quoi est-ce différent d'une atrophie résultant de... due à l'âge?

2 Est-il possible d'établir une distinction?

3 [13.47.11]

4 R. Il y a un chevauchement entre les changements dus à l'âge  
5 et les changements dus à la maladie d'Alzheimer. On ne peut pas,  
6 donc, faire un diagnostic définitif de maladie d'Alzheimer sur la  
7 pure... sur le simple fondement des radiographies et des scans.

8 Q. Est-il possible de voir la différence?

9 [13.47.46]

10 R. La différence? Vous voulez dire par des tests de  
11 laboratoire et des... de la radiologie?

12 Q. Evidemment, dans votre évaluation.

13 [13.48.15]

14 R. Comme je l'ai dit, il s'agit d'un diagnostic clinique...  
15 d'exclure toute autre cause pour la déficience; et, comme je l'ai  
16 dit, ça ne peut être la seule cause de déficience cognitive.

17 Q. Est-il juste de dire que la maladie d'Alzheimer est une  
18 maladie progressive avec différents stades, notamment des stades  
19 1 à 7?

20 R. Il s'agit d'un trouble progressif.

21 Et les termes "léger", "modéré" et "sévère", on les emploie ici,  
22 au tribunal, mais il n'existe pas de seuil précis qui fasse  
23 passer de léger à modéré.

24 Q. Plus tôt, la Défense a fait état de... que poser des  
25 questions était une partie importante... et Ieng Sary a d'ailleurs

79

1 fait des déclarations, des observations, que vous avez utilisées  
2 pour votre rapport. Considérez-vous que ces observations soient  
3 fiables ou que les informations que vous recevez de Ieng Sary  
4 sont fiables?

5 [13.50.34]

6 R. Puis-je préciser cette question? Est-ce que je considère  
7 que Ieng Sary était fiable dans les observations qu'il a faites  
8 de la condition, de l'état de santé de sa femme?

9 [13.50.52]

10 Q. Laissez-moi reformuler ma question.  
11 Vous avez recueilli une déclaration de Ieng Sary sur Ieng  
12 Thirith. Il vous a parlé, donc, de l'état de santé de son épouse.  
13 Croyez-vous que ce soit véridique?

14 R. J'ai évalué Ieng Sary moi-même. Je l'ai donc vu... son  
15 langage corporel. Je ne pense pas qu'il soit une partie  
16 désintéressée. Je sais qu'il n'est pas une partie désintéressée.  
17 Je considère toutefois que ses observations étaient judicieuses.

18 [13.51.58]

19 M. SENG BUNKHEANG:

20 Je vous remercie.

21 Je laisserai maintenant la parole à mon confrère.

22 [13.52.10]

23 INTERROGATOIRE

24 PAR M. ABDULHAK:

25 Bon après-midi, Professeur Campbell. La journée a été bien

80

1 longue. J'imagine que vous êtes un peu fatigué. Nous n'avons que  
2 quelques questions supplémentaires pour apporter des précisions à  
3 votre témoignage de ce matin et pour avoir une meilleure vue  
4 prospective.

5 Q. Le document B37/9/8, le rapport du Pr Ka et du Dr Brinded,  
6 si vous pouviez le consulter? A la page 5 de ce document...

7 [13.53.05]

8 Me ELLIS:

9 Monsieur le Président, permettez-moi d'interrompre. Je crois  
10 comprendre que ces rapports sont des documents confidentiels. Il  
11 s'agit d'une audience publique et les parties font référence à  
12 des passages de ces documents pour les aider dans leurs  
13 questions.

14 En mettant le document à l'écran, cela peut révéler d'autres  
15 informations qui ne sont pas du domaine public. Et donc ceux qui  
16 ont besoin du document l'ont sous la main, ce qui comprend le Pr  
17 Campbell.

18 Ne serait-il pas plus utile de simplement lui faire... de faire  
19 référence aux passages pertinents plutôt que de projeter le  
20 document car le document... l'intégralité du document n'est pas  
21 dans le dossier?

22 [13.54.05]

23 M. ABDULHAK:

24 Je... écoutez, je suis un peu étonné. Nous avons passé la matinée à  
25 parler des rapports du Pr Campbell et... celui du Pr Ka et du Dr

81

1 Brinded. On a lu des pans entiers de ce rapport, et ce sont ces  
2 mêmes passages auxquels je fais référence. Il n'y a pas  
3 d'information confidentielle additionnelle qui serait communiquée  
4 ou révélée.

5 Je pense qu'il serait utile que tout le monde consulte le même  
6 document, mais mon sort est entre vos mains.

7 Me ELLIS:

8 Je ne suis... je ne m'objecte pas contre des passages qui ont été  
9 rendus publics.

10 Je veux simplement m'assurer que ce soit simplement les  
11 informations qui ont été montrées au témoin qui soient projetées  
12 publiquement "dans" le Tribunal, mais le coprocurateur  
13 international a répondu à ma préoccupation.

14 Merci.

15 M. ABDULHAK:

16 Oui, nous serons brefs.

17 [13.55.27]

18 Q. Mon confrère a déjà discuté avec vous le concept de délire  
19 post-opératoire. Vous avez considéré qu'il s'agissait d'un  
20 trouble temporaire, n'est-ce pas?

21 M. JOHN CAMPBELL:

22 R. Oui, c'est exact.

23 Q. J'ai été... j'ai trouvé intéressant d'entendre que vous  
24 considériez que toute... que des déficiences cognitives pouvaient  
25 exister avant cet épisode de délire.

82

1 [13.55.52]

2 R. Bien, nous n'avons pas de documents montrant que c'était le  
3 cas, mais une déficience cognitive peut créer une prédisposition  
4 au délire.

5 Q. Donc on ne peut pas être certain. Peut-être même  
6 pouvons-nous discuter sans projeter le passage en question.  
7 Je lirai une ligne. Les auteurs notent qu'il n'existe pas de  
8 document de symptômes psychiatriques postopératoires. Ils ont  
9 rédigé ce rapport en octobre-novembre 2009 et faisaient référence  
10 à un épisode qui s'était produit au début 2006, et n'ont pas  
11 trouvé de symptômes psychiatriques subséquents.  
12 Êtes-vous au courant d'autres... de documents qui permettraient  
13 d'éclairer cela?

14 R. Non. Ils ne... ce à quoi ils font référence, c'est qu'au  
15 moment de sa fracture elle avait des hallucinations et d'autres  
16 problèmes qui auraient pu être une manifestation d'un trouble  
17 psychiatrique ou de délire, et, dans le rapport, indiquant donc  
18 que comme il n'y avait pas eu d'autres hallucinations ou de  
19 symptômes, de troubles psychiatriques, c'était sûrement, en fait,  
20 un cas de délire.

21 [13.57.25]

22 Q. Merci.

23 Vous avez dit aujourd'hui qu'il n'y... que les scanographies ne  
24 présentaient pas de changements importants, scanographies de 2007  
25 à 2009 et (inintelligible) de 2011, n'est-ce pas?

83

1 R. Oui, c'est exact.

2 Q. Vous dites que ce n'est pas toujours le cas non plus qu'une  
3 atrophie soit visible dans une scanographie et que le lien avec  
4 la déficience cognitive n'est pas clair, n'est-ce pas?

5 R. Oui.

6 [13.58.08]

7 Q. J'aimerais que vous... vous présenter un document que je ne  
8 crois pas vous êtes déjà... que vous ayez déjà vu. Il s'agit du  
9 document C18.

10 J'anticipe une objection. C18 est le procès-verbal de la première  
11 comparution de Ieng Thirith devant les cojuges d'instruction.

12 Et le passage que j'aimerais vous montrer est une brève  
13 déclaration de Ieng Thirith à cette occasion. Si... j'en ai un  
14 exemplaire si la Chambre souhaite le considérer avant que cela  
15 soit projeté.

16 [13.59.41]

17 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

18 A quel passage faites-vous référence?

19 M. ABDULHAK:

20 Oui, je vois la page 3 de la version anglaise, deuxième  
21 paragraphe, puis trois paragraphes suivants, qui "comprend" une  
22 déclaration de la personne mise en examen sur les allégations  
23 pesant contre elle.

24 (Discussion entre les juges)

25 [14.00.15]

1 M. LE PRESIDENT:

2 Je donne la parole aux coavocats principaux.

3 Me SIMONNEAU-FORT:

4 Oui, Monsieur le Président, simplement une observation.

5 En ce qui nous concerne, nous nous sommes réjouis de la publicité  
6 des débats parce que je pense que c'est important que tout le  
7 monde comprenne ce qui se passe; et je crois que la publicité ne  
8 se définit pas par rapport à ce qui est bon pour Mme Ieng Thirith  
9 ou pas bon pour Mme Ieng Thirith.

10 [14.01.37]

11 Je crois que ce matin nous avons eu la révélation de la teneur de  
12 documents de façon très, très précise, et je crois que le critère  
13 de la publicité, encore une fois, ce n'est pas seulement par  
14 rapport à ce qui est bon ou pas bon pour Mme Ieng Thirith. Et je  
15 voudrais que la Chambre tienne compte de cette situation.

16 (Discussion entre les juges)

17 [14.02.43]

18 M. LE PRESIDENT:

19 Dans l'intérêt de la justice et de la publicité des débats, les  
20 greffiers d'audience sont invités à afficher le passage auquel  
21 souhaite renvoyer le Bureau des coprocurateurs.

22 M. ABDULHAK:

23 Page 3 du document anglais; c'est le document C18.

24 [14.03.13]

25 Me ELLIS:

85

1 Suite à ce qui a été dit, qu'il soit bien clair que la défense  
2 n'a pas émis d'objection à ce que ce passage soit produit devant  
3 la Chambre en public.

4 M. ABDULHAK:

5 Mon confrère m'a informé que c'était probablement un des  
6 documents communiqués à l'expert, lequel a déjà donc connaissance  
7 de sa teneur.

8 Q. Je vais vous donner lecture de deux ou trois phrases de ce  
9 passage. C'était l'audience initiale en présence des cojuges  
10 d'instruction, une audience du 14 novembre 2007.

11 [14.04.15]

12 Bien entendu, à l'époque, la personne était mise en examen et  
13 elle répondait aux allégations des coprocurateurs. On peut lire:  
14 "Tout ce qu'ont dit les coprocurateurs est faux à cent pour cent.  
15 Je suis accusée d'avoir tué beaucoup de gens. Je voudrais que  
16 l'on me dise où, quand et comment."

17 Ensuite, dans le passage suivant, elle dit:

18 "Je veux que les témoins viennent raconter eux-mêmes."

19 Elle poursuit en disant quel était son rôle à son avis durant la  
20 période visée par l'acte d'accusation.

21 [14.05.01]

22 A votre avis, sur le plan cognitif, s'agit-il d'une personne qui  
23 est capable de comprendre la procédure?

24 M. JOHN CAMPBELL:

25 R. C'est difficile de fonder son jugement sur cette partie.

86

1 Lorsque j'ai fait des commentaires, je disposais de l'ensemble  
2 des transcriptions des audiences et cela révélait certaines  
3 déficiences, et ce, pour l'ensemble des discussions. Elle se  
4 remémorait certains aspects de son passé.

5 Q. Vous conviendrez que ce passage ne dénote aucune incapacité  
6 à se souvenir des aspects essentiels du rôle qui était le sien  
7 ainsi que des allégations pesants contre elle.

8 [14.05.54]

9 R. A supposer que ce qu'elle décrit est exact, effectivement,  
10 je ne sais pas si Mme Chea Leang était présente à ce moment-là.  
11 Je ne sais pas si c'était lié aux commentaires qui avaient été  
12 faits à l'époque.

13 Q. Chea Leang est la coprocureure cambodgienne. Elle était  
14 bien présente à cette audience.

15 Merci.

16 J'aimerais qu'on en vienne au rapport du Pr Ka et du Dr Brinded.  
17 C'est le document D37-98. Je vous renvoie à la page 7 du document  
18 en anglais.

19 [14.07.16]

20 A nouveau, je vous donne lecture d'un extrait du premier passage.  
21 C'est un résumé des discussions avec Ieng Thirith, résumé établi  
22 par les deux médecins. Ils ont estimé qu'elle comprenait le rôle  
23 des juges et la procédure judiciaire.

24 [14.07.35]

25 Cependant, elle a indiqué qu'elle doutait, que les juges

87

1 d'instruction n'étaient peut-être pas impartiaux et que l'un des  
2 coaccusés avait vivement influencé les cojuges d'instruction  
3 contre elle.

4 Vous avez connaissance de cette déclaration?

5 R. Oui.

6 [14.07.57]

7 Q. A votre avis, est-ce que cela est révélateur d'une capacité  
8 à comprendre la procédure?

9 R. A ce stade-là, oui. Cela pose la question du coaccusé en  
10 question. C'est une question qui ne date pas d'hier. Il en était  
11 question ce matin.

12 Q. De toute évidence, le dossier est très volumineux. Vous  
13 n'avez pas pu tout lire, mais dans ce passage Ieng Thirith émet  
14 quelques craintes quant à la partialité des cojuges  
15 d'instruction.

16 Dans le mois et demi qui a suivi, environ, la défense de Ieng  
17 Thirith a contesté le déroulement de la procédure pour plusieurs  
18 motifs, y compris en alléguant un manque d'impartialité chez les  
19 juges.

20 [14.08.54]

21 A la lumière de ce fait, est-ce que cela vous conduit à telle ou  
22 telle conclusion quant à sa capacité à comprendre la procédure -  
23 à ce stade-là bien entendu?

24 R. Il est difficile d'en parler. Je ne sais pas dans quelle  
25 mesure cette contestation venait d'elle. Je ne sais pas quel rôle

88

1 elle a joué dans cette initiative.

2 [14.09.24]

3 Q. Je comprends, mais on pourrait au moins dire qu'elle était  
4 au courant tout au moins de ces préoccupations.

5 Me ELLIS:

6 Permettez-moi d'interrompre. Il est évident que le Pr Campbell ne  
7 peut pas faire de commentaire sur des écritures rédigées par la  
8 défense de Ieng Thirith. Il n'a certainement pas eu connaissance  
9 de ce document. Il n'a pas été partie à la rédaction et à notre  
10 avis il serait déplacé qu'on demande au Pr Campbell de spéculer à  
11 ce sujet.

12 [14.09.55]

13 M. ABDULHAK:

14 Très brièvement, en réponse, nous n'invitons pas le Pr Campbell à  
15 commenter des écritures mais bien à se demander si, à la lumière  
16 des déclarations de Ieng Thirith, il pourrait émettre une  
17 évaluation sur ces documents.

18 Nous pensons que cela relève pleinement des compétences du Pr  
19 Campbell.

20 [14.10.26]

21 M. LE PRESIDENT:

22 Le Pr Campbell a répondu qu'il ne pouvait pas faire  
23 d'observations à ce sujet car à l'époque il ne travaillait pas  
24 sur la question.

25 [14.10.36]

89

1 Est-ce que les coprocurateurs ont d'autres questions à poser?

2 Je vous prie de prendre garde à ne pas toucher à des questions  
3 qui ne relèvent pas de la compétence du Pr Campbell.

4 Il faut en effet se souvenir également que le Pr Campbell ne  
5 travaille sur ces questions que depuis peu.

6 M. ABDULHAK:

7 Je vais donc passer à la suite.

8 [14.11.15]

9 Q. Je voudrais obtenir des éclaircissements au sujet d'une  
10 question dont vous avez traité ce matin, Professeur.  
11 Vous savez... il a été question d'incidents qui ont eu lieu au  
12 centre de détention, incidents lors desquels l'accusée se serait  
13 conduite de manière déplacée.

14 Le Dr Brinded et le Pr Ka sont arrivés à la conclusion qu'à leur  
15 avis ces manifestations n'étaient pas la conséquence d'un trouble  
16 cognitif.

17 Pouvez-vous faire des commentaires là-dessus?

18 M. JOHN CAMPBELL:

19 R. Oui, comme je l'ai indiqué ce matin, les coups de colère  
20 qui ont eu lieu à l'époque visaient essentiellement un des  
21 coaccusés - si j'ai bien compris.

22 Ce matin, on a vu que cela concernait d'autres personnes  
23 également, des soupçons portant sur d'autres personnes également,  
24 et on a vu que les coups de colère étaient de moins en moins  
25 contrôlés et que l'inhibition était de moins en moins présente.

90

1 [14.12.32]

2 Q. On pourrait donc établir un lien entre le diagnostic que  
3 vous avez posé - démence ou maladie d'Alzheimer - d'une part et  
4 les incidents en question?

5 R. Effectivement, on peut établir un lien.

6 Q. J'aimerais poser encore une question au sujet du passé -  
7 dans une perspective d'avenir également.

8 L'un des rapports dont on n'a pas parlé me semble-t-il encore,  
9 c'est celui qui date du mois de février 2011. Il s'agit d'un  
10 examen auquel a procédé le psychiatre Chak Thida. J'aimerais très  
11 brièvement qu'on affiche ce document: E17/1/2.4.

12 [14.13.37]

13 Ce document, à nouveau, ne contient pas d'information nouvelle.  
14 Il s'agit juste d'observations nouvelles au sujet des facultés  
15 cognitives de l'accusée.

16 Je vous renvoie brièvement au point numéro 2. Le Dr Thida et le  
17 Pr Nhem Sophoeun ont indiqué que l'accusée semblait s'intéresser  
18 à leurs questions et que la conversation s'est déroulée sans  
19 heurt, mais à nouveau il est question des difficultés physiques  
20 et il est dit également qu'elle avait répondu correctement aux  
21 questions posées par les médecins.

22 Ensuite, à la rubrique 4, "Facultés de parole", il est indiqué  
23 qu'une cohérence de l'éventail langagier... et une réaction  
24 normale. Et, au point 5, pas d'hallucination.

25 [14.14.44]

91

1 Il s'agit de différents facteurs qui pourraient contribuer à ce  
2 que vous avez constaté. Vous vous êtes entretenu avec le Dr  
3 Thida; avez-vous pu discuter de ce rapport avec elle?

4 R. Oui, j'ai parlé des changements qu'elle avait observés.  
5 Comme je l'ai dit, elle a participé à l'entretien à... la deuxième  
6 fois.  
7 Je pense que les relations qu'a Ieng Thirith avec les gens qui  
8 l'interrogent varient beaucoup. Cela pourrait révéler une  
9 fluctuation de son état.

10 [14.15.29]

11 Q. On pourrait donc dire qu'il y a des occasions où elle peut  
12 avoir un contact plus réel comme semble l'indiquer ce document?

13 R. Je crois que parfois ces contacts se déroulent mieux avec  
14 certaines personnes plutôt qu'avec d'autres. Je doute qu'elle  
15 puisse avoir un échange cohérent et raisonné.

16 Q. Une question générale dans une perspective d'avenir; c'est  
17 une question technique.

18 Ce matin, on vous a demandé si la prévalence de la démence  
19 augmentait avec l'âge; on vous a mentionné l'âge de 65 ans.  
20 Corrigez-moi le cas échéant, mais je crois qu'hier vous aviez  
21 parlé de 85 ans.

22 R. S'agissant de la prévalence, cela concerne des sociétés  
23 autres que la société cambodgienne, mais on peut supposer que la  
24 prévalence est semblable.

25 C'est environ 67 pour cent pour les plus de 65 ans et on passe à

1 80 pour cent pour les plus de 80 ans.

2 [14.16.59]

3 Q. Je reviens au débat de ce matin avec la Défense. Peut-on  
4 dire que, pour vous, la déficience cognitive était modérée? Par  
5 souci de clarté, je pense que vous avez parlé de degré sévère. Je  
6 sais que la terminologie varie.

7 R. Je dirais que c'est modéré car ceci a des incidents sur sa  
8 capacité à interagir avec son entourage au quotidien.

9 [14.17.32]

10 Q. Merci.

11 Vous avez aussi indiqué que la réduction des doses de médicaments  
12 recommandés était en cours?

13 R. Oui.

14 Q. Vous avez aussi dit... vous avez aussi parlé d'un médicament  
15 qui était en train d'être retiré. C'est la quétiapine.

16 R. Effectivement.

17 Q. Peut-être avez-vous déjà répondu; pardonnez-moi le cas  
18 échéant.

19 Est-ce que ce médicament traite la schizophrénie?

20 [14.18.08]

21 R. Oui, c'est un tranquillisant utilisé contre les fortes  
22 psychoses. C'est utilisé en cas de troubles de comportement liés  
23 à la démence mais il y a des inconvénients à l'utiliser.

24 Q. Quels sont les effets secondaires de ce médicament, surtout  
25 du point de vue des fonctions cognitives?

93

1 R. Un ralentissement du fonctionnement cognitif. Cela a  
2 également des incidences sur les capacités de raisonnement et  
3 cela peut aussi influencer sur la mobilité de la personne.

4 Q. Compte tenu de cela, vous avez recommandé de supprimer  
5 cette médication en consultation avec les médecins de Calmette  
6 mais cela n'a pas été fait?

7 [14.18.55]

8 R. Effectivement,

9 Q. Peut-on dire qu'il est possible que ça soit actuellement  
10 l'un des facteurs qui contribue au diagnostic que vous avez posé?

11 R. C'est possible. Je ne pense pas que la réduction de la dose  
12 ait beaucoup d'incidences mais je pense qu'il faut envisager  
13 cette possibilité.

14 Q. Vous avez également recommandé de prescrire un autre  
15 médicament. Il en a été question ce matin. Est-ce que cela serait  
16 pour une période de trois mois?

17 R. Oui, s'il n'y a pas d'effets secondaires, en général, on  
18 procède à un essai pendant trois mois.

19 [14.19.52]

20 Q. Est-il possible, même si ce n'est pas très vraisemblable,  
21 qu'une amélioration des facultés cognitives se produise?

22 R. Effectivement, c'est possible mais peu probable.

23 Q. Dans votre rapport de suivi tout à la fin, et ceci cadre  
24 avec ce que vous venez de dire, vous indiquez que les changements  
25 dans le traitement médicamenteux ne vont certainement pas

1 améliorer grandement l'état de la personne, mais vous dites qu'il  
2 est possible que cela lui permette de mieux participer à sa  
3 défense.

4 [14.20.41]

5 Pouvez-vous apporter des précisions là-dessus?

6 R. Comme je l'ai dit, il vaut la peine d'envisager la  
7 possibilité... On ne peut pas exclure qu'elle puisse participer  
8 efficacement à sa défense. On ne peut l'exclure et il faudrait  
9 pour elle-même faire un essai.

10 Q. Vous savez que quatre psychiatres ont été désignés pour  
11 procéder à une nouvelle expertise, n'est-ce pas?

12 R. Oui, j'en suis informé.

13 Concernant les médicaments, une question importante est celle du  
14 moment de l'expertise.

15 Q. Pensez-vous que vous devriez réexaminer la personne à  
16 l'expiration de la période d'essai?

17 [14.21.36]

18 R. Si tel est le souhait de la Chambre, je serais prêt à le  
19 faire.

20 Q. A votre avis, cela pourrait être utile pour repérer  
21 d'éventuels changements... en cas de changements?

22 R. Effectivement, s'il y a des changements, ça vaudrait la  
23 peine de réexaminer la situation.

24 Q. Et j'en viens à la conclusion. Compte tenu des  
25 recommandations que vous avez formulées et compte tenu du

1 traitement qui se poursuit, pourrait-on dire qu'actuellement les  
2 conclusions tirées le sont à titre provisoire?

3 [14.22.10]

4 R. Effectivement, les choses peuvent changer et les autres  
5 experts vont également établir un rapport d'expertise. Pour ce  
6 qui est de mes propres conclusions, je pense que je ne peux pas  
7 tirer des conclusions définitives à ce stade tant qu'on n'a pas  
8 tout essayé.

9 Q. La déficience cognitive dont est atteinte Ieng Thirith à  
10 votre avis est le résultat de plusieurs facteurs; je crois que  
11 vous avez parlé entre autre des facteurs psychosociaux. Peut-on  
12 prendre certaines mesures alors qu'elle est en détention afin  
13 d'atténuer certains de ces symptômes - en plus des médicaments?

14 R. En tout état de cause, il serait difficile de prendre  
15 quelque mesure que ce soit pour améliorer la situation et il me  
16 semble peu probable que des mesures quelconques puissent amener à  
17 une amélioration ou à stimuler la patiente et à la rendre plus  
18 active. Il me paraît très peu probable que cela ait des effets  
19 bénéfiques.

20 [14.23.18]

21 M. ABDULHAK:

22 Merci beaucoup.

23 M. LE PRESIDENT:

24 Merci au Bureau des coproccureurs.

25 A présent, la Chambre va entendre les coavocats principaux pour

96

1 les parties civiles au cas où ils auraient des questions à poser  
2 au Pr Campbell.

3 [14.24.15]

4 Me PICH ANG:

5 Madame, Messieurs les juges, membres du public, moines, bon  
6 après-midi.

7 Pour ma part, je n'ai pas de questions à poser au Pr Campbell.

8 Je constate que cet après-midi Ieng Thirith était présente et  
9 qu'elle s'est entretenue amicalement avec ses avocats.

10 Me LOR CHUNTHY:

11 Merci, Monsieur le président.

12 Tout d'abord, je salue la Cour et je salue le Pr Campbell. Je  
13 salue également les moines dans la galerie du public.

14 Je m'appelle Lor Chunthy. Je suis avocat des parties civiles.

15 Avant toute chose, je tiens à remercier le Pr Campbell d'être  
16 venu déposer en vue d'aider la Chambre à comprendre l'état de  
17 santé de l'accusée Ieng Thirith.

18 [14.26.05]

19 INTERROGATOIRE

20 PAR M. LOR CHUNTHY:

21 Q. Professeur Campbell, avant de venir au Cambodge, est-ce que  
22 vous étiez au courant de ce qui s'était produit entre 1975 et  
23 1979? Car c'est cette période-là qui est cruciale pour votre  
24 évaluation.

25 M. JOHN CAMPBELL:

1 R. J'ai lu des ouvrages sur l'histoire de l'époque.

2 Q. Merci, Professeur.

3 [14.26.55]

4 Ensuite, devant la Chambre de première instance, un incident  
5 s'est produit... devant la Chambre préliminaire, un incident s'est  
6 produit. Ieng Thirith a émis des objections à la suite de  
7 certaines affirmations qui avaient été faites au sujet de ses  
8 activités passées.

9 Je ne sais pas si le professeur m'entend.

10 M. LE PRESIDENT:

11 Je prie les greffiers d'audience de veiller à ce que le Pr  
12 Campbell puisse entendre l'interprétation.

13 [14.28.11]

14 Me LOR CHUNTY:

15 Q. Si je fais référence à cet incident, c'est parce que au  
16 cours de l'audience devant la Chambre préliminaire, audience qui  
17 a eu lieu le 24 février 2009, ainsi qu'une autre audience datant  
18 du 15 février 2010, à ces deux occasions, donc, Ieng Thirith a  
19 réagi aux discussions.

20 Je voudrais savoir si vous êtes au courant de ces incidents? Les  
21 documents pertinents sont les documents C20/5 et C20/9.

22 R. Les documents concernent la Chambre préliminaire, est-ce  
23 que ce sont ceux dont il est question ici?

24 Q. Oui, c'est le compte rendu de l'audience de la Chambre  
25 préliminaire.

1 R. Oui, j'en ai eu connaissance.

2 [14.29.39]

3 Q. Que pensez-vous des réactions de l'intéressée? Est-ce que  
4 vous estimez qu'à l'époque elle avait conservé la mémoire mais  
5 que ce n'est plus le cas maintenant?

6 R. Je crois qu'à l'époque on a pu constater qu'elle avait des  
7 problèmes de mémoire, elle n'avait pas... elle ne se souvenait pas  
8 du nom de son mari par exemple. Il y avait aussi une perte de  
9 l'inhibition dans sa réaction.

10 [14.30.29]

11 Q. Merci, Professeur, j'ai une autre question.

12 Le point 33, vous avez étudié la question de la dépression.

13 Pouvez-vous me dire sur quoi vous vous êtes fondé, au paragraphe  
14 33 donc, pour tirer cette conclusion?

15 R. Il n'y avait pas eu d'autres évaluations par des  
16 psychiatres au préalable qui indiquaient qu'elle souffrait de  
17 dépression. Cela ne veut pas dire qu'elle ne puisse pas être de  
18 mauvaise humeur, il peut y avoir d'autres causes.

19 Mais il n'y a jamais eu de question comme quoi son moral... un peu  
20 bas et autre chose que voir... que ses simples circonstances.

21 Elle sera évaluée par quatre psychiatres, j'imagine qu'ils  
22 exploreront cette question.

23 Q. Vous avez parlé de difficultés de concentration. Quels sont  
24 les symptômes ou le diagnostic pour ce problème?

25 R. Vous voulez dire en ce qui a trait à la concentration?

99

1 [14.32.53]

2 Q. Ma question touche votre... dans vos évaluations de Ieng  
3 Thirith, vous avez constaté qu'elle a eu des hallucinations ou  
4 des déficiences cognitives; j'aimerais savoir donc quel est selon  
5 vous... quels sont les symptômes ou le diagnostic?

6 R. Les hallucinations ne se sont produites que dans ce délire  
7 après qu'elle se "soit" fracturé la hanche. Je considère qu'il y  
8 a donc un processus... mon diagnostic est processus démentiel avec  
9 d'autres facteurs sous-jacents.

10 Q. Cela signifie que c'était sa fracture qui avait causé un  
11 tel trouble?

12 R. Le traumatisme de cette fracture et la chirurgie qui avait  
13 suivi "est" une cause de délire fréquente chez les personnes  
14 âgées et "aurait" été la cause dans cette situation.

15 Q. Est-il courant pour une personne de l'âge de Ieng Thirith  
16 d'avoir une telle maladie ou est-ce anormal?

17 R. C'est anormal, mais c'est un trouble qui est fréquent chez  
18 les personnes âgées.

19 [14.35.11]

20 Q. Merci beaucoup, j'ai une autre question.

21 Lors de vos entretiens avec Ieng Thirith, avez-vous remarqué si  
22 elle est consciente de votre présence? Car j'ai pris note qu'un  
23 médecin a procédé à l'entretien alors que vous étiez à l'arrière  
24 et que vous observiez, et... était-ce pour s'assurer... est-ce une  
25 tactique pour qu'elle soit plus à l'aise?

100

1 [14.36.11]

2 R. Oui, c'est pourquoi j'ai procédé de cette façon pour le  
3 test. Car, le matin, j'étais préoccupé qu'il s'agissait d'une  
4 situation d'examen ou de test plus évidente et qu'elle n'aurait  
5 pas pu... elle aurait été peut-être plus anxieuse ou n'aurait pas  
6 eu une performance aussi bonne que si ce n'était pas le cas.

7 Q. Merci, j'ai une dernière question.

8 Professeur, pouvez-vous nous préciser comment... pouvez-vous nous  
9 expliquer le contexte culturel cambodgien peut avoir une  
10 influence sur votre rapport?

11 R. C'est une bonne question, en effet, et j'étais conscient du  
12 fait que je travaille... j'ai œuvré dans le... au sein d'une culture  
13 qui n'est pas celle à laquelle je suis habitué. C'est pourquoi  
14 j'ai demandé au Pr Ka de procéder à un nouvel entretien de Ieng  
15 Thirith après moi.

16 Et c'est pourquoi aussi j'étais bien heureux de voir qu'un  
17 médecin qu'elle connaissait procédait à un entretien avec elle  
18 cette seconde fois et de pouvoir discuter avec eux de questions  
19 culturelles dont je n'aurais peut-être pas eu connaissance.

20 Q. Bon, cela me mène à poser une question de plus. Les  
21 scanographies, vous avez dit avoir examiné les scanographies  
22 précédentes ainsi que la plus récente. Pouvez-vous nous expliquer  
23 les changements?

24 R. Les scanographies subséquentes pourraient montrer très peu  
25 de changements ou pourraient montrer une augmentation de

101

1 l'atrophie cérébrale.

2 [14.38.56]

3 Je n'ai pas remarqué de changements particuliers avec cette  
4 scanographie du mois de juin, quoique des changements peuvent se  
5 produire.

6 Q. Est-il juste de dire qu'il est difficile de tirer des  
7 conclusions quant aux fonctions cognitives sur la base des  
8 scanographies?

9 [14.39.29]

10 R. Je ne peux pas regarder... consulter une scanographie et dire  
11 ceci est associé à tel niveau de déficience cognitive.

12 Me LOR CHUNTHY:

13 Merci beaucoup, Professeur.

14 Je laisse maintenant la parole à ma consœur.

15 M. LE PRESIDENT:

16 La parole est à Me Simonneau-Fort.

17 [14.40.00]

18 Me SIMONNEAU-FORT:

19 Monsieur le Président, avec votre autorisation, je donne la  
20 parole à ma consœur pour les dernières questions.

21 INTERROGATOIRE

22 PAR Me SUTZ:

23 Q. Merci, Monsieur le Président. Bonjour, Professeur Campbell.

24 Bonjour à tous.

25 Je crois qu'un certain nombre de questions ont été posées. La

102

1 journée a été assez longue. Par conséquent, j'aimerais revenir  
2 essentiellement sur deux réponses qui ont été apportées et  
3 auxquelles j'aimerais que vous puissiez apporter certaines  
4 clarifications.

5 Ma première question concerne la jurisprudence Strugar, qui a été  
6 évoquée à plusieurs reprises hier et aujourd'hui.

7 Ce matin même, mon confrère Diana Ellis vous a demandé si Ieng  
8 Thirith était apte à comprendre notamment les accusations portées  
9 contre elle, à comprendre la procédure judiciaire, à donner des  
10 instructions à ses avocats, à faire des déclarations et, encore,  
11 à apprécier les conséquences d'une déclaration de culpabilité.  
12 Ces... et ces critères sont donc les critères de la jurisprudence  
13 Strugar.

14 [14.41.18]

15 Vous avez apporté une réponse positive à l'ensemble de ces  
16 critères. Vous considérez oralement que Ieng Thirith est apte à  
17 être jugée.

18 Toutefois, la même question... enfin, la jurisprudence Strugar a  
19 été évoquée à plusieurs reprises, notamment hier, par la défense  
20 de Nuon Chea, qui vous a demandé si vous étiez au courant de  
21 cette jurisprudence. A cette occasion vous avez répondu par la  
22 négative.

23 Ensuite, il vous a été également demandé par les coprocurateurs,  
24 qui ont fait référence à un document qui vous a été soumis par la  
25 défense de madame Ieng Thirith et qui évoquait ces critères. Vous

103

1 avez, cette fois-ci, répondu par l'affirmative.

2 [14.42.19]

3 Du coup, j'aimerais, si possible, avoir une clarification de  
4 votre position sur la connaissance de ces critères au moment où  
5 vous avez rédigé votre rapport. En effet, il apparaît à la  
6 lecture du rapport que vous ne vous référez jamais à ces critères  
7 et que ces critères n'ont pas été repris explicitement.

8 Bien que la Chambre les cite... cite cette jurisprudence qui est  
9 essentielle dans l'ordonnance qui vous désigne, elle ne reprend  
10 pas explicitement ces critères.

11 J'aimerais, par conséquent, que vous nous disiez si vous avez  
12 effectivement, non pas aujourd'hui mais au moment de la rédaction  
13 de ce rapport, pris ces critères en considération et comment  
14 votre rapport adresse ces critères?

15 [14.43.30]

16 M. JOHN CAMPBELL:

17 R. Dans... à la page... aux paragraphes 5 et 6 et dans le... de  
18 l'ordonnance portant désignation...

19 Q. Si vous me permettez, les critères ne sont pas... il est fait  
20 référence à la jurisprudence avec une citation, mais les critères  
21 ne sont pas explicitement énoncés dans l'ordonnance qui vous  
22 désigne.

23 M. LE PRESIDENT:

24 L'avocate des parties civiles pourrait-elle répéter sa question?

25 Nous semblons... il semblerait y avoir quelque chose de perdu dans

104

1 l'interprétation.

2 Me SUTZ:

3 J'aurais souhaité savoir si le professeur était actuellement au  
4 courant... à la lumière des débats qui ont eu lieu hier, j'ai... mon  
5 sentiment a été qu'il y avait un peu de confusion puisque le  
6 professeur a répondu d'abord à la défense de Nuon Chea par la  
7 négative, en disant qu'il n'était pas... reprenez-moi si ma  
8 compréhension est incorrecte, mais il me semble qu'il a répondu  
9 par la négative hier à la défense de Nuon Chea quand mon confrère  
10 M. Pauw a demandé si le Pr Campbell était au courant de cette  
11 jurisprudence.

12 Quand la même question a été soulevée par le coprocurateur, le Pr  
13 Campbell a ensuite répondu par l'affirmative.

14 [14.45.00]

15 Donc, ma première question porte sur une clarification de la  
16 connaissance de ces critères par le Pr Campbell au moment de la  
17 rédaction de son rapport et, dans l'affirmative, s'il peut étayer  
18 sa réponse quant à la façon dont il répond à ces critères dans  
19 son rapport puisqu'ils ne sont jamais mentionnés dans le rapport.

20 M. JOHN CAMPBELL:

21 Je pense que la défense de Nuon Chea avait soulevé une autre  
22 jurisprudence et pas Strugar. Le caractère Strugar est expliqué  
23 dans les documents que j'ai reçus et c'est sur la base de ces  
24 critères que j'ai fondé mes conclusions.

25 [14.46.02]

105

1 Me SUTZ:

2 Est-ce que mon confrère de la défense de Nuon Chea peut apporter  
3 une clarification à ce sujet?

4 [14.46.16]

5 M. LE PRESIDENT:

6 En fait, l'équipe de défense de Nuon Chea est ici à titre  
7 d'observateur. Et ils ne sont pas partie à cette audience et ils  
8 ne peuvent prendre la parole.

9 Me ELLIS:

10 Le Pr Campbell, nous avons entendu, avait dit qu'il n'avait pas  
11 lu les capacités Strugar, mais je crois que tout au cours de la  
12 journée cette déclaration a été précisée. J'espère que cela  
13 apporte la précision nécessaire.

14 [14.47.22]

15 Me SIMONNEAU-FORT:

16 Je vais juste compléter un petit peu sur cette question.

17 Quand une expertise est ordonnée pour connaître l'aptitude d'un  
18 accusé à être éventuellement jugé, on fait référence aux  
19 questions qui ont été très clairement exposées par ma consœur, et  
20 ces questions d'aptitude, nous n'avons pas réussi à savoir au  
21 cours des débats si vous en aviez ou non vraiment connaissance ou  
22 si vous aviez seulement connaissance de la note de bas de page de  
23 l'ordonnance, qui ne fait pas référence précisément à ces  
24 questions.

25 [14.47.55]

106

1 Ces questions d'aptitude, elles sont précises, et dans votre  
2 rapport on ne les retrouve nulle part et on ne trouve dans votre  
3 rapport aucune référence qui nous permette de penser que vous  
4 avez cherché à répondre à ces questions d'aptitude.  
5 Or ces questions sont les questions essentielles qui permettent  
6 de juger de l'aptitude d'une personne à être jugée.  
7 Est-ce que vous pourriez nous expliquer, à tout le moins, si dans  
8 votre rapport... pourquoi dans votre rapport vous ne faites  
9 absolument jamais référence à ces questions d'aptitude qui sont  
10 essentielles pour répondre à la question précise?  
11 (Discussion entre les juges)  
12 [14.48.23]  
13 M. LE PRESIDENT:  
14 L'ordonnance portant désignation d'un expert pour évaluer  
15 l'aptitude à être jugé d'un accusé ne... par cette ordonnance, la  
16 Chambre n'a pas donné l'instruction à l'expert de dépendre du  
17 critère comme dans l'affaire Strugar.  
18 Donc, la référence à cette jurisprudence dans l'arrêt Strugar  
19 n'est pas pertinente à l'ordonnance portant désignation d'un  
20 expert.  
21 Nous enjoignons donc l'avocat à poser des questions qui n'ont pas  
22 encore été posées à l'expert... et doivent toucher directement le  
23 rapport du Pr Campbell concernant Ieng Thirith.  
24 J'aimerais maintenant laisser la parole au Juge Lavergne pour  
25 plus de précisions.

107

1 [14.50.55]

2 M. LE JUGE LAVERGNE:

3 Oui, merci, Monsieur le Président.

4 J'ai peur qu'il y ait un certain nombre de précisions qui aient  
5 été perdues dans la traduction. Donc, la première précision, me  
6 semble-t-il, et je pense que c'était l'objectif de votre  
7 intervention, est de dire que les critères qui sont définis dans  
8 l'arrêt Strugar sont des critères juridiques et ce sont des  
9 questions qui sont de la compétence de la Chambre.

10 Et, ces critères juridiques, c'est la base sur laquelle la  
11 Chambre se fondera pour éventuellement prendre une décision.  
12 Donc, ils ne sont pas directement... ils ne rentrent pas dans la  
13 mission de l'expert médical de répondre à ces questions. Il  
14 rentre dans la mission de l'expert de fournir à la Chambre les  
15 informations techniques médicales suffisantes pour que la Chambre  
16 puisse se prononcer.

17 Voilà. Donc j'espère que ça c'est bien clair.

18 [14.51.01]

19 Me SIMONNEAU-FORT:

20 Merci pour ces précisions.

21 C'était tout à fait clair, et l'ordonnance qui a désigné M.

22 Campbell lui a demandé de se prononcer sur une éventuelle  
23 inaptitude ou aptitude à pouvoir être jugé.

24 Et il est très clair aussi que les questions auxquelles nous  
25 faisons référence de la jurisprudence Strugar sont des questions

108

1    auxquelles ne doit pas répondre l'expert mais auxquelles la  
2    Chambre doit répondre.  
3    C'est pourquoi dans certaines de ces ordonnances la Chambre  
4    pourra éventuellement viser très précisément les questions  
5    auxquelles elle devra répondre pour que l'expert puisse avoir une  
6    pleine idée de ce qu'il doit apporter à la Chambre pour que la  
7    Chambre puisse se permettre de répondre à ces questions.

8    [14.52.54]

9    Je pense, d'ailleurs, que la précision est extrêmement importante  
10   dans une ordonnance de désignation. J'ai compris... nous avons  
11   compris que l'ordonnance ne visait pas ces questions. Nous  
12   l'avons d'ailleurs constaté. Nous avons compris aussi, et nous  
13   avons notre réponse, que l'expert n'a donc pas examiné l'aptitude  
14   de Mme Ieng Thirith en pouvant se reporter à ce que... aux  
15   questions auxquelles la Chambre aurait à répondre par la suite.  
16   Donc il n'avait pas... il ne disposait pas des éléments des  
17   questions que la Chambre devra se poser pour effectuer son  
18   expertise. Donc, il s'est prononcé sur l'aptitude sans savoir ce  
19   que seraient les questions auxquelles la Chambre devrait répondre  
20   en définitive.

21   C'est juste ce dont je voulais m'assurer.

22   [14.23.45]

23   M. LE JUGE LAVERGNE:

24   Monsieur le Président, si vous me permettez, je crois qu'il y a  
25   une incompréhension. La jurisprudence Strugar a été visée dans

1 les notes de bas de page justement pour que l'expert puisse  
2 comprendre quelle était... quelle serait la finalité de son  
3 expertise.

4 Il faut bien que l'expert sache quelles questions... quelles seront  
5 les questions auxquelles la Chambre doit répondre pour effectuer  
6 son expertise.

7 On ne lui demande pas de répondre, on lui demande d'apporter des  
8 informations pour que la Chambre puisse répondre.

9 Me SIMONNEAU-FORT:

10 Je suis désolée d'insister, mais la note de bas de page ne vise  
11 pas les questions précises auxquelles la Chambre devra répondre  
12 et je ne suis pas certaine que M. l'expert ait cherché à  
13 connaître précisément ces questions.

14 [14.54.33]

15 Donc je pense qu'effectivement il n'a pas effectué son expertise  
16 en prenant en considération les questions qui sont l'aptitude à  
17 comprendre les accusations, l'aptitude à comprendre la procédure,  
18 etc., etc.

19 Donc, nous en tirons la conclusion que nous devons en tirer. Je  
20 pense que l'expert n'a pas eu ces questions sous les yeux. Je  
21 crois que la réponse a été apportée par tout le monde.

22 Merci.

23 [14.55.03]

24 Me ELLIS:

25 Si j'ai bien compris, dans une réponse que le Pr Campbell a

110

1 donnée tout à l'heure, il avait le document que notre équipe de  
2 défense avait déposé le 21 mars de cette année, et à la page 2  
3 dudit document nous avons posé... nous avons exprimé clairement si  
4 le Pr Campbell pouvait répondre aux éléments d'aptitude à être  
5 jugé en accord avec l'approche définie par Strugar.

6 Nous avons ensuite indiqué les facultés non exhaustives, les  
7 questions d'aptitude qu'il devrait garder à l'esprit lors de son  
8 évaluation.

9 Le Pr Campbell, si j'ai bien compris, a répondu qu'il avait vu ce  
10 document, qu'il l'avait lu, et si c'est le cas les coavocats  
11 principaux n'ont peut-être pas bien compris l'étendue des  
12 informations qui avaient été mises à la disposition du Pr  
13 Campbell à ce moment.

14 M. JOHN CAMPBELL:

15 J'ai pris connaissance du document de la Défense et les critères  
16 précisés dans ce document avant de rencontrer Ieng Thirith.

17 [14.56.29]

18 Me SIMONNEAU-FORT:

19 Je crois, par conséquent, que la question telle que nous l'avions  
20 posée tout au début prend toute son importance.

21 Pourquoi est-ce que dans votre rapport on ne retrouve nulle part  
22 des références à ces questions pour nous permettre de comprendre  
23 dans quelle mesure vous arrivez à la conclusion que madame Ieng  
24 Thirith pourrait ne pas être apte.

25 Si vous ne faites jamais référence à ces critères, c'est

111

1 difficile pour nous de comprendre votre conclusion.

2 [14.56.01]

3 M. JOHN CAMPBELL:

4 On ne m'a pas demandé d'évaluer Ieng Thirith par rapport à ces  
5 critères spécifiquement dans les instructions que j'ai reçues de  
6 la Chambre.

7 Me SUTZ:

8 Monsieur le Président, merci.

9 Si vous le permettez, j'aurais une dernière question ou plutôt  
10 une précision une fois encore.

11 Q. Professeur Campbell, vous nous avez affirmé à maintes  
12 reprises hier et aujourd'hui que Ieng Thirith, selon vous, ne  
13 cherchait pas à vous duper ou à fausser le résultat des tests  
14 auxquels vous l'avez soumise.

15 S'agit-il d'une simple constatation personnelle, comme nous  
16 pouvons tous en avoir, ou d'une affirmation scientifique?

17 [14.58.02]

18 M. JOHN CAMPBELL:

19 R. C'est en me fondant sur mon expérience comme clinicien et  
20 d'avoir donné... fait plusieurs de ces tests à maintes reprises.

21 Q. Par conséquent, est-il envisageable que... nous sommes tous  
22 conscients, je crois, que Ieng Thirith a certains troubles  
23 cognitifs, mais qu'elle exagère... qu'elle aggrave de façon  
24 consciente ses troubles?

25 R. Une question à laquelle il est difficile de répondre. Il

112

1 est possible que son anxiété vienne compromettre sa capacité à  
2 réaliser les tests. Je n'ai pas senti lors de mon évaluation  
3 d'elle qu'elle avait elle-même la capacité de falsifier... de  
4 fausser le test sciemment.

5 [14.59.03]

6 Me SUTZ:

7 Merci, je n'ai plus de questions.

8 INTERROGATOIRE

9 PAR Me SIMONNEAU-FORT:

10 Est-ce que je peux poser la dernière question?

11 Q. Vous savez, Professeur Campbell, que quatre experts sont  
12 désignés et que la Chambre a donc estimé devoir procéder à une  
13 nouvelle expertise, puisque ça été révélé publiquement.

14 A votre avis, ces experts sont désignés pour... dans quelque temps  
15 nous dire s'il y a eu une éventuelle aggravation ou bien est-ce  
16 qu'ils sont désignés pour éventuellement exprimer un avis  
17 différent du vôtre?

18 [14.59.52]

19 M. JOHN CAMPBELL:

20 R. Je présume qu'ils ont été désignés pour donner des opinions  
21 indépendantes, leurs avis cliniques, et ils fonderont en partie  
22 leurs conclusions sur ce qui s'est déjà fait, mon rapport, et les  
23 autres rapports sur Ieng Thirith.

24 Comme je l'ai dit, il s'agit d'un diagnostic clinique, et la  
25 participation d'autres cliniciens permettra d'avoir la certitude

113

1 quant à l'aptitude à être jugée de Ieng Thirith.

2 Q. Ces expertises sont donc nécessaires?

3 R. Les experts ont déjà été désignés, il est donc l'opinion de  
4 la Chambre qu'ils sont nécessaires.

5 [15.00.47]

6 Me SIMONNEAU-FORT:

7 Merci, nous n'avons plus de questions.

8 M. LE PRESIDENT:

9 Nous constatons que la défense de Ieng Thirith est debout, je  
10 vous en prie.

11 Nous allons vous donner la parole mais vous êtes priée de faire  
12 preuve de concision et de ne pas répéter ce qui a déjà été dit.

13 [15.01.45]

14 Me ELLIS:

15 Merci beaucoup.

16 INTERROGATOIRE

17 PAR Me ELLIS:

18 Q. Professeur Campbell, je voudrais revenir à l'année 2006, le  
19 6 janvier 2006. Vous avez confirmé avoir pris connaissance du  
20 scanogramme qui révèle une atrophie cérébrale généralisée.  
21 C'est le 10 janvier de la même année que l'épisode psychotique a  
22 été diagnostiqué; n'est-ce pas?

23 M. JOHN CAMPBELL:

24 R. Je crois que c'était un délire plutôt qu'un épisode  
25 psychotique.

114

1 Q. C'était une bouffée de délire qui, comme vous l'avez dit,  
2 est passée et rien n'indique que cela "soit" reproduit à nouveau?  
3 [15.02.51]

4 R. Il n'y a eu aucun signe de maladie psychotique mais plutôt  
5 de délire.

6 Q. En réponse à des questions posées par le Bureau des  
7 coprocurateurs, on a posé un diagnostic de psychose en rémission.  
8 Ce diagnostic figure dans les documents médicaux de Bangkok.  
9 Faut-il en conclure qu'à l'avis de l'un des médecins de Bangkok  
10 Ieng Thirith a été à un moment donné un patient psychotique?

11 R. L'ordre le plus probable des événements, c'est qu'il y a...  
12 une hallucination dans le cadre d'un épisode psychotique plutôt  
13 que de délire. L'hallucination peut se produire dans les deux  
14 cas. En l'occurrence, il s'agit certainement plutôt de délire  
15 plutôt que de psychose.

16 [15.04.00]

17 Q. Malgré tout, elle est allée en institut psychiatrique  
18 pendant les six mois suivants en tant que patient externe.  
19 Est-il correct de dire que vous n'avez eu connaissance d'aucun  
20 document permettant de comprendre clairement son état  
21 psychologique pour une bonne part de la période allant de l'année  
22 2006 au mois de novembre 2007?

23 R. C'est exact.

24 Q. Les documents dont nous disposons contiennent peu  
25 d'éléments quant aux raisons pour lesquelles on a administré à

115

1 Ieng Thirith des médicaments contre des troubles psychologiques  
2 et d'ailleurs, en novembre 2007, un tel diagnostic a été posé?  
3 [15.05.01]

4 R. On a administré la quétiapine à ce moment donné, ensuite le  
5 délire est intervenu indépendamment des médicaments et les effets  
6 du médicament se sont poursuivis. C'est certainement ça l'ordre  
7 des évènements.

8 [15.05.21]

9 Q. On a parlé du diagnostic de la maladie d'Alzheimer.  
10 A l'exception de quelques rares cas, est-ce qu'un diagnostic est  
11 posé à la suite d'investigations dans le cas d'une autopsie?  
12 Faut-il examiner entièrement le cerveau pour pouvoir déterminer  
13 que le patient souffrait de la maladie d'Alzheimer?

14 R. A ce stade, pour avoir une certitude absolue, ma réponse  
15 est oui.

16 Q. Par conséquent, le diagnostic probable découle de  
17 l'ensemble des facteurs que vous avez décrits, n'est-ce pas?

18 R. La plupart des diagnostics se fondent sur des probabilités.  
19 Nous envisageons de déterminer le cas de figure le plus probable.  
20 [15.06.18]

21 Q. On vous a posé pas mal de questions sur le premier rapport  
22 d'expertise établi par le Pr Ka et le Dr Brinded.  
23 Comme vous l'avez dit, vous avez demandé à ce que le Pr Ka  
24 participe à un examen de Ieng Thirith avant que vous ne mettiez  
25 la dernière main à votre rapport du 23 juin 2011.

116

1 A votre connaissance, y a-t-il eu des désaccords entre vous-même  
2 et le Pr Ka au sujet de déficience cognitive de Ieng Thirith à ce  
3 stade?

4 R. Non, ses conclusions et les miennes concordent. Pour lui,  
5 il emploie les termes de "léger", cela pourrait correspondre à  
6 mon "modéré".

7 [15.07.11]

8 Q. Vous avez examiné la situation avec lui?

9 R. Non, j'ai seulement vu ses rapports.

10 Q. Vous avez dit que le 25 août le Dr Chak Thida, médecin  
11 cambodgien, avait pu apporter sa contribution pour assurer la  
12 fiabilité des tests. Ce médecin a établi un rapport dont il a été  
13 question, qui a été projeté à l'écran, rapport dans lequel il est  
14 indiqué qu'en... le 17 février 2011 Ieng Thirith a apparemment  
15 donné des réponses exactes aux questions posées, son élocution  
16 était normale et elle était cohérente.

17 Ce médecin a indiqué certaines préoccupations quant à la  
18 concentration et l'attention, n'est-ce pas?

19 R. Oui.

20 Q. Avez-vous pu avoir connaissance d'éventuels tests conduits  
21 en février de cette année par le Dr Chak?

22 R. Non.

23 [15.08.27]

24 Q. Avez-vous demandé à ce qu'on procède à des tests?

25 R. Non, pas à des tests formels.

117

1 Q. Il n'y a donc pas eu de tests formels dont vous auriez  
2 connaissance des résultats, n'est-ce pas?

3 R. Effectivement.

4 [15.08.40]

5 Q. En tout état de cause, quel que soit son avis, en février  
6 2011, est-ce qu'il était d'accord avec vous au sujet de ce qui a  
7 été fait le 25 août de cette année?

8 R. Elle était d'accord là-dessus et elle a été prête à  
9 procéder à l'entretien. Elle connaissait les préoccupations  
10 concernant la mémoire de Ieng Thirith, lesquelles sont apparues  
11 pendant l'entretien.

12 Q. Merci.

13 Vous avez dit que vous aviez pris connaissance du compte rendu  
14 qui a été affiché à l'écran. Il s'agit des propos prononcés par  
15 Ieng Thirith le 24 novembre... le 14 novembre 2007.  
16 Vous avez indiqué que, même à ce stade, cela a suscité quelques  
17 craintes quant à sa déficience cognitive?

18 R. Oui, tant pour ce qui est de son attitude que des propos  
19 qu'elle a tenus.

20 [15.09.52]

21 Q. Après avoir pris connaissance du compte rendu d'audience de  
22 l'époque - et ici je ne vais pas faire produire le document à  
23 l'écran car ce document est à la disposition des parties  
24 intéressées -, l'avocat cambodgien de Ieng Sary, Me Phat Pou  
25 Seang, a dit que l'intéressée était atteinte de maladie à titre

118

1 permanent; qu'elle devait prendre des médicaments quatre fois par  
2 jour; que ses capacités étaient réduites et qu'elle avait besoin  
3 d'aide pour faire sa toilette; et que sa détention pourrait  
4 donner lieu à des complications. Et il a indiqué que les médecins  
5 avaient attesté qu'elle était atteinte de troubles psychiques.  
6 Je dis cela à titre officiel par rapport aux commentaires qui  
7 avaient été faits à l'époque, vous pouvez le confirmer si vous  
8 avez lu le document.

9 R. Je ne me souviens plus de ses paroles exactes. J'ai eu  
10 connaissance de la déposition; alors, ça, c'était peut-être  
11 antérieur.

12 Q. Je crois que chacun dispose de ce document...

13 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

14 Le micro est coupé. Les interprètes n'entendent plus.

15 [15.11.33]

16 M. LE PRESIDENT:

17 Nous allons devoir remplacer le DVD.

18 (Changement du DVD)

19 [15.12.23]

20 Je donne la parole à nouveau à la défense de Ieng Thirith.

21 Vous êtes autorisée à poser uniquement des questions qui n'ont  
22 pas encore été posées, ou, plutôt, vous êtes invitée à répliquer  
23 aux autres parties plutôt que de poser des questions  
24 supplémentaires.

25 [15.12.57]

119

1 Me ELLIS:

2 Merci, Monsieur le Président.

3 Je vais vous donner les cotes des documents, E17/1/2.4, c'est  
4 dans ce document que l'on trouve les propos prononcés à cette  
5 occasion.

6 Je m'adresse à présent au professeur Campbell.

7 Q. Vous avez employé les termes "léger, modéré, sévère" pour  
8 caractériser la déficience. Vous avez aussi employé le terme  
9 "significatif" dans l'un de vos rapports. Comment la Chambre  
10 doit-elle interpréter la différence entre une déficience légère,  
11 modérée, modérément sévère ou sévère?

12 R. Lorsque j'ai dit "modérée", ça veut dire que la déficience  
13 cognitive va avoir une incidence sur la vie quotidienne de la  
14 personne, sa capacité à gérer ses propres affaires.

15 Lorsque je dis "significatif", ça veut dire que cela est  
16 significatif dans le quotidien, l'interaction avec l'entourage,  
17 la gestion des activités quotidiennes.

18 [15.14.28]

19 Q. Les coavocats principaux vous ont interrogé sur les  
20 facultés qui sont énoncées dans l'arrêt Strugar. Je vous renvoie  
21 à votre rapport du 24 juin, au paragraphe 41, lorsque vous dites  
22 qu'elle n'est pas en mesure de se rappeler des détails du passé,  
23 de rester concentrée et d'avoir une conversation cohérente  
24 pendant plus de quelques minutes.

25 Vous dites aussi que, souvent, elle n'est pas capable de donner

120

1 des réponses adéquates aux questions posées. Vous dites aussi que  
2 ses déficiences compromettraient sa capacité à participer  
3 pleinement à son procès et à exercer les droits qui lui sont  
4 reconnus dans le cadre d'un procès équitable.

5 Lorsque vous avez rédigé ce paragraphe, est-ce que vous aviez à  
6 l'esprit les facultés qui sont énoncées dans l'arrêt Strugar?

7 [15.15.25]

8 R. J'en étais informé. Je les avais à l'esprit.

9 Q. Merci.

10 Pour conclure, selon vous, à ce jour, est-ce que Ieng Thirith est  
11 atteinte de déficience cognitive à un point tel qu'elle ne serait  
12 pas capable de participer pleinement à son procès ni à exercer  
13 les droits qui lui sont reconnus dans le cadre d'un procès  
14 équitable?

15 Mais, avant de confirmer cette décision ou de la modifier, est-ce  
16 que vous considérez qu'il faut envisager toutes les possibilités  
17 existantes afin de voir s'il pourrait y avoir une amélioration  
18 marginale?

19 [15.16.31]

20 R. Effectivement, je crois que chaque option doit être  
21 examinée. Je l'ai indiqué dans mon rapport complémentaire. Mes  
22 conclusions sont les mêmes que celles du premier rapport. Comme  
23 cela a été indiqué, la décision ultime incombe à la Chambre... la  
24 "Défense" bien évidemment.

25 Q. Merci, Professeur Campbell.

121

1 [15.16.51]

2 M. LE PRESIDENT:

3 Merci, Maître.

4 Et merci, Professeur Campbell.

5 Le moment est venu d'interrompre l'audience pour un quart  
6 d'heure. Nous allons reprendre l'audience à 15h30. La Chambre  
7 informe également les parties ainsi que le public que l'audience  
8 consacrée spécifiquement à Ieng Thirith prend à présent fin.

9 [15.17.45]

10 L'audience suivante sera consacrée spécifiquement à Nuon Chea. La  
11 défense de Ieng Thirith a la possibilité d'assister à cette  
12 audience en qualité d'observateur le cas échéant.

13 Je prie le personnel de sécurité d'amener Nuon Chea dans le  
14 prétoire pour le début de la nouvelle audience et je les invite  
15 également à raccompagner Ieng Thirith au centre de détention.

16 (L'accusée Ieng Thirith est reconduite hors du prétoire)

17 (Les juges quittent le prétoire)

18 (Suspension de l'audience: 15h18)

19 (Reprise de l'audience: 15h32)

20 (Les juges entrent dans le prétoire)

21 [15.33.06]

22 M. LE PRESIDENT:

23 Veuillez vous asseoir. Reprenons l'audience. Nous commençons  
24 maintenant l'audience sur le rapport d'expertise concernant Nuon  
25 Chea.

122

1 La Chambre laisse maintenant la parole à la juge Silvia  
2 Cartwright pour ses questions au Pr Campbell sur le sujet de ce  
3 rapport d'expertise.  
4 Maître Pestman?  
5 Me PESTMAN:  
6 Je suis désolé de cette interruption. J'aimerais demander le huis  
7 clos pour les questions à poser à ce témoin.  
8 Tout d'abord, mon client souhaite que cela se fasse à huis clos  
9 et ne veut pas que ces renseignements privés de nature médicale  
10 soient discutés en public. Nous considérons que son intérêt...  
11 l'intérêt, c'est-à-dire, de la protection de ces renseignements  
12 personnels a prépondérance... a préséance, plutôt, sur l'intérêt du  
13 public à connaître.  
14 [15.34.50]  
15 Et je suis d'avis, qui plus est, que nous serons plus à même  
16 d'avoir une discussion ou une présentation des documents plus  
17 libre à huis clos que si l'on le faisait en audience publique.  
18 Dans une audience publique, nous nous sentirions forcés de ne pas  
19 poser certaines questions, de ne pas présenter certains  
20 documents, notamment quand il s'agit de documents qui renferment  
21 des informations personnelles médicales confidentielles et  
22 peut-être même un peu embarrassantes.  
23 C'est pourquoi je demanderais à ce que l'on poursuive en huis  
24 clos.  
25 [15.35.50]

123

1 M. ABDULHAK:

2 Une brève réponse.

3 La publicité de ces audiences a été le cas jusqu'à présent pour

4 le bénéfice du public. Les coproccureurs souhaitent indiquer que

5 des aspects importants de l'évaluation de Nuon Chea ont fait

6 l'objet de discussions hier.

7 Et la Chambre peut commencer l'interrogatoire et peut décider

8 quelles questions peuvent être posées en public, à la lumière de

9 ce qui a déjà été discuté hier, et de passer au huis clos lorsque

10 l'on touchera des questions de nature privée.

11 M. LE PRESIDENT:

12 La parole est aux coavocats principaux.

13 [15.36.55]

14 Me SIMONNEAU-FORT:

15 Oui, Monsieur le Président, permettez-moi de faire quelques

16 observations sur cette question de la publicité, parce que je

17 pense que la publicité des débats est une question importante et

18 que c'est un élément important en matière de justice.

19 Je crois que vous avez, hier, beaucoup insisté sur cette

20 publicité des débats et vous avez révélé hier un certain nombre

21 d'éléments du dossier.

22 Vous avez évoqué les questions qui se posaient aujourd'hui, qui

23 sont au nombre de deux et qui sont l'aptitude à être jugé et

24 également l'aptitude à pouvoir rester en capacité physique,

25 d'assister aux audiences sur un temps déterminé, etc. Ce sont les

124

1 deux questions.

2 [15.37.40]

3 Vous avez exposé les réponses qui avaient été données par  
4 l'expert et nous avons déjà passé un jour et demi sur ces  
5 réponses.

6 Et vous avez donc exposé également qu'il y aurait de nouvelles  
7 expertises.

8 Les questions qui sont posées aujourd'hui et dont nous discutons  
9 pendant trois jours sont des questions très importantes avec des  
10 conséquences extrêmement importantes, au moins pour l'une  
11 d'elles.

12 Ces questions sont dans les journaux. Les réponses et les enjeux  
13 de ces questions sont dans les journaux, et il est donc  
14 extrêmement important que le débat continue d'être public.

15 [15.38.18]

16 Je crois que plus les débats seront publics plus le public, les  
17 victimes, les parties civiles, le public en général, comprendront  
18 ce qui se passe, comprendront ce qui se passe en termes d'enjeux  
19 aussi. Quand je parle d'enjeux, je veux dire que s'il faut  
20 désigner des nouveaux experts ça veut dire des délais  
21 supplémentaires, ça veut dire une durée supplémentaire.

22 Si une personne n'est pas apte à être jugée, ça veut dire que  
23 cette personne ne restera pas dans le procès. Je crois que ce  
24 sont des enjeux tellement considérables qu'on ne peut pas  
25 imaginer à ce stade des débats, et avec tout ce qui a été déjà

125

1 dit, qu'on puisse prononcer un huis-clos qui privera le public  
2 des explications essentielles sur les motifs de ce qui vous  
3 amènera à prendre des décisions dans l'avenir.

4 [15.39.06]

5 J'ajoute que vous avez ordonné une expertise. Les questions que  
6 vous avez posées dans ces expertises sont publiques. Les réponses  
7 qui ont été apportées sont également publiques, encore une fois,  
8 et les conséquences et la décision que vous serez obligés de  
9 rendre au terme de vos conclusions seront publiques.

10 L'expert a répondu à des questions. Donc, le contenu de son  
11 rapport n'est, en fait, qu'en lien avec les questions publiques  
12 et les réponses publiques qui sont apportées. Donc, tout le  
13 contenu du rapport peut fort bien faire l'objet d'un débat public  
14 aujourd'hui. Je pense que c'est extrêmement important.

15 [15.39.54]

16 Dans le cas contraire, je crains que ce qui se dira ici et les  
17 conclusions surtout que vous en tirerez puissent passer pour  
18 quelque chose d'arbitraire. Je crois qu'il est important pour le  
19 public que la question de la santé des accusés soit exposée  
20 publiquement.

21 On s'intéresse à la santé des accusés, mais je crois que le  
22 public s'intéresse aussi à la santé des parties civiles, par  
23 ailleurs, et à juste titre.

24 Je pense qu'aujourd'hui il est vraiment important que chacun  
25 comprenne les raisons qui conduiront aux décisions que vous allez

126

1 prendre à la suite de ces expertises, qui sont des décisions que  
2 vous allez prendre justement à partir d'éléments qui sont  
3 aujourd'hui discutés devant vous.

4 [15.40.37]

5 Donc, j'insiste particulièrement. Il me semble que la publicité  
6 des débats s'impose et qu'elle doit continuer comme elle a  
7 continué... comme elle a été la règle depuis le début de cette  
8 audience.

9 [15.40.46]

10 Je n'ai pas cru comprendre que nous ayons exposé des éléments qui  
11 se tiennent à une intimité particulière ou qui soient extérieurs  
12 au sujet qui nous occupe et qui est un sujet public, je crois.  
13 (Discussion entre les juges)

14 [15.43.30]

15 M. LE PRESIDENT:

16 La Chambre est saisie d'une requête de l'équipe de défense de  
17 Nuon Chea demandant le huis clos pour l'audience sur le rapport  
18 d'expertise concernant cet accusé.

19 Considérant que l'accusé a lui-même demandé à ce que ces débats  
20 se fassent à huis clos, ayant pris note des interventions des  
21 coprocurateurs et des coavocats principaux des parties civiles, la  
22 Chambre décide de rejeter la requête présentée par l'équipe de  
23 défense.

24 [15.44.55]

25 La Chambre note que les débats ont été publics jusqu'à présent,

127

1 et la Chambre souhaite souligner qu'elle prononce le huis clos au  
2 besoin. Notamment, par exemple, ce matin, les documents  
3 confidentiels n'ont pas été projetés à l'écran mais ont  
4 simplement été remis en main propre à l'expert.

5 Je laisse maintenant la parole à la juge Silvia Cartwright.

6 [15.45.44]

7 QUESTIONS DES JUGES

8 PAR Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

9 Merci, Monsieur le Président.

10 [15.45.45]

11 Q. Professeur Campbell, je sais que la journée a été bien  
12 longue et sûrement fatigante pour vous et je sais aussi que votre  
13 temps parmi nous est limité. C'est pourquoi je vais poser mes  
14 questions depuis le siège et j'espère avoir terminé mes questions  
15 aujourd'hui.

16 Pour la gouverne du public et des parties, je crois comprendre  
17 que le Pr Campbell doit quitter Phnom Penh demain vers les 16  
18 heures. C'est pourquoi il ne nous reste que le reste de  
19 l'audience d'aujourd'hui et la journée de demain pour  
20 l'interrogatoire.

21 Nous apprécierons donc vos réponses brèves. Pr Campbell, nous  
22 savons que vous avez procédé à l'évaluation de Nuon Chea. Vous  
23 avez préparé deux rapports pour le Tribunal le concernant; le  
24 premier en date du 13 juin 2011, le second après votre deuxième  
25 évaluation en date du 26 novembre.

128

1 [15.47.05]

2 Je vais vous parler du premier. Dans votre rapport du mois de  
3 juin, vous avez souligné certaines questions de santé: maladie  
4 cardiovasculaire, maladie cérébrovasculaire et des problèmes  
5 musculosquelettiques, et ce que vous appelez les autres appareils  
6 du corps.

7 Pourriez-vous nous résumer vos constatations?

8 Je rappellerai aux parties et au public que nous avons déjà  
9 discuté hier de votre évaluation de Nuon Chea et des documents à  
10 l'appui...

11 Me PESTMAN:

12 Je demanderai une fois de plus à la Chambre de passer à huis  
13 clos.

14 [15.48.02]

15 On invite le témoin à expliquer ses constatations dans un  
16 rapport, rapport classé strictement confidentiel. Je ne comprends  
17 pas comment nous pouvons avoir un rapport classé strictement  
18 confidentiel et ensuite passer à des débats publics.

19 Le classement strictement confidentiel est justifié selon moi et  
20 je ne comprends pas pourquoi l'on discuterait d'un tel document  
21 strictement confidentiel en public.

22 Nous avons... ce dont nous avons parlé hier était des questions  
23 générales de méthodologie, comme vous le savez.

24 [15.48.46]

25 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

129

1 Merci.

2 Le Président m'invite à répondre.

3 Les documents ont été classés strictement confidentiels pour  
4 limiter leur distribution au public "général", de sorte que  
5 seules les parties les plus concernées par ces questions aient  
6 accès au document dans son intégralité.

7 Votre demande de huis clos a été considérée et rejetée.

8 (Discussion entre les juges)

9 [15.50.05]

10 Si je puis résumer ce que le juge Lavergne vient de me rappeler  
11 quant à la procédure en droit romano-germanique, une fois que la  
12 Chambre a fait référence à des documents classés strictement  
13 confidentiels ou confidentiels dans le dossier pénal, ils sont  
14 placés devant la Chambre et sont donc disponibles pour discussion  
15 publique dans le cadre de cette audience.

16 Q. Êtes-vous prêt à résumer vos constatations physiques sous  
17 les catégories que j'ai énumérées?

18 [15.50.40]

19 M. JOHN CAMPBELL:

20 R. Je pense qu'il serait plus simple pour le Tribunal si je  
21 faisais ce résumé avec les symptômes qui portent sur l'aptitude à  
22 être jugé.

23 Donc, les caractéristiques d'une personne avec des maladies  
24 cardiovasculaires, il peut y avoir angine en raison du stress. Et  
25 Nuon Chea n'a pas souffert d'angine récemment. Il ne s'agit pas

130

1 d'un problème continu.

2 [15.51.09]

3 La personne peut aussi souffrir d'essoufflement, d'avoir le  
4 souffle court. Je n'ai pas constaté qu'il ait le souffle court en  
5 relation avec la maladie cardiovasculaire et je ne crois pas que  
6 le stress des audiences puisse causer le problème d'insuffisance  
7 cardiaque ou de souffle court.

8 Ensuite, un autre symptôme est la fatigue ou... l'épuisement,  
9 plutôt, en raison de la maladie cardiovasculaire. Il est possible  
10 que la maladie cardiovasculaire puisse causer une certaine  
11 fatigue.

12 Ensuite, maladie cérébrovasculaire; cela peut avoir une incidence  
13 sur la parole mais je n'ai pas vu d'élément ou de preuve de cela  
14 lors de mes rencontres avec Nuon Chea.

15 [15.51.51]

16 Cela a toutefois un impact sur sa mobilité, et des mesures  
17 doivent être adoptées pour qu'il puisse se rendre librement  
18 depuis... le Tribunal.

19 Ensuite, déficience cognitive ou la maladie cardiovasculaire... Je  
20 n'ai pas remarqué de déficience cognitive dans les documents ou  
21 dans mes rencontres avec lui.

22 Ensuite, appareil musculosquelettique... Et cela peut avoir une  
23 incidence sur la possibilité de demeurer assis pendant longtemps.

24 La première fois que j'ai rencontré Nuon Chea, il m'a dit qu'il  
25 pouvait rester assis pendant deux à trois heures sans problème.

131

1 [15.52.35]

2 Il faut bien sûr considérer tous ces appareils, ces systèmes,  
3 dans leur ensemble et (inintelligible) l'incidence que cela  
4 puisse avoir pour... sur le fait de demeurer assis pendant de  
5 longues périodes. Comme je l'ai indiqué dans mon deuxième  
6 rapport, Nuon Chea considère être... une heure... une heure et demie  
7 étant la limite de sa concentration et de sa participation. Cela  
8 semble être d'ailleurs la durée moyenne d'une séance et pourrait  
9 permettre un accommodement dans les heures normales de séance.

10 [15.53.08]

11 Q. Vous avez parlé d'autres systèmes, d'autres appareils  
12 corporels. Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez ajouter?

13 R. Il y avait des... une déficience rénale continue, mais cela  
14 ne semble pas être un problème. Il y a aussi eu des antécédents  
15 d'hémorragie gastro-intestinale, mais c'est dans le passé et cela  
16 ne se produit plus.

17 Q. Il y a eu... vous avez eu accès à un certain nombre de  
18 rapports médicaux sur Nuon Chea, notamment les quatre aspects de  
19 sa santé physique, que vous venez de résumer.

20 Y a-t-il quoique ce soit dans ces autres rapports "sur lequel"  
21 vous aimeriez faire une observation?

22 R. Il s'agit de rapports assez exhaustifs, ce qui en découle  
23 que son état physique est stable, soit sur la maladie  
24 cardiovasculaire, la maladie cérébrovasculaire et aussi en ce qui  
25 a trait à sa mobilité.

132

1 [15.54.26]

2 Q. Je vais maintenant vous poser des questions sur les  
3 fonctions cognitives.

4 Est-il général de dire que les rapports résument des examens, des  
5 tests qui avaient été menés et recommandent une évaluation  
6 régulière compte tenu de l'âge de Nuon Chea?

7 R. Oui, il s'agit là du rapport du professeur Lafont et  
8 autres.

9 Q. Et ces examens ont été faits sur une base assez régulière,  
10 n'est-ce pas?

11 [15.54.58]

12 R. Oui, tous les six mois, et il s'agit non seulement d'une  
13 évaluation clinique mais aussi de... et aussi d'échocardiogrammes  
14 et d'électrocardiogrammes.

15 Q. Pouvez-vous nous dire, sur la base des informations... vos  
16 observations et l'information que vous avez lue dans les  
17 rapports, pouvez-vous nous faire des commentaires sur la mémoire  
18 de Nuon Chea?

19 R. Les commentaires, dans... surtout dans le rapport du Pr  
20 Lafont "est" qu'il n'y a pas... on n'a pas décelé de déficience  
21 cognitive, de problème de parole ou de... autres, et il s'agit là  
22 d'une constatation constante dans les rapports.

23 [15.55.48]

24 Q. En sus des rapports "de" Pr Lafont... Mais le Dr Chan Samleng  
25 a procédé à une évaluation neurologique le 9 juin 2010. Ce

133

1 médecin a fait des observations sur l'état neurologique de Nuon  
2 Chea. Pouvez-vous faire des observations sur ce rapport?

3 [15.56.12]

4 R. Les constatations neurologiques sont constantes. Il y a des  
5 effets résiduels légers de son accident cérébrovasculaire de  
6 1995.

7 Q. En 2009, on a donné la possibilité à Nuon Chea d'être  
8 examiné par le Pr Ka Sunbaunat et le Pr Philippe Brinded... le Dr  
9 Brinded, et il a refusé de participer à cet examen.

10 Avez-vous lu le rapport sur son état tenant compte du fait qu'ils  
11 n'ont pas pu l'examiner personnellement?

12 [15.56.58]

13 R. J'ai en effet lu ce rapport, et je l'ai relu récemment, et  
14 les observations qu'ils ont formulées étaient fondées sur les  
15 dossiers écrits à leur disposition.

16 Q. Cette méthode d'évaluation, tout le monde reconnaît bien  
17 sûr que ce n'est pas aussi précis qu'une évaluation directe, mais  
18 est-ce une façon adéquate d'évaluer la santé de quelqu'un?

19 R. Comme vous l'avez dit, ce n'est pas idéal. Toutefois, j'ai  
20 considéré que les conclusions qu'ils ont tirées étaient tout à  
21 fait raisonnables.

22 [15.57.45]

23 Q. Vous avez évalué Nuon Chea tant sur ses capacités physiques  
24 qu'intellectuelles; y a-t-il quoique ce soit qui vous permettrait  
25 de conclure que son... ses fonctions cognitives sont déficientes?

134

1 R. Non, rien dans les rapports que j'ai lus ni dans mes  
2 discussions, mes examens que j'ai "passés" avec lui, qui me  
3 permettrait de tirer une telle conclusion.

4 [15.58.18]

5 Q. Au cours des deux derniers jours, on a entendu... vous avez  
6 beaucoup entendu parler de l'incapacité de Nuon Chea à se  
7 concentrer pendant de plus d'une heure et demie, vous avez  
8 d'ailleurs fait état de cela tout à l'heure.  
9 Hier, je crois, on vous a demandé s'il existait une expertise  
10 spécialisée qui permettrait de mesurer la concentration d'un  
11 patient au-delà des simples dires du patient. Pouvez-vous  
12 expliquer?

13 [15.58.58]

14 R. Je ne crois pas qu'il existe de mesure fiable de la  
15 concentration dans ce type de situation.

16 Q. Quand vous dites dans ce type de situation, vous faites  
17 référence à la situation de Nuon Chea, c'est-à-dire en détention,  
18 et sur "lequel" pèsent des accusations très sérieuses?

19 R. Oui, mais aussi l'objectif de l'évaluation de quelqu'un  
20 souffrant de déficience cognitive ou de concentration. Bien sûr,  
21 il faut comprendre que la personne... en fait, avec un test, il  
22 faudrait présumer que la personne fait de son mieux pour se  
23 concentrer.

24 [15.59.55]

25 Q. Vous avez dit que l'heure et demie, le... la durée qui avait

135

1 été évoquée, correspondait aux heures de séance du Tribunal.  
2 Votre suggestion est telle que, avec une pause... par exemple, une  
3 pause matinale, une pause déjeuner, une pause en après-midi, cela  
4 permettrait à Nuon Chea de participer?

5 [16.00.26]

6 R. En effet, c'est ce que je suggère, surtout avec le possible  
7 recours aux cellules de détention du Tribunal.

8 Q. Nous en venons à la deuxième évaluation, qui a eu lieu la  
9 semaine dernière. Vous avez appelé ça "rapport gériatrique de  
10 suivi".

11 Je vais examiner ça de façon un peu plus détaillée parce qu'il  
12 n'est pas disponible de manière aussi large étant donné que cela  
13 fait peu de temps que nous en disposons.

14 Premièrement, il y a une partie de ce rapport dans laquelle vous  
15 évaluez l'état actuel de Nuon Chea.

16 Avant d'y venir, des documents médicaux supplémentaires ont été  
17 examinés, soit les paragraphes 4 et 5. Vous avez joint ces  
18 rapports à votre rapport d'expertise, est-ce bien le cas?

19 [16.01.23]

20 R. Effectivement.

21 Q. Dans ces rapports, le médecin - ou le laboratoire - indique  
22 des résultats de tests qui sont hors de la fourchette normale.

23 Pouvez-vous parler du rapport biochimique - pour ce qui est du  
24 phosphore, par exemple, on est en-deçà de la fourchette  
25 considérée comme normale?

136

1 J'aimerais ensuite que vous passiez en revue chacun des résultats  
2 de tests obtenus en nous indiquant votre avis pour voir si  
3 l'écart par apport à la fourchette est significatif et pour voir  
4 si cela aurait des incidences particulières pour Nuon Chea.

5 [16.02.16]

6 R. Premier résultat, c'est en-deçà, mais je ne pense pas que  
7 ça ait des conséquences cliniques.

8 Pour le glucose, c'est en-deçà de la normale, mais je ne pense  
9 pas que cela soit significatif. Il n'y a donc aucune indication  
10 de déficience quant au glucose.

11 Par ailleurs, il n'y a pas de problème pour ce qui est... Pour la  
12 créatinine-126, il y a une légère déficience des reins pour la  
13 créatinine. Cela ne s'est pas dégradé.

14 Si l'on passe à l'hématologie, pour l'hémoglobine, on est dans le  
15 bas de la fourchette normale. Cela n'est pas préoccupant chez une  
16 personne de son âge.

17 Il y a aussi les mesures des cellules. Il y a d'autres résultats  
18 hématologiques. La seule autre anomalie concerne...

19 L'INTERPRÈTE ANGLAIS-FRANÇAIS:

20 Malheureusement, l'interprète ne peut pas suivre les explications  
21 hautement techniques qui sont données à un rythme extrêmement  
22 rapide.

23 M. JOHN CAMPBELL:

24 R. ... Des investigations approfondies ont été menées au sujet  
25 du système neurologique de Nuon Chea, et il n'y a actuellement

137

1 pas de problème.

2 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

3 Merci.

4 [16.04.14]

5 Q. Il y a également le rapport médical... 24 février 2011. Je  
6 ne pense pas que vous en avez eu connaissance avant d'examiner  
7 Nuon Chea. Vous y avez fait référence auparavant lorsqu'on a  
8 parlé du score obtenu au mini examen de l'état mental.

9 M. JOHN CAMPBELL:

10 R. Je n'ai pas procédé à des tests formels avec Nuon Chea et  
11 j'ai pensé qu'il y avait des doutes quant à la fiabilité des  
12 éventuels résultats. Il m'a semblé que ce rapport était  
13 important, il révélait un score normal pour ce test EMMS [sic]  
14 alors que l'évaluation avait été faite hors de contexte de  
15 l'expertise pour le Tribunal.  
16 C'est un contexte médical normal, et j'ai considéré que ce score  
17 pouvait être considéré comme fiable pour mesurer ses facultés  
18 cognitives.

19 [16.05.19]

20 Q. Vous dites que vous avez des doutes quant à la possibilité  
21 d'avoir des résultats exacts au cas où vous auriez procédé  
22 vous-même à ces tests.

23 C'est exactement l'inverse de la situation où vous êtes... où vous  
24 vous trouvez en général, à savoir que la personne veut à tout  
25 prix démontrer qu'elle est capable de vivre de manière

138

1 indépendante, de gérer son quotidien, n'est-ce pas?

2 R. Effectivement. Si certains signes m'avaient donné à penser  
3 que les fonctions intellectuelles étaient déficientes, sur la  
4 base de mon examen ou des antécédents, j'aurais procédé à ce  
5 test, mais cela n'était pas le cas.

6 [16.06.01]

7 Q. Merci.

8 Nous en revenons à votre deuxième rapport. Il y est fait mention  
9 des différents rapports que vous avez examinés.

10 Premièrement, la maladie cardiovasculaire. Pouvez-vous faire un  
11 résumé des dernières constatations?

12 R. Concernant la maladie cardiovasculaire de Nuon Chea, la  
13 situation est stable. Actuellement, il ne souffre pas d'angine.  
14 Même si parfois il s'essouffle, ces symptômes ne donnent pas à  
15 penser qu'il y a des problèmes cardiaques. Il est parfois fatigué  
16 à cause de plusieurs facteurs, et la maladie cardiovasculaire  
17 peut y contribuer.

18 Mais il y a un autre facteur, c'est le manque d'exercice  
19 physique, ainsi que les problèmes de mobilité, chaque mouvement  
20 étant un effort. Je crois que tels sont les facteurs qui  
21 contribuent à sa fatigue.

22 [16.07.02]

23 Q. Merci.

24 La maladie cérébrovasculaire et la fonction cognitive à présent.

25 Nous en avons déjà parlé dans une certaine mesure. Pouvez-vous

139

1 faire des commentaires sur vos conclusions quant qu'à la maladie  
2 cérébrovasculaire?

3 R. En 95, Nuon Chea a eu un accident cérébrovasculaire mineur  
4 qui touchait des connections entre différentes zones du cerveau.  
5 Il ne s'agit pas d'un accident pouvant donner lieu à des  
6 déficiences cognitives. Comme indiqué dans le rapport, Nuon Chea  
7 se plaint assez souvent du fait que son cerveau n'est pas normal.  
8 S'il y avait eu une maladie cognitive sous-jacente, j'aurais  
9 pensé que dans les quatre ans qui se sont écoulés depuis la...  
10 j'aurais pensé que l'évolution aurait été visible sur la base des  
11 scanogrammes.

12 [16.08.07]

13 Q. Dernière question pour ce qui me concerne.

14 Y a-t-il des aspects de l'examen auquel vous avez procédé des  
15 fonctions somatiques et cognitives de Nuon Chea qui pourraient  
16 vous conduire à ne pas recommander de nouvelles expertises aux  
17 fins de l'évaluation de l'aptitude à être jugé?

18 R. Je n'ai pas estimé qu'un complément d'expertise s'imposait.

19 Mme LA JUGE CARTWRIGHT:

20 Merci, Professeur Campbell.

21 Monsieur le Président, je n'ai plus de questions à poser.

22 Apparemment, le juge Lavergne en a à poser quant à lui.

23 [16.08.52]

24 M. LE PRESIDENT:

25 Merci, Madame la juge. Merci, Professeur.

140

1 Est-ce que d'autres juges souhaitent prendre la parole?

2 Je vous en prie, monsieur le juge Lavergne.

3 [16.09.04]

4 M. LE JUGE LAVERGNE:

5 Oui, juste une simple question par rapport à...

6 Me PESTMAN:

7 Pardonnez-moi de vous interrompre à nouveau. Mon client se

8 manifeste et il indique qu'il a quelque chose à dire.

9 Merci.

10 [16.09.50]

11 M. LE PRESIDENT:

12 Il nous reste peu de temps. Je voudrais tout d'abord donner

13 parole au juge Lavergne, et s'il reste du temps à la fin de

14 l'audience Nuon Chea aura l'occasion de prendre la parole; sinon,

15 il pourra intervenir demain matin.

16 [16.10.24]

17 M. NUON CHEA:

18 Le passé et le présent, ce sont des choses différentes.

19 L'état de ma maladie a évolué. Dans le passé, je pouvais me

20 déplacer, marcher, malgré mon accident cérébrovasculaire, mais au

21 fil du temps j'ai dû utiliser une canne et maintenant je dois, en

22 quelque sorte, marcher avec six jambes en utilisant des soutiens

23 à la marche.

24 Ma santé s'est détériorée. Ce n'est pas que je ne fasse pas

25 confiance aux médecins, mais mon état de santé a évolué et il

141

1 s'aggrave de plus en plus, tant sur le plan somatique que sur le  
2 plan émotionnel et intellectuel.

3 [16.11.21]

4 C'est la raison pour laquelle je dis que le passé et le présent  
5 sont des choses différentes Et mon état actuel est déjà indicatif  
6 de l'évolution qui va intervenir à l'avenir. Mon état ne pourra  
7 que se détériorer. Rien ne demeure permanent.

8 Voilà, mon message, Monsieur le Président. Ce n'est pas que je ne  
9 fasse pas confiance aux médecins, ce n'est pas que je ne fasse  
10 pas confiance à la médecine.

11 [16.12.07]

12 M. LE PRESIDENT:

13 Telle est votre impression. Or, à présent, nous examinons les  
14 éléments objectifs dont nous disposons et nous allons examiner  
15 ces éléments objectivement.

16 Juge Lavergne, je vous en prie.

17 [16.12.27]

18 QUESTIONS DES JUGES

19 PAR M. LE JUGE LAVERGNE:

20 Bien.

21 Q. Donc, je vais poser une question concernant l'état actuel,  
22 présent, de l'accusé Nuon Chea et notamment par rapport à ses  
23 plaintes concernant ses problèmes notamment lombaires. Puisqu'il  
24 évoque des difficultés à rester assis pendant plus d'une heure et  
25 demie, non seulement pour se concentrer, mais je pense aussi

142

1 qu'il a indiqué qu'il avait des problèmes pour rester assis  
2 pendant une période assez longue. Il me semble avoir lu dans  
3 votre rapport qu'il n'y avait, à ce sujet, pas de problèmes  
4 particuliers concernant sa capacité à être jugé.

5 [16.13.05]

6 Est-ce que vous pourriez apporter des précisions sur ce point  
7 particulier et est-ce qu'il doit être envisagé, notamment... il  
8 pourrait être envisagé, pour essayer de trouver une solution à  
9 ces plaintes, qu'on adapte un fauteuil pour qu'il soit peut-être  
10 en position un peu plus allongée ou est-ce que c'est des choses  
11 qui n'ont absolument aucun intérêt?

12 [16.13.29]

13 M. JOHN CAMPBELL:

14 R. Je crois que c'est un point important. Lorsque j'ai  
15 rencontré Nuon Chea pour la première fois, je lui ai posé des  
16 questions précises sur sa capacité à rester assis. Il m'a dit  
17 qu'il pouvait rester assis pendant deux à trois heures.  
18 Lorsqu'il parlait d'une heure et demie, c'était plutôt pour ce  
19 qui était de la concentration plutôt que de la station assise. Je  
20 pense que les installations de la cellule de détention sont  
21 adéquates et si l'intéressé a des problèmes à rester assis aussi  
22 longtemps, on pourrait utiliser ces installations.  
23 Nous avons envisagé la question de la position inclinée pour Ieng  
24 Thirith, mais la question n'a pas été soulevée dans le cas de  
25 Nuon Chea.

143

1 [16.14.22]

2 M. LE JUGE LAVERGNE:

3 Je n'ai pas d'autres questions à vous poser.

4 M. LE PRESIDENT:

5 Merci, Juge Lavergne. Merci, Professeur Campbell.

6 Le moment est venu de lever l'audience. Nous allons reprendre les  
7 travaux demain, le 31 août 2011, à 9 heures du matin.

8 Gardes, je vous prie de raccompagner l'accusé au centre de  
9 détention et de le ramener ici demain matin à 9 heures.

10 (L'accusé est reconduit hors du prétoire)

11 (Les juges quittent le prétoire)

12 (Levée de l'audience: 16h15)

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25