Le droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés

Laura Grădinariu

▶ **To cite this version:**

Laura Grădinariu. Le droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés. Droit. Université de Strasbourg, 2012. Français. NNT : 2012STRAA013 . tel-00859047

HAL Id: tel-00859047

https://theses.hal.science/tel-00859047v1

Submitted on 6 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DOCTORALE DROIT, SCIENCE POLITIQUE ET HISTOIRE

THÈSE présentée par :

Laura GRĂDINARIU

soutenue le : **28 avril 2012**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : **Droit international**

LE DROIT À LA SANTÉ MENTALE DANS LE CADRE DES CONFLITS ARMÉS

THÈSE dirigée par :

Madame BENOÎT-ROHMER, Florence	Professeur, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Madame ZLĂTESCU, Irina	Professeur, École nationale d'études politiques et administratives, Bucarest
Monsieur MARELLA, Fabrizio	Professeur, Université Ca' Foscari, Venise

Table des matières

Résumé 6
Résumé en anglais 7
Introduction 8
1. Justification de la recherche par rapport aux études existantes 11
2. Définitions des concepts utilisés dans la thèse 13
A. Le concept de santé mentale 13
3. Les objectifs et la méthodologie de travail 17
4. Idées défendues et éléments d'originalité 21
Première partie Analyse des aspects visant la protection juridique du droit à la santé mentale 25
Titre 1 : L'analyse juridique du concept de droit à la santé mentale et des instruments mis en oeuvre pour sa protection 27
Chapitre 1. Le concept de droit à la santé 27
Section 1. L'évolution juridique du droit à la santé 28
Section 2. Le droit à la santé et les éléments le composant dans les instruments juridiques 31
Section 3. Analyse des mécanismes et des instruments de la protection juridique du droit à la santé mentale. Les règles du droit instituées pour la protection de ce droit en cas de conflit 38
Chapitre 2. Le champ d'application du droit à la santé mentale 48
Section 1. Les personnes protégées du point de vue du droit à la santé mentale 48
Section 2. Les obligations de l'Etat en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale des personnes 52
Section 3. L'Etat est-il le seul sujet passif ayant l'obligation de protéger le droit à la santé mentale des personnes? Les autres sujets de droit passibles de cette obligation 59
Titre 2. Les carences de la protection du droit à la santé mentale, à cause des imperfections législatives et de la conduite des acteurs impliqués dans le conflit 75
Chapitre 1. Les carences du droit international humanitaire et du droit pénal international en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale 76

Section 1. La protection du droit à la santé mentale dans les Conventions de Genève de 1949 76
Section 2. La protection du droit à la santé mentale dans le Statut de la Cour Pénale Internationale 90
Section 3. Une solution possible pour une meilleure protection législative du droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés 93
Section 4.Problèmes de mise en œuvre des instruments juridiques internationaux et de juridiction pour les violations du droit à la santé mentale. L'évaluation de la qualité d'auteur de crimes de guerre dans la jurisprudence du Tribunal Pénal International 96
Chapitre 2. Analyse de la conduite des participants aux conflits par rapport au respect des normes visant la protection du droit à la santé mentale 111
Section 1. Les caractéristiques et les problèmes juridiques des conflits armés (internationaux et sans caractère international) 111
Section 2. Etude d'un cas de non-respect des normes visant le droit à la santé mentale : la guerre en Bosnie Herzégovine de 1992 - 1995 117
Section 3. Des éléments qui influencent le comportement des acteurs impliqués dans le conflit à respecter ou à enfreindre les normes de droit 133
Section 4. Les conséquences juridiques du non respect de l'obligation de protéger le droit à la santé mentale dans les conflits armés 141
Conclusions de la première partie 146
Seconde partie La violation du droit à la santé mentale due aux conflits armés et ses conséquences juridiques, individuelles et sociales 150
Titre 1. Traumas de guerre : genèse, manifestations et conséquences micro et macro-sociales 151
Chapitre 1 : Analyse des violations du droit à la santé mentale pendant la guerre 152
Section 1. Les causes susceptibles d'affecter le droit à la santé mentale des individus pendant les conflits armés – le rapport entre le droit à la santé mentale et d'autres droits de l'Homme 155
Section 2. Le mécanisme d'apparition des traumatismes psychiques pendant la guerre 162
Section 3. Les troubles mentaux causés par la guerre : définitions et descriptions 177

Chapitre 2 : Analyse des conséquences individuelles et sociales, sans relevance pénale, des traumas de guerre 204
Section 1. L'expérience subjective des traumas psychiques causés par la guerre – une perspective historique.....205
Section 2. Les implications sur les collectivités des violations du droit à la santé mentale pendant le conflit armé : les conséquences de moyenne et longue durée des troubles mentaux causés par la guerre et les implications sur les standards et la perception de la normalité.....210
Section 3. La justice et les procédures judiciaires en ce que concerne les violations du droit à la santé mentale et d'autres droits de l'Homme : la valeur thérapeutique pour les victimes et les risques impliqués du point de vue de la santé psychique 231
Titre 2 : Troubles mentaux et criminalité : analyse des conséquences pénales des traumas de guerre 243
Considérations introductives. Repères de la personnalité des délinquants : les caractéristiques bio-psycho-sociales de la personnalité et les facteurs qui déterminent la conduite du criminel.....243
Chapitre 1. L'influence de la guerre sur la criminalité 261
Section 1. Les théories qui expliquent les variations du taux de criminalité pendant et après la guerre 269
Section 2. L'évolution des facteurs qui déterminent la conduite criminelle pendant la guerre 276
Section 3. Une explication alternative de l'augmentation du taux de criminalité pendant et après la guerre : l'influence des traumas psychiques.....278
Chapitre 2. Analyse de la responsabilité pénale pour les délits commis par les personnes affectées par des traumas de guerre.....283
Section 1. Les troubles psychiques qui ne déclenchent pas une exemption de responsabilité pénale : les troubles de la personnalité. Analyse du cas du trouble de la personnalité antisociale 285
Section 2. Les psychoses et les maladies plus graves, qui généralement excluent la responsabilité pénale 300
Section 3. Etablir la responsabilité juridique des criminels affectés par les traumatismes de la guerre : l'expertise psychiatrique médico-légale.....335

Section 4. Etude du cas d'une solution alternative pour le traitement des anciens combattants : les tribunaux spéciaux séparés. Evaluation critique et proposition de la meilleure méthode à cette fin.....342
Conclusions de la seconde partie.....350
Conclusion.....357
Bibliographie.....365

Résumé

La thèse identifie les lacunes et les défauts de mise en œuvre des instruments juridiques internationaux applicables dans le contexte des conflits armés (les Conventions de Genève de 1949 et le Statut de la Cour Pénale Internationale) en ce qui concerne la question de la protection du droit à la santé mentale. Une solution pour une meilleure protection de ce droit est proposée, visant à amender les instruments juridiques internationaux en la matière par une nouvelle disposition qui incrimine distinctement les violations du droit à la santé mentale pendant la guerre.

La recherche met en évidence la gravité des conséquences de la violation du droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés, en montrant le lien de causalité entre les traumas produits par ces conflits, l'apparition de troubles psychiques, la modification des standards de la normalité dans une collectivité et la prédisposition accrue à des comportements antisociaux. La thèse avance une hypothèse qui explique l'augmentation des taux de criminalité après la guerre par le rôle des traumas psychiques de la population suite aux conflits armés.

Mots-clés : santé mentale, conflit armé, troubles psychiques, trauma de guerre, criminalité

Résumé en anglais

The thesis identifies the gaps and shortcomings regarding the implementation of international legal instruments applicable in the context of armed conflict (the Geneva Conventions of 1949 and the Statute of the International Criminal Court) in what concerns the protection of the right to mental health. A solution for a better protection of this right is proposed, consisting in amending the relevant international legal instruments with a distinct new provision criminalizing the violations of the right to mental health during armed conflicts.

The research highlights the serious consequences of violating the right to mental health during wartime, showing the causal link between the trauma produced by the conflict, the development of mental disorders, the changes of the “normality” standards of communities and the increased occurrence of antisocial behavior. The thesis proposes a hypothesis that explains the amplification of crime rates after the war by the influence of the psychological trauma suffered by the respective population as a consequence of armed conflict.

Mots-clés : mental health, armed conflict, mental disorders, war trauma, criminality

Introduction

Les premiers rapports de stress associé au champ de bataille sont apparus pendant le VIe siècle avant Jésus-Christ. Une des premières descriptions du trouble post-traumatique de stress a été faite par l'historien grec, Hérodote. En 490 avant Jésus-Christ, il a décrit, pendant la bataille de Marathon, un soldat athénien qui n'a souffert d'aucune blessure de guerre, mais qui est devenu aveugle après avoir assisté au meurtre d'un camarade.[1]

Depuis l'antiquité, des symptômes similaires aux troubles mentaux causés par les conflits armés ont été identifiés chez des vétérans de guerre. Toutefois, ce n'est qu'au XXe siècle, dans les années 70, que le sens moderne de trouble post-traumatique de stress – en tant que maladie mentale spécifique du combat – commence à se développer suite, en grande partie aux observations des comportements des vétérans américains de la guerre du Vietnam. Le terme de trouble post-traumatique de stress a été formellement reconnu en 1980, mais il faut retenir que cette maladie n'est pas la seule conséquence pathologique possible résultant de la guerre.

Il est avéré que les données épidémiologiques sur les maladies de la population ne correspondent pas à la réalité, car un grand nombre de maladies reste non diagnostiqué à cause des lacunes subjectives ou objectives dans la communication entre le système de santé et les citoyens. L'on peut supposer que cela soit particulièrement vrai dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées. Les données actuelles indiquent, en fait, qu'il existe un grand nombre de maladies non diagnostiquées chez les personnes ayant subi les conséquences des conflits armés et que les systèmes de santé, habituellement surchargés et désuets du point de vue organisationnel et social pendant la guerre, ne sont pas en mesure de fournir un traitement adéquat à ces (sous)-populations.[2]

Cette thèse de recherche a pour but d'étudier les conséquences pathologiques des conflits armés avec tous leurs effets individuels et sociaux, d'évaluer les documents internationaux qui devraient protéger le droit à la santé

---

[1] SCHWARTZ M. *Schwartz' Textbook of Physical Diagnostic: History and Examination*. 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders, 1994, p. 132-141.

[2] ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 146.

mentale et de faire des recommandations pour assurer une meilleure protection de cette valeur humaine fondamentale.

1. Justification de la recherche par rapport aux études existantes

Cette thèse met en exergue trois lacunes importantes dans la recherche sur la guerre : (1) la démonstration de l'impact réel des conséquences de la violation du droit à la santé mentale pendant le conflit armé ; (2) les carences législatives en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale pendant la guerre et (3) l'absence de recommandations pour protéger davantage la valeur humaine représentée par le droit à santé mentale dans le cadre des conflits armés.

En ce qui concerne la première lacune, les études systématiques sur la guerre analysent généralement d'autres droits de l'Homme violés à travers les hostilités, qui abordent plutôt les aspects de la santé et de l'intégrité physique. Les recherches existantes sont centrées, d'une manière extensive, sur les attaques envers la population civile, les meurtres, les effets de courte durée de la torture et les aspects variés de la conduite militaire où les Etats et les forces armées sont les principaux sujets d'observation. Les chercheurs travaillant dans le domaine des sciences sociales étudient rarement les conséquences à moyen et long terme de la guerre sur les communautés et les questions visant les traumatismes psychiques causés par la guerre sont traitées seulement de manière exceptionnelle. Il s'agit d'une omission très importante, les traumas mentaux faisant plus de victimes que les blessures physiques et les effets (la plupart du temps invisibles) de la violation du droit à la santé mentale pendant la guerre étant très vastes et complexes. Ces effets incluent, entre autres, des infractions commises à cause des maladies psychiques, jusqu'à entraîner le prolongement de la situation conflictuelle au niveau macro sociale, malgré les efforts de rétablir la paix.

La seconde lacune concerne, d'une part, les Conventions de Genève, de même que le Statut de la Cour Pénale Internationale, instruments juridiques au caractère presque global, qui semblent négliger le sujet de la protection du droit à la santé mentale et ne sanctionnent pas des actes très graves, capables à causer des conséquences invalidantes pour le reste de la vie des victimes. D'autre part, les instruments juridiques internationaux en matière de santé traitent plutôt des questions de discrimination relative aux malades psychiques, qu'ils soient institutionnalisés ou libres dans la société, leur droit au traitement, le respect de leur dignité et leur droit à une vie normale en collectivité. Les documents internationaux mentionnent brièvement les possibles conséquences psychiques que les conflits

peuvent avoir dans le cas des femmes et des enfants. En ignorant la nécessité de protéger expressément le droit à la santé mentale, ces importants traités internationaux donnent lieu à l'insécurité juridique et au manque de reconnaissance des violations de cette valeur humaine essentielle.

La troisième lacune découle directement des deux premières. Les effets néfastes des violations du droit à la santé mentale n'ayant été discutés que de manière superficielle dans la littérature spécialisée, l'absence des dispositions législatives n'a pas été identifiée et, par conséquent, la nécessité d'améliorer les textes juridiques internationaux n'a pas été reconnue. Cette thèse analysera tous ces aspects négligés dans le domaine de la guerre et de la santé mentale. Elle fournira une meilleure compréhension des conséquences des violations du droit à la santé mentale causées par les conflits armés, évaluera les instruments de protection de ce droit et en proposera de nouveaux.

2. Définitions des concepts utilisés dans la thèse

A. Le concept de santé mentale

La santé mentale est une composante intégrante et essentielle de la santé. La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé stipule : « La santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social et non pas simplement l'absence de la maladie ou de l'infirmité »[3]. Une conséquence importante de cette définition est que la santé mentale est décrite comme ne se limitant pas à l'absence de troubles mentaux ou de handicaps.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut utiliser ses propres capacités, peut faire face aux tensions normales de la vie, peut accomplir un travail productif et est capable d'apporter une contribution à la communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être individuel et du bon fonctionnement d'une communauté.[4] Une autre définition affirme que la santé mentale consiste en la performance réussie de la fonction psychique, résultant dans des activités productives, l'accomplissement des relations avec d'autres personnes et la capacité à s'adapter aux changements et à faire face à l'adversité.[5]

Il y a de multiples facteurs biologiques, sociaux et psychologiques qui déterminent le niveau de la santé mentale d'une personne. Par exemple, la persistance de pressions socio-économiques se trouve parmi les éléments reconnus de risque pour la santé mentale des individus et des communautés. La mauvaise santé mentale est également associée à de rapides mutations sociales, à des conditions de travail stressantes, à la discrimination entre les sexes, à l'exclusion sociale, au mode de vie malsain, aux risques de violence et de mauvaise santé

---

[3] World Health Organization, *Mental health: strengthening our response.* Fact sheet No 220, Sept. 2010.

[4] World Health Organization, *Mental health: strengthening our response.* Fact sheet No 220, Sept. 2010.

[5] U.S. Department of Healtha Human Services - Substance Abuse & Mental Health Services Administration, Promotion and Prevention in Mental Health. *Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience*. consulté le 7 juin 2011, disponible à l'adresse mentalhealth.samhsa.gov/cre/ch1_scope.asp.

physique et aux violations des droits de l'Homme. Il y a aussi des facteurs psychologiques qui rendent les gens vulnérables aux troubles mentaux. Enfin, il existe des causes biologiques aux troubles mentaux, y compris des facteurs génétiques et des déséquilibres chimiques dans le cerveau.[6]

Le droit à la santé mentale est reconnu de manière universelle et prévu dans plusieurs instruments juridiques internationaux. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels établit le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale. Le droit à la santé est également reconnu dans d'autres conventions internationales, parmi lesquelles la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 (dans l'article 5 (e) (iv)), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 (dans les articles 11.1 (f) et 12), et la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (dans l'article 24). Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'Homme reconnaissent aussi le droit à la santé, tels que la Charte sociale européenne de 1996 révisée (art. 11), la Charte africaine des droits des peuples de 1981 (art. 16), et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (art. 10). La présentation détaillée du droit à la santé, avec toutes ses réglementations, se retrouvera dans la première partie de la thèse.

Comme il a été déjà affirmé, la santé mentale englobe plus d'éléments que la simple absence de maladie psychique. Cependant, dans cette thèse, *la définition de la santé mentale sera limitée à l'absence de troubles mentaux.* Ce postulat permettra de souligner que cette valeur minimale doit être reconnue et protégée par les droits de l'Homme et les dispositions du droit humanitaire, étant donné que, même dans ce sens restreint, la protection n'est pas assurée de manière adéquate au niveau de la législation internationale. Par conséquent, le droit à la santé mentale est défini dans cette thèse comme *le droit de toute personne d'être protégée contre l'apparition d'un trouble psychique et de bénéficier de l'aide nécessaire dans le cas où ce trouble se produit.*

---

[6] World Health Organization, *Mental health: strengthening our response.* Fact sheet No 220, Sept. 2010.

B. Le concept de conflit armé

Les conflits armés sont définis en tant que confrontations ouvertes entre deux ou plusieurs parties organisées, avec une continuité entre les affrontements et visant des disputes concernent le pouvoir politique.[7] Les caractéristiques du conflit armé sont l'agressivité extrême, des perturbations sociales et une mortalité élevée.

Selon les moyens et les stratégies employés dans les conflits, il existe des guerres conventionnelles et non conventionnelles. La guerre conventionnelle est une tentative de réduire la capacité militaire de l'adversaire par une lutte ouverte. Il s'agit d'une guerre déclarée entre des Etats existants, dans laquelle les armes nucléaires, biologiques ou chimiques ne sont pas utilisées ou le sont de manière limitée, en appui aux objectifs conventionnels et aux manœuvres militaires.

Le contraire de la guerre conventionnelle, la guerre non conventionnelle, est une tentative pour atteindre la victoire militaire par le soutien clandestin d'une partie impliquée dans un conflit existant.

La guerre nucléaire est une guerre au cours de laquelle les armes nucléaires sont le principal moyen de pression pour obtenir la capitulation de l'autre partie, en opposition au rôle d'appui tactique ou stratégique dans le conflit conventionnel.

La guerre civile est le conflit où les forces en opposition appartiennent à la même nation ou entité politique et se disputent le contrôle de l'indépendance de cette nation ou de l'entité politique.

La guerre asymétrique est un conflit entre deux populations qui ont des niveaux radicalement différents de capacité militaire ou d'effectif humain. Les conflits asymétriques entraînent souvent des tactiques de guérilla, utilisées pour combler les écarts, parfois très vastes, en matière de technologie et de dimensions des forces.

Cette thèse ne fait pas de différence entre les variantes du conflit armé et les analyses portent sur tous les types de guerre, en soulignant, selon le cas, les variations des facteurs spécifiques pour la question de la santé mentale.

---

[7] SMITH, D., Trends and Causes of Armed Conflict. Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, 2004, p.3 consulté le 10.10.2009, disponible à l'adresse http://www.berghof-handbook.net/documents/publications/smith_handbook.pdf.

La recherche vise un contexte temporel qui comprend la durée entière des conflits armés, de même que la période ultérieure au conflit, pendant laquelle la société essaie de se reconstruire et de se réintégrer dans des conditions de vie pacifiques. Cette seconde période ne peut pas être précisément calculée, mais elle varie selon le cas, pouvant durer même plusieurs générations. A cause de cette circonstance incertaine, le titre de la thèse inclut une expression globale qui délimite du point de vue temporel les aspects sur lesquels portera l'étude, par rapport au phénomène complexe de la guerre, à savoir « dans le cadre des conflits armés ».

Le concept de conflit sera analysé dans sa dimension potentielle de générateur de circonstances déclenchant des troubles mentaux chez les personnes impliquées.

Cette recherche propose donc d'étudier les modalités législatives permettant d'assurer le respect du droit à la santé mentale : la prévention des troubles psychiques et la garantie du traitement effectif pendant et après la fin des conflits armes et jusqu'a l'effacement des traces sociales de la guerre.

3. Les objectifs et la méthodologie de travail

Visant l'analyse du concept de « droit à la santé mentale » et de sa protection pendant les conflits armés, cette thèse se fixe deux objectifs principaux, à travers plusieurs étapes intermédiaires, énumérées ci-dessous :

a) évaluer l'efficacité, en ce qui concerne la santé mentale, des instruments juridiques internationaux mis en place pour protéger les droits des personnes dans le cadre des conflits armés et formuler des recommandations pour leur amélioration ; cet objectif sera atteint au travers de :
    - la démonstration de la nécessité d'assurer une protection juridique adéquate du droit à la santé mentale, même en temps de conflit armé ;
    - l'identification des titulaires ayant l'obligation de protéger le droit à la santé mentale pendant les conflits armés ;
    - l'identification des carences législatives et de celles concernant l'application des instruments juridiques élaborés pour la protection du droit à la santé mentale ;
b) démontrer la gravité des conséquences des violations du droit à la santé mentale, au travers de :
    - l'analyse de la question des troubles mentaux causés par guerre, en identifiant les maladies susceptibles d'apparaître, les causes qui déterminent l'apparition des traumas et le mécanisme par lequel ces conséquences pathologiques sont provoquées ;
    - l'analyse des conséquences individuelles et collectives de ces troubles mentaux ;
    - l'identification de la relation entre l'augmentation du taux de criminalité pendant et après la guerre et les traumas subis par la communauté en cause ;
    - l'identification des problèmes pénaux et criminologiques posés par les actes antisociaux commis sous l'influence d'un trouble psychique causé par la guerre et de la modalité d'évaluation de la responsabilité juridique des criminels dans ce cas ;
    - la recommandation de la meilleure méthode pour aborder la question des criminels souffrant des troubles mentaux suite à la guerre.

Imposée par la nature du sujet et l'approche interdisciplinaire, la méthodologie de recherche utilisée pour atteindre ces objectifs est qualitative et comprend une analyse primaire, effectuée à l'aide de la technique de l'entretien (l'entretien approfondi de groupe, l'entretien d'information et l'entretien structuré) et une analyse secondaire, réalisée à travers l'étude de documents (entre autres, des statistiques et des expertises médico-légales psychiatriques), d'analyses juridiques et d'études de cas.

Dans les pages suivantes, seront présentées, de manière détaillée, les méthodes de recherche utilisées.

Une première méthode de recherche utilisée est représentée par les entretiens. Nous avons ainsi conduit un entretien approfondi de groupe avec les spécialistes du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, dans le domaine de l'assistance aux victimes et aux témoins (pendant une visite à la Haye, le 8 février 2010). Cet entretien a duré environ deux heures et trois membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal y ont participé. Nous avons choisi de discuter avec les experts de cette structure, en raison de leur contact direct avec les personnes qui ont subi des traumatismes de guerre et de leur vision d'ensemble sur les conséquences des violations du droit à la santé mentale sur les participants au conflit. A cette occasion, nous avons réussi à obtenir des informations sur l'impact de l'expérience du témoin, sur l'évolution de son état psychique et sur le reste de la communauté dont il fait partie. Les questions adressées ont concerné la proportion des personnes affectées par des traumas de guerre qui développent des maladies psychiques, les implications sociales des traumas psychologiques causés par la guerre, les événements les plus susceptibles de déclencher des traumatismes psychiques, la connexion entre les troubles mentaux causés par la guerre et le comportement criminel subséquent et les implications des violations du droit à la santé mentale sur les collectivités.

Nous avons effectué des entretiens structurés et d'information : avec des experts dans le domaine des conflits armés (de la Suisse, des Pays-Bas, du Portugal), des membres du Ministère de l'Intérieur et d'autres autorités de Serbie, des représentants d'organisations non gouvernementales dédiées aux droits de l'Homme (pendant la conférence internationale « La sécurité humaine, le terrorisme et le crime organisé dans les Balkans occidentaux » d'octobre 2008) et des membres du personnel militaire roumain qui ont participé aux manœuvres des forces

internationales en Afghanistan, Irak et Kosovo. L'objectifs de tous ces entretiens à été d'apprendre si, parmi les populations affectées par la guerre, il existe un nombre significatif de personnes touchées par des troubles mentaux à cause du conflit et d'évaluer dans quelle mesure ces troubles influencent la société et les perspectives de l'instauration de la paix à moyen et long terme. Les entretiens ont duré de 30 minutes à 3 heures. Des entretiens approfondis et d'information ont également été organisés avec des personnes de Bosnie, de Serbie et de Croatie qui ont connu l'expérience des guerres récentes dans les Balkans. Le but de ces entretiens était d'obtenir des impressions directes sur les expériences subjectives de la guerre et les facteurs de nature à influencer l'état psychologique des personnes.

La deuxième méthode de recherche utilisée est constituée par l'étude des documents juridiques et des publications sur les sujets d'intérêt pour la problématique de la thèse. Ainsi, nous avons analysé les instruments et les mécanismes en matière de Droits de l'Homme, de Droit Humanitaire et de Droit Pénal International, applicables dans le domaine de la santé mentale pendant et après le conflit, ainsi que les législations internes des Etats européens dans ce domaine. Nous avons également étudié les archives d'International Aid Network - Belgrade, organisation qui soutient les victimes des violations des droits humains et qui a développé plusieurs projets pour les victimes de guerre. Nous avons consulté la bibliographie existante dans le domaine de la santé publique, dans le domaine des conflits armés et de leurs implications juridiques. Une bibliographie consistante concerne les études dans le domaine de la psychiatrie et de la criminologie, avec des statistiques sur diverses catégories de troubles psychiques et d'infractions. Les analyses de la littérature de spécialité dans les domaines de psychiatrie, médecine légale, criminologie et psychologie ont servi pour illustrer la capacité de discernement des malades psychiques qui commettent des infractions, pour démontrer les effets des violations des droits de l'Homme sur le comportement et la personnalité humaine, et pour décrire les caractéristiques des troubles mentaux susceptibles d'apparaître suite aux traumatismes de guerre.

L'analyse juridique des instruments législatifs de droit humanitaire et de droit international constitue une méthode fondamentale de recherche utilisée pour démontrer les lacunes des Conventions de Genève de même que du Statut de la Cour Pénale Internationale en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale. La même méthode a été appliquée à d'autres documents, telles les

résolutions du Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies, les normes relatives aux droits de l'Homme en matière de santé, etc. L'analyse juridique a aussi porté sur les aspects criminologiques de la perpétration d'actes antisociaux par les personnes affectées par des traumatismes psychiques. Nous avons utilisé, de manière extensive, l'analyse juridique pour les études sur la jurisprudence des tribunaux internationaux et spécialement du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie.

Les études de cas ont été utilisées dans la thèse pour démontrer les lignes théoriques avancées. Ainsi, l'étude de cas dans trois pays différents (le Salvador, le Mozambique et la Russie) a été présentée pour montrer les diverses réactions manifestées par les communautés en question suite aux traumatismes de guerre. Ces exemples ont été choisis pour leurs différences en ce qui concerne les caractéristiques culturelles, la distance géographique et, surtout, à cause des façons très différentes de réaction des communautés affectées par la guerre. Le but de ces études de cas a été d'illustrer les réactions sociales des communautés pour faire face aux traumas de guerre.

Une autre étude de cas a également été utilisée pour illustrer les violations extrêmes du droit humanitaire – et, en particulier, du droit à la santé mentale - qui peuvent être commises quand dans le combat sont impliqués des éléments criminels du droit commun. Nous avons choisi le cas d'une des guerres des Balkans des années 90. Même s'il s'agit d'un sujet très médiatisé, il y a encore beaucoup d'idées controversées autour des événements de la guerre en Bosnie Herzégovine et seulement une partie réduite du public se rend compte de l'influence des éléments criminels dans le combat, ce qui a produit de très nombreuses violations du droit à la santé mentale, parmi d'autres.

Enfin, l'étude des modalités possibles de gestion du problème des criminels présentant des maladies psychiques causées par la guerre a été proposée pour une analyse du point de vue critique. Nous avons choisi le cas des cours spéciales des Etats-Unis, mises en place pour juger les anciens combattants pour des infractions commises au retour du front. Ces institutions spéciales sont le seul exemple identifié de ce type et nous avons souligné la valeur ajoutée minimale qu'elles apportent au système de la justice.

4. Idées défendues et éléments d'originalité

Nous avons choisi d'aborder le sujet du droit à la santé mentale en analysant le concept juridique, ainsi que les sujets responsables de garantir ce droit et les instruments mis en place au niveau international pour sa protection. Les carences de cette protection ont été mises en lumière par l'étude critique des dispositions des conventions de Genève de 1949 et du Statut de la Cour Pénale Internationale. Les problèmes d'application des instruments en matière de droits de l'Homme ont été analysés, de même que certaines questions de juridiction du droit international pénal. Nous avons étudié les éléments qui influencent les acteurs impliqués dans le conflit à respecter les normes de droit humanitaire ou à leur désobéir et nous avons analysé un cas de non respect des dispositions du droit humanitaire. Nous en avons conclu qu'il existait des conséquences minimales au niveau international pour la désobéissance aux dispositions concernant la protection du droit à la santé mentale.

La seconde partie de la thèse traite des conséquences qui peuvent apparaître suite aux violations de ce droit, commises dans les circonstances de conflit armé. L'objectif de cette approche est de mettre en lumière les blessures invisibles de la guerre, ainsi que leurs effets sur toutes les dimensions de la société. Ainsi, les causes de nature à produire des traumas ont été étudiées, l'explication du mécanisme d'apparition des troubles mentaux a été fournie et les troubles mentaux susceptibles d'apparaître pendant un conflit armé ont été identifiés et décrits.

Les aspects complexes des conséquences des traumas de guerre ont ensuite été analysés. En premier lieu, l'expérience individuelle de traumatismes a été décrite, en insistant sur la manière dont les personnes affectées perçoivent les troubles mentaux et les interprétations qu'elles leur donnent. Une importante analyse sociale comparative a été effectuée sur les possibles conséquences des maladies psychiques sur les collectivités pendant les conflits. Ainsi il a été démontré, en utilisant trois études de cas, que les comportements causés par les traumas de guerre peuvent varier de manière significative d'une collectivité à l'autre et que les communautés ne sont pas toutes capables de trouver des mécanismes de défense pour maintenir une psychologie collective « saine » et pour éviter la perpétuation transgénérationnelle de ces traumatismes. L'impact de l'expérience de témoin en justice sur l'évolution des traumatismes a été abordé, de même que la valeur du témoignage pour la communauté affectée par les crimes jugés.

Après avoir étudié les conséquences sans relevance pénale des traumas, la sphère des actes criminels commis sous l'influence de maladies mentales résultant de la guerre a été abordée. Au début, nous avons analysé l'augmentation du taux de criminalité suite aux conflits et nous avons avancé une hypothèse originale sur les causes de l'excédent de crimes durant la guerre et après sa fin. Nous avons continué l'analyse de la personnalité du criminel, en évoquant les troubles psychiques et leur influence sur le comportement antisocial, ainsi que la possibilité d'évaluer le discernement et la responsabilité de criminels souffrants de troubles mentaux. A la fin, nous avons apporté des arguments qui remettent en question les tribunaux séparés pour les anciens combattants ayant commis des délits et nous avons proposé une méthode différente pour évaluer la responsabilité pénale de ces personnes.

Les idées défendues dans la thèse visent les aspects suivants :

(a) L'obligation de protéger le droit à la santé mentale incombe à plusieurs sujets et non pas seulement aux Etats. Par conséquent, les instruments juridiques dans ce domaine doivent s'adresser à tous les sujets responsables de la protection de ce droit.

(b) Les Conventions de Genève de 1949 et le Statut de la Cour Pénale Internationale manifestent des carences graves en ce qui concerne la question de la protection du droit à la santé mentale.

(c) Des dispositions spécifiques visant la protection du droit à la santé mentale doivent être introduites dans les documents juridiques internationaux de droit humanitaire et de droit pénal international.

(d) Il y a un lien étroit entre la violation de presque tous les droits de l'Homme et la violation du droit à la santé mentale.

(e) Les conflits armés conduisent à l'apparition d'une multitude de troubles mentaux.

(f) Les traumatismes psychiques causés par la guerre ont des conséquences graves sur les individus et les collectivités, conduisant à l'altération des standards et de la perception de la normalité et à la prolongation indéfinie de la violence conflictuelle.

(g) Les procédures judiciaires et l'acte de témoignage d'une personne souffrant de traumas ont une certaine valeur thérapeutique, mais impliquent aussi des

(h) L'augmentation du taux de criminalité après la guerre est influencée dans une mesure importante par les traumatismes psychiques subis par les personnes de la communauté en cause.
(i) Le meilleur moyen pour établir la responsabilité pénale des criminels affectés par des traumatismes psychiques est l'expertise médico-légale psychiatrique, sans avoir besoin de la création de tribunaux séparés pour les anciens combattants.

Cette thèse avance des théories nouvelles pour expliquer une série d'événements ; ainsi, de nouvelles connexions ont été établies entre certains phénomènes et des carences législatives qui n'ont pas été identifiées auparavant. De nouvelles recommandations ont également été formulées pour améliorer la situation actuelle.

Pour la première fois dans la littérature juridique, cette thèse a réalisé une critique des Conventions de Genève de 1949 en ce qui concerne la question de la protection du droit à la santé mentale, en relevant leurs lacunes et leurs défauts de mise en œuvre dans ce domaine spécifique. Une critique similaire a été réalisée dans le cas du Statut de la Cour Pénale Internationale afin d'exposer des carences graves qui n'ont pas été relevées ailleurs dans la littérature spécialisée.

Un autre élément original important est la proposition d'amender les textes des instruments juridiques internationaux en vue d'améliorer la faible protection accordée actuellement au droit à la santé mentale.

Un troisième élément d'originalité de la thèse est le lien entre la violation de presque touts les droits de l'Homme pendant la guerre et le non-respect du droit à la santé mentale. Une autre connexion inédite vise l'inter connectivité entre les traumas produits par les conflits et la modification des standards de la normalité dans la collectivité en cause, avec la conséquence de la possible perpétuation de la situation conflictuelle, malgré les efforts des tiers (autorités centrales, forces multinationales d'intervention, etc.) d'établir la paix.

En ce qui concerne la tendance à l'augmentation du taux de criminalité après la guerre, une hypothèse originale est avancée, qui explique ce phénomène par

l’influence des traumas psychologiques présents à large échelle dans la population, suite aux conflits armés.

La manière d’aborder le sujet représente aussi un élément d’originalité, car jusqu'à maintenant il n’y a pas d’autres recherches qui analysent ensemble, dans une perspective de détermination causale, le phénomène de la violation du droit à la santé mentale, qui produit des troubles psychiques, qui, à leur tour, causent d’une part l’augmentation de la criminalité et d’autre part la transmission transgénérationnelle du trauma et les standards altérés de la normalité, de même que la perpétuation de la violence au sein de la communauté.

Première partie
Analyse des aspects visant la protection juridique du droit à la santé mentale

Dans cette partie de la thèse sera analysé le concept du droit à la santé mentale, en analysant les normes de droit applicables pour le respect, la protection et la mise en œuvre de cette valeur humaine. Le cadre des conflits armés contemporains sera étudié, en soulignant les nouvelles caractéristiques de ces guerres et les difficultés de les encadrer dans les normes du droit humanitaire existantes. Par conséquent, on démontrera ensuite que les dispositions générales du droit humanitaire concernant le droit à la santé mentale, de même que les quatre Conventions de Genève, complétées par les Protocoles additionnels, dont chacune a pour but de protéger une catégorie particulière de victimes des conflits armés, n'assurent pas de manière efficace le respect du droit à la santé mentale des personnes impliquées dans le conflit. Des garanties suffisantes ne sont offertes ni aux combattants, ni même aux civils, s'agissant du respect et de la protection de leur droit à la santé psychique pendant la guerre.

Finalement, le problème du sujet passif de l'obligation de protéger le droit à la santé mentale pendant les conflits sera expliqué, en détaillant le cas des sujets passifs de cette obligation dans un Etat défaillant. Les causes susceptibles de déterminer des violations du droit à la santé mentale seront énumérées d'une manière non-exhaustive, en présentant la liaison entre le droit à la santé mentale et les autres droits fondamentaux de l'Homme. Les mécanismes qui dirigent les réactions des parties en conflit seront analysés pour essayer de comprendre les facteurs qui les influencent à respecter ou non le droit humanitaire et les droits de l'Homme. Des recommandations seront faites pour augmenter le niveau du respect des standards humanitaires par les acteurs impliqués dans le conflit. Les conséquences juridiques du non respect de l'obligation de protéger le droit à la santé mentale dans les conflits armés par les parties impliquées seront présentées, en soulignant leur caractère minimal au niveau international. Nous conclurions en expliquant que le droit international ne contient pas, pour le moment, de moyens pour responsabiliser les États et les acteurs non-étatiques concernant les violations du droit à la santé mentale.

Titre 1 : L'analyse juridique du concept de droit à la santé mentale et des instruments mis en oeuvre pour sa protection

Le premier titre de la thèse est dédié à l'analyse du concept de droit à la santé mentale, en présentant ses éléments composants, les obligations qui dérivent de ce droit et les sujets passifs qui ont la responsabilité d'accomplir ces obligations. Les difficultés pratiques qui sont apparues concernant la protection de ce droit dans les situations de conflit armé seront aussi étudiées.

Dans le premier chapitre, l'analyse juridique commencera par l'étude du concept du droit à la santé mentale et des dispositions des instruments juridiques internationaux qui le concerne. Dans le second chapitre, l'étude explorera le champ d'application du droit à la santé mentale, en analysant les différents sujets impliqués et leurs obligations corrélatives.

Chapitre 1. Le concept de droit à la santé

L'exploration du domaine du droit à la santé mentale débutera, dans la première section, par une présentation historique des réglementations instituées pour la protection du droit à la santé. La deuxième section développera une analyse des instruments juridiques internationaux qui ont des prérogatives visant le droit à la santé. Enfin, dans la troisième section, les mécanismes et les instruments mis en œuvre pour la protection du droit à la santé mentale seront présentés, en élaborant sur les règles qui gouvernent le cas spécial de conflits armés.

Section 1. L'évolution juridique du droit à la santé

Traditionnellement, la santé était considérée comme relevant du domaine privé plutôt que public. On entendait par santé, l'« absence de maladie ». Les premières lois contenant des dispositions relatives à la santé remontent à l'ère industrielle. The Moral Apprentices Act (L'acte moral des apprentis) (1802) et le Public Health Act (L'acte de la santé publique) (1848) furent adoptés en Grande Bretagne pour maintenir la paix sociale malgré les mauvaises conditions de travail des pauvres.[8]

L'évolution qui a permis de définir la santé comme une question sociale a mené à la création de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946. La conception de la santé a changé en devenant une question publique. L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité »[9]. Cela a conduit vers une approche globale, reliant tous les facteurs qui déterminent le bien-être humain, parmi lesquels l'environnement physique et social favorable, un élément vital pour une bonne santé.

Avec la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, le droit à la santé était reconnu pour la première fois à l'échelon international. La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Depuis, cette reconnaissance a été réitérée sous des formulations très variées, dans divers instruments juridiques internationaux et régionaux des droits de l'Homme comme la Déclaration universelle des droits de l'Homme (art. 25), la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'Homme (art. 33), la Charte sociale européenne (art. 11), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12) et la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (art. 16).

---

[8] *Cercle des Droits – Module 14, Le Droit à la santé*, consulté le 12.02.2009, disponible a l'adresse http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/IHRIP/frenchcircle/M-14.htm.

[9] Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, *Documents de base*, Documents officiels No. 240, Washington, 1991.

La reconnaissance universelle du droit à la santé a été affirmée dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, dans laquelle les États s'engageaient à développer progressivement des systèmes de soins médicaux complets, afin d'assurer une distribution des ressources efficace et équitable pour le maintien de la santé. Les Etats ont confirmé qu'il relevait de leur responsabilité d'assurer la santé de leurs populations, « dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates »[10]. La Déclaration propose les bases de mise en place de systèmes de soins directement liées au respect du droit. Même si cet instrument politique n'est pas obligatoire dans son application, il représente un engagement supplémentaire de la part des États envers le droit à la santé, et propose le cadre d'une politique intégrée qui a pour objectif d'assurer son respect.

La défense de la santé, un des aspects fondamentaux de soins de santé primaires, a été abordée, indépendamment, au cours de quelques conférences internationales : la première à Ottawa, au Canada, en 1986[11], puis à Jakarta, en Indonésie, en 1997. La Déclaration de Jakarta présente une conception actualisée de la santé et exprime les attentes au début du XXIe siècle. Elle identifie comme conditions essentielles de la santé « la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé »[12].

Depuis les années 2000, une attention croissante a été accordée au droit à un meilleur état de santé par les organes de suivi des traités des droits de l'Homme, par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Commission des droits de l'Homme (maintenant remplacé par le Conseil des droits de l'Homme), qui en 2002 a créé le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de chacun au plus haut état de santé physique et mentale.[13] La nécessité d'accorder la même importance au droit à la

---

[10] OMS, *Déclaration d'Alma-Ata.* Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS 6-12 Septembre 1978.

[11] Première conférence internationale sur la promotion de la santé qui aboutit à la publication de la Déclaration d'Ottawa, 1998.

[12] *Déclaration sur la promotion de la santé,* Jakarta, 1997.

[13] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008, p.1.

santé mentale est donc articulée de plus en plus, par l'inclusion explicite dans le mandat du Rapporteur spécial de ce concept, plutôt négligé dans les périodes de début des droits de l'Homme.

Le droit à la santé est aussi reconnu dans l'article 25 de la Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.

Toutefois, on ne peut pas ignorer la nécessité de continuer les efforts de modernisation et de mise à jour des instruments juridiques internationaux pour la protection du droit de la santé mentale. Cette partie de la thèse présentera les points vulnérables des Conventions de Genève concernant les dispositions relatives au droit à la santé mentale pendant les conflits armés et essaiera de suggérer des modalités pour leur amélioration.

Section 2. Le droit à la santé et les éléments le composant dans les instruments juridiques

§1 Le droit à la santé dans les instruments juridiques au niveau international

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'Homme et une condition essentielle pour une vie digne. « Le droit de bénéficier du plus haut standard qui peut être atteint en termes de santé physique et mentale » a été énoncé pour la première fois au niveau international dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1946, dont le préambule définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[14]. Le préambule de ce même document indique en outre que le fait de bénéficier du plus haut standard en matière constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, ou de condition économique ou sociale.

La déclaration universelle des droits de l'Homme énonce le droit à la santé comme partie du droit à un standard de vie approprié (dans l'article 25). Le même document reconnaît la relation qui existe entre la santé et le bien-être, ainsi que le lien qui existe avec d'autres droits, tels que le droit à la nourriture et le droit au logement, aussi bien qu'aux services médicaux et sociaux. Il adopte une vision large du droit à la santé comme droit humain, même si la santé n'est qu'un élément d'un niveau de vie convenable. La déclaration n'a pas une valeur juridique en tant que telle, mais elle peut servir comme fondement pour une coutume.

Le droit à la santé a été reconnu de nouveau comme un droit fondamental par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966. Ce document international, considérée comme l'instrument juridique central de protection du droit à la santé, reconnaît « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale ». On doit remarquer l'importance égale accordée par le Pacte à la santé physique et à la santé mentale, cette dernière étant souvent négligée[15]. A partir de cette date, d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme ont reconnu ou ont parlé du droit à la santé ou de ses éléments,

---

[14] Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946, préambule.

[15] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008 p. 9.

tels que, par exemple, le droit aux soins de santé. Les instruments internationaux et régionaux ultérieures abordent le droit à la santé des différents groupes de population (femmes, enfants) et ses relations à d'autres questions (par exemple, à l'interdiction de la torture). Les articles 23 et 24 de la Convention sur les Droits de l'enfant reconnaissent le droit à la santé à tous les enfants et identifient les différentes étapes pour y parvenir. De même, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes établit l'obligation d'adopter les mesures adéquates pour garantir aux femmes l'accès à la santé et aux soins médicaux, sans la moindre discrimination, y compris l'accès aux services de planning familial. Le même document établit aussi l'engagement des États de garantir les soins médicaux adéquats à la mère et à l'enfant (art.12 [2]).

De nombreux autres instruments juridiques militent en faveur du droit à la santé : la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention relative au statut des réfugiés, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, les Conventions de Genève, la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé, l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, la Déclaration des droits du déficient mental, la Déclaration des droits des handicapés et la Déclaration des droits des malades du SIDA.

L'article 11 de la Charte sociale européenne fait référence au droit à la protection de la santé. Pour sa réalisation, ce document propose des activités de promotion de la santé, d'éducation et de prévention. Le paragraphe 13 de la première partie garantit l'accès à l'assistance sociale et médicale pour les indigents. De même, l'article 3 de la Convention des droits de l'Homme et de la biomédecine garantit un accès égal aux soins.[16] Ainsi, la Déclaration des Nations Unies des droits du déficient fait ressortir les droits de telles personnes aux soins médicaux, aux thérapies et à l'éducation.[17]

---

[16] VIKRAM, P., MUTAMBIRWA, J., NHIWATIWA, S. Stressed, depressed or bewitched? A perspective on mental health, culture and religion. *Development in Practice*, 1995, 5(3), 216-224.

[17] *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé.* AG Rés. 46/119, 46 GAOR Supp. (No. 49) à 189, ONU Doc. A/46/49 (1991) ; Déclaration des droits du déficient, AG Rés. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) à 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

Le droit à la santé concerne tous les pays, chaque pays ayant ratifié au moins un traité international reconnaissant le droit à la santé. En outre, les États se sont engagés à protéger ce droit par des déclarations internationales, par des politiques et des législations nationales ou pendant des conférences internationales.

§2. Le contenu du droit à la santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé[18], le droit à la santé mentale est régi par certains principes fondamentaux. Les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé établissent une série de normes pour sauvegarder les droits humains des malades mentaux, garantir le traitement, les soins et la rééducation adéquats et assurer des conditions humanitaires et non discriminatoires.[19] Le premier de ces principes prévoit le droit de toute personne à jouir des meilleures mesures pour promouvoir le bien-être mental et pour prévenir les troubles mentaux. Pour le mettre en œuvre, les États devraient promouvoir des comportements qui contribuent au maintien et au développement de la santé mentale et prendre les mesures appropriées pour éliminer les causes des troubles mentaux.

Un autre principe est celui de l'accès aux soins de santé mentale de base. Cela signifie que le système de soins de santé mentale devra être approprié, ce qui implique l'existence des soins cliniques et non-cliniques destinés à réduire l'impacte de la maladie et d'améliorer la qualité de la vie des patients. L'accès aux soins médicaux doit être offert à un prix décent et équitable, dans un lieu accessible et les soins médicaux doivent être en accord avec le milieu culturel des patients. La consultation de l'état de santé mentale sera menée conformément aux principes médicaux internationalement acceptés. Cela impliquera d'établir le diagnostic, le choix du traitement et de déterminer si cette personne peut causer de la souffrance à lui-même ou à l'autrui. La consultation n'aura lieu que pour des buts liés exclusivement à la maladie mentale et à ses conséquences. Durant l'examen relatif à

---

[18] Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse – World Health Organization, Mental Health Care Law. *Ten Basic Principles*, Geneva, 1996.

[19] Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé, AG Rés. 46/119, 46 GAOR Supp. (No. 49) à 189, ONU Doc. A/46/49 (1991); Déclaration des droits du déficient, AG Rés. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) à 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

la santé psychique, l'examinateur doit s'abstenir de faire référence à des critères non-cliniques, comme par exemple les facteurs raciaux, religieux, politiques, économiques et sociaux, quand il fait l'évaluation du potentiel du malade à provoquer de la souffrance a lui-même ou aux autres.

Un autre principe fondamental est celui qui oblige à fournir les soins qui empêchent le moins la liberté de mouvement du malade. En d'autres termes, les traitements qui impliquent l'isolement et des restrictions de mouvement devront seulement être appliqués dans des cas limités, lorsque le malade représente un danger pour la société. Le maintien du malade dans la collectivité, où il peut continuer à mener sa vie quotidienne, est de nature à améliorer sa condition. Le traitement dans la collectivité sera donc appliqué en priorité et, si nécessaire, l'institutionnalisation sera menée dans le milieu où le malade gardera dans la plus grande mesure sa liberté de mouvement. Des traitements comportant des moyens et des procédures d'isolement et la contention physique (par exemple, les chambres d'isolement, la camisole de force), ou les moyens chimiques ne seront utilisés que lorsque cela est strictement nécessaire et dans des conditions strictement réglementés. Les modalités d'application de ce principe impliquent, parmi d'autres, le maintien des instruments juridiques et de l'infrastructure pour appuyer les soins de santé mentale dans la communauté et impliquent aussi les approches nécessaires pour supprimer les chambres d'isolement et l'interdiction de la mise en place d'autres nouvelles structures du même type[20].

Le consentement du patient est indispensable avant tout type d'intervention à la fois sur l'intégrité physique et mentale (par exemple, les procédures de diagnostic, le traitement médical consistant en l'utilisation des médicaments, la thérapie électro-convulsivante et la chirurgie irréversible) et la liberté (par exemple à l'internement obligatoire). Si le patient est temporairement incapable d'exprimer son consentement, ce qui pourrait se produire occasionnellement, mais pas systématiquement, une personne autorisée pourra décider à sa place dans le meilleur intérêt du patient. La décision devra respecter les souhaits exprimés par le patient avant qu'il devienne incapable de donner son consentement. Si un patient a des difficultés à évaluer les implications de ses décisions, il recevra l'aide spécialisée

---

[20] Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse – World Health Organization, Mental Health Care Law. *Ten Basic Principles*, Geneva, 1996, le principe 5.

d'une personne autorisée, choisie par lui-même. Ces difficultés pourraient avoir pour origine un manque de connaissances médicales générales, des problèmes linguistiques ou peuvent être causées par l'invalidité résultant d'un problème de santé[21].

Le droit à la santé ne doit pas être compris comme « le droit d'être sain ». La notion du plus haut standard qui peut être atteint en termes de santé physique et mentale tient compte à la fois des conditions biologiques de l'individu et des ressources disponibles au niveau des États. Il existe un certain nombre de questions qui ne peuvent pas être abordées que dans la relation entre l'État et les individus. Ainsi, la santé complète ne peut pas être assurée par l'État et celui-ci ne peut pas fournir la protection contre tous les éventuelles causes de la maladie. Les facteurs génétiques, la vulnérabilité personnelle ou le style de vie malsain ont un rôle important dans l'état de santé d'une personne. Le droit à la santé doit être compris comme le droit de bénéficier d'un nombre de facilitées, de services et de conditions nécessaires à réaliser le plus haut standard possible de santé[22].

Les conditions à remplir par le système de santé en ce qui concerne la prestation des services de soin sont : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité[23]. La disponibilité signifie que les services, les facilités et les programmes de santé publique sont disponibles en quantité suffisante. La nature spécifique de ces services et facilités varie en fonction de nombreux facteurs, y compris le niveau de développement de l'État. L'accessibilité signifie la mise à la disposition de tous, en particulier des plus vulnérables et marginalisés, sans discrimination, de services, de biens et de facilités du système de santé. La condition de l'accessibilité physique implique la distribution des services, des biens et des facilités du system de santé auprès de toutes les parties de la population, surtout des groupes les plus vulnérables et marginalisés, tels les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes avec des handicaps, etc. Les mêmes conditions impliquent que les services médicaux et les éléments essentiels pour la survie (l'eau potable, les

---

[21] Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse – World Health Organization, Mental Health Care Law. *Ten Basic Principles*, Geneva, 1996, le principe 6.

[22] United Nations Economic and Social Council. *The right to the highest attainable standard of health*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments), par. 9.

[23] United Nations Economic and Social Council. *The right to the highest attainable standard of health*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) , par. 12.

installations sanitaires) soient assez proches pour y accéder en sécurité, à pied, même dans les zones rurales. L'accessibilité économique est aussi une condition importante, autant que l'accès à l'information. Cela dernière se réfère au droit de chercher, de recevoir et de partager les informations concernant la santé. Cette condition ne doit pas préjuger du droit à la confidentialité des données personnelles. L'acceptabilité concerne l'aptitude des services, des biens et des facilités du système de santé à respecter l'éthique médicale, les caractéristiques culturelles, y compris celles des minorités, surtout dans les questions sensibles concernant la distinction entre les sexes et l'âge. La qualité signifie, entre autres, la présence du personnel qualifié, des médicaments scientifiquement acceptées et pas expirés et des services de santé appropriés.

L'institution des conditions pour fournir des services médicaux à tous en cas de maladie mentale ou physique implique l'accès rapide et équitable aux services de santé préventifs, curatifs, de récupération et à l'éducation pour la santé, au traitement approprié des maladies, des troubles et des handicaps, l'accès aux médicaments essentiels, au traitement et aux soins appropriés pour la santé mentale[24]. En cas de conflit armé, les troubles mentaux seront très répandus, ce qui impliquera que les autorités de l'État, ou de la Puissance détentrice doivent prendre les mesures nécessaires pour un traitement approprié de ces maladies.

En ce qui concerne les personnes ayant une déficience mentale, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a souligné la nécessité d'assurer les services et les facilités adéquates dans le contexte de la réalisation du droit à la santé mentale, non seulement par les institutions de santé publique, mais aussi par le système privé de santé, selon le principe de la non discrimination[25].

Les efforts visant à prévenir et minimiser les violations du droit à la santé mentale dans les situations de conflit dépendent largement de la sensibilisation et du respect unanime de ce droit. Ainsi, comme la prévention de l'utilisation de la famine comme méthode de guerre contre les civils serait facilitée si l'on accepte l'existence

---

[24] United Nations Economic and Social Council. *The right to the highest attainable standard of health*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) , par. 17.

[25] United Nations Economic and Social Council. *The right to the highest attainable standard of health*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) , par. 26.

d'un droit à l'alimentation[26] et des obligations dérivées, la compréhension de l'importance particulière du respect du droit à la santé mentale pourrait contribuer à réduire ses violations dans le contexte des conflits armés.

[26] Analogie utilisée dans *Minimum Humanitarian Standards : Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21*, document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 16.

Section 3. Analyse des mécanismes et des instruments de la protection juridique du droit à la santé mentale. Les règles du droit instituées pour la protection de ce droit en cas de conflit

La protection juridique représente l'ensemble des modalités prévues par la législation, à travers lesquelles est assuré le respect d'un certain droit de l'Homme. En ce qui concerne la protection juridique du droit à la santé mentale, celle-ci est réalisée, d'une part, par des normes qui agissent au but de prévenir que les personnes soient subies aux conditions qui déterminent l'apparition des troubles psychiques et d'autre part, par des normes qui, dans le cas de l'existence d'une telle maladie, assurent tous les conditions nécessaires pour un traitement rapide et correct du trouble en question.

Dans les études de spécialité et les guides de bonne pratique internationales, parmi les obligations qui incubent aux autorités de l'Etat en ce qui concerne la santé mentale se trouve aussi, à coté de la prévention des maladies et le traitement effectif, la promotion du droit à la santé. Toutefois, selon cette thèse, l'aspect de la promotion du droit à la santé mentale n'est pas considéré comme faisant partie du concept de la protection du droit à la santé. Cela ne signifie pas que la promotion n'exerce pas une fonction importante, mais que ces types de programmes sont plutôt de nature politique et sociale et n'ont pas une relevance primordiale dans le cadre juridique international visant le sujet de la guerre.

La protection du droit à la santé mentale sera analysé dans la perspective des instruments internationales de droit humanitaire et droit international pénal, juridiquement obligatoires pour les Etats Parties et presque globalement reconnus.

Dès le début, les Conventions de Genève ont offert différents degrés de protection aux personnes physiques et aux États, mais si cette protection appartenait aux États ou aux individus était un élément assez incertain. Le traitement des personnes requis par les Conventions n'était pas considéré comme établissant un système des droits pour les personnes en cause. La Convention sur les prisonniers de guerre de 1929 a ouvert la voie à la reconnaissance des droits individuels en utilisant le terme « droit » dans certaines dispositions. Mais ce n'est qu'avec

l'adoption des Conventions de 1949 que l'on a statué l'existence des droits accordés aux personnes protégées, par plusieurs dispositions clés[27].

À cet égard, l'article 6/6/7 commun aux Conventions de Genève présente une importance particulière, parce qu'il précise que les droits sont accordés aux personnes protégées elles-mêmes, introduisant par cela, dans le droit international humanitaire, l'analogie avec le *jus cogens*, qui est centrale pour les droits de l'Homme. Cette analogie dans le droit humanitaire est suivie, après deux décennies, par la reconnaissance du *jus cogens* dans la Convention de Vienne sur le Droit des Traités. D'une part, de la même manière que le *jus cogens*, cette disposition est susceptible d'engendrer la nullité des accords contraires. D'autre part, contrairement au *jus cogens*, les droits en question dérivent des dispositions expresses des Conventions de Genève, qui peuvent générer des conflits potentiels entre l'invalidité des accords ultérieurs et la responsabilité pour la violation des Conventions. Alors que de nombreuses dispositions des Conventions de Genève sont déclaratoires de droit coutumier, seuls certains droits montent au niveau du *jus cogens*. Les accords qui limiteront les droits des personnes protégées pourraient violer de cette manière le concept classique de *jus cogens,* dans certains cas, mais pas dans toutes les situations.

L'article commun 6/6/7 montre que les traités ou les accords par lesquels les États visent à restreindre les droits des personnes protégées en vertu des Conventions seront sans effet tant que « nul arrangement spécial ne pourra atteinte la situation des blessés, des malades, du personnel sanitaire et religieux, tel que défini dans la présente Convention, ni restreindre les droits qu'elle leurs confère ». Cet article a été adopté en réponse à des accords entre les belligérants durant la deuxième guerre mondiale (par exemple, entre l'Allemagne et le gouvernement de Vichy), qui avait privé les prisonniers de guerre de certaines protections en vertu de la Convention de 1929. Les États participant à la conférence de 1949 ont décidé de ne pas abandonner le résultat de leur travail, « aux changements dictés par le destin,

---

[27] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

sous la pression des événements ou des circonstances de la guerre »[28]. En outre, l'article 7/7/7/8 commun prévoit que les personnes protégées « en nul cas ne peuvent renoncer ni totalement ni en partie, aux droits garantis par la présente Convention, et éventuellement, par les accords spéciaux indiqués à l'article précédent ».

Les droits de l'Homme ont influencé les dispositions des Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, en apportant un certain parallélisme à ces derniers en ce qui concerne le droit à la vie, l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants et de la détention ou de l'arrestation arbitraire, de la discrimination fondée sur la race, sexe, ethnie ou religion, ainsi que le droit à un procès équitable[29]. Ce parallélisme et la convergence des deux branches du droit ont sensiblement amélioré tant les dispositions du droit humanitaire que celles du droit international des droits de l'Homme. Par exemple, la référence de l'article commun 3 des Conventions de Genève à « un tribunal légalement constitué, dans le respect des garanties judiciaires reconnues comme indispensables par les peuples civilisés » qui doit fonctionner pour les procès qui ont lieu au cours des conflits armés sans caractère international et l'exigence de l'article 84 de la troisième Convention de Genève, qui prévoit qu'un prisonnier de guerre doit être jugé par un tribunal qui offre « les garanties essentielles d'indépendance et d'impartialité généralement reconnues », devront inévitablement être interprétées et appliquées dans le sens dicté par les droits de l'Homme. De même, dans la mesure où la quatrième Convention de Genève ne répond pas adéquatement aux problèmes posés par l'occupation moderne, notamment dans les cas d'occupation prolongée, le vide juridique créé devrait être couvert par les dispositions des droits de l'Homme[30].

La Cour Internationale de Justice a considéré de la manière la plus claire que les droits de l'Homme doivent continuer à s'appliquer en cas de conflit, sauf si une des parties y a dérogé légalement. Dans l'avis consultatif sur les armes nucléaires, la

---

[28] Comité international de la Croix-Rouge. *Convention (IV) de Genève de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.* 12 août 1949. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=380&t=com, consulté le 11.10.2009.

[29] MERON T. *Human Rights in Internal Strife: Their International Protection*. Cambridge : Grotius Publications, 1987, p. 12-28.

[30] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

Cour a jugé que: « la protection du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne cesse pas en temps de guerre, sauf pour l'intervention de l'article 4 du Pacte, selon lequel on peut déroger à certaines dispositions pour les situations d'urgence nationale »[31]. La Cour a clarifié également la relation entre le droit à la vie prévu par l'article 6 du Pacte et la protection du droit à la vie offerte par le droit international humanitaire. Selon l'histoire législative de cet article, la plupart des experts conviennent que dans la mesure où dans le droit international moderne sont reconnus « les actes légitimes de guerre », de tels actes ne sont pas interdits par l'article 6 du Pacte, s'ils ne violent pas les lois et les coutumes internationales reconnues de la guerre[32]. La Cour Internationale de Justice a exprimé son avis sur ce point, considérant applicable comme *lex specialis* le droit des conflits armés, pour déterminer la légalité de la suppression d'une vie humaine. La Cour a jugé que la suppression de la vie, à la suite de l'utilisation de certaines armes dans le conflit, sera considérée ou non comme une violation arbitraire du droit à la vie, qui contrevienne à l'article 6 du Pacte, sur la base du droit applicable dans les conflits armés, ce fait n'étant pas déduite des termes du Pacte[33].

La création des deux tribunaux pénaux internationaux *ad hoc* et de la Cour Pénale Internationale a apporté un important changement dans le statut des personnes en tant que sujets du droit international. Désormais les violations du droit humanitaire et de certains droits fondamentaux, y compris celles prévues par l'article 3 commun des Conventions de Genève, ainsi que les crimes commis contre l'humanité, peuvent être jugés directement devant les tribunaux internationaux, sans l'intervention du droit national. Cet avantage est d'une grande importance, surtout en raison des standards élevés du droit à un procès équitable appliqués par les tribunaux internationaux. Les règles définissant les crimes contre l'humanité et celles de l'article 3 commun et d'autres règles contenues dans le Statut de la Cour Pénale Internationale pour les conflits armés sans caractère international ne peuvent pas être différenciées, en fait, des droits fondamentaux de l'Homme. Le droit international

---

[31] *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, *Advisory Opinion.* 1996 ICJ Rep. 226, par.25

[32] Rapport du Secrétaire Général de l'ONU. *Respect for Human Rights in Armed Conflicts*, Document de l'ONU A/8052, 1970, par. 104.

[33] *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, *Advisory Opinion*, 1996 ICJ Rep. 226, par. 25.

humanitaire et les institutions correspondantes sont devenus vitaux pour la protection des droits de l'Homme. En outre, l'établissement de la responsabilité pénale directe des membres des forces rebelles ou des organisations qui commettent des crimes contre l'humanité sont de nature à réduire l'impact des difficultés théoriques pour l'explication cohérente des obligations de ces personnes en vertu du droit international, lorsqu'ils agissent pour des entités non-étatiques[34].

Dans le cas Furundžija, le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie a souligné que le principe général du respect dû à la dignité humaine est fondé en même temps sur les droits de l'Homme et sur le droit humanitaire. Ainsi, selon l'avis de cette Cour, l'essence de tout système de droit international humanitaire et des droits de l'Homme est représentée par « la protection de la dignité humaine de chaque personne, sans distinction de sexe ». Ce principe vise à protéger les êtres humains contre les violations de la dignité personnelle, bien qu'elles soient commises par des attaques illégales ou par des humiliations et des agressions contre son honneur, l'estime de soi ou le bien-être mental de la personne[35].

De même, dans le cas *Delalić,* La Cour a déclaré que l'origine d'une grande partie de la protection coutumière des victimes des conflits armés se trouve dans les Conventions de Genève de 1949, considérant que leurs dispositions ont pour but de garantir les droits fondamentaux à la vie, à la dignité et le traitement humain de ceux qui ne prennent pas part activement au conflit. La Cour a considéré aussi nécessaire à renforcer ces dispositions par des procédures pénales, comme partie intégrante de leur efficacité[36].

Puisque les droits de l'Homme, continuent à s'appliquer durant les conflits armés, les lacunes de protection qui apparaissent dans le cadre du droit humanitaire pourraient être corrigées dans certaines circonstances. Par conséquent, les personnes qui ne sont pas protégées pendant le conflit, parce que leur État continue à entretenir des relations diplomatiques normales avec l'Etat qui les détienne, pourraient bénéficier au moins des dispositions du Pacte relatif aux droits civils et

---

[34] BAXTER R.R. Jus in Bello Interno: The Present and the Future Law. In : MOORE J.N. (ed), *Law and Civil War in the Modern World*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1974, p. 527-528.

[35] Le Procureur v. Furundžija, no. IT-95-17/1-T, Décision du 10.12.1998, par. 183.

[36] Le Procureur v. Delalić, no. IT-96-21-T, Décision do 16.11.1998, par. 200.

politiques qui ne permettent pas de dérogations s'il est ratifié. En outre, une personne peut bénéficier de la protection du droit humanitaire, même pour des droits auxquels on peut déroger en vertu de traités relatifs aux droits de l'Homme, parce que le droit humanitaire ne permet aucune exception pour les situations d'urgence, car il est constitué de règles clairement destinées aux situations d'urgence maximale.

Le droit humanitaire tolère quelques exceptions, fondées sur des motifs impérieux d'ordre militaire, ou pour des raisons militaires ou de sécurité (prévues par exemple, dans l'art. 42 (2), 64 (1), 78 (1) de la Quatrième Convention de Genève), et des exonérations spécifiques pour certaines personnes (par exemple, l'article 45 de la Quatrième Convention, ou l'article 45 (3) du Protocole I), les clauses d'exemption étant similaires aux celles qui limitent les droits en vertu du Pacte pour les droits civils et politiques.

Comme mentionné ci-dessus, la Cour Internationale de Justice a confirmé, dans l'avis consultatif concernant les armes nucléaires, le fait que les droits de l'Homme continuent d'être applicables dans les situations de conflit armé, même si certains droits peuvent souffrir des exceptions en cas d'urgence. Ce principe a été récemment accepté à la fois en théorie et en pratique. Juste après la Conférence internationale sur les droits de l'Homme de Téhéran de 1968, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 2444 (XXIII), intitulée « Le respect des droits de l'Homme dans les conflits armés », qui a reconnu la nécessité de l'application des principes humanitaires de base dans tous les conflits armés[37].

Les rapports du Secrétaire Général sur les droits de l'Homme dans les conflits armés, basés sur la Charte des Nations Unies, la Déclaration Universelle et les Pactes internationaux, ont souligné de nouveau l'applicabilité des droits de l'Homme pendant les conflits armés[38]. Selon le rapport de 1970, par. 4, les instruments de l'ONU en vigueur et ceux nécessitant une ratification pour devenir opérationnels, peuvent être invoqués pour protéger les droits de l'Homme à tout moment et en tous lieux, complétant et soutenant de cette manière, sous certains aspects, les instruments internationaux applicables en cas de conflit armé.

---

[37] La résolution de l'Assemblée Générale de l'ONU 2444, la session 23, document de l'ONU A/7218 (1969).

[38] Rapport du Secrétaire Général de l'ONU. *Respect for Human Rights in Armed Conflicts.* Document ONU A/7720, 1969 , par. 23-31.

Depuis 1967, le Conseil de Sécurité a déclaré que « les droits essentiels et inaliénables de l'Homme doivent être respectés même dans les vicissitudes de la guerre »[39]. L'application parallèle des droits de l'Homme et du droit humanitaire dans les situations de conflit armé est illustrée par la résolution no. 1041 (1996), qui appelait toutes les fractions de Libéria à respecter également le droit humanitaire et les droits de l'Homme. Plus récemment, dans le cadre du thème général intitulé « Protection des civils dans les conflits armés », le Conseil de Sécurité a condamné par une déclaration présidentielle, « les attaques contre les civils, notamment les femmes, les enfants et d'autres groupes vulnérables, y compris les réfugiés et les personnes déplacées », considérant que ces attaques violent les règles du droit international, y compris le droit humanitaire et les droits de l'Homme[40].

Certains droits de l'Homme sont appliqués aux prisonniers de guerre dans les situations de conflit international. Les missions ordonnées par le Secrétaire Général des Nations Unies pour enquêter sur le statut des prisonniers de guerre en Iran et en Irak en 1985 et 1988 ont examiné spécifiquement les violations de la troisième Convention de Genève et leurs rapports ont été principalement axés sur les conditions carcérales et les allégations de mauvais traitements. Néanmoins, les missions d'ONU ont évalué aussi la liberté d'opinion et de conscience, parce que l'Iran avait été accusé d'endoctrinement et de lavage de cerveau, tactiques appliquées aux prisonniers irakiens. Les libertés de conscience et d'opinion ne sont pas spécifiquement protégées par la troisième Convention de Genève, mais elles pourraient être encadrées par l'article 14 concernant le respect de chaque détenu. Malgré ces incertitudes juridiques, la mission de 1985, a estimé que « la liberté de pensée, de religion et de conscience de chaque prisonnier de guerre doit être rigoureusement respectée » et que « la pression idéologique, religieuse ou d'autre nature » ne doive pas être exercée sur les prisonniers[41]. Le Parlement Européen a condamné les actes de l'Iraq qui « ignoraient les droits de l'Homme et appliquaient un traitement inhumain aux prisonniers de guerre »[42].

---

39 La *La résolution du Conseil de Sécurité de l'ONU no. 237* (1967), préambule.

40 Document de l'ONU S/PRST/1999/6, par. 2.

41 *Report of a Mission dispatched by the Secretary-General to inquire into the situation of prisoners of war in the Islamic Republic of Iran and the Republic of Iraq (1985).* Document ONU S/16962, par. 294 de l'annexe.

42 *La résolution du Parlement Européen no. 954 de 29.01.1991 sur le conflit du Golfe*, par. 5.

Contrairement aux droits de l'Homme, le droit humanitaire permet, ou au moins tolère, les actions qui peuvent tuer ou blesser des êtres humains qui ne participent pas directement au conflit armé, tels les victimes civiles collatérales. En outre, le droit humanitaire permet même la privation de liberté sans condamnation judiciaire, la détention des personnes retenues et la limitation de leur droit d'appel. Il permet également des limitations amples du droit d'expression et d'association. En principe, aussi longtemps que les « règles du jeu » sont respectées, il est permis de provoquer des souffrances, de priver de liberté et de supprimer la vie.[43]

En outre, les droits de l'Homme protègent l'intégrité physique et la dignité de la personne en toutes circonstances. Ainsi, une éventuelle application de toutes les règles des droits de l'Homme dans les conflits armés conduirait à l'illégalité de tout conflit d'aucune sorte.

Malgré les progrès notables concernant l'intégration des normes des droits de l'Homme dans le droit humanitaire, ils restent encore d'importantes brèches législatives. Comme cela a déjà été mentionné, une dérogation à certaines normes de droits de l'Homme est permise dans les situations d'urgence. En outre, dans de nombreux conflits armés, ce ne sont pas les gouvernements, mais les entités non-gouvernementales qui exercent le contrôle sur la population et ces entités rejettent généralement leurs obligations internationales. Dans les situations qui ne répondent pas à la définition des conflits armés, qui n'accomplissent pas les exigences de l'article commun 3, le droit humanitaire ne s'applique pas, mais le gouvernement pourrait être forcé de déclarer l'état d'urgence, suspendant ainsi la protection offerte par certains droits de l'Homme. Des problèmes importants se produisent dans des zones où, soit les règles du droit humanitaire et des droits de l'Homme ne sont pas appliquées, soit leur application est contestée : quand la limite d'applicabilité du droit humanitaire n'a pas été atteint ou est contestée, quand l'État concerné n'est pas partie aux instruments internationaux, quand on invoque l'exemption de normes spécifiques et quand ce n'est pas l'État, mais d'autres groupes sont les acteurs impliqués dans le conflit[44].

---

[43] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

[44] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

À cet égard, le Secrétaire Général des Nations Unies a déclaré dans le rapport sur les normes humanitaires minimales en 1998, l'existence de différends « sur le point où les violences internes atteignent des niveaux auxquels deviennent opérables les règles du droit humanitaire pour les conflits non-internationaux ». Dans le même rapport on montre ensuite que même dans le cas où les standards en question s'appliquent d'une manière manifeste, ils ne fournissent qu'un niveau minimum de protection[45]. Le Secrétaire Général note que jusqu'à présent, les droits de l'Homme ont généralement été interprétés comme source d'obligations juridiques à la charge des seuls gouvernements, même si, dans les situations de violence interne il est assez important d'aborder la conduite des groupes armés non-étatiques. Le rapport mentionne aussi qu'il y a d'arguments en faveur de l'hypothèse que les droits de l'Homme n'ont pas la spécificité nécessaire pour être efficaces dans les situations de conflit violent[46].

D'autres facteurs soulèvent des difficultés supplémentaires : l'article 3 des Conventions énonce seulement quelques règles de protection et la reconnaissance de l'applicabilité dans les conflits non-internationaux du droit de La Haye en ce qui concerne la conduite des hostilités, ou au moins de ses principes fondamentaux - n'a commencé à être renforcée que récemment.

Pour ces raisons, on a promu la Déclaration de Turku sur les normes humanitaires minimales. En mettant l'accent sur la nature des conflits contemporains, impliquant souvent des groupes qui ne sont pas reconnus en tant que gouvernements, la Déclaration prévoit que ces normes « seront respectées et appliquées par toutes les personnes, groupes et autorités, quel que soit leur statut juridique et sans aucune discrimination adverse ». Les perspectives de l'application des normes humanitaires aux violences internes sont largement renforcées en exigeant que toutes les parties, y compris les acteurs non-gouvernementaux, doivent respecter les principes humanitaires essentiels.

---

[45] *Minimum Humanitarian Standards : Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 8.

[46] *Minimum Humanitarian Standards : Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 9.

Parmi les normes inscrites dans la Déclaration se trouvent les principes juridiques fondamentaux et les garanties pour un procès équitable, les limitations de l'usage excessif de la force et de certaines moyens et méthodes de combat, l'interdiction des déportations, des règles sur la détention préventive, le traitement humain et les garanties d'assistance humanitaire.

L'évolution de la jurisprudence du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et le Statut de la Cour Pénale Internationale a développé une tendance à minimiser la distinction entre les conflits internes et les uns internationaux. Cependant, une déclaration de standards humanitaires fondamentaux continue d'être absolument nécessaire, notamment parce que, par exemple, le Statut de la Cour Pénale Internationale n'interdit pas l'utilisation de certaines armes dans les conflits internes. Suite à l'article 13 (2) du Protocole additionnel II de Genève, le Statut de Rome interdit les attaques délibérées contre des civils, mais sans mentionner ceux commis sans discrimination, même si une telle interdiction dans les conflits non-internationaux pourraient être dérivée du droit coutumier[47].

Le problème non résolu est celui du caractère non-obligatoire de la déclaration à cause duquel elle pourrait rester inefficace. Mais selon certains chercheurs[48], il y a eu des situations - par exemple la déclaration (l'Acte final) d'Helsinki - qui ont montré que les engagements moraux et politiques peuvent aussi avoir des effets importants.

---

[47] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

[48] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

Chapitre 2. Le champ d'application du droit à la santé mentale

Ce second chapitre a le but de définir, dans la première section, les personnes auxquelles le droit international accorde une certaine protection en ce qui concerne leur droit à la santé mentale. La deuxième section explorera les obligations qui appartiennent à l'Etat en ce qui concerne la protection de ce droit. Même si l'Etat est le sujet passif principal auquel appartient l'obligation de protéger le droit à la santé mentale, il y a certaines cas où, dans le bénéfice des personnes vulnérables, il est nécessaire qu'ainsi d'autres sujets ont des responsabilités visant ce droit. La troisième section examinera ces situations spéciales, en identifiant les autres sujets auxquels peut revenir l'obligation de protéger le droit à la santé mentale.

Section 1. Les personnes protégées du point de vue du droit à la santé mentale

Selon les dispositions des droits de l'Homme, toutes les personnes, sans discrimination, bénéficient des dispositions conventionnelles concernant le respect, la protection et la réalisation du droit à la santé mentale. Par contre, pour la protection des valeurs humaines selon les règles du droit humanitaire, le domaine des personnes protégées en termes de santé mentale nécessite quelques précisions.

« Le principe de la différenciation » est fondamental dans le droit humanitaire, mais son contenu varie selon le type de conflit. Pendant les luttes de libération nationale ou dans les conflits armés internationaux, la distinction est faite entre civils et combattants. Les combattants ne possèdent pas le droit à la vie en vertu du droit humanitaire. Chaque personne est classée soit dans la catégorie de combattant, soit dans d'autres catégories de personnes protégées, telles que prisonnier de guerre (combattant capturé) ou civil.

Les droits d'un individu changent et évoluent en fonction de la catégorie à laquelle il appartient. Un civil a le droit de ne pas être la cible d'une attaque et d'être protégé contre une telle attaque. Mais si la personne civile se joint aux forces armées, elle change ses droits de civil avec ceux de combattant, parmi lesquels se trouve celui de prendre part aux hostilités. S'il est capturé, un combattant ne sera pas inculpé et jugé pour assassinat s'il tue un adversaire, mais deviendra un

prisonnier de guerre détenu jusqu'à la fin des hostilités. En d'autres termes, les combattants perdent le droit à la vie pour avoir le droit de tuer[49].

Le statut de combattant n'est pas reconnu par l'article 3 commun des Conventions de Genève, ni par le Protocole II. Cette omission due au fait que les États ne veulent pas accepter le droit pour les mouvements nationaux d'insurgés d'attaquer les forces gouvernementales. Par conséquence, les États ont traité les insurgés comme des criminels. Ainsi, un combattant qui tue un soldat n'est pas coupable d'avoir commis un crime, alors qu'un insurgé qui tue un soldat est coupable d'assassinat. Même pendant les attaques durant des hostilités, le principe de la différenciation est assez controversé, en raison de la crainte des États que l'interdiction des attaques contre la population civile en vertu du droit international pourrait donner une aura de légitimité aux actes de violence commis contre les forces militaires du gouvernement, malgré le fait que ces actes sont toujours passibles de peines en vertu du droit pénal national[50]. Toutefois, le principe de la différenciation a été introduit dans le droit humanitaire des conflits armés internes, dans ce cas faisant la distinction entre les civils et les personnes participant directement aux hostilités.

En raison de son caractère interétatique et fondé sur la réciprocité, le droit humanitaire a protégé traditionnellement les personnes du côté ennemi, sans défendre les individus contre les actes de leurs propres gouvernements. Bien que ce paradigme règne encore à certains égards, il a subi quelques modifications suite à l'application concomitante et concurrente du droit humanitaire et des droits de l'Homme. Le système des droits de l'Homme s'adresse directement à la responsabilité des gouvernements envers les individus sur lesquels ils exercent leur autorité ou juridiction, quelle que soit la nationalité de ceux-ci.

Certaines dispositions des Conventions et des Protocoles de Genève sont appliquées systématiquement dans les relations entre les États et leurs citoyens, en particulier dans les conflits internes. Malgré ces développements, la définition des personnes protégées consacrée par la Quatrième Convention de Genève reste fidèle

---

[49] ABRESCH, W. A Human Rights Law of Internal Armed Conflict: The European Court of Human Rights in Chechnya. *The European Journal of International Law,* 2005, 16(4), 741- 767.

[50] BOTHER, M., et al. *New Rules for Victims of Armed Conflicts: Commentary on the Two 1977 Protocols Aditional to the Geneva Conventions of 1949*, 1982, p. 669.

à l'approche traditionnelle fondée sur la réciprocité et ayant l'État comme élément central. En acceptant une interprétation plus large des dispositions relatives aux violations graves du droit humanitaire international, dans le cas de Delalić, Le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie cite le commentaire de la Quatrième Convention, qui prévoit que « les Conventions ont été rédigées principalement pour protéger les personnes et non pas pour servir les intérêts des États »[51].

Conformément à son article 4, la Quatrième Convention de Genève s'applique uniquement aux personnes protégées, c'est à dire à celles qui, en cas de conflit ou d'occupation, se trouvent dans les mains d'une Puissance belligérante ou d'occupation, dont elles ne sont pas les citoyens. Dans de tels cas, seuls les citoyens d'un État signataire de la Convention seront protégés. Les ressortissants d'un État neutre qui se trouvent sur le territoire d'un État belligérant et les ressortissants d'un État cobelligérant ne figurent pas parmi ceux qui sont protégés, parce que leur État entretient des relations diplomatiques normales avec l'État dans lequel ils sont situés[52].

Le but des Conventions et des Protocoles de Genève est de protéger toutes les personnes qui tombent dans les mains d'une partie au conflit, comme les prisonniers de guerre, le personnel médical ou les civils. L'article 50 du Protocole I définit les civils comme des personnes qui « ne font pas partie de l'une des catégories énumérées à l'art. 4A (1), (2), (3) et (6) de la Convention III, ou à l'article 43 du Protocole I. En cas de doute quant à l'état civil d'une personne, cette personne sera considérée comme civile. » Les Commentaires du Comité international de la Croix-Rouge sur la Convention IV de Genève stipulent que les quatre Conventions établissent le principe général suivant : « toute personne en mains de l'ennemi doit avoir un certain statut par rapport au droit international », soit celui de prisonnier de guerre, quand elle sera protégée par la Convention III, ou celui de civile, protégée par la IVe Convention, ou celui de personnel médical des forces armées, protégée par la Convention I. « Aucune personne en mains ennemies ne peut pas être hors de

---

[51] Procureur vs. Delalić, no. IT-96-21-T, La décision de 16.11.1998, par. 271-273.

[52] MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278.

la loi ». Les mêmes Commentaires montrent que cette solution répond pleinement au point de vue humanitaire.[53]

Même si, comme il a été mentionné auparavant, les combattants perdent le droit à la protection de la vie en échange du celui de participer directement aux hostilités, ils conservent toutefois le droit d'être protégés contre les actes qui pourraient affecter leur santé mentale. Ainsi, la torture et les autres traitements inhumains ou dégradants, même s'ils peuvent éventuellement conduire à la mort de l'ennemi, ne peuvent pas être commis, même sur le champ de bataille. Malgré le caractère peut-être paradoxal de l'affirmation, le droit à la santé mentale persiste même au moment où la personne perd le droit à la vie, jusqu'au moment de sa mort (après lequel on ne peut pas parle plus du droit à la santé). Le droit à la protection de la santé mentale persiste également pour les civils, le personnel médical et les prisonniers de guerre.

---

[53] Comité international de la Croix-Rouge. *Convention (IV) de Genève de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*. 12 août 1949. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=380&t=com, consulté le 11.10.2009.

Section 2. Les obligations de l'Etat en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale des personnes

Les États ont l'obligation fondamentale de protéger et de promouvoir les droits de l'Homme. Les obligations des États en ce sens sont définies et garanties par le droit international coutumier et par les traités internationaux concernant les droits de l'Homme, imposant aux États qui les ont ratifiés d'assurer pleinement la mise en œuvre de ces droits. Dans l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels on prévoit l'obligation de tous les États signataires de prendre, individuellement, par la coopération et par l'assistance internationale, des mesures, surtout sur les plans économique et technique, en utilisant au maximum les ressources disponibles « en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives ». Ainsi, tous les aspects relatifs aux droits, prévus dans ce Pacte, ne peuvent pas être réalisés immédiatement ; l'obligation minimale des États étant celle de déployer tous les efforts possibles, en tenant compte des ressources disponibles, pour protéger plus efficacement et pour promouvoir tous les droits prévus dans le Pacte. Par les ressources disponibles, on comprend aussi bien celles appartenant à l'État, de même que celles de la communauté internationale, par le biais de la coopération et de l'assistance internationale, prévues à l'article 2(1).

Le rôle de l'assistance et de la coopération internationale se reflète aussi dans d'autres instruments, tels : la Charte des Nations Unies, La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Convention sur les Droits de l'enfant.[54] L'aide international ne représente pas un substitut pour les obligations domestiques, mais peut intervenir au moment où l'État est incapable de mettre en place, par ses propres moyens, les droits économiques, sociaux et culturels et demande l'assistance des autres États pour y parvenir.

L'obligation d'offrir l'assistance internationale revient surtout aux États qui se permettent de la fournir. Ainsi, les États doivent déployer un programme actif

---

[54] Charte des Nations Unies, art. 1 (3), 55 et 56, Déclaration universelle des droits de l'Homme, art. 22 et 28, Convention relative aux droits de l'enfant – art. 4 et 24.

d'assistance et de coopération internationale, en fournissant de l'assistance économique et technique pour permettre à d'autres États d'accomplir leurs obligations concernant le droit à la santé mentale.[55]

Le Comité pour les Droits Economiques, Sociaux et Culturels a souligné que les États ont l'obligation fondamentale, conformément au Pacte, d'assurer la réalisation de minima essentiels de chaque droit. Bien que ces niveaux soient, en quelque sorte, dépendants des ressources disponibles, l'État devrait réaliser prioritairement les démarches en vue d'assurer la réalisation des droits prévus dans le Pacte. En ce qui concerne la santé, le Comité a souligné que l'État doit assurer : le droit d'accès aux facilités, aux biens et aux services du système de santé sans discrimination, surtout pour les groupes marginaux et vulnérables ; l'accès à une quantité minimale essentielle de nourriture qui soit sûre et adéquate du point de vue nutritionnel ; l'accès à l'abri, à l'hébergement et aux facilités sanitaires, de même qu'une quantité suffisante d'eau potable ; la distribution équitable des médicaments vitaux et des facilités, de biens et des services sanitaires. [56]

Pour respecter effectivement le droit à la santé mentale des personnes impliquées dans un conflit armé, on incombe à l'État, d'une part des obligations de protéger, en assurant la prestation de certains services médicaux pour les malades et d'autre part, de respecter, en s'abstenant d'appliquer des traitements ayant des possibles conséquences traumatisantes.

Ainsi, selon les personnes dont on protège le droit, l'obligation de l'État peut se rapporter d'une part aux personnes saines et d'autre part à celles qui ont déjà contracté une affection psychique. En ce qui concerne les personnes saines, l'État, par le biais de ses agents, a le devoir de prévenir et d'empêcher l'apparition de circonstances qui pourraient produire des traumatismes capables de porter atteinte à la santé psychique. Plus exactement, l'État devrait empêcher que les citoyens deviennent les victimes des certains faits qui causeraient des conséquences néfastes sur leur intégrité et leur santé mentale.

---

[55] Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'Observation générale no. 3 (1990) sur la nature des obligations des Etats-Parties et l'Observation générale no. 14, par. 38-42.

[56] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, p. 25.

Quant aux personnes déjà touchées par des troubles psychiques, l'État a l'obligation, d'une part de s'assurer et de veiller à ce que leur souffrance ne s'aggrave ou ne s'amplifie pas, suite au déroulement ou à la répétition d'un des faits nuisibles pour la santé psychique. D'autre part, il y a toujours l'obligation pour l'État d'assurer l'accomplissement du droit à la santé mentale, c'est-à-dire d'assurer les soins adéquats aux personnes malades et de prévenir les éventuels effets antisociaux dus aux troubles psychiques.

Par conséquent, les types d'obligations incombant à l'État sur le droit à la santé mentale, se répartissent en trois catégories : l'obligation de respecter, l'obligation de protéger et l'obligation d'accomplir. A leur tour, ces obligations exigent de la part de l'État des activités qui visent à faciliter, à assurer et à promouvoir[57] le droit à la santé mentale.

L'obligation de respecter le droit à la santé mentale impose aux États de s'abstenir de toute activité qui pourrait le violer. Ainsi, l'État, par ses agents, s'abstiendra de mener des actions visant à terroriser la population, ne soumettra pas les individus à des traitements et punitions inhumains ou dégradants, à des régimes strictes et prolongés d'isolement et à tout autre traitement qui pourrait porter atteinte à l'intégrité et à la santé psychique. L'État, par le biais de ses agents, s'abstiendra aussi d'interdire ou de limiter l'accès égal de toutes personnes, y compris les prisonniers et les détenus, les minorités, les demandeurs d'asile, les immigrants illégaux, etc., à des services préventifs de santé, curatifs et palliatifs, et s'abstiendra d'instituer des pratiques de discrimination à caractère de politique d'État. De plus, les obligations de respecter le droit à la santé imposent à l'État de s'abstenir, d'interdire ou d'empêcher les traitements préventifs traditionnels, les pratiques et les médicaments curatifs, la mise en circulation des médicaments dangereux et l'utilisation forcée des traitements médicaux. Pourtant, ce dernier aspect pourra être réalisé dans des cas exceptionnels comme le traitement des maladies mentales ou la prévention et le contrôle des maladies transmissibles. De tels cas exceptionnels doivent être soumis à des conditions spécifiques et restrictives, en respectant les

---

[57] Les Observations générales no. 12 et 13 prevoient que l'obligation de « réaliser » comprend l'obligation de « faciliter » et de « fournir ». Dans l'Observation générale no. 14, l'obligation de « mettre en ouvre » inclut également une volonté de « promouvoir », étant donné l'importance capitale pour la promotion du droit à la santé, tant dans le travail de l'Organisation mondiale de la santé et en général.

meilleures pratiques et les normes internationales, y compris celles prévues dans les Principes concernant la protection des personnes souffrant de maladies mentales et l'amélioration des soins de ces maladies.[58]

En outre, les États doivent s'abstenir d'utiliser ou d'essayer les armes nucléaires, biologiques ou chimiques, si les résultats des essais supposaient l'émanation des substances nocives pour la santé de la population et de limiter l'accès aux services médicaux à titre répressif pendant les conflits armés, en violant le droit international humanitaire.[59]

L'obligation de protéger suppose que les États doivent prendre des mesures, y compris législatives, pour s'assurer qu'on ne portera aucune atteinte à la santé mentale des personnes, y compris par la prohibition, autant que possible, des actes nuisibles à la santé humaine. Les mesures imposées par les États doivent veiller en même temps à ce que les acteurs privés respectent les normes relatives aux droits de l'Homme dans la pratique des services médicaux et connexes, en fournissant des soins médicaux aux personnes présentant des troubles psychiques après l'obtention de leur consentement libre et informé.[60] En outre, les États doivent veiller à ce que les personnes qui pratiquent la médecine et d'autres professions connexes possèdent les compétences requises, ainsi que l'expérience et l'éthique professionnelle. Les mêmes sujets de droit doivent aussi empêcher de restreindre l'accès des personnes, à cause des actions des tiers, à l'information et aux services médicaux.

Empêcher la perpétration d'actes susceptibles de nuire à la santé mentale est une obligation qui, dans une interprétation extensive, pourrait conduire à l'interdiction totale des conflits armés et de toute violence, car tout ceci peut, à tout moment, nuire, directement ou indirectement, au bien-être psychique de la population. Compte tenu qu'une pareille interprétation, bien que extrêmement heureuse, n'est pas possible pour le moment, l'État maintient ses obligations, qu'en cas de violences collectives il effectuera toutes les démarches pour réduire, autant que possible, les

---

58 Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies no. 46/119 (1991).

59 United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 34.

60 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, p. 26.

préjudices collatéraux subis par la population et les souffrances causées par des actions qui violent le droit humanitaire et les droits de l'Homme. Les États doivent prévenir, mener l'investigation et condamner de tels actes de violence commis soit par l'appareil étatique, soit par des personnes privées. Les survivants de ces actes ont le droit à des réparations adéquates et à la réhabilitation, autant pour les souffrances physiques que pour celles psychiques.

En outre, les obligations internationales des États supposent que ceux-ci respectent aussi le droit à la santé mentale des ressortissants d'autres pays, autant par les actions de leurs agents effectuées pendant les opérations militaires internationales dans des pays tiers, comme en tant que membre d'organisations internationales. Dans ce contexte, les États sont obligés de respecter effectivement le droit à la santé mentale et d'aider les États tiers d'atteindre, au moins, les normes minimales requises concernant la santé.[61]

L'obligation d'assurer l'accomplissement ou la mise en ouvre du droit à la santé mentale demande aux États d'adopter des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, de promotion et toute autre mesure pour réaliser pleinement ce droit. Ainsi, les États doivent instituer, à la fois tant pour le secteur public que pour le secteur privé, une politique nationale de santé qui puisse assurer des services pour prévenir l'aggravation des problèmes psychiques existants, de même que l'accès égal aux produits de base pour la santé (de la nourriture adéquate et saine, de l'eau potable et des services sanitaires, etc.). Les mesures prises par les États doivent inclure aussi la mise à la disposition des personnes souffrantes de maladies psychiques des services médicaux et sociaux dont elles ont besoin à cause de leur condition, y compris l'identification et l'intervention précoce, de même que des facilités qui minimisent et préviennent d'autres troubles. [62]

Les mécanismes judiciaires nationaux doivent permettre aux personnes dont le droit à la santé a été lésé, de porter en justice les responsables et d'assurer des

---

[61] Conseil économique et social des Nations Unies, *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint – Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, E/CN.4/2004/49,* par. 63.

[62] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, p. 18.

remèdes pour les victimes de ces violations.[63] Autant que possible, de tels mécanismes devraient exister et fonctionner, y compris pendant la période de déroulement d'un conflit armé ; sinon, ils devraient être mis en place dès que les circonstances le permettent, ou aussitôt que les hostilités finissent, en tant que partie du processus de reconstruction post-conflit.

La même obligation suppose aussi que tous les États signent tous les instruments juridiques internationaux qui prévoient la protection du droit à la santé mentale. Inclure dans la législation nationale tous les instruments internationaux qui reconnaissent le droit à la santé mentale ne fait que renforcer de manière significative l'efficacité des mesures de compensation. Cela permet aux tribunaux d'établir les violations du droit à la santé mentale en faisant référence directe au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Les États doivent reconnaître le rôle essentiel de la coopération internationale et respecter leur engagement d'agir individuellement ou collectivement pour la réalisation complète du droit à la santé mentale. Les États ont aussi l'obligation de s'assurer que les conventions internationales prêtent toute l'attention au droit à la santé mentale et dans le même but, ils devraient envisager l'adoption d'autres instruments juridiques pour la protection de ce droit. Quant à l'adoption d'autres instruments internationaux, les États prendront des mesures pour s'assurer que ceux-ci n'auront pas un impact contraire sur le droit à la santé mentale.[64]

Les mécanismes politiques, tels les processus démocratiques, la surveillance et les démarches de promotion réalisés par les organisations non-gouvernementales contribuent aussi à la responsabilisation. Les organisations de la société civile devront utiliser dans une plus grande mesure les indicateurs, les évaluations d'impact et les analyses budgétaires pour rendre responsables les gouvernements par rapport au droit à la santé mentale.

Le droit à la santé mentale n'est pas un but programmatique suivi pour être atteint à long terme. Les États devraient déployer tous les efforts possibles, en employant toutes les ressources disponibles et toutes les démarches pour réaliser

---

[63] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, p. 32.

[64] United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 38-39.

sans tarder ce droit. Malgré les contraintes matérielles, inhérentes pendant et après la guerre, certaines obligations ont un effet immédiat, telles la garantie du droit à la santé sans discrimination, l'adoption de la législation spécifique et des programmes nationaux d'action, de même que d'autres démarches similaires pour la complète réalisation de ce droit, comme tout autre droit de l'Homme. C'est aussi parce que, comme il sera démontré dans la partie suivante, la protection du droit à la santé mentale est étroitement liée au respect d'autres droits fondamentaux tels le droit à la vie, à la santé et à l'intégrité physique, à la liberté, à la propriété, etc.

Section 3. L'Etat est-il le seul sujet passif ayant l'obligation de protéger le droit à la santé mentale des personnes? Les autres sujets de droit passibles de cette obligation

Dans cette section, seront analysées les situations dans lesquelles l'État se trouve dans l'impossibilité d'accomplir ses obligations de protection du droit à la santé des personnes, tout en essayant d'identifier les sujets responsables dans ces cas.

Les normes internationales des droits de l'Homme ont développé des obligations conformément auxquelles les Etats doivent protéger les droits des individus contre les actions des autres acteurs et doivent prévenir, punir et traiter, d'une manière appropriée, toutes les violations des droits de l'Homme, même si elles sont commises par des acteurs non-étatiques. Ces obligations, comme on l'a déjà vu, sont connues pour « garantir » et « protéger ».[65]

De cette manière, dans certains cas, les Etats sont directement responsables pour la violation des droits de l'Homme même quand ces violations sont commises par des acteurs non-étatiques. Cette situation peut intervenir dans les cas suivants : quand l'acteur non-étatique est seulement un instrument et ses actions dépendent de l'Etat et se basent sur son support[66], quand l'acteur non-étatique est habilité à exercer des fonctions publiques et il agit sur cette base, quand l'Etat exerce le control sur l'acteur non-étatique. Dans cette dernière situation, les opinions divergent sur la mesure dans laquelle ce contrôle peut être exercé : la Cour Internationale de Justice exige un contrôle effectif et spécifique de toutes les actions, pendant que le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie considère que le degré du control peut varier selon les circonstances de chaque cas.[67]

---

[65] SANTARELLI, N. C. Non-state actors' human rights obligations and responsibility under International Law. disponible à l'adresse www.reei.org, consulté le 10.10.2009.

[66] International Court of Justice, *Case concerning the application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide (Bosnia and Herzegovina v. Serbia and Montenegro), Judgment*, 26.02.2007, par. 392.

[67] International Law Commission of the United Nations, *Commentaries on the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts*, General Assembly, 56eme période de sessions, Supplement no. 10, document de l'ONU A/56/10.

A première vue, on peut considérer que les normes mentionnées ci-dessus offrent une protection suffisante en ce qui concerne les violations des droits commises par des acteurs non-étatiques, compte tenu du fait que les Etats doivent respecter le droit international qui exige la prévention et la punition de ces violations. Néanmoins, cela est insuffisant et ne garantie pas la protection complète des droits de l'Homme par rapport au droit international.[68]

Les obligations des États qui visent la protection des droits de l'Homme contre les abus des acteurs non-étatiques ont une nature limitée et, par conséquence, sont efficaces de manière réduite, une violation pouvant se produire malgré les efforts et les actions de l'État de prévenir et punir l'acte en question. Dans le cas où la législation interne de l'État n'est pas capable de protéger la victime – situation qui peut intervenir pour une multitude de raisons, comme, par exemple, quand l'auteur de la violation est plus fort que l'État ou quand il s'enfuit dans un pays avec lequel l'État en cause n'a pas de conventions d'extradition – il serait injuste et contradictoire d'affirmer que le droit international n'a rien à voir avec les acteurs non-étatiques qui violent les droits de l'Homme, mais seulement avec la responsabilité de l'État.[69]

Le but et l'objet du domaine des droits de l'Homme est la protection de la dignité humaine[70] et cette protection ne peut pas être accomplie si seulement certaines victimes sont considérées importantes : celles « ayant la chance » d'avoir leurs droits violés par l'Etat. Le droit international proclame que les droits de l'Homme doivent être universellement effectifs[71], donc l'universalité des droits humains n'est pas rapportée seulement dans l'espace ou dans une hypothèse géographique, mais aussi en ce qui concerne les victimes et les sujets protégés : les êtres humains. En plus, l'objectif des droits de l'Homme est la protection des droits et de la dignité de toute personne, chaque fois que ses droits sont mis en danger par les actions d'un

---

68 SANTARELLI, N. C. Non-state actors' human rights obligations and responsibility under International Law. disponible à l'adresse www.reei.org, consulté le 10.10.2009.

69 SANTARELLI, N. C. Non-state actors' human rights obligations and responsibility under International Law. disponible à l'adresse www.reei.org, consulté le 10.10.2009.

70 CLAPHAM, A. *Human Rights Obligations of Non-State Actors*. Oxford : Oxford University Press, 2006, p. 28.

71 World Conference on Human Rights, *Declaration and Programme of Action.* Vienna, 1993,, par. I.1.

État[72] ou des autres acteurs. On ne peut pas considérer que les droits de l'Homme sont conçus pour protéger les droits des êtres humains seulement contre les abus des États. Par contre, ils doivent protéger les droits de toute personne humaine, indifféremment de qui est le potentiel violateur de ces droits.

En ce qui concerne la capacité des acteurs non-étatiques par rapport au droit international des droits de l'Homme, le Tribunal International de Nuremberg et sa Charte ont affirmé que toute personne qui commet un acte qui représente un crime au regard du droit international est responsable et passible d'une peine.[73] En plus, le fait que la législation interne n'impose pas une peine pour un acte qui représente un crime au regard du droit international ne soulage pas la personne qui l'a commis de la responsabilité sur la base du droit international.[74] Par conséquence, les procès internationaux contre les acteurs non-étatiques peuvent avoir lieu même si la législation interne ne parvient à interdire ou à prévenir certaines violations des droits de l'Homme. Le droit international des droits de l'Homme est conçu pour être subsidiaire et complémentaire à la législation nationale et, par conséquent, il doit opérer dans l'absence de la législation interne adéquate, ou chaque fois qu'un État n'est pas capable à faire face aux violations, malgré les réglementations nécessaires existantes. Cette dernière situation peut intervenir pour plusieurs raisons : par exemple, le manque de contrôle de l'État sur tout son territoire ou parce que l'Etat se confronte avec des acteurs dangereux qui défient ou dépassent son propre pouvoir (dans le cas des criminels internationaux ou des terroristes).[75]

Les situations de conflit, dans le cas des États défaillants, sont généralement caractérisées par l'existence d'une menace armée à l'adresse du gouvernement, menace matérialisée par l'existence d'un ou de plusieurs groupements militaires qui font appel à des moyens violents pour atteindre leurs objectifs politiques en sens

---

72 SANTARELLI, N. C. Non-state actors' human rights obligations and responsibility under International Law. disponible à l'adresse www.reei.org, consulté le 10.10.2009.

73 *Principles of International Law Recognized in the Charter of the Nuremberg Tribunal and in the Judgment of the Tribunal*. 1950, premier principe.

74 *Principles of International Law Recognized in the Charter of the Nuremberg Tribunal and in the Judgment of the Tribunal*. 1950, le second principe.

75 GALINDO VÉLEZ, F. Consideraciones sobre la Detereminación de la Condición de Refugiado. In : NAMIHAS, S. (coord.), *Derecho Internacional ed los Refugiados*. Buenos Aires : Fondo Editorial 2001, , p. 60.

large. Le terme d'« objectif politique » n'a pas le rôle de conférer une quelconque légitimité à ces buts, mais est utilisé uniquement pour faire la différence entre les groupements en question et d'autres entités armées qui poursuivent des objectifs d'une autre nature – par exemple, exclusivement criminels. Ces objectifs peuvent inclure la demande d'autonomie ou de sécession pour une certaine minorité ethnique, linguistique ou religieuse, le renversement du gouvernement, le rejet de l'ordre constitutionnel existent, ou l'atteinte de l'intégrité territoriale de l'État en question. Dans d'autres situations, quand le gouvernement existent est supprimé, ne veut pas ou est incapable d'intervenir, les groupements militaires peuvent se battre entre eux, par exemple, pour le droit de constituer un nouveau gouvernement ou pour assurer la suprématie ou la continuation de leur programme politique.[76]

Le degré d'organisation et la complexité de ces groupes militaires, leurs dimensions et le degré de contrôle qu'ils exercent sur le territoire et sur la population peuvent varier d'un cas à l'autre. A une extrême, ces groupes se ressemblent à des gouvernements *de facto*, qui contrôlent le territoire et la population et établissent ou maintiennent les services publiques tels les écoles, les hôpitaux, les forces d'ordre, etc. A une autre extrême, certains groupes armés peuvent fonctionner de manière sporadique, ou d'une manière tout à fait clandestine, sans exercer un contrôle direct sur le territoire. Certains groupes fonctionnent selon des lignes précises de commandement et de contrôle, d'autres sont organisés de manière flexible, de sorte qu'une partie des unités ne se trouve pas sous un commandement effectif transmis du centre. [77]

Dans le cas des États défaillants (*failed states*), comme cela a été pour la Bosnie Herzégovine ou, actuellement, la Somalie, et d'autres, Le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies s'est adressé par ses résolutions à toutes les parties impliquées dans le conflit, en rappelant surtout aux acteurs non-étatiques les obligations qu'ils avaient. Ce « dialogue » pourrait conduire à l'idée qu'au moins en relation avec certains États défaillants, il serait possible que les mesures prévues au

---

[76] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 19.

[77] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 20.

chapitre VI de la Charte de l'Organisation des Nations Unies concernant les relations entre les États, puissent être appliquées aussi dans le cas des problèmes internes d'un pays.

Dans le cas des États défaillants, il est évident que les actions des acteurs non-étatiques peuvent avoir un impact négatif sur les droits et les libertés fondamentales, les groupes armés étant fréquemment responsables pour des graves violations des droits de l'Homme. Pourtant, ces groupes ne sont pas obligés, dans le sens strict, à respecter les traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme - des instruments adoptés par les États et qui, formellement, peuvent être ratifiés uniquement par ceux-ci. Les mécanismes de surveillance institués par ces traités ne prévoient pas le suivi ou la rédaction des rapports concernant l'activité des divers groupes armés.[78]

Ainsi, dans les États défaillants, les droits de l'Homme sont, en grande partie, inefficaces. Historiquement, les droits de l'Homme sont issus de la tradition du droit constitutionnel et, particulièrement après la seconde guerre mondiale, ont été introduits graduellement dans les traités internationaux et le droit coutumier. Cependant, mondialement et régionalement, on a développé une série de mécanismes, de procédures et d'institutions dans le but de protéger les droits de l'Homme. Mais l'exemple des États défaillants prouve clairement que la protection des droits de l'Homme prévue dans le droit international est étroitement liée et, en même temps, dépendant du fonctionnement correct de l'État. La soi-disant « première génération » des droits de l'Homme a été principalement instituée contre l'utilisation arbitraire, incorrecte et excessive de l'autorité par l'État. Les droits civils et politiques ont été créés pour protéger l'individu contre le pouvoir de l'État, autorité qui, par définition, n'existe pas dans les États défaillants. La « seconde génération » des droits de l'Homme, les droits sociaux, économiques et culturels, doit être traduite dans une forme législative et mise en œuvre dans l'ordre juridique interne du pays, situation inconcevable sans l'acceptation et le soutien financier et organisationnel des autorités fonctionnelles de l'État. Comme règle générale, les mécanismes à suivre pour respecter les deux types de droits de l'Homme au niveau international

---

[78] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 59.

ont une nature purement subsidiaire, en extension à une activité antérieure de l'État. Ainsi, les droits de l'Homme sont premièrement évalués par rapport aux actions menées par les autorités de l'État, ou servent à rappeler à celles-ci leurs obligations positives en ce domaine. Mais, au moment où l'État et l'infrastructure administrative ne fonctionnent pas, ces droits ne peuvent conférer qu'une protection périphérique.[79]

Dans les situations où la loi de l'État en question ne peut plus être appliquée, selon le droit international, la responsabilité des groupes armés pour la violation des droits de l'Homme n'est pas claire (bien que ces faits doivent être clairement punis selon le droit pénal national). Les opinions sont partagées sur ce sujet. D'une part, certaines considèrent que les groupes armés peuvent être tenus responsables pour les violations des droits de l'Homme commises, selon le droit international des droits de l'Homme. D'autre part, d'autres opinions soutiennent que, même si les abus commis par ces groupes doivent être punis, il ne s'agit pas de violations des droits de l'Homme, du moment que les obligations légales violées incombent uniquement aux gouvernements.[80]

Pourtant, à la lumière des derniers développements du droit international, la responsabilité des acteurs non-étatiques à ce niveau ne peut pas être exclue. Ainsi, les résolutions adoptées dans le domaine du terrorisme et des droits de l'Homme dans le cadre de la Sous-commission et la Commission relatives aux Droits de l'Homme exprimaient déjà l'inquiétude par rapport aux « graves violations des droits de l'Homme commises par les groupes terroristes »[81]. De même, la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide s'applique clairement « à tous les groupes de dirigeants responsables, fonctionnaires publiques ou des particuliers. »

Il faut remarquer aussi que certains actes commis par des personnes physiques peuvent entraîner leur responsabilité pénale internationale, quel que soit leur statut d'agent de l'État ou non. Parmi ces actes, on peut mentionner aussi les violations des droits de l'Homme tel le génocide, qu'on vient de citer ci-dessus.

---

79 THURER D. The "failed State" and international law. *International Review of the Red Cross*, 1999, 81(836), 731–761.

80 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87 , par. 56.

81 La resolution de la Commission des droits de l'Homme 1997/41 du 11.04.1997 et la resolution de la Sous-Commission 1997/39 du 28.08.1997.

En ce qui concerne le droit humanitaire international, la situation semble beaucoup plus favorable. Bien que cette branche du droit soit issue des anciennes lois de la guerre et qu'elle ait comme principal objet les conflits armés entre les États, ce domaine a commencé, de manière significative, à viser aussi les conflits armés internes.[82] L'article 3, commun aux quatre Conventions de Genève d'août 1949 stipule :

« En cas de conflit armé non international et produit sur le territoire d'une des Hautes Parties Contractantes, chacune *des parties au conflit* est obligée au moins d'appliquer les dispositions suivantes :

(1) Les personnes qui ne participent pas directement aux hostilités, y compris les membres de l'armée qui ont rendu leurs armes et les personnes retirées du combat à cause de la maladie, de la blessure, de la détention ou toute autre cause, seront dans toutes les circonstances traitées avec humanité sans aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion, la croyance, le sexe, la naissance ou la fortune, ou tout autre critère analogue.

Dans ce but, sont et demeurent prohibées, en tout temps et partout, relatif aux personnes mentionnées ci-dessus :

a) les atteintes portées à la vie et à l'intégrité corporelle, surtout le meurtre sous toutes ses formes, les mutilations, les cruautés, les tortures et les supplices ;

b) les prises d'otages ;

c) les atteintes portées à la dignité de la personne, surtout les traitements humiliants et dégradants ;

d) les condamnations prononcées et les exécutions réalisées sans un jugement préalable, donné par un tribunal réglementairement constitué, accompagné de garanties judiciaires reconnues en tant qu'indispensables par les peuples civilisés ;

(2) Les blessés et les malades seront recueillis et soignés.

Un organisme humanitaire impartial, tel le Comité International de la Croix Rouge, pourra offrir ses services aux Parties en conflit.

---

82 GASSER, H-P. International humanitarian law. In: HAUG, H., *Humanity for All*. Henry Dunant Institute/Paul Haupt, Berna/Stuttgart/Viena, 1993 , p. 554.

D'autre part, les parties en conflit s'efforceront, par des accords spéciaux, de faire entrer en vigueur toutes ou une partie des autres dispositions de la présente Convention.

L'application des dispositions qui précèdent n'aura pas d'effet sur le statut juridique des parties en conflit. »

Ces règles ont été étendues en 1977 par le Second Protocole Additionnel aux Conventions de Genève de 18 août 1949, relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux. Sa sphère d'application est définie ainsi dans le 1er article :

« Le présent Protocole, qui développe et complète l'article 3 commun aux Conventions de Genève du 12 août 1949 sans modifier ses conditions d'application actuelles, s'applique à tous les conflits armés […] qui se déroulent sur le territoire d'une Haute Partie contractante entre ses forces armées et des forces armées dissidentes ou des groupes armés organisés qui, sous la conduite d'un commandement responsable, exercent sur une partie de son territoire un contrôle tel qu'il leur permette de mener des opérations militaires continues et concertées et d'appliquer le présent Protocole. »

L'article commun 3 présente deux lacunes en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale : d'une part, il fournit seulement un minimum de protection, sans interdire de manière explicite, par exemple le viol, et sans aborder les voies et les moyens de conduite de la guerre. D'autre part, à cause de d'absence de la définition des conflits sans caractère international, en pratique, les gouvernements peuvent contester son applicabilité dans le cas des violences internes à caractère national.[83]

Malgré ces lacunes, un élément positif particulier des règles du droit international humanitaire applicables dans le cas des conflits armés internes, c'est qu'à la différence des droits de l'Homme, ces règles s'adressent non seulement aux éléments de l'État, mais aussi à d'autres acteurs non-étatiques, à la fois individus ou groupes. Pourtant, la protection élargie offerte par le Second Protocole Additionnel n'emporte pas de conséquences pratiques dans le cas des États défaillants. Dans de

---

[83] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 74.

tels États, les hostilités ne sont pas dirigées contre les forces armées gouvernementales mentionnées dans le Protocole, à partir du moment où, par définition, toute sorte de pouvoir militaire officiel a cessé d'exister. De plus, à cause de l'effondrement de l'autorité exécutive, le conflit a un caractère anarchique, il n'est mené ni de manière soutenue, ni concentrée, « par des groupes […] organisés [...] sous la conduite d'un commandant responsable » qui exerce son pouvoir sur une partie du territoire de l'État. Dans de tels cas, le Seconde Protocole ne présente pas une utilité pertinente.

L'article 3 commun aux quatre Conventions de Genève de 1949 est applicable dans les conflits armés qui se déroulent sur le territoire des États défaillants. A la différence du Seconde Protocole, cette disposition ne s'applique pas exclusivement aux situations de guerre civile, quand les forces rebelles luttent contre le gouvernement. Les conflits entre groupes issus de la même nationalité peuvent aussi entrer dans le cadre de l'article 3. Il faut aussi retenir que conformément à cette disposition, les événements doivent s'encadrer dans la définition d'un « conflit armé » et que la disposition en soi est applicable seulement aux parties entraînées dans un pareil conflit. De toute façon, ces exigences devraient interprétées dans un sens large lorsqu'on met en balance l'importance de leur mise en application. Généralement, les traités de droit international humanitaire doivent être interprétés et abordés de telle façon qu'ils puissent accomplir leur but et leur esprit, c'est-à-dire, la protection des victimes des conflits armés.[84]

De plus, dans le cas du Nicaragua, la Cour Internationale de Justice a jugé que les principes contenus à l'article 3 mentionné ci-dessus présentent un caractère coutumier et obligatoire. La Cour les a considérés comme « les exigences élémentaires de l'humanité » qui doivent être respectées dans toutes les circonstances.[85] Le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies a souligné aussi, à diverses occasions, la nécessité de respecter le droit international

---

[84] PICTET, J. (ed.), *Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War: Commentary,* ICRC, Geneva, 1958, p. 35; SANDOZ Y., SWINARSKI C.,. ZIMMERMAN B (ed.), *Commentary on the Additional Protocols to the Geneva Conventions,* ICRC/Martinus Nijhoff Publishers, Geneva, 1987, p. 1348.

[85] La décision dans l'affaire sur les activités militaires et paramilitaires menées au Nicaragua et contre l'Etat de Nicaragua, CIJ Recueil 1986, p. 14.

humanitaire dans le cas des États défaillants.[86] Finalement, les dernières évolutions dans le droit international pénal montrent que les besoins humanitaires dans le conflit armé interne ont une importance particulière. Par exemple, par la décision de 2 octobre 1995 dans l'affaire Tadic, la Chambre d'Appel du Tribunal Pénal pour l'ex-Yougoslavie a décidé que l'approche centrée sur la souveraineté de l'État est diminuée graduellement en faveur d'une approche orientée sur l'individu. Par conséquent, dans la sphère du conflit armé, la distinction entre les guerres présentant un caractère international et les guerres civiles perd son importance quand il s'agit d'êtres humains.[87]

Un autre obstacle dans l'application de l'article 3 pour le cas des États défaillants est représenté par les conditions imposées en ce qui concerne le statut des autres parties dans le conflit, excepté l'État: le groupe armé doit être conduit par « un commandant responsable », doit exercer un tel contrôle sur une partie de son territoire de sorte qu'il puisse dérouler des opérations militaires soutenues et coordonnées. Ce « commandant responsable » doit aussi être capable d'appliquer le Second Protocole Additionnel aux Conventions de Genève. Ainsi, pour que ces dispositions du droit humanitaire puissent être applicables, le sujet passif doit être un group organisé, fondé sur la hiérarchie, qui se conduit selon un code de comportement militaire qui implique le souhait de ce groupe de se conformer aux dispositions du droit international, imposées par les ordres des supérieurs et les règles de discipline.

Ces conditions sont rarement respectées par les groupes rebelles qui participent à un conflit anarchique, ou par les bandes désorganisées, les clans ou les diverses unités d'une armée privée. Un élément commun des situations de conflit dans les États défaillants est le lien entre la violence criminelle et la violence « politique ». Tandis que certains groupes peuvent se limiter seulement à des activités militaires, d'autres, sous le prétexte de contester le pouvoir politique actuel, se ressemblent plutôt aux bandes criminelles en se livrant à des actions de vol et de

---

[86] Dans les résolutions 788 (1992), 813 (1993), 911 (1994) concernant Libéria, 794(1992), 814 (1993) concernant Somalia, 1181 (1998) et 1231 (1999) concernant Sierra Leone.

[87] Le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, Le Procureur c / Dusko Tadic, Décision sur la requête de la défense d'appel interlocutoire sur la compétence, 2/10/1995, ILM, vol. 35, 1996, p. 54, par. 97 de la décision.

cambriolage. Les forces gouvernementales peuvent aussi être impliquées dans de telles actions. Par cela, l'effondrement des institutions civiles crée un climat général d'absence de la loi, où le pillage de la population représente un fait ordinaire et la corruption devient agressive. Les pillages et les autres infractions violentes contre le patrimoine sont souvent utilisés pour financer et soutenir la continuation du conflit.[88] Là où les structures du groupe sont complètement détruites et la lutte devient anarchique, chaque combattant devient son propre commandant. Dans une telle situation, les mécanismes traditionnels pour la mise en œuvre du droit international humanitaire deviennent totalement inefficaces.[89]

On peut alors se demander quels sont les sujets de droit responsables pour les violations humanitaires, y compris pour les atteintes portées au droit à la santé mentale, commises dans les conflits internes déroulés dans les États défaillants. Il serait probablement utile, dans ce cas, que la responsabilité soit abaissée du niveau collectif du groupe plus ou moins organisé, qui agit selon un commandement plus ou moins responsable, au niveau individuel de chaque combattant en soi. Cette forme de responsabilité pourrait coïncider à l'application du droit pénal, en envisageant ainsi le problème de la responsabilité individuelle pour ses actions, selon le droit international.

En ce qui concerne la responsabilité de l'État par rapport à d'autres sujets de droit international pour la violation du droit à la santé psychique, apparemment cela ne poserait pas de problèmes. Par définition, la capacité juridique de l'État défaillant continue d'exister. S'il est incapable d'agir de quelle que façon que ce soit, l'État défaillant continue d'avoir des droits et des obligations. Mais en principe, dans le droit international contemporain[90], un État ne peut pas être tenu responsable pour une violation tant qu'il ne détient officiellement ni institutions, ni personnes autorisées

---

88 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21*, document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 23.

89 THURER D. The "failed State" and international law. International Review of the Red Cross, 1999, 81(836), 731–761.

90 MÖSSNER, J. M. Privatpersonen als Verursacher völkerrechtlicher Delikte *eitschrift für ausländisches und öffentliches Recht und Völkerrecht*, 1985, 45, 232.

qui puissent agir en son nom. Ce manque de responsabilité provient du fait que l'État n'a plus le pouvoir d'agir dans le sens d'accomplir les obligations en question.[91]

Selon l'article 8 du projet élaboré par la Commission de Droit International sur la codification de la responsabilité des États, le comportement d'une personne ou d'un groupe sera considéré en tant qu'acte de l'État, conformément au droit international, si la personne ou le groupe de personnes représentent réellement des éléments d'autorité gouvernementale, dans l'absence d'une autorité officielle et dans des circonstances qui exigent l'exercice de cette autorité.[92] En outre, exceptionnellement, un État peut être tenu responsable pour les actes commis lors d'un mouvement insurrectionnel, si celui-ci succède pour s'instaurer en tant que nouveau gouvernement, ou parvient à créer un nouvel État.[93] Un gouvernement est libre de s'assumer expressément la responsabilité pour les actes des individus une fois l'état d'urgence dépassé.[94]

En ce qui concerne la responsabilité pénale des individus pour les violations du droit international, ces dernières décennies, un nouveau phénomène a été constaté à travers le droit international lui-même, qui prévoit la punition de certains comportements humains, ou qui exige aux États de punir de tels actes. Pour de tels comportements a été établie une juridiction internationale générale. Ce concept suppose que, si les faits susceptibles d'être sanctionnés dans la perspective du droit international sont commis dans un État défaillant, où le système de justice ne fonctionne plus, la poursuite, la condamnation et la punition de ces faits pourraient être réalisées dans tout autre tiers État (ou par une organisation internationale, par exemple l'Organisation des Nations Unies). En ce sens, en 1993, quand 24 soldats pakistanais appartenant aux forces des Nations Unies ont été tués dans une embuscade à Mogadishu, le Conseil de Sécurité a confirmé que « le Secrétaire

---

91 SPERDUTI, G. Responsibility of States for Activities of Private Law Persons. In : BERNHARDT R. (ed), *Encyclopedia of Public International Law*. Instalment 10, Amsterdam : North-Holland Publishing Company, 1987.

92 Les projets d'articles provisoires adoptés par le Comité de rédaction de la Commission du droit international, A/CN.4/L.569, 4 août 1998.

93 Les projets d'articles provisoires adoptés par le Comité de rédaction de la Commission du droit international, A/CN.4/L.569, 4 août 1998.

94 Les projets d'articles provisoires adoptés par le Comité de rédaction de la Commission du droit international, A/CN.4/L.569, 4 août 1998.

Général est autorisé, selon la résolution 814 (1993), à prendre toutes les mesures nécessaires contre les responsables des attaques armées […] y compris contre les responsables à l'incitation publique pour commettre de telles attaques, en vue d'établir l'autorité effective de UNOSOM II en Somalie, surtout par le démarrage d'une enquête pour investiguer les actions de ceux qui se font responsables des attaques mentionnées, pour leur arrestation et leur détention en vue de la poursuite, le jugement et la condamnation ».[95] De la même manière, dans le cas où des actes graves sont commis contre la paix et les droits de l'Homme, de même que dans le cas de certaines infractions transfrontalières, la juridiction pénale est élargie sur toute la communauté des États en vertu du principe de l'universalité.[96]

Les dernières décennies, le droit pénal international a été renforcé de manière significative grâce à la création des tribunaux *ad hoc* pour juger les personnes responsables d'avoir commis certains actes sur le territoire de l'ex-Yougoslavie (1993)[97] et en Rwanda (1994)[98]. L'adoption à Rome, le 17 juillet 1998, du statut d'une Cour Pénale Internationale ayant une juridiction universelle a représenté un progrès significatif dans le développement du droit international. Ces instances pénales internationales garantissent l'indépendance et l'impartialité des procédures, des conditions qui sont beaucoup plus difficiles à remplir par un juge national confronté aux membres des camps « amis » et « ennemis ». Un nouvel élément intéressant dans les trois cas cités, à la différence des tribunaux de guerre de Nuremberg et de Tokyo d'après la seconde guerre mondiale, est représenté par l'instauration d'une juridiction internationale pour les conflits internes. Le tribunal pour le Rwanda a la compétence explicite de juger les infractions graves contre les normes minimales prévues pour les conflits internes à l'article 3 commun des Conventions de Genève. Ainsi, selon l'article 4 du Statut du Tribunal de Rwanda, celui-ci est autorisé à juger les infractions graves de violation de l'article 3 des Conventions de Genève et du Seconde Protocole Additionnel. A la différence du Tribunal pénal pour l'ex-Yougoslavie, il y a, dans ce cas, un élargissement clair des

---

95 Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 837 (1993) du 6.06.1993, par. 5.

96 THURER D. The "failed State" and international law. *International Review of the Red Cross*, 1999, 81(836), 731–761.

97 Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 827 (1993).

98 Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 955 (1994).

responsabilités individuelles fondé sur le droit pénal international, dans le domaine interne. Quant à la Cour Pénale Internationale, sa juridiction est complémentaire aux juridictions pénales nationales.[99] En principe, la Cour Pénale Internationale intervient quand un État ne souhaite pas ou se trouve dans l'impossibilité de réaliser des investigations ou des poursuites.[100] Ces dispositions essaient de réaliser un compromis entre la souveraineté de l'État et la nécessité, selon le droit international, de respecter les dispositions concernant la protection des droits fondamentaux de l'être humain. Le résultat en est représenté par l'accroissement de la tendance d'agir, de manière décisive et directe, par des normes et des mesures organisationnelles, sur les structures internes des États défaillants.

Ainsi, dans le domaine du droit pénal international ont eu lieu des évolutions, matérialisées surtout par l'institution des tribunaux pour l'ex-Yougoslavie et le Rwanda, pour remplacer certaines juridictions qui ont cessé de fonctionner, ou, autrement dit, pour remplir « le vide de souveraineté ».[101] Bien que l'effet préventif de la responsabilité pénale individuelle ne doive pas être surestimé, ce principe représente un des plus importants éléments du droit pénal international dans les circonstances chaotiques d'un État défaillant, réussissant à agir même dans le contexte des États qui ne sont plus capables de fonctionner et pour lesquels la responsabilité étatique est d'ailleurs éliminée.

L'attitude générale de la communauté internationale au sujet des États défaillants a consisté en des actions visant le renforcement et la stabilité ; la centralité étatique en tant que pilier fondamental de l'ordre internationale étant toujours confirmée. Bien que l'État présente les caractères d'un État défaillant, ses frontières et sa personnalité juridique ne sont pas mises en doute. Ces États « fictifs » n'ont pas perdu leur qualité de membres des organisations internationales et, dans l'ensemble, leurs relations diplomatiques restent intactes. Bien qu'ils ne soient pas capables de contracter de nouvelles obligations par des traités internationaux, les conventions conclues restent en vigueur. En outre, le problème de

---

99 *Statut de la Cour pénale internationale*, art. 1.

100 *Statut de la Cour pénale internationale*, art. 1., art. 17.

101 THURER D. The "failed State" and international law. *International Review of the Red Cross*, 1999, 81(836), 731–761.

l'intervention (humanitaire) par la force d'un État voisin ou d'autres États, plus puissants du point de vue militaire, ne se pose pas.

Bien que l'impression prédominante soit celle de stabilité, il y a aussi des signes d'un développement dynamique, comme par exemple la mise en place par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies de diverses administrations temporaires. Ainsi, les opérations « multifonctionnelles » déployées par l'Organisation des Nations Unies pour le maintien de la paix ont eu des degrés différents de réussite (par exemple, UNTAC, en Cambodge, a eu du succès, au moins jusqu'au déroulement des élections de 1993, tandis que d'autres, telles UNOSOM I et II, sont discutables en tant que réussite). Malgré les insuccès, ces activités offrent des possibilités efficaces pour le développement du droit international.

Une autre approche relativement nouvelle qui se manifeste dans la pratique des Nations Unies est représentée par la manière dont les organismes politiques de l'Organisation ou de ses forces pour le maintien de la paix ont géré les opérations militaires. Ainsi, dans certains cas, le Conseil de Sécurité a appliqué des sanctions obligatoires fondées sur le Chapitre VII de la Charte des Nations Unies, l'ONU menant en même temps des opérations humanitaires pour souligner son caractère neutre et impartial. Ces opérations ont créé des difficultés pour identifier le rôle réel de l'Organisation des Nations Unies et ont conduit à sa perception défavorable (au moins au niveau local).

Il est important que le gouvernement et la politique d'un État exercent en priorité leur rôle fondamental et originaire : celui de prévenir et de combattre les causes des conflits. L'activisme humanitaire ne peut pas représenter un substitut pour la responsabilité primaire de l'État de garantir la paix et l'équilibre d'une nation.

En plus, la situation politique et économique difficile d'un pays ne le dispense pas de l'obligation de prendre des mesures pour réaliser le droit à la santé mentale. La raison de la situation financière précaire est souvent utilisée pour argumenter que l'État en question n'est pas obligé de déployer des efforts pour réaliser ce droit ou qu'il peut ajourner à l'infini l'accomplissement de cette tâche. Lorsqu'on évalue la mise en œuvre de ce droit au niveau d'un certain État, on tiendra compte, évidemment, de la disponibilité des ressources financières et logistiques au moment de l'analyse. En revanche, aucun État ne peut justifier le manque de respect de ses obligations par l'absence des ressources. Ainsi, les États doivent offrir des garanties

pour le respect du droit à la santé, en prenant en compte le maximum des ressources disponibles, en dépit de leur quantité limitée. Bien que les démarches concrètes dépendent du contexte spécifique des réalités de chaque pays, chacun de ces pays doivent prendre des mesures pour accomplir les obligations de respecter, de protéger et de réaliser le droit à la santé [102] mentale des personnes.

En conséquence, dans le cas des conflits armés au caractère interne et dans le cas des États défaillants, la responsabilité pour le respect des obligations du droit humanitaire doit appartenir à toutes les parties impliquées dans le conflit. Conditionner la possession d'un commandement organisé et de l'exercice de conduite sur un certain territoire de l'État ne fait que limiter la responsabilité des acteurs non étatiques, en créant, dans ce cas, un vide législatif. Bien que les obligations d'ordre négatif - de respecter le droit à la santé mentale, dans le sens de ne lui porter aucune atteinte sous aucune forme, particulièrement par des actes qui constituent des crimes de guerre, des crimes contre l'humanité ou des crimes d'agression - restent universellement valables, le problème du sujet passif des obligations positives – de protéger et de réaliser le droit à la santé psychique - reste en suspens. Afin de résoudre ce problème juridique, il faudrait instituer de nouvelles normes de droit international, qui abordent, y compris la nécessité de la mise en œuvre par tous les participants au conflit (et non seulement les parties à celui-ci), des obligations concernant le droit à la santé mentale. Le fait d'avoir des normes internationales cohérentes, qui complètent, renforcent, garantissent et assurent l'application de la législation interne, signifie avoir une protection des droits de l'Homme meilleure et à un degré plus élevé d'universalité.

---

[102] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, p. 5.

Titre 2. Les carences de la protection du droit à la santé mentale, à cause des imperfections législatives et de la conduite des acteurs impliqués dans le conflit

Ce titre résume l'objectif d'une analyse des dispositions des Conventions de Genève de 1949 et du Statut de la Cour Pénale Internationale qui mentionnent le droit à la santé mentale. Dans ces instruments juridiques, ce droit est rappelé seulement d'une manière vague. Cependant, nous essayerons d'extraire toutes les informations sur la protection de cette valeur humaine, qui sont apparentes dans ces documents internationaux, pour évaluer leur efficacité. Le choix de ces documents internationaux est justifié par leurs dispositions presque universelles, illustrées par leur ratification, aussi que par leur valeur révolutionnaire au moment de l'adoption. Grâce à ces aspects, les instruments internationaux cités sont représentatifs du point de vue du droit humanitaire et du droit international pénal.

La conduite des acteurs impliqués dans le conflit sera aussi analysée, afin de révéler les éléments qui influencent le respect ou la désobéissance des normes de droit humanitaire et des droits de l'Homme pendant la guerre. Une étude de cas sur la guerre en Bosnie Herzégovine de 1992 - 1995 sera proposée, pour exposer l'influence extrêmement néfaste de l'implication des éléments criminels dans le conflit.

La conclusion portera sur les conséquences juridiques minimales du non-respect du droit à la santé mentale et une solution législative sera formulée pour améliorer cette réalité, en proposant des modifications des instruments juridiques internationaux, pour une meilleure mise en évidence de ce droit. D'autres recommandations seront également formulées, visant la promotion du droit humanitaire dans la société et la conduite des acteurs impliqués dans le conflit.

Chapitre 1. Les carences du droit international humanitaire et du droit pénal international en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale

Un important point d'analyse de cette thèse est consacré à l'évaluation critique des Conventions de Genève de 1949 et du Statut de la Cour Pénale Internationale en ce qui concerne la protection du droit à la santé mentale durant les conflits armés, qui sera réalisée à travers les sections 1 et 2 de ce chapitre. Ensuite, pour essayer de résoudre au mois de manière partielle, les lacunes identifiées dans les textes de ces importants instruments juridiques internationaux, la troisième section proposera une solution de nature à mettre en lumière l'importance du droit à la santé mentale et de mieux le protéger. La quatrième section de ce chapitre analysera les problèmes visant la juridiction pour les violations du droit à la santé mentale. Dans la même section, le concept de criminel de guerre sera expliqué par une étude de la jurisprudence du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie dans le domaine de la participation infractionnelle, qui montrera les progrès réalisés par cette instance dans le droit pénal international.

Section 1. La protection du droit à la santé mentale dans les Conventions de Genève de 1949

Selon les Conventions de Genève de 1949, il y a trois catégories principales de personnes protégées dans les situations de conflit armé : les combattants, les prisonniers de guerre et les civils. Cette section évaluera la protection offerte par les Conventions de Genève aux ces trois catégories de personnes en ce qui concerne le droit à la santé mentale. L'analyse montrera les carences de ces textes, qui semblent ignorer la défense même de ce droit. Les difficultés majeures visant l'identification des malades mentaux lors du conflit seront également relevés, ainsi que les obstacles dans l'application des dispositions de la Convention de Genève aux combattants qui souffrent d'un trouble psychique, les empêchant à déposer les

armes – première condition pour bénéficier de la protection octroyée par le statut de prisonniers de guerre.

§1. La protection du droit à la santé mentale des combattants

L'article 12 de la *Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades des forces armées en campagne* prévoit que, s'ils sont malades ou blessés, les membres des forces armées et d'autres personnes, y compris la population d'un territoire inoccupé, qui effectuent spontanément des activités militaires, devront être respectés et protégés en toutes circonstances. Le même article prévoit que ces personnes seront traitées avec humanité et soignées par la Partie au conflit sous le pouvoir de laquelle elles sont placées, sans discrimination, avec une interdiction totale de toute atteinte à leur vie ou à leur personne. En outre, « [l]a Partie au conflit, obligée d'abandonner des blessés ou des malades à son adversaire, laissera avec eux, pour autant que les exigences militaires le permettront, une partie de son personnel et de son matériel sanitaires pour contribuer à les soigner »[103]. De même, l'article 15 prévoit que les Parties au conflit sont obligées à prendre, « sans tarder, toutes les mesures possibles pour rechercher et soulever les blessés et les malades, les protéger contre le pillage et les mauvais traitements et leur assurer les soins nécessaires [...] ». Pour accorder de soins médicaux, selon l'article 23, « [d]ès le temps de paix, les Hautes Parties contractantes et, après l'ouverture des hostilités, les Parties au conflit pourront créer sur leur propre territoire et, s'il en est besoin, sur les territoires occupés, des zones et localités sanitaires organisées de manière à mettre à l'abri des effets de la guerre les blessés et les malades ainsi que le personnel chargé de l'organisation et de l'administration de ces zones et localités et des soins à donner aux personnes qui s'y trouveront concentrées. »

La *Convention de Genève* n'a jamais tenté de définir les termes de « blessé » et de « malade », ni de préciser le degré de gravité qu'une blessure ou une maladie devaient présenter pour entraîner le droit au respect et la protection de la personne en question. L'absence de ces préoccupations a laissé la définition de « blessé » et de « malade » à la discrétion et à la bonne foi de ceux qui appliquent la Convention. Une définition précise, en raison de son caractère forcément limitatif, aurait pu conduire à des interprétations et à des abus. En outre, dans sa forme actuelle, le

---

[103] *Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949,* art. 12 (5).

texte se réfère aux soldats qui, en raison d'une blessure ou d'une maladie, sont tombés sur le champ de bataille, ou à ceux qui, suite à une évaluation personnelle de leur santé, ont renoncé à combattre et ont rendu les armes. La tombée au sol et l'abandon des armes déclenchent la protection prévue par l'art. 12 de la Convention. L'abandon de toute agressivité aura donc pour effet l'arrêt de l'agression.[104]

Le manque de clarté des termes de « malade » et de « blessé » permet d'interpréter cette disposition comme signifiant que les blessures ou les maladies en question ne sont pas seulement de nature somatique, mais que la protection de la Convention s'applique aussi à ceux qui souffrent de traumatismes psychologiques et psychopathologiques.

Toutefois, l'absence d'une définition explicite des termes de « malade » et de « blessé » complique la tâche d'identification de ces personnes. Ainsi, alors que les blessures physiques sont souvent évidentes, les attentes à la santé mentale sont souvent presque invisibles pour les autres. En outre, pour certains troubles psychiatriques graves (par exemple, la plupart des psychoses), le patient n'est pas lui-même conscient de son état pathologique. Dans ce cas, il y a deux possibilités : dans la plus heureuse des situations, si cette personne a abandonné les armes, elle devrait pouvoir bénéficier du traitement réservé aux prisonniers de guerre. Ce cas de figure sera examiné en détail dans la section suivante. Si, toutefois, n'étant pas capable de contrôler sa volonté ou en l'absence de discernement, le combattant continue à lutter, la protection de la Convention ne s'appliquera pas pour lui. Dans une telle situation, en temps de paix, une personne incapable de contrôler ses actions ou sans discernement, qui commet toute sorte d'infraction (y compris celles contre la vie ou l'intégrité physique) est considérée irresponsable et n'est pas tenue pour responsable pour ses actions, car, selon les principes généraux du droit pénal, cette circonstance fait disparaître la culpabilité. Ce facteur de protection n'agit pas dans le domaine du droit humanitaire, bien que, pendant les conflits armés, l'incidence des troubles mentaux est beaucoup plus élevée suite aux expériences traumatisantes sur le champ de bataille. On peut déduire que, dans la forme actuelle,

---

104 Comité international de la Croix-Rouge, *Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne, 12 août 1949. Commentaires*, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=365&t=com, consulté le 27.09.2009.

les dispositions de la Convention de Genève ne protègent pas suffisamment les personnes souffrant de troubles mentaux qui peuvent affecter gravement le discernement et le contrôle de la volonté. Autrement dit, la protection fournie est inférieure à celle offerte par les dispositions générales du droit pénal. Le combattant souffrant de troubles mentaux devient doublement victime : premièrement, parce qu'il a contracté une maladie psychique à la suite du stress traumatique du conflit ; deuxièmement, parce qu'en qualité de personne qui a besoin de soins médicaux, il ne bénéficie pas de ce droit, son manque de discernement ou de contrôle de la volonté l'empêchant d'abandonner les armes.

§2. La protection du droit à la santé mentale des prisonniers de guerre

La Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre prévoit à l'article 3, par. 1, que « [l]es personnes qui ne participent pas directement aux hostilités, y compris les membres de forces armées qui ont déposé les armes et les personnes qui ont été mises hors de combat par maladie, blessure, détention, ou pour toute autre cause, seront, en toutes circonstances, traitées avec humanité, sans aucune distinction de caractère défavorable basée sur la race, la couleur, la religion ou la croyance, le sexe, la naissance ou la fortune, ou tout autre critère analogue ». En ce qui concerne ces personnes, sont interdites « les atteintes à la vie ou l'intégrité physique, [...] les mutilations, la cruauté, la torture et les supplices » et « l'atteinte à la dignité des personnes, notamment les traitements humiliants et dégradants ».[105]

L'expression « les membres des forces armées qui ont déposé les armes » peut avoir deux significations : elle pourrait viser des forces armées qui, dans leur ensemble, ont rendu les armes (collectivement) ou seulement quelques uns de leurs membres qui ont rendu les armes (individuellement). Le débat qui a eu lieu lors de la Conférence diplomatique organisée sur cette question a clairement montré qu'il n'était pas nécessaire que l'armée dans son ensemble dépose les armes pour que ses membres jouissent de la protection prévue par cet article. La Convention vise les individus et non les forces armées, et, si une personne choisit de déposer les armes, elle aura le droit d'être traitée avec humanité, comme si elle appartenait à l'armée qui s'était rendue en bloc. Le seul aspect pris en considération ici est que cette personne ne prendra plus part au conflit[106].

Les bénéficiaires de l'art. 3 ont le droit d'être traités avec humanité, sans aucune discrimination, la Convention énumérant les différents critères que l'autorité malveillante pouvait invoquer en vue du non-respect de ses engagements. La Convention de 1929 prévoyait déjà, à l'art. 4, l'interdiction des discriminations fondées « sur le grade militaire, l'état de santé physique ou psychique, les aptitudes

---

105 *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949,* art. 3.

106 Comité international de la Croix-Rouge, *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949. Commentaires*, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=375&t=com, consulté le 29.09.2009.

professionnelles ou le sexe ». Il est important de noter que, à cette époque déjà, le risque de contracter une maladie mentale sur le champ de bataille avait été observé et, qu'en vertu des dispositions de ce texte, les personnes exposées à ce risque étaient protégées contre les traitements discriminatoires. Cependant, la Convention de 1949 ne donne plus comme exemple à éviter les discriminations fondées sur les critères de la santé physique ou mentale. La question se pose sur le motif de l'absence d'un tel exemple dans le texte de la Convention de 1949, par rapport aux dispositions de la Convention de 1929.

Une première réponse à cette question serait qu'un tel critère pourrait être placé dans la catégorie des « critères analogues », énoncée à l'article 3 par. 1, même si, lors d'une évaluation initiale, l'état de santé ne semble pas comparable aux autres (la religion, le sexe, la race, etc.) : la santé est une caractéristique acquise (récemment) et temporaire, tandis que les autres critères énumérés ont, généralement, un caractère permanent.

Une deuxième réponse à la disparition de l'état de santé de la liste des critères de discrimination pourrait être idéalement trouvée dans le fait que la Convention de 1949 considère ce facteur comme un critère de discrimination positive. Cela semble être la réponse correcte, les 20 années écoulées entre la rédaction des deux documents juridiques marquant une telle évolution concernant le droit à la santé. Ainsi, selon le par. 2 de l'article 3, « les blessés et malades seront soulevés et soignés »[107]. La numérotation séparée appliquée à ce paragraphe souligne l'exigence absolue de cette obligation, qui ne peut souffrir aucune restriction ou interprétation. Evidemment, dans la catégorie des blessés et des malades seront aussi incluses les personnes souffrant de troubles mentaux acquis à la suite d'expériences traumatisantes durant le conflit. Le problème qui se pose de nouveau concerne l'identification rapide de ces personnes, avant qu'elles ne commettent des actes touchant principalement à la vie et à l'intégrité physique d'autrui, ou des actes de suicide. La rapidité de l'identification de la maladie peut aussi avoir des conséquences radicales sur l'intervention des aggravations du trouble psychique. Un autre problème est d'éviter d'exposer ces personnes à des conditions qui pourraient amplifier leurs souffrances, conditions qui normalement n'ont aucune influence

---

[107] *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949*, art. 3 (2).

significative sur une personne en bonne santé. À cet égard, l'art. 30 de *la Convention III relative au traitement des prisonniers de guerre* dispose que « [c]haque camp possédera une infirmerie adéquate où les prisonniers de guerre recevront les soins dont ils pourront avoir besoin », aux patients souffrant de troubles mentaux étant réservés des lieux d'isolement. L'isolation des malades mentaux est indiqué en principe pour la protection d'autrui, mais aussi pour certaines affections psychiques, surtout celles liées à la captivité, ces conditions pouvant avoir des effets néfastes sur la santé et entraîner une accentuation de l'anxiété et une souffrance psychique amplifiée.

Ainsi, le premier risque est que la maladie psychique d'un prisonnier ne soit pas reconnue et diagnostiquée en tant que telle par le personnel médical ou par les représentants de la Puissance détentrice. De manière paradoxale, il semble plus facile d'identifier les troubles mentaux lorsque ceux-ci affectent les patients qui présentent aussi des lésions somatiques. Dans ce cas, le malade est d'abord consulté pour la blessure visible et peut avoir une chance que le personnel médical découvre aussi sa maladie mentale. Même dans une telle situation, jusqu'à ce qu'il soit vu par un spécialiste psychiatre, et, idéalement, transféré dans un emplacement spécialement conçu pour les personnes atteintes de troubles mentaux, le contact avec la souffrance des autres patients risque d'aggraver le trauma psychique, par le souvenir du choc traumatique vécu.

Dans le cas où la personne affectée psychiquement ne présente pas de lésions somatiques, permettant le recours du personnel médical et donc facilitant la consultation d'un spécialiste, la maladie mentale peut être découverte seulement après la perpétration par la personne d'actes étranges ou choquants pour les autres, ou d'actes graves, qui pousseront les témoins à aviser le personnel médical ou les autorités. Toutefois, ces actes ne sont pas toujours commis ou ne sont pas observés par les autres, ou ils peuvent éventuellement se manifester après une longue période de temps pendant laquelle le malade ne bénéficiera pas de traitement et des soins médicaux nécessités par ses troubles et ainsi, son droit à la santé mentale n'est pas protégé efficacement.

Enfin, il faut évoquer le cas heureux, mais moins probable, de la personne consciente de sa maladie mentale, qui déclare son état de santé au personnel médical pour solliciter des soins. Dans ce cas, la protection du droit à la santé mentale pourrait être finalement atteinte, s'il y avait assez de personnel médical pour

le nombre de blessés et malades et assez d'espace pour permettre une admission séparée des personnes aux troubles psychiques.

Si la première condition n'est pas remplie (celle du nombre suffisant de personnel médical), dans une situation de crise (par exemple celle d'un conflit ou d'un post-conflit), sont généralement considérés comme prioritaires les malades qui présentent des lésions traumatiques ou des blessures qui mettent en péril leur vie. Les soins et le traitement des maladies psychiques seront négligés et retardés à cause de leur caractère non-létal, du délai assez long de l'action du traitement (qui ne portera nulle rémission durant la courte période d'internement ou d'isolation à l'infirmerie) et parce que la plupart des maladies psychiques sont incurables. Un facteur négatif essentiel est la possibilité restreinte de ces malades de signaler tout abus ou négligence de la part de ceux qui devraient s'occuper d'eux, parce qu'ils pourraient facilement être accusés d'irresponsabilité alors qu'ils essaient de se défendre ou de demander certains droits.

L'annexe I de la Troisième Convention de Genève, qui contient *L'accord type sur le rapatriement direct et l'hospitalisation en pays neutre des prisonniers de guerre blessés et malades*, prévoit, dans la section A.3. (g), le rapatriement direct pour les prisonniers souffrant de « maladies chroniques graves du système nerveux central et périphérique, par exemple toutes les psychoses et psychonévroses manifestes, telles que hystérie grave, sérieuse psychonévrose de captivité, etc., dûment constatées par un spécialiste; toute épilepsie dûment constatée par le médecin du camp ; artériosclérose cérébrale ; névrite chronique durant plus d'une année, etc. ». Le même traitement est appliqué aussi, en vertu de la section A.3. (h), aux personnes souffrant de maladies « chroniques sévères du système neurovégétatif avec la réduite considérable des facultés intellectuelles ». Si la névrose est produite par la guerre ou la captivité, les prisonniers ont le droit à une hospitalisation dans un pays neutre, selon la section B.5 du même document. Parmi ceux-ci, « [l]es cas de névrose de captivité qui ne sont pas guéris après trois mois d'hospitalisation en pays neutre ou qui, après ce délai, ne sont pas manifestement en voie de guérison définitive, seront rapatriés »[108]. Cependant, les cas de psychose ne bénéficieront pas

---

[108] *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949*, annexe I, I. B. (5).

de l'hospitalisation en pays neutre, parce qu'ils sont considérés comme extrêmement graves ou incurables.

Les observations générales (titre II) de l'Annexe I, visées ci-dessus, concernant les cas de rapatriement direct, contiennent également des dispositions larges sur les troubles mentaux. Ainsi, « [l]es états névropathiques et psychopathiques engendrés par la guerre ou la captivité [...] doivent surtout bénéficier »[109] de l'interprétation la plus large possible des dispositions relatives au rapatriement et à l'hospitalisation dans un pays neutre. Le même document reconnaît ainsi que les hôpitaux de campagne et les sites médicaux utilisés en cas de conflit n'ont pas les capacités logistiques et ne sont pas suffisamment spécialisés pour soigner et traiter proprement les personnes souffrant de troubles mentaux. Il est prévu ensuite que « [l]es prisonniers de guerre ayant subi plusieurs blessures, dont aucune, considérée isolément, ne justifie le rapatriement, seront examinés dans le même esprit, compte tenu du traumatisme psychique dû au nombre des blessures ».[110] Ainsi, le danger pour la santé mentale des blessures multiples est mis en évidence par la souffrance physique causée. Avec cette disposition, il serait utile *de lege ferenda*, que toutes les personnes souffrant de traumatismes physiques (en particulier celles multiples ou graves) subissent un examen psychologique, et par la suite, le cas échéant, psychiatrique, pour établir les éventuelles conséquences des blessures multiples sur la santé mentale. Les mêmes remarques générales de l'article 2 consacrent la règle selon laquelle la maladie mentale est généralement un cas indéniable pour le rapatriement. Le texte de la Troisième Convention de Genève atteste ainsi l'incapacité des structures médicales de campagne à satisfaire les exigences du droit à la santé mentale pour les prisonniers de guerre et pour ce motif prévoit soit la nécessité du rapatriement des personnes souffrant de tels troubles, soit l'hospitalisation dans un pays neutre pour les cas moins graves de troubles mentaux.

---

109 *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949*, annexe I, II. (1).

110 *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre, 12 août 1949*, annexe I, II. (1).

§3. La protection du droit à la santé mentale des civils

Le protocole additionnel des Conventions de Genève du 12 août 1949 sur la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I) se réfère au droit à la santé mentale particulièrement dans l'article 11, concernant la protection des personnes. Ainsi, «[l]a santé et l'intégrité physiques ou mentales des personnes au pouvoir de la Partie adverse ou internées, détenues ou d'une autre manière privées de liberté [...] ne doivent être compromises par aucun acte ni par aucune omission injustifiés ». Un texte similaire est reproduit dans l'article 5 point 2 (e) *du Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 Août, 1949 sur la protection des victimes des conflits armés non-internationaux (Protocole II)*. Le Protocole I interdit en particulier la perpétration de certains actes sur les personnes en détention, ces actes étant considérés comme des infractions graves selon ce Protocole. Ces faits, admis seulement dans des conditions strictement définies, sont: les mutilations physiques, les expériences médicales ou scientifiques et le prélèvement de tissus ou d'organes pour la transplantation. Les actes prohibés incluent aussi les expériences médicales qui pourraient affecter l'équilibre mental des personnes et aussi l'isolement complet et prolongé. L'intégrité et la santé mentale sont également compromises par les procédures dénommées « lavage de cerveau », réalisées par l'inoculation massive de la propagande à travers des moyens plus ou moins scientifiques[111]. Dans ce cas, de nouveau, la santé mentale et l'intégrité mentale forment un tout, mais cela n'est pas toujours respecté. L'interdiction concomitante des violations contre les deux valeurs sociales supprime de plus la possibilité d'éluder les dispositions du Protocole.

Cependant, on observe une contrainte exigée par le par. 1 de l'article 11 sur le droit à la santé mentale, car celui-ci suggère que la santé et l'intégrité mentales des personnes sont protégées seulement contre les actes médicaux qui ne sont pas motivés par l'état de santé ou qui ne sont pas compatibles avec les normes médicales généralement reconnues. Ce n'est que dans le par. 4 du même article que

---

[111] Comité international de la Croix-Rouge, *Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), 8 juin 1977. Commentaires*, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=470&t=com, consulté le 29.09.2009.

l'on interdit « tout acte » ou omission qui pourraient menacer « gravement » la santé ou l'intégrité psychiques de la personne. Ainsi, le par. 1 prévoit seulement une obligation négative du pouvoir qui détient le malade, qui consiste en s'abstenir de commettre certains actes. Le fait que la santé et l'intégrité mentales d'une personne déjà malade pourraient être touchées par des activités qui n'appartiennent pas à la sphère des actes médicaux et qui ne pourraient causer aucun préjudice à une personne en conditions normales de stress et de santé est cependant totalement ignoré. Un exemple dans ce sens peut être le simple geste de faire une personne regarder d'autres malades graves ou blessés de guerre, ou assister à certaines interventions médicales d'urgence qui lui rappellent les images du choc d'une explosion ou d'autres scènes traumatisantes vécues sur le champ de bataille, ce qui pourrait causer des souffrances supplémentaires ou l'aggravation d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique. Le Protocole ne prévoit pas, quand même, l'obligation de protéger les civils contre de telles causes sous-jacentes de la souffrance.

La condition imposée par l'article 11, par. 4, qui prévoit que le risque pour la santé et l'intégrité mentale causé par un acte volontaire ou par une omission doit être considéré comme « grave »[112], est aussi une limitation de la protection. Ainsi, on peut conclure que les faits qui ne feraient qu'aggraver la souffrance psychique, sans mettre en danger la vie, ne sont pas assimilés aux actes incriminés par le Protocole, la notion de « danger grave » n'étant pas définie. La criminalisation en cause ne fonctionne pas, selon le texte du par. 4, que dans la mesure où les actes prévus dans le par. 2 sont commis : des mutilations physiques, des expériences médicales ou scientifiques, le prélèvement d'échantillons de tissus ou d'organes pour la transplantation, sans respecter les conditions d'exemption prévues dans le par. 3 (les dons volontaires de sang, d'organes ou de tissus).

Les mêmes observations s'appliquent aux dispositions de l'article 5 par. 2 (e), du *Protocole II,* en vertu duquel la santé mentale des personnes privées de liberté ne sera pas menacée « par nul acte ou omission injustifiée », par référence aux

---

[112] Art. 11 par. 4 du Protocole I prevoit que „[t]out acte ou omission volontaire qui met gravement en danger la santé ou l'intégrité […] mentales de toute personne au pouvoir d'une Partie […]et qui, soit contrevient à l'une des interdictions énoncées aux paragraphes 1 et 2, soit ne respecte pas les conditions prescrites au paragraphe 3, constitue une infraction grave au présent Protocole".

interventions médicales illégales. Ce paragraphe n'interdit pas d'actionner sur « l'intégrité » mentale des personnes, valeur sociale protégée exprès dans le *Protocole I.*

Le Protocole II stipule dans son article 4 les garanties fondamentales du traitement humain des personnes qui ne participent pas aux hostilités et interdit les atteintes à « la santé et l'intégrité physiques et mentales des personnes », notamment « les actes cruels y compris la torture » et à la lettre (e) du même paragraphe : « les atteintes à la dignité de la personne, notamment les traitements humiliants et dégradants, le viol, la contrainte à la prostitution et tout attentat à la pudeur », ainsi que, au paragraphe (h) : « la menace de commettre les actes ci-dessus ». L'interdiction de la torture se réfère à toutes les formes de torture psychologique ou mentale[113]. Même si nous sommes d'accord que la torture et les actes de cruauté, les traitements humiliants et dégradants puissent affecter sérieusement la santé mentale et que leur interdiction est bienvenue, cette disposition n'assure pas une protection efficace du droit à la santé et à l'intégrité mentales. Nous soulignons que, pour les personnes souffrant déjà de troubles mentaux à la suite du conflit, certains faits ou circonstances pourraient causer des souffrances supplémentaires et contribuer également à l'aggravation de l'état du patient en question. Ces faits et circonstances n'affectent pas normalement les personnes saines. Ainsi, pour que le droit à la santé mentale soit protégé, les parties en conflit (dans le cas des conflits non-internationaux) doivent s'abstenir de tout acte et prévenir toute omission qui pourraient conduire à une aggravation de l'état de santé ou de la souffrance des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce qui manque également est l'obligation positive de la partie au conflit de fournir des soins et des traitements nécessaires aux personnes détenues, l'absence de ces soins pouvant aggraver l'état de morbidité et produire de nouvelles souffrances.

Ainsi, dans les *Conventions de Genève* et les *Protocoles additionnels,* nous constatons que les dispositions concernant le droit à la santé mentale des civils dans les conflits internationaux et non-internationaux exigent seulement des obligations

---

113 Comité international de la Croix-Rouge, *Protocole additionnel (II) aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), 8 juin 1977. Commentaires*, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/COM/475-760008?OpenDocument, consulté le 3.10.2009.

négatives sur la Puissance détentrice : s'abstenir de certains actes déterminés limitativement, sans prendre en compte et prévenir les possibilités infinies qui peuvent causer la souffrance ou même réactiver ou aggraver des troubles mentaux préexistants. En outre, en tant qu'actes incriminés comme représentant des violations graves du Protocole I, on y trouve uniquement des actions qui affectent d'une manière principale la santé et l'intégrité physiques, sans aucune référence aux activités susceptibles de compromettre gravement la santé mentale de la personne (par exemple, soumettre la personne à des scènes macabres ou la contraindre à commettre des atrocités diverses, etc. - des faits rencontrés très fréquemment dans les conflits contemporaines).

Les Conventions de Genève et leurs Protocoles Additionnels omettent de prévoir l'obligation de la Puissance détentrice de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé et l'intégrité mentale des prisonniers. L'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour poursuivre, juger et punir tous les actes qui pourraient attenter à la santé mentale des personnes est aussi absente des instruments juridiques internationaux cités.

Le problème de l'identification des individus souffrant de troubles mentaux revient de nouveau, ainsi que celui visant l'existence des conditions, de la logistique et du personnel pour soigner et traiter les personnes diagnostiquées. Ces questions ne seront plus abordées, à cause de l'analogie avec les situations décrites dans les pages précédentes, mais aussi à cause du niveau inférieur de protection observé dans les Conventions pour le cas des personnes civiles.

Par conséquent, on constate une insuffisance des dispositions visant à protéger le droit à la santé mentale des civils dans les conflits armés, à la fois parce que l'on n'a pas institué suffisamment d'interdictions pour les actes capables d'affecter négativement la santé et l'intégrité mentale, et en raison du caractère limité des activités sur lesquelles il y a l'obligation d'abstention. Il manque également les obligations positives pour assurer des traitements et des soins quand ils sont nécessaires, l'absence de règles imposant un tel comportement pouvant conduire à l'aggravation de l'état de santé des personnes souffrant de troubles psychiques.

Section 2. La protection du droit à la santé mentale dans le Statut de la Cour Pénale Internationale

L'objectif de cette section est d'analyser les dispositions du Statut de la Cour Pénale Internationale pour évaluer si ce document adresse la problématique du droit à la santé mentale et si les dispositions mises en place à cette fin offrent une vraie protection de ce droit.

Le Statut de la Cour Pénale Internationale procède à une énumération très détaillée des infractions sur lesquelles lui y est conférée la juridiction. Presque tous les crimes mentionnés dans le Statut sont de nature à causer des violations graves au droit de la santé mentale des victimes. Toutefois, la victime de l'infraction même n'est pas toujours la seule personne auquel le droit à la santé mentale est violé. Un exemple pour illustrer ce situation est le cas de criminels qui touent une personne, après l'avoir torturé dans la présence d'une autre victime, qui ne subie pas des blessures physiques, mais qui est marquée psychologiquement d'une manière évidente par cette expérience, aussi que par la peur qu'elle peut être aussi tuée immédiatement. Dans une telle situation, où le droit à la santé mentale du survivant est clairement violé, cette seconde victime ne possède pas, selon le Statut de la Cour Pénale Internationale, un argument légal pour que son préjudice moral est reconnu légalement.

Parmi les infractions sur lesquelles la Cour a la compétence de juridiction, il y a seulement celle prévue dans l'article 8 (2) (iii), mais qui peut seulement suggérer une forme de protection pour le droit à la santé mentale : « Le fait de causer intentionnellement de grandes souffrances ou de porter gravement atteinte à l'intégrité physique ou à la santé »[114]. Même s'il n'est pas prévu explicitement, cette disposition peut être interprétée comme couvrant, dans le terme « santé », la santé physique aussi que celle mentale. Toutefois, il y a une série entière des imprécisions et des termes interprétables.

En premier lieu, le terme « intentionnellement » limite dans une mesure importante la sphère d'action de la protection, qui, de cette manière, ne s'applique pas aux souffrances psychiques subies, par exemple, par les témoins des actes de

---

114 *Statut de Rome de la Cour Pénale Internationale*, 17 juillet 1998, art. 8 (2) (iii).

torture, des meurtres et des autres actions traumatisants. L'auteur de tels crimes n'a pas toujours l'intention explicite de faire souffrir les témoins, mais plutôt la victime directe de l'infraction. Il serait, bien sûr, capable de s'apercevoir de l'effet de ses actions sur les personnes présentes sur place et il choisit d'ignorer ces conséquences indirectes, mais toujours néfastes. Il ne serait donc juste de ne tenir responsable un tel criminel pour ses victimes « collatérales ». Bien évidemment, si la torture – par exemple – est commise pour. en fait, causer des souffrances à un autre, qui est proche de la victime, le crime serait plus grave, mais elle doit exister toujours, même dans l'absence d'une telle intention directe.

En seconde lieu, les termes « *grandes* souffrances » et « porter *gravement* atteinte … à la santé », associés aux infractions de l'article 8 (2) (iii) du Statut, sont de nature à créer de la confusion et de l'ambiguïté dans le cas des violations du droit à la santé mentale. Les troubles psychiques, dans leur vaste majorité, sont permanentes et irréversibles. Comme il serait expliqué du point de vue médical dans cette thèse, ces maladies mentales peuvent avoir seulement des phases de rémission partielle, dans la situation où un traitement adéquat est correctement administré, mais ils restent incurables de manière complète. A cause de cela, il peut être affirmé sans aucune hésitation que tous les troubles psychiques « portent gravement atteinte à la santé » et provoquent de « grandes » souffrances Il est donc superflu d'associer ces termes aux violations de la santé mentale qui produisent des vraies troubles psychiques. Cela peut suggérer que ces violations du droit à la santé mentale n'ont pas été, en fait, l'objet de l'attention de cette Convention.

Au contraire, ces degrés de comparaison absolus peuvent se référer aux autres souffrances psychiques, qui, même si elles nuisent aussi à la santé mentale, ne sont pas de nature à produire une maladie permanente grâce à leur durée plus courte ou à leur intensité plus réduite. Ces violations provoquent toujours des souffrances graves et entraînent des risques importants pour la santé psychique, mais ne causent pas un trauma permanent. Si le Statut a l'objectif de sanctionner ces violations du droit à la santé mentale, qui sont les seules auxquelles peuvent être attribuées de telles degrés de comparaison en ce qui concerne leurs conséquences, une situation paradoxale est créée, où seulement un des crimes est puni, sans sanctionner un autre, similaire, mais qui produit des conséquences beaucoup plus graves que le premier.

Il peut être donc constaté que le Statut de la Cour Pénale Internationale se trouve aussi parmi les instruments juridiques internationaux qui ignorent la protection du droit de la santé mentale.

A cause de toutes ces imperfections législatives, il s'avère donc nécessaire d'incriminer séparément les violations de la santé mentale commises pendant les conflits armés en tant que crimes de guerre.

Section 3. Une solution possible pour une meilleure protection législative du droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés

Il a été démontré, dans les pages antérieures, que les instruments juridiques de droit humanitaire et de droit pénal international, qui fonctionnent au niveau global et qui sont mis en place spécifiquement pour aborder les crimes commis dans le cadre des conflits armés, ne confèrent une protection adéquate au droit à la santé mentale. Ni les Conventions de Genève, ni le Statut de la Cour Pénale Internationale ne contiennent de provisions claires et précises pour garantir que les violations de cette valeur humaine soient minimales. Pour essayer d'améliorer, au moins partiellement, ces lacunes législatives, je propose d'ajouter aux instruments juridiques en cause une disposition spécifique séparée, destinée à prendre en compte et sanctionner les violations du droit à la santé mentale.

La reconnaissance du droit à la santé mentale, avec la conséquence pour les Etats d'assurer sa protection, exige que ce droit se voit conféré une position distincte dans les instruments juridiques internationaux qui traitent de ces questions. Pratiquement, la violation du droit à la santé mentale, quelle que soit la méthode ou le moyen employé, doit être définie en tant que telle dans le droit pénal international et insérée parmi les crimes de guerre comme une infraction distincte. Une telle disposition est justifiée par le fait que, selon la législation actuelle, la personne qui a subi une violation du droit à la santé mentale, sans être la victime directe d'une des crimes mentionnés par le Statut, ne voit pas son préjudice reconnu. L'exemple d'un tel cas est celui de la personne qui, à cause de son jeune âge ou pour un autre motif, n'est pas soumise directement à la torture ou à d'autres traitements condamnés, mais a seulement assisté à de tels pratiques, commises envers ses proches. Cette personne risque d'être affectée psychiquement de manière irréversible en raison de ces images et souffre donc d'une violation de son droit à la santé mentale. Elle doit, en conséquence, disposer d'une base légale pour actionner l'auteur en justice. Bien évidemment, les complices du criminel, qui aident et consentent à commettre de tels actes ne peuvent pas prétendre à une réparation pour avoir témoigné de faits qui ont un potentiel traumatisant. Au contraire, ceux-ci seront tenus responsables de la même manière avec l'auteur.

Une telle disposition légale ne doit pas nécessairement prévoir l'intention directe en tant que la seule forme de la responsabilité pour l'auteur, car habituellement, le but de ce-ci se résume à commettre l'« l'infraction principale » disons-nous. Le criminel est en mesure de prévoir que ses actes sont de nature à causer la violation du droit à la santé mentale de plusieurs personnes que sa victime directe, mais il simplement ignore une telle conséquence collatérale. Il peut apparaître paradoxal d'exiger à un criminel de prendre tous les mesures pour éviter d'affecter la santé mentale des témoins, quand il commet une infraction, mais cela ne signifie pas le fait que « l'infraction principale » est permise. Au contraire, le criminel doit être conscient du fait que, à travers son acte, il n'est pas coupable seulement en tant que tortionnaire ou tueur, mais qu'il sera aussi tenu responsable pour avoir traumatisé les personnes qui ont assisté à la perpétration de cette infraction. Une telle responsabilité peut être comparée dans une certaine mesure avec le cas où la responsabilité pénale est déclenchée non seulement à cause d'une action, mais aussi à cause d'ignorer, intentionnellement ou par imprudence, une règle qui impose une obligation d'agir d'une certaine manière – en autres mots – par l'omission d'agir.

Une telle disposition, incriminant séparément les violations du droit à la santé mentale, lui donnera plus de la force et de la visibilité. Aussi, à cause de la liaison étroite entre le droit à la santé mentale et les autres droits de l'Homme, une telle incrimination manifesterait une fonction préventive en ce qui concerne tous les violations des valeurs protégées par les instruments pénales internationaux.

La place de la disposition visant la protection effective du droit à la santé mentale figurerait parmi les définitions des crimes de guerre et pourrait être formulé de la manière suivante :

« Serait considéré comme un crime de guerre l'acte ou l'omission qui ont causé, de manière directe ou indirecte, un traumatisme (ou un trouble) psychique chez une ou plusieurs personnes. »

Il n'est pas nécessaire de préciser que le traumatisme doit être « permanent » ou « irréversible » ou « de longue durée », car généralement, toutes les maladies psychiques présentent ces caractéristiques. La mention « de manière directe ou indirecte » est toutefois essentielle, car le traumatisme psychique n'est pas toujours causé par une action dirigée directement envers la victime, mais peut survenir à cause des autres violations des droits de l'Hommes, commis envers des autres personnes.

Les éléments d'un tel crime sont les suivantes : l'auteur a causé, de manière directe ou indirecte, un trouble psychique chez une ou plusieurs personnes ; cette personne a le statut de personne protégée par une ou plusieurs des Conventions de Genève de 1949 ; l'auteur était conscient des circonstances factuelles qui établissent ce statut (de prisonnier de guerre, de civil ou de combattant) pour la victime ; l'action ou omission a été commise dans le contexte ou en relation avec un conflit armé ; l'auteur était conscient des circonstances factuelles qui établissent l'existence du conflit armé. Le résultat de l'infraction définie ci-dessus doit être l'apparition d'un trouble mental dans la structure psychique de la victime. Toute autre souffrance psychologique moins intense, qui ne produit pas de conséquences permanentes, ne conduira pas à l'engagement de la responsabilité pénale pour ce crime.

L'introduction de cette nouvelle définition de la violation du droit à la santé mentale dans les instruments juridiques de droit humanitaire ne résoudra pas le problème des troubles psychiques soufferts par les soldats, qui sont provoqués par le stress du combat. La seule manière d'aborder cette situation-ci est à travers les stratégies pragmatiques de la guerre, qui doivent viser la minimisation des préjudices humaines. Toutefois, aussi longtemps que les guerres existeront, il y aurait aussi des traumatismes provoqués par les actions invisibles du stress, du danger et de la tension y présentes.

En ce qui concerne la manière pratique dans laquelle cette phrase, qui protége davantage le droit à la santé mentale, pourra être introduite dans les instruments juridiques internationaux en cause est une autre question, extrêmement difficile. Cette fois-ci il est besoin de la volonté politique d'au moins un Etat de proposer un tel amendement et de la volonté des autres de l'accepter. Idéalement, un group des Etats ayant la même vision de ce sujet organiserait des séminaires internationaux pour expliquer l'idée, pour le debater et réalisaient des actions de lobby pour que tous les Etats Parties aux conventions en cause acceptent l'idée de la révision. Toutefois, une telle démarche sur le plan de la politique internationale dépasse en réalité les possibilités de cette thèse.

Section 4.Problèmes de mise en œuvre des instruments juridiques internationaux et de juridiction pour les violations du droit à la santé mentale. L'évaluation de la qualité d'auteur de crimes de guerre dans la jurisprudence du Tribunal Pénal International

L'application des traités qui statuent les normes essentielles du droit international humanitaire dépend dans une grande mesure des actions nationales pour leur mise en œuvre. Ces instruments internationaux ne disposent pas de moyens effectifs, indépendants de la volonté des Etats, pour la mise en œuvre de leurs provisions ou pour l'évaluation ou la surveillance de cette mise en œuvre. Même si ces conventions définissent des principes d'universalité, d'indivisibilité et d'intemporalité, leur mise en œuvre est surveillée par des mécanismes ad-hoc qui ne possèdent aucun de ces attributs. D'une part, le Secrétaire Général de l'ONU a affirmé, dans le cas des crimes contre l'humanité, que « le Conseil de Sécurité a une responsabilité morale d'agir au nom de la communauté internationale ».[115] D'autre part le Conseil de Sécurité, qui a l'autorité pour la mise en oeuvre de ces normes morales absolues, est gouverné par une procédure très politisée et intrinsèquement prudente de prise de la décision, en cherchant d'éviter les controverses et de créer du consensus. Les gouvernements nationaux aussi ont une mission plus confortable avec les dispositions subsidiaires et particulières qu'avec celles tranchantes et universelles.[116]

§1. Le problème visant la mise en œuvre des instruments juridiques internationaux

Les conventions humanitaires soit n'incluent pas des provisions visant leur mise en oeuvre, soit, comme les accords multilatéraux pour le contrôle des armes et le désarmement, renvoient les disputes au niveau de l'ONU et donc, à la procédure

---

[115] Rapport du Secrétaire général en application de la résolution 53/35 de l'Assemblée générale: La Chute de Srebrenia, document de l'ONU A/54/549 (Novembre 15, 1999), par. 490.

[116] LUCK, EC. The Enforcement of Humanitarian Norms and the Politics of Ambivalence. In: Chesterman, S. (ed.), *Civilians in War.* International Peace Academy, London : 2001, p. 205.

politique du Conseil de Sécurité. Ces situations qui doivent être résolus au niveau de l'ONU se trouvent, à leur tour, sous une énorme pression à cause des apparentes écarts entre les membres permanents du Conseil de Sécurité, les disputes sur l'équité et les arrangements du vote, les controverses entre le Conseil de Sécurité et l'Assemblé Générale sur l'autorité, la légitimité et la capacité structurelle, matérielle et financière limité pour planifier, surveiller et mettre en ouvre les mesures militaires ou économiques nécessaires.[117]

Les problèmes de l'ONU reflètent le dilemme essentiel d'essayer de codifier les standards moraux universaux et de les mettre en ouvre d'une manière collective, objective et juste dans l'époque des Etats-nations, où les gouvernements nationaux et non pas les organisations internationales ont le monopole virtuel et les instruments pour mettre en ouvre le droit international humanitaire. Les Etats votent dans le Conseil de Sécurité si la mise en oeuvre est nécessaire et puis ils décident au niveau national s'ils accordent un support financier pour que les mesures adoptées soient mises en application. Très souvent, quand la mise en oeuvre d'une norme collective est vue comme une responsabilité commune, elle devient finalement la responsabilité de personne. Encore plus souvent, personne n'est tenu responsable pour le manque de respect des standards humanitaires ou l'échec des organisations internationales d'imposer des remèdes efficaces et effectifs.[118]

§2. Le problème visant la juridiction pour les violations du droit à la santé mentale

En ce qui concerne le problème de la juridiction pour les violations du droit à la santé mentale, la situation s'avère même plus difficile, à cause du manque de volonté politique des Etats d'assumer les droits et les obligations qui leurs ont été conférés par les conventions internationales en vigueur.

Classiquement, la juridiction d'un tribunal d'un Etat pour une certaine infraction est limitée aux principes de la territorialité et de la personnalité, ce qui signifie qu'elle peut être exercé seulement si le crime a été commis sur le territoire de cet Etat ou si

---

[117] LUCK, EC. The Enforcement of Humanitarian Norms and the Politics of Ambivalence. In: Chesterman, S. (ed.), *Civilians in War.* International Peace Academy, London : 2001, p. 205.

[118] LUCK, EC. The Enforcement of Humanitarian Norms and the Politics of Ambivalence. In: Chesterman, S. (ed.), *Civilians in War.* International Peace Academy, London : 2001, p. 206.

l'auteur est l'un des ses ressortissants. Toutefois, une exception est faite dans le cas des crimes les plus graves.

Les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels ont fourni une compétence universelle aux tribunaux nationaux en matière de violations graves du droit international humanitaire. Chaque État partie à ces conventions est habilité à juger toute personne soupçonnée d'avoir commis des crimes graves sur son territoire, indépendamment de la nationalité de la personne ou de l'endroit où il a commis les infractions[119] : « Chaque Partie contractante aura l'obligation de rechercher les personnes prévenues d'avoir commis, ou d'avoir ordonné de commettre, l'une ou l'autre de ces infractions graves, et elle devra les déférer à ses propres tribunaux, quelle que soit leur nationalité. Elle pourra aussi, si elle le préfère, et selon les conditions prévues par sa propre législation, les remettre pour jugement à une autre Partie contractante, pour autant que cette Partie contractante ait retenu contre lesdites personnes des charges suffisantes. »[120]

En outre, l'article 88 du Protocole additionnel aux Conventions du 12 août 1949, relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I du 8 Juin 1977) stipule que « Les Hautes Parties contractantes s'accorderont l'entraide judiciaire la plus large possible dans toute procédure relative aux infractions graves aux Conventions et au présent Protocole » et prévoit une coopération en matière d'extradition.

Des dispositions similaires se trouvent aussi dans la Convention contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui, à l'article 7.1, prévoit que « l'Etat partie sur le territoire sous la juridiction duquel l'auteur présumé d'une infraction visée à l'article 4 est découvert, s'il n'extrade pas ce dernier, soumet l'affaire, dans les cas visés à l'article 5, à ses autorités compétentes pour l'exercice de l'action pénale. »

La compétence universelle des tribunaux nationaux pour des crimes contre l'humanité et crimes de génocide n'a pas été établie par les instruments

---

119 *Le rôle des juridictions nationales*, article publié sur la page internet de La documentation française, consulté le 24.05.2011, disponible à l'adresse http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/justice-penale-internationale/juridictions-nationales.shtml.

120 Chapitre X, art. 49 de la Convention (I) de Genève, article 50, chapitre VIII de la Convention (II) de Genève, art. 129 de la Convention III et art. 146 de la Convention IV.

internationaux en termes précis, mais elle est souvent considérée comme faisant partie du droit international coutumier.[121]

Selon le droit international, la juridiction universelle pour les crimes de guerre se rapporte à la possibilité que tous les États puissent tenir pénalement responsable de ses actes toute personne coupable. Mais, la plupart des pays ne possèdent pas de ressources ou n'ont pas l'intérêt à juger les personnes qui commettent de tels crimes, surtout lorsque l'État n'a pas été impliqué dans le conflit. Beaucoup d'États ne possèdent pas de législation nationale leur permettant de juger ces coupables.

Les règles et les coutumes de la guerre présentent un caractère universel, les crimes de guerres étant des crimes contre *jus gentium*[122]*.* Au lendemain de la seconde guerre mondiale et à la suite aux procès de Nuremberg et de Tokyo, les juridictions nationales des pays alliés avaient apporté de nombreuses poursuites contre des ressortissants allemands accusés de crimes contre la paix, des crimes contre l'humanité ou des crimes de guerre. L'activité des juridictions nationales est ensuite diminuée, malgré l'entrée en vigueur en 1950 des Conventions de Genève, qui confèrent une compétence universelle pour la répression des violations graves du droit humanitaire. La diminution des activités juridictionnelles des Etats dans cette matière peut être expliquée par le fait que les Conventions de Genève n'ont pas été intégrées dans les législations nationales de tous les Etats qui les ont ratifié. L'incorporation des dispositions des Conventions dans la législation nationale n'est pas nécessaire dans un certain nombre de pays pour lesquels les traités sont automatiquement partie du droit national (l'Autriche, l'Espagne, la Russie, la Suisse, la Roumanie), mais il est exigée toutefois de la plupart des législations (inclusivement celle française).[123]

---

121 *Le rôle des juridictions nationales*, article publié sur la page internet de La documentation française, consulté le 24.05.2011, disponible à l'adresse http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/justice-penale-internationale/juridictions-nationales.shtml.

122 United Nations War Crimes Commission, *Law Reports of Trial of War Criminals,* p. 15.

123 Le rôle des juridictions nationales. Publié sur la page internet de La documentation française, consulté le 24.05.2011. Disponible à l'adresse http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/justice-penale-internationale/juridictions-nationales.shtml.

Parmi les pays qui ont intégré dans leur législation nationale les Conventions se trouve la Belgique, qui, par une loi de 1993 « sur la répression des violations graves des Conventions de Genève du 12 août 1949 et les Protocoles I et II du 8 Juin 1977 additionnel aux Conventions », révisée par une loi de 1999 « relative à la répression des violations graves du droit international humanitaire » a réussi de conférer aux tribunaux belges une compétence universelle pour juger les violations graves du droit international humanitaire.[124]

La Convention contre la torture a été incorporée dans la législation d'un certain nombre d'Etats, y compris le Royaume-Uni, la France, le Canada, les États-Unis, les Pays-Bas.

Le Rapport d'enquête sur les crimes de guerre, rédigé par les autorités de Royaume Uni en 1989, affirme que les États belligérants de même que les États neutres ont le droit d'exercer leur juridiction sur les crimes de guerre, ceux-ci étant des crimes *ex jure gentius*, principe reconnu du droit international[125]. La loi britannique de 1991 sur les crimes de guerre permet de démarrer les procédures judiciaires contre tout citoyen britannique ou tout résident sur le territoire de la Grande Bretagne, quelle que soit sa nationalité au moment où il a commis le délit, pour toute infraction liée à la seconde guerre mondiale (et qui a conduit à la perte de la vie d'une personne), ce qui représente une violation des lois et des coutumes de la guerre. Évidemment, le but de la réglementation britannique mentionnée était de résoudre le problème des présumés criminels de guerre qui s'étaient établis en Grande Bretagne. Il serait artificiel d'envisager cette réglementation comme fondée sur le principe de la nationalité passive. Une explication juridique plus juste de cet exemple de réglementation est le droit de tous les États de poursuivre et de juger les violations graves du droit international.

Le rapport cité ci-dessus affirme par la suite : « Les crimes de guerre ou les graves violations des Conventions de Genève de 1949, où qu'ils fussent commis dans le monde, peuvent être jugés en Grande Bretagne selon la loi de 1957 sur les

---

[124] Le rôle des juridictions nationales. Publié sur la page internet de La documentation française, consulté le 24.05.2011. Disponible à l'adresse http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/justice-penale-internationale/juridictions-nationales.shtml.

[125] HETHERINGTON, T., CHALMERS, W. *War Crimes: Report of the War Crimes Inquiry*, 1989, CMND 744, p. 45.

Conventions de Genève. » Par l'adoption de cette loi, le Parlement britannique a considéré que les infractions et les crimes de guerre étaient des faits suffisamment graves, de sorte que les instances britanniques en aient la juridiction quelle que soit la nationalité du coupable et quel que soit l'endroit ou ils ont été commis. [126]

Le droit international contemporain pourrait permettre à la Grande Bretagne d'aller plus loin, au sens de permettre la poursuite et le jugement des personnes présentes sur son territoire, selon les mêmes procédures appliquées par le Canada en 1987, sans avoir aucune objection de la part des autres pays. La législation canadienne prévoit la juridiction sur tous les faits qui constituent des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, selon le droit international coutumier ou les conventions internationales en vigueur à la date du délit, quand le supposé coupable se trouve sur le territoire canadien et le Canada, selon le droit international, peut exercer sa juridiction. [127]

Le Manuel Militaire Autrichien affirme aussi le principe de l'universalité de la juridiction sur les crimes de guerre : « si un soldat viole les lois de la guerre, même si lui-même, il reconnaît l'illégalité de sa propre action, son État, l'État adversaire, de même qu'un État neutre peut le punir pour ce fait » [128].

Un des problèmes qui empêche l'accomplissement de la justice et contribue à la persistance des violations des droits fondamentaux consiste dans l'absence de mécanismes nationaux – pareils à ceux décrits ci–dessus - pour mettre en œuvre le droit pénal international au niveau des États tiers vis-à-vis du conflit armé où se sont produites les violations mentionnées. La généralisation de telles dispositions législatives pourrait conduire à la mise en œuvre des exigences du droit humanitaire, y compris la responsabilité pour les violations du droit à la santé mentale.

Il y a beaucoup d'arguments qui donnent la préférence au jugement sur le plan national des auteurs de crimes de guerre. Par exemple, il a été affirmé que les sanctions imposées par les juridictions nationales, tels la Chambre des Crimes de

---

126 HETHERINGTON, T., CHALMERS, W. *War Crimes: Report of the War Crimes Inquiry*, 1989, CMND 744, p. 60.

127 HETHERINGTON, T., CHALMERS, W. *War Crimes: Report of the War Crimes Inquiry*, 1989, CMND 744, p. 72-73.

128 Bundesministerium fur Landesverteidigung. *Truppenfuhrung.* (1965), cité par MERON, T. International Criminalization of Internal Atrocities. *The American Journal of International Law*, 1995, 89(3), 554-77.

Guerre de Serbie, responsable des poursuites pour les crimes commis par les citoyens serbes, ont un impact beaucoup plus grand.[129] Tout d'abord, ces sanctions ne sont pas imposées par un tribunal international à distance, associé dans l'esprit de la population locale avec ceux qui ont bombardé la région en 1999. Dans le processus de recouvrement et d'essaye à s'accommoder avec le passé, actuellement en cours en Serbie, les sanctions imposées par un tribunal national peuvent être plus efficaces que la justice internationale. Selon l'opinion d'un représentant de la communauté de Belgrade, « Certains de nos citoyens ont commis des crimes à l'étranger en notre nom. Maintenant, les juger ici [en Serbie] est important pour notre reprise, car cela signifie que nous ne sommes pas tous coupables de ces événements, contrairement à ce qui expose l'opinion internationale, et que nous pouvons identifier les coupables et les juger. Il donne un signal fort aux autres que leur tour peut aussi arriver. »[130]

Ce processus peut aider une société à expérimenter la distinction fondamentale entre la culpabilité collective et la responsabilité collective.[131] C'est-à-dire, si tout le monde est considéré comme coupable, puis paradoxalement, personne n'en est vraiment, et ça signifierait l'utilisation des sophismes et des lignes de défense des criminels eux-mêmes. Les violations du droit humanitaire n'ont pas été commises par tout le monde, mais un cercle plus grand de personnes ont fermé les yeux ou n'ont pas essayé de les empêcher. Et la responsabilité collective se trouve justement dans cette affirmation, selon les chercheurs qui ont promu cette théorie.[132] Si les institutions judiciaires nationales déclarent certaines personnes « communes » - contrairement aux dignitaires de haut rang - coupables de crimes de guerre dans les événements présentés à l'époque comme la protection du pays,

---

129 TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

130 Entretien réalisé à Belgrade par Samuel Tanner en mars 2006 avec un militant des droits de l'Homme du Centre de droit humanitaire de Belgrade. In: TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

131 ARENDT, H. *Responsibility and Judgment*. New York : ed. Jerome Kohn, Schocken Books, 2003, p. 295.

132 ARENDT, H. *Responsibility and Judgment*. New York : ed. Jerome Kohn, Schocken Books, 2003, p. 295.

alors cela signifie que quelque chose n'a pas été en fait bien et qu'un règle a été violée. D'une certaine manière, ce processus incite les gens à prendre position sur cette question, quelle que soit leur opinion, et les encourage donc à examiner leur propre conscience.[133]

Toutefois, l'apport du droit pénal international à l'administration de la justice est aussi incontestable. Le fondement même du droit pénal international est que la responsabilité pénale est individuelle.

§3. L'évaluation de la qualité d'auteur de crimes de guerre dans la jurisprudence du Tribunal Pénal International pour l'ex Yougoslavie

Par rapport aux sanctions contre les Etats - la méthode traditionnelle dans la communauté internationale - la punition des individus a un effet supplémentaire de prévention et de stigmatisation. La peine est décidée dans une approche formalisée, en se fondant sur une procédure équitable et beaucoup moins influencée par des considérations politiques que le processus de prise de la décision du Conseil de Sécurité des Nations Unies. Plus important encore, la punition conduit à l'individualisation de la responsabilité et de la répression. Il est clair que les crimes horribles témoignés par nos derniers siècles n'ont pas été commis collectivement par « les serbes », « les allemands », « les croates » ou « les hutus », mais par des individus criminels. Tant que la responsabilité reste attribuée à un État ou à un peuple, il y persistera toujours, comme effet adverse, la graine de futures guerres. Il est donc crucial que les concepts du droit pénal international ne conduiront pas à une ré-collectivisation de la responsabilité. Il peut certainement être considéré que tous ceux qui luttent dans des guerres injustes ou génocidaire ou soutiennent des régimes inhumains sont moralement et politiquement coresponsables des violations du droit international humanitaire commises dans de tels contextes. Cela ne devrait pas, cependant, conduire à la responsabilité pénale fondée sur la simple appartenance au groupe et la connaissance de la politique de ce groupe. Un tel concept éliminerait l'idée de la responsabilité pénale des auteurs réels et de leurs dirigeants et créerait un réseau de solidarité autour d'eux.

---

[133] TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

Ce développement ne serait pas une meilleure protection pour les victimes, ni ne pourrait-il faciliter la mise en œuvre effective de la justice pénale internationale.[134] Bien sûr, l'importance d'envisager un « paradigme de l'Etat » selon lequel les élites politiques et les agents étatiques sont responsables de la perpétration des violations du droit humanitaire ne doit pas être niée. Mais une telle perspective ne prend évidemment pas en compte les formes multiples de la violence de masse. Il est suffit de considérer les dynamiques locales pour se rendre compte que non toute la participation dans les crimes de masse est le résultat de l'obéissance à l'autorité. Donc, la concentration sur le rôle et la responsabilité des commandants de l'armée régulière et de l'élite politique ne suffit pas pour résoudre les problèmes de sanctionner et prévenir les crimes de masse, et peut même mettre en ombre les dynamiques cruciales dirigeant les crimes de guerre.

En ce que concerne la réponse à la question « qui sont les auteurs des crimes de guerre? », dans les pages suivantes seront analysés quelques cas du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, qui a établi une jurisprudence importante en ce qui concerne la problématique de la participation à commettre des infractions pendant les conflits armés.

Dans le domaine de l'évaluation de la qualité d'auteur des violations du droit humanitaire, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie a fait des progrès remarquables en ce qui concerne la manière d'établir la responsabilité pénale. Le principe général du droit pénal que l'individu est responsable de ses actes ou omissions est mis en vigueur par l'article 7 du Statut.[135] Toutefois, ni dans son article 7 (1), ni dans aucune autre disposition, le Statut ne précise le niveau de la participation de l'individu dans la crime.[136] Selon l'arrêt Tadic de 1997 et la jurisprudence ultérieure, la responsabilité pénale en vertu de l'article 7 (1) implique la participation par une « conduite complice ».[137] Une distinction peut donc être faite

---

134 SASSÒLI, M., OLSON, L. M. The judgment of the ICTY Appeals Chamber on the merits in the Tadic case. *International Review of the Red Cross*, 2000, 82(839), 733-769.

135 *Prosecutor* v. *Kordic and Cerkez, Judgement*, Case No. IT-95-14/2, T. Ch. II, 26 février 2001, para. 364.

136 *Prosecutor* v. *Kordic and Cerkez, Judgement*, Case No. IT-95-14/2, T. Ch. II, 26 février 2001, para. 374.

137 *Prosecutor* v. *Tadic, Opinion and Judgement*, Case No. IT-94-1-Y, T. Ch. II, 7 mai 1997, para. 674.

entre les doctrines classiques de la participation active dans le sens d'avoir personnellement commis le crime et « la participation inactive » dans le sens d'avoir « participé » à une entreprise criminelle commune.[138] Il y a une « compréhension de base », selon la Chambre de première instance dans l'affaire Celebici, que la juridiction sur les principes de la responsabilité pénale individuelle en vertu de l'article 7 (1) « ne se limite pas aux personnes qui ont directement commis les crimes en question ».[139] Le concept de la « participation » est donc interprété de manière à englober « toutes les formes de responsabilité qui sont inclus dans l'article 7 (1) », nonobstant le fait que certaines formes sont plus directes que d'autres, selon l'arrêt Celebici.[140]

Le fait que l'auteur est conscient du risque et, en particulier, du fait que les autres membres du groupe peuvent éventuellement commettre un crime, devient un fondement de la responsabilité pénale, qui désormais élargit le concept de *mens rea* vis-à-vis de la responsabilité pénale individuelle.[141]

Les évolutions linéaires de la jurisprudence en ce qui concerne la responsabilité pénale individuelle sont basées sur une interprétation expansive de la responsabilité pénale pour inclure la participation « inactive » à travers une entreprise criminelle commune. Le Tribunal fait une distinction entre la participation active et inactive pendant la un crime, et révèle l'éventuelle attribution égale de la responsabilité pénale pour les deux modes de participation. Ces développements sont basés sur la notion de « prévision objective » possible dans la le fait de commettre un crime et sont régulièrement suivis par le Tribunal dans sa

---

138 *Prosecutor* v. M*ucic et al., Judgement on Sentence Appeal,* Case No. IT-96-21, 8 avril 2003, para. 40; *Prosecutor* v. *Radoslav Brdanin and Momir Talic, Decision on Form Further Amended Indictment and Prosecution Application to Amended Indictment and Prosecution Application to Amend*, Case No. IT-99-36-PT, 26 juin 2001.

139 *Prosecutor* v. *Blaskic*, *Judgement*, Case No. IT-95-14, T Ch. I, 3 mars 2000, para. 263, qui cite *Prosecutor* v. *Delalic et al. (Celebici Case), Judgement*, Case No. IT-96-21-T, T. Ch. IIqtr, 16 Nov. 1998, para. 319.

140 *Prosecutor v. Delalic et al. (Celebici Case), Judgement,* Case No. IT-96-21, App. Ch., 20 février 2001, para. 355.

141 WAGNER, N. The development of the grave breaches regime and of individual criminal responsibility by the International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia. *International Review of The Red Cross*, 2003, 85(850), 351-383.

jurisprudence postérieure à la décision de la Chambre d'appel dans le cas Tadic de 1999.[142]

En citant la décision de la Chambre d'appel dans le cas Tadic, la Chambre de première instance a conclu que l'article 7 (1) comprend deux catégories distinctes de responsabilité pénale, partagée par les auteurs et les complices.[143] La « participation d'un individu à la perpétration d'un crime autre que par l'exécution effective »[144], ou la responsabilité indirecte, est encadré dans la les dispositions de l'article 7 (1), selon la Chambre de première instance. Cela reflète la constatation dans l'arrêt Tadic de la Chambre d'appel, qui permet au Procureur d'invoquer l'article 7 (1) dans son intégralité vis-à-vis de la participation de l'accusé à une entreprise criminelle commune : « Bien que certains membres du groupe puissent physiquement commettre l'acte criminel, (...) la participation et la contribution des autres membres du groupe sont souvent essentielles pour faciliter la perpétration de l'infraction en question. Il signifie que la gravité morale de cette participation n'est souvent pas moins - voire pas différente - de celui qui incombe à ceux qui accomplissent effectivement les actes en question. Dans ces circonstances, pour tenir pénalement responsable, en tant qu'auteur, seulement la personne qui exécute matériellement l'acte criminel, serait négligé le rôle de co-auteur de tous ceux qui, d'une certaine manière, ont permis à l'auteur physique de procéder à cet acte criminel. »[145] Dans le même temps, selon les circonstances, tenir responsables les uns qui n'ont pas effectué matériellement l'acte, mais qui l'ont permis, seulement en tant que complices ou « personnes qui ont aidé » pourraient sous-estimer le degré de leur contribution criminelle.[146]

Les formes primaires et secondaires de la participation, bien que n'étant pas prévues explicitement dans le Statut, ont néanmoins été qualifiées comme

---

142 WAGNER, N. The development of the grave breaches regime and of individual criminal responsibility by the International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia. *International Review of The Red Cross*, 2003, 85(850), 351-383.

143 *Prosecutor* v. *Tadic, Judgement*, Case No. IT-94-1-A, App. Ch., 15 juillet 1999, para. 373.

144 *Prosecutor* v. *Tadic, Judgement*, Case No. IT-94-1-A, App. Ch., 15 juillet 1999, para. 385.

145 *Prosecutor* v *Krnojelac, Judgement*, Case No. IT-97-25, T. Ch. II, 15 mars 2002, para. 73.

146 *Prosecutor* v *Krnojelac, Judgement*, Case No. IT-97-25, T. Ch. II, 15 mars 2002, para. 73.

représentant la responsabilité des auteurs directs ou principaux et des complices passifs.[147]

En outre, la Chambre de première instance, dans l'affaire Procureur v. Kvocka et al.[148] a jugé que l'absence de la spécification participative dans l'acte d'accusation n'empêche pas la Chambre de prendre en considération tous les modes possibles de participation, y compris la doctrine de l'objectif commun. Compte tenu des différents degrés de la participation principale et secondaire depuis le Jugement Tadic de 1999, le Tribunal a relevé des pouvoirs discrétionnaires afin de « ...caractériser la forme de la participation de l'accusé, le cas échéant, selon la théorie de la responsabilité qu'il juge la plus appropriée. »[149] Les théories de la responsabilité comprennent une double distinction entre ce qui est explicitement mentionné dans l'article 7 (1) et ce qui est implicitement confirmé par celle-ci, selon la Chambre de première instance dans l'affaire Kvocka.[150] Un modèle linéaire de l'interprétation judiciaire depuis l'arrêt de Tadic a révélé que la conception commune constitue « un mode de participation au sens large en vertu de l'article 7 (1) »[151] et s'inscrit dans une interprétation large du Statut.

En se prononçant sur la question, le Tribunal a cependant adopté un niveau élevé de participation pour la responsabilité du co-auteur. Dans le cas Procureur c. Furundzija, la Chambre de première instance a constaté que deux types de responsabilité pour la participation criminelle « semblent être cristallisées dans le droit international – les co-auteurs qui participent à une entreprise criminelle commune, d'une part, et les personnes qui aident et les complices, d'une autre. » La Cour a déclaré en outre que, pour distinguer un co-auteur d'une personne qui a aidé ou a encouragé, il est crucial de vérifier si la personne qui prend part à la séance de torture participe aussi à l'accomplissement de l'objectif qui se trouve derrière la torture (c'est à dire, s'il agit avec l'intention d'obtenir des renseignements ou des aveux, de punir, d'intimider, d'humilier ou de contraindre la victime ou une tierce

---

147 *Prosecutor* v. *Krstic*, *Judgement*, Case No. IT-98-33, T. Ch. I, 2 août 2001, para. 643.

148 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001.

149 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 248; *Prosecutor* v. *Kupreskic et al., Judgement*, Case No. IT-95-16, 14 Jan. 2001, para. 388.

150 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 297.

151 *Prosecutor* v. *Kupreskic et al., Judgement*, Case No. IT-95-16, 14 janvier 2001, para. 772.

personne, ou de discriminer, pour quelle que soit la raison, la victime ou une tierce personne). La Cour a ensuite conclu que, pour être reconnu coupable en tant que co-auteur, l'accusé doit participer à une partie intégrante de la torture et à l'accomplissement de l'objectif qui se trouve derrière la torture.[152]

Toute notion de « re-collectivisation de la responsabilité » est contestée par l'arrêt du Procureur c. Kvocka et al., dans lequel la Chambre de première instance a souligné en ce qui concerne la coresponsabilité que « ... cela ne signifie pas que toute personne qui travaille dans un camp de détention où les conditions sont abusives devient automatiquement responsable en tant que participant à une entreprise criminelle commune ».[153] Selon le Tribunal, la participation doit être significative et doit entraîner un acte ou une omission qui contribue à l'effectivité ou à l'efficacité d'une entreprise. A titre d'exemple, la Chambre de première instance a cité « une participation qui permet au système de mieux fonctionner ou sans interruption. La perpétration physique ou directe d'un crime grave qui favorise l'objectif de l'entreprise criminelle constituerait une contribution importante. »[154]

En outre, la participation aurait en général besoin d'une évaluation « cas par cas », notamment pour ceux qui n'ont pas commis physiquement les crimes. Ainsi, quelle que soit la nature de l'entreprise criminelle commune - que ce soit définie au sens large ou temporellement et géographiquement limitée - la personne en cause engage la responsabilité pénale uniquement lorsque sa participation apporte une contribution substantielle au fonctionnement ou à la réalisation des buts de l'entreprise.[155]

En outre, la Chambre de première instance a estimé qu'un degré plus substantiel de la participation de niveau bas ou modéré est nécessaire dans une entreprise criminelle commune pendant les périodes de guerre ou des violences de masse que pendant l'obéissance des ordres et la réalisation d'une fonction de bas

---

152 *Prosecutor* v. *Furundzija*, *Judgement*, Case No. IT-95-14/1-T, T. Ch. II, 10 décembre 1998, paras. 231, 118, 216, 253 et 257.

153 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 309.

154 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 309.

155 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 310.

niveau pour une seule fois dans une entreprise criminelle.[156] L'importance et le niveau de participation dépendront d'un certain nombre de facteurs, selon la Chambre de première instance, parmi lesquels le plus important est le rôle joué par l'accusé en termes de gravité et d'ampleur des crimes commis. La responsabilité pénale individuelle est ainsi préservée par le Tribunal en ce qui concerne la participation de l'accusé dans l'entreprise criminelle commune : « en somme, l'accusé doit avoir accompli des actes qui ont aidé d'une manière substantielle ou ont affecté d'une manière significative la réalisation des objectifs de l'entreprise, en sachant que ses actes ou ses omissions ont facilité les crimes commis par le biais de l'entreprise, afin d'être pénalement responsable en tant que participant à une entreprise criminelle commune. Le participant coupable n'a pas besoin de savoir de chaque crime commis. Le simple fait de savoir que des crimes sont commis dans un système et de participer sciemment à ce système d'une manière qui contribue substantiellement ou facilite la perpétration d'un crime ou qui permet à l'entreprise criminelle de fonctionner effectivement ou de manière efficace serait suffisant pour établir la responsabilité pénale. »[157] La personne qui aide ou encourage ou le co-auteur d'une entreprise criminelle commune contribue à la perpétration des crimes en jouant un rôle qui permet au système ou à l'entreprise de poursuivre son fonctionnement.[158]

Le Tribunal a donc réalisé effectivement une distinction entre la responsabilité pénale individuelle et la responsabilité collective : dans le jugement Krstic, la Chambre de première instance a confirmé que « ... il est essentiel de faire une distinction entre ce qui pourrait être la responsabilité collective et la responsabilité individuelle. Le Tribunal n'a pas été établi pour traiter la possibilité d'une responsabilité collective. Ce qu'intéresse (...) le Tribunal est de vérifier si la preuve

---

156 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 310.

157 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 312.

158 *Prosecutor* v. *Kvocka et al., Judgement*, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 novembre 2001, para. 312.

présentée a la possibilité de démontrer qu'un accusé est coupable. [Il] vise à juger un accusé [et pas] un peuple. »[159]

Le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie a donc confirmé le principe de la nécessité d'adresser de manière individuelle chaque crime et chaque auteur, en créant des fondements qui ouvrent des perspectives nouvelles dans la matière du droit pénal international.

Toutefois, les problèmes visant la mise en œuvre des dispositions du droit international humanitaire persistent encore, car la solution d' « internationaliser » tous les procès visant les violations des droits pendant les conflits armés n'est ni efficace, ni faisable et les Etats tiers au conflit évitent, aux raisons politiques, de juger les coupables. Dans cette situation, le seul espoir réside dans la bonne foi des Etats impliqués dans la guerre en cause de procéder à la mise en œuvre de l'acte de la justice, en obéissant les principes de l'équité, de la transparence et de l'impartialité. Même si une volonté politique dans ce sens peut être difficile à coaguler, il existe au moins, comme il a déjà été exposé dans cette section, un désir populaire pour apporter l'acte de la justice là où les crimes ont été commis, pour faciliter la mise en lumière de la vérité sur le passé et pour éliminer le stigma d'une « culpabilité collective » pour les atrocités de la guerre.

---

[159] Press Release, Trial Chamber, "Radislav Krstic becomes the first person to be convicted of genocide at the ICTY and is sentenced to 46 years imprisonment", 2 August 2001, OF/P.I.S./609e.

Chapitre 2. Analyse de la conduite des participants aux conflits par rapport au respect des normes visant la protection du droit à la santé mentale

Ce chapitre a le but d'étudier la variation du comportement des acteurs impliqués dans les conflits armés. Pour cela, l'analyse va débuter, dans la première section, avec la présentation des éléments caractéristiques des conflits armés contemporains. Dans la seconde section, l'étude du cas de la guerre en Bosnie Herzégovine de la période 1992 - 1995 sera utilisée pour illustrer la situation où les normes du droit humanitaire sont presque totalement ignorées. À travers ce cas, les facteurs qui influencent les acteurs impliqués dans le conflit de respecter ou non les dispositions légales seront analysés, dans la troisième section. A la fin, dans la quatrième section, les conséquences juridiques du non respect de l'obligation de protéger le droit à la santé mentale dans les conflits armés seront explorées, en démontrant la force coercitive minimale du droit international dans ce domaine.

Section 1. Les caractéristiques et les problèmes juridiques des conflits armés (internationaux et sans caractère international)

Les conflits armés ont un caractère international lorsqu'il y a un appel à la force armée dans les relations interétatiques, ce qui conduit à l'application du droit humanitaire. Le droit humanitaire s'applique aussi dans le cas où un conflit éclate au sein d'un seul État ou si un pays tiers envoie des troupes dans ce territoire, ou dans le cas où une partie au conflit agit dans l'intérêt d'un autre État qui en détient le contrôle. Les situations d'instabilité interne, d'autre part, ne sont pas couvertes par le droit humanitaire, car le maintien ou le rétablissement de l'ordre et la défense de l'intégrité territoriale font partie des responsabilités de l'État même. Toutefois, quand entre les autorités gouvernementales et des groupes armés organisés ont lieu des violences armées ou se produisent des combats entre différents groupes au sein d'un État, les parties ont des droits et des obligations établis par le droit international

humanitaire. En plus, selon le cas, leur engagement dans des activités interdites pourrait être considéré comme crime de guerre[160].

§1. Les éléments caractéristiques des conflits armés contemporains

Les conflits armés contemporains ne sont plus formellement des guerres entre États souverains, mais prennent l'aspect d'autres types de conflits, qui se produisent fréquemment à l'intérieur des frontières des États existants. Les caractéristiques de ces nouveaux types de guerres, qui seront décrites ci-dessous, ont été présentes, en divers degrés, dans le cadre des conflits armés récents. Les buts de ces conflits diffèrent beaucoup. Par exemple, au Rwanda, la lutte a eu lieu pour obtenir une position dominante dans l'État, tandis qu'en Croatie et en Bosnie il s'agit de la sécession d'un élément de l'État existant pour former un nouvel État. En tout cas, le gouvernement de l'État (ou les gouvernements, pendant les conflits de sécession) peut être l'une des deux parties en conflit. Mais souvent, celui-ci n'est pas suffisamment solide pour protéger la population civile, ou il peut conduire lui-même des attaques contre les non-combattants.

Une seconde caractéristique des conflits armés contemporains est l'importance particulière donnée aux différences entre les parties belligérantes. Ces différences ne correspondent pas nécessairement aux catégories spécifiées dans la Convention sur le génocide (les différences nationales, ethniques, raciales ou religieuses), mais fonctionnent de la même manière en tant que fondement pour la détermination de la culpabilité par association à toutes les personnes dont l'identité les marque comme des ennemis, activement impliquées dans le combat ou non. Telles différences peuvent être l'opinion politique ou l'appartenance à un certain mouvement ou à une certaine classe sociale.

Une troisième caractéristique de ces conflits est leur aspect territorial prononcé, leur but étant défini par l'une ou les deux parties, non seulement comme la défaite militaire et/ou la domination politique, mais aussi comme l'élimination totale des adversaires de son propre territoire.

Une autre caractéristique de ces conflits, ayant une différente nature des trois premières, est que parmi les combattants sont inclus un certain nombre d'individus,

---

[160] GUTIERREZ POSSE, H.D.T. The relationship between international humanitarian law and the international criminal tribunals. *International Review of the Red Cross*, 2006, 88(861), 65-86.

des groupes armés, des forces paramilitaires et des soldats qui, en théorie, sont soumis à la discipline militaire. À travers cette discipline militaire, les États en conflit imposent des restrictions à la conduite des forces armées, au sens d'exiger d'elles un comportement responsable, en accord avec les règles de la guerre et les standards de l'humanité. Toutefois, on ne peut pas nier que même une force armée disciplinée peut être utilisée comme instrument dans la lutte contre la population civile de l'ennemi. Un problème particulier concernant les conflits contemporains est la présence dans les hostilités de beaucoup de combattants défendant des intérêts privés - par exemple de vieilles rancunes-, ou qui sont impliqués pour des raisons criminelles, le conflit leur permettant d'agir à leur gré dans la zone des hostilités. Un autre problème est la présence de milices paramilitaires engagées auprès des combattants dans les conflits civils, qui sont autorisées à agir sur la population générale, dans une mesure plus grande que celle admise par le droit international concernant les actes sur les non-combattants.

Ainsi, quand la distinction entre combattants et non-combattants est ignorée, et, plus précisément, lorsque la population civile est considérée directement ou indirectement comme cible, les civils subiront les conséquences de la guerre, les forces armées pourront commettre des actes qui affectent la vie et l'intégrité physique et mentale de la population (meurtres, viols, tortures, etc.), tout en créant la terreur parmi les personnes qui deviendront les suivantes victimes. Dans le pire des cas, lorsque les objectifs de la guerre ne visent pas seulement la domination de la population ennemie, mais même son élimination totale, la guerre contre les non-combattants peut se transformer en massacres et même en génocide[161].

Dans ce genre de conflits, les armes utilisées, des plus rudimentaires jusqu'aux armes de feu et d'artillerie, produisent les mêmes effets dévastateurs. Les actions qui en résultent sont immorales et illégitimes dans n'importe quel combat. Bien sûr, les armes de destruction massive sont en principe considérées *mala in se*, précisément en raison de leur finalité intrinsèque de prendre pour cible les civils. Mais, par exemple, les couteaux et les balles peuvent devenir des armes de

---

[161] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 74.

destruction massive lorsqu'ils sont utilisés intentionnellement pour tuer une communauté entière.

L'argument que tous les membres du groupe opposant sont également ennemis en raison de leur idéologie, religion, ethnie ou d'autres facteurs culturels fait que la distinction combattant – non-combattant perd toute relevance. Cela est souvent exploité pendant les conflits contemporains comme justification pour des attaques contre les non-combattants, ce qui pose également la question du génocide.

§2. Les problèmes juridiques des conflits armés contemporains

La limite d'applicabilité et l'encadrement de la situation comme conflit armé pose une des questions les plus difficiles et les plus controversées du droit international humanitaire. Les Conventions de Genève établissent une distinction entre les conflits armés internationaux, définis à l'article 2 commun et les conflits non-internationaux, en vertu de l'article 3 commun. Les conflits impliquant des violences d'une intensité plus réduite, qui ne deviennent véritables conflits armés, diffèrent implicitement des conflits non internationaux, qui sont réglementés par les dispositions de l'article 3 commun.

L'article 8(2)(d) du Statut de la Cour Pénale Internationale, dérivé de l'article 1(2) du Protocole additionnel II, rend la distinction explicite, dans le sens de la réalisation des buts du Statut, en affirmant que le paragraphe 2(c), qui emprunte le langage de l'article conjointe 3, s'applique seulement pour les conflits armés et non pas « pour les situations de troubles et tensions internes », qui sont encadrés hors de l'applicabilité du Protocole II. L'article 8 (2) (f) du Statut de la Cour Pénale Internationale a encore compliqué le problème, indiquant que les dispositions du paragraphe 2(e) dépassent l'article 3 commun et contiennent des concepts supplémentaires empruntés du droit de Genève et de La Haye. Cet article s'applique aux « conflits armés qui ont lieu dans un État où il existe un conflit prolongé entre les autorités gouvernementales et des groupes armés organisés ou entre de tels

groupes. L'article 8 (2) (f) ne peut pas être considéré comme impliquant une nouvelle limite de l'applicabilité, mais il augmente de plus le manque de clarté précédent[162].

La caractérisation du conflit, ou ses limitations, détermine les règles du droit international humanitaire applicables - le cas échéant. La première de ces limites, prévue par l'article 3 commun, détermine l'applicabilité du droit international humanitaire aux conflits non-internationaux. Étant donné que l'article 3 commun ne définit pas les conflits « non-internationaux », les gouvernements peuvent facilement contester son applicabilité[163]. En outre, même s'il y avait une telle définition, ça n'empêchera pas un gouvernement de prétendre que cet article n'est pas applicable à son territoire. Il est très souvent difficile de faire la différence entre les conflits internationaux et ceux qui ne sont pas internationaux dans le cas des conflits contemporains, car ces dernières présentent des éléments communs aux deux types. Le caractère souvent contradictoire des décisions rendues par les différentes chambres du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, sur la nature des conflits de cette région, souligne de plus la difficulté de caractériser les conflits « mixtes » ou « internationalisés ». Jusqu'à présent, il n'y a pas de consensus sur un mécanisme clairement défini pour encadrer ces situations de violence.

Le Protocole II est applicable dans les « situations qui ont atteint ou sont proches de la limite de la guerre civile ou d'une insurrection civile »[164]. Le problème concerne le fait que les États concernés sont rarement disposés à reconnaître la présence de telles situations ; en conséquence, le Protocole II a été rarement appliqué de manière formelle. Même l'applicabilité de la Quatrième Convention de Genève a été contestée pour certains conflits armés internationaux (par exemple, par l'Irak dans le conflit du Koweït, par l'Indonésie dans le Timor oriental etc.)

---

162 MERON, T. The Normative Impact on International Law of the International Tribunal for Former Yugoslavia. In : MERON T. *War Crimes Law Comes of Age*. Oxford: Clarendon Press, 1998, p. 309.

163 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 74.

164 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 79.

L'applicabilité des Conventions de Genève ou de l'article 3 commun a été niée dans de nombreuses situations. Le principal obstacle à l'applicabilité du droit international humanitaire a été le refus des États d'appliquer ces accords dans les situations où ils devraient être applicables. Les tentatives faites pour justifier ces refus étaient souvent fondées sur les différences entre les conflits avec lesquels l'État se confrontait à ce moment-là et ceux à la suite desquels on suppose que ces Convention ont été adoptées[165]. Cette manière d'agir a des conséquences toujours néfastes sur le respect et la protection de tous les droits de l'Homme, pendant les conflits, non seulement le droit à la santé mentale. Selon un autre chercheur[166], la première ligne de défense contre le droit international humanitaire est de nier totalement son applicabilité.

Comme on le verra ci-dessous, ces attitudes de la part des États ne représentent que l'un des nombreux obstacles identifiés dans l'application des règles sur la protection du droit à la santé mentale des personnes pendant les conflits armés.

---

165 ALDRICH, G.H. Human Rights and Armed Conflict: Conflicting Views. *The American Journal of International Law*, 1973, 67(5), 141-168.

166 BAXTER, R.R. Some Existing Problems of Humanitarian Law. In The Concept of International Armed Conflict: Further Outlook 1, 2 (Proceedings of the International Symposium on Humanitarian Law) Bruxelles, 1974.

Section 2. Etude d'un cas de non-respect des normes visant le droit à la santé mentale : la guerre en Bosnie Herzégovine de 1992 - 1995

Les raisons pour inclure dans cette thèse un exemple de violation flagrante du droit international en ce qui concerne le respect et la protection du droit à la santé mentale sont multiples. D'une part, un tel épisode démontrera la manière d'apparition des traumas de guerre, à cause du non-respect des normes de droit ; d'autre part, il présentera des exemples de comportement criminel, à la fois pathologique, aux objectifs militaires, et leurs conséquences extrêmement néfastes pour la population civile. A la fin, il démontrera la liaison étroite entre le droit à la santé mentale et tous les autres droits fondamentaux de l'Homme.

Le conflit en Bosnie Herzégovine est souvent considéré comme l'exemple par excellence du « conflit ethnique » contemporaine (en fait, le terme « nettoyage ethnique » a été popularisé au cours de l'expérience en Bosnie, même si la pratique n'est évidemment pas nouvelle). Aussi, la Bosnie représente le premier plus grand effort international d'après la guerre froide visant à confronter et à conclure un conflit intra-étatique et à promouvoir la reconstruction. La guerre en Bosnie et les autres conflits liés à la rupture violente de la Yougoslavie ont représenté la première éclosion de la guerre en Europe depuis la fin de la seconde guerre mondiale, qui a effacé l'hypothèse généralisée au début des années 1990 que la guerre était impensable sur le continent européen. En outre, les conflits ont signalé que la forme de la guerre en Europe avait passé des conflits entre Etats à la guerre intra-étatique. Pour la consternation des observateurs occidentaux, ces guerres de la frontière de la Communauté Européenne ont semblé très similaires aux conflits dans des lieux plus éloignés.[167]

Dans la variante la plus extrême (particulièrement populaire dans les cercles politiques), ces conflits sont considérés comme un reflet de « vieilles haines ethniques »[168]. Mais alors que la politique ethnique est de façon claire une partie

---

[167] ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

[168] JUNG, D. (ed). *Shadow Globalization, Ethnic Conflicts, and New Wars: A Political Economy of Intrastate Wars*. London : Routledge, 2003, p. 47-69.

importante du discours qui produit du soutien populaire, l'accent sur les griefs ethniques explique trop peu et obscurcit trop, notamment les conditions matérielles qui ont permis de soutenir le conflit.[169] Alors que l'affaire de Bosnie a été cataloguée comme « l'exemple parfait » de la thèse de l'animosité des ethnies et a même été décrit comme une guerre dans le contexte culturel du « choc des civilisations »[170], cette perspective ne tient pas compte et ne peut pas expliquer la quantité substantielle de la coopération économique pendant le conflit interethnique dans la forme du commerce clandestin. En effet, les liens sociaux interethniques serrés dans la Bosnie d'avant la guerre ont beaucoup facilité les transactions sur le marché noir en temps de guerre, ainsi que la contrebande à travers les lignes de front ethniquement divisés. Et dans le période d'après la guerre, la capacité de transcender les divisions ethniques n'est nulle part plus avancée que dans l'économie de contrebande florissante. Une focalisation étroite sur les haines ethniques ne peut pas expliquer de tels niveaux de collusions interethniques clandestins.[171]

L'accent mis sur l'animosité ethnique commune comme moteur du conflit a été contesté ces dernières années. Certains critiques, tels que Mueller[172], suggèrent que le concept même de « guerre ethnique » est fondamentalement erroné. Au lieu de cela, les conflits comme ceux des Balkans sont considérés comme extrêmement banals, motivés non pas par une frénésie de nationalisme de masse, à base ethnique, mais menées en grande partie par de petits groupes des criminels habilités politiquement (essentiellement provenus des bandes de hooligans de football, des groupes criminels, et de détenus libérés). Selon ces chercheurs[173], le mécanisme de la violence dans l'ex-Yougoslavie est donc remarquablement banal. Plutôt que de refléter des haines historiques profondes, la violence semble avoir été le résultat d'une situation dans laquelle des criminels opportunistes et sadiques (sans avoir nécessairement des fondements idéologiques) ont souvent été recrutés et autorisés

---

169 JUNG, D. (ed). *Shadow Globalization, Ethnic Conflicts, and New Wars: A Political Economy of Intrastate Wars*. London : Routledge, 2003, p. 47-69.

170 HUNTINGTON, S. P. The Clash of Civilizations? *Foreign Affairs*, 1993, Été, 29-48.

171 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

172 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

173 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

à agir librement par les autorités politiques. Parce que ces gens-là peuvent être rencontrés dans toutes les sociétés, les événements de Yougoslavie n'ont pas de caractère particulier, mais pourraient se produire presque n'importe où, dès lors que le contexte approprié se rencontre. La conclusion de ces études est que les violations du droit humanitaire et des droits de l'Homme commis dans la guerre de Yougoslavie sont explicables par l'utilisation dans les combats des forces paramilitaires composées de criminels de droit commun, des houligans faisant partie des supporteurs des clubs de football et des personnes du monde interlope qui étaient menées des buts de vengeance ou d'enrichissement rapide.

L'apparition dans les guerres de paramilitaires a été causée en partie par l'effondrement du moral de l'armée régulière, mais il est aussi possible que leur présence ait également contribué à aggraver cet effondrement. Une note interne de l'armée yougoslave à partir du début du conflit trouve que ces groupes paramilitaires sont dangereux pour « le moral des troupes » parce que leur « motif principal n'était pas de lutter contre l'ennemi, mais le vol de la propriété privée et le traitement inhumain des civils »[174].

Les unités serbes les plus dynamiques (et meurtrières) ont été composées non pas des nationalistes ou d'idéologues engagés, ni de gens voulant à lutter contre leurs voisins, ni de gens ordinaires, agités de frénésie par les démagogues et les médias, mais plutôt de criminels de droit commun, recrutés spécialement pour cette tâche. Plus précisément, les politiciens ont sollicité des groupes de hooligans et des personnages du monde interlope, et il semblerait que des milliers de détenus ont été envoyés à la guerre avec la promesse d'avoir leurs peines diminuées. Ils ont aussi été séduits par la perspective de la permission qui leur avait été donnée de prendre possession de tous les biens qu'ils pourraient.[175] Ainsi, l'effondrement de l'armée a conduit dans une large mesure à la « privatisation » de la guerre, dont le butin a constitué la principale forme de paiement. Les détenus libérés, en collaboration avec

---

174 United Nations Security Council, *Final Report of the Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780 (1992)*, document de l'ONU no. S/1994/674, 27 mai 1994, par. 100.

175 BORGER, J. The President's Secret Henchmen. *Guardian Weekly*, 16 février 1997, p.8 ; United Nations Security Council, Final Report of the Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780 (1992), document de l'ONU no. S/1994/674, 27 mai 1994, para. 3, 30 ; FIRESTONE, D. *Serb Lawmaker Is Called Vicious Killer*. St. Louis : Post-Dispatch, 1993, p. 115.

d'autres criminels et des soldats aux vues similaires, ont travaillé généralement de façon indépendante, en improvisant leurs tactiques au cours des hostilités.[176]

D'autres criminels se sont rapprochés des groupes paramilitaires demi organisés, comme les Chetniks de Vojislav Seselj et les Tigres d'Arkan, des organisations déjà composés d'un grand nombre de criminels, d'aventuriers, d'opportunistes, de mercenaires et, dans le cas des Tigres, d'hooligans de football. Vojislav Seselj constitue lui-même une illustration des conséquences extrêmes des traumas : l'un des plus fanatiques des nationalistes serbes, ce politologue, qui a passé une année à enseigner à l'Université du Michigan, est devenu plus tard mentalement déséquilibré à la suite de la torture et des coups qu'il a enduré en prison en Yougoslavie pour des activités considérées comme contre-révolutionnaires. Un collègue universitaire l'a décrit comme un « déséquilibré, totalement perdu et fou. »[177]

Arkan (Zeljko Raznjatovic) avait été le chef de Delije, le club officiel de fans de l'équipe de football Etoile Rouge de Belgrade qui, comme d'autres clubs de football, avait attiré des jeunes hommes inaptes au travail. Le groupe « Tigres » semble avoir été formé à partir de cette modalité d'adhésion.[178] Les forces d'Arkan semblent avoir fonctionné essentiellement comme des mercenaires : tant que l'un des membres du gouvernement de Bosnie a dit, « Il est très coûteux, mais aussi très efficace. »[179]

D'autres personnes aux prédispositions criminelles semblent avoir agi indépendamment, en devenant des dirigeants locaux dans les régions qu'ils sont parvenus à dominer. Ces unités militaires indépendantes ou semi-indépendantes et les chefs locaux de guerre, selon certaines estimations, comprennent en moyenne 8 % de criminels de droit commun et 20 % de nationalistes fanatiques. Ceux derniers ne résistaient habituellement pas longtemps (« le fanatisme est mauvais pour les

---

176 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

177 UN Experts, *Final Report*, para. 107, 108; JUDAH, T. *The Serbs: History, Myth and the Destruction of Yugoslavia*. New Haven and London : Yale University Press, 1997, p. 187.

178 UN Experts, Final Report, para. 129; Judah, T., *The Serbs: History, Myth and the Destruction of Yugoslavia,* Yale University Press, 1997, p. 186; Sudetic, C., *Blood and Vengeance*: *One Family's Story of the War in Bosnia*, W.W. Norton & Company, 1998, p. 98.

179 UN Experts, *Final Report*, para. 23, 26.

affaires »)[180]. Il y avait aussi de nombreux « guerriers de dimanche », des hommes qui ont rejoint les guerres de la Serbie et d'ailleurs d'une manière intermittente et principalement pour voler, piller et s'enrichir.[181] De même, les forces qui luttaient initialement dans la Bosnie et la Croatie ont été aussi essentiellement constituées de petites bandes de criminels et d'opportunistes recrutés ou auto-recrutés dans les gangs de rue et des groups organisés de type mafieux.[182] Pour exemplifier, il y avait un group paramilitaire, appelé « les uns de fin de la semaine », qui se s'aventuraient de Bijeljina à Brcko chaque fin de semaine, sur une période de trois ans, pour piller et saccager.[183] Pour illustrer la présence des participants aux hostilités de l'étranger, la présence des skinheads allemands a été constatée à Zagreb, qui étaient venus « pour un peu de formation supérieure »[184].

La supposition de l'auteur de cette thèse est que tous ces personnages, aux prédispositions criminelles démontrés, représentent des exemples classiques de personnes souffrant de troubles de personnalité antisociale. De cette manière, il peut être observé comme l'interférence d'un élément pathologique dans le conflit (la maladie mentale des criminels) est de nature à provoquer d'autres maladies mentales, à travers les traumas causés par les souffrances psychologiques et physiques des victimes.

Ainsi, certains chercheurs ont observé que « des bandes paramilitaires, des mercenaires étrangers et des criminels condamnés parcouraient le territoire sous moins et moins de contrôle civil, avec les crimes de guerre étant leur mission militaire principale ».[185] Vladan Vasilijevic, un expert sur le crime organisé, affirme que la plupart des atrocités en Bosnie ont été commis par des hommes avec un

---

180 VASIĆ, M. The Yugoslav Army and the Post-Yugoslav Armies. In : DYKER, D.A., VEJVODA, I. (eds), *Yugoslavia and After - A Study in Fragmentation, Despair and Rebirth*. New York : Addison-Wesley Longman, 1996 p. 134.

181 SIKAVICA, S. The Collapse of Tito's Army. In: UDOVICKI, J., RIDGEWAY, J. (eds), *Yugoslavia's Ethnic Nightmare.* New York : Lawrence Hill, 1995, p. 137.

182 BENNETT C. *Yugoslavia's Bloody Collapse*. New York : University Press, 1995, p. 11; RIEFF, D. *Slaughterhouse: Bosnia and the Failure of the West*. New York : Simon and Schuster, 1995, p. 66.

183 UN Experts, *Final Report*, para. 317.

184 HORWITZ, T. Balkan Death Trip: Scenes from a Futile War. *Harper's Magazine* 1993, March, p.35-45.

185 CIGAR, N. The Serbo-Croatian War, 1991: Political and Military Dimensions. *Journal of Strategic Studies*, 1993, 16, 297–338.

casier judiciaire. Pour confirmer cette assertion, la Commission des Nations Unies constate une « forte corrélation » entre les activités paramilitaires et des informations sur les massacres de civils, les viols, la torture, la destruction de biens, les pillages, les centres de détention et les charniers.[186] Ce qui passait pour la « guerre ethnique » en Bosnie et en Croatie semble donc avoir été quelque chose de beaucoup plus banal : la création des communautés de la violence criminelle et du pillage et a eu souvent beaucoup moins à faire avec le nationalisme qu'avec l'opportunisme criminel et la cruauté sadique, souvent renforcées avec du courage alimenté par l'alcool.[187]

Une exception partielle à cette tendance a été le massacre de milliers d'hommes musulmans par les Serbes, après avoir réussi à envahir la « zone protégée » de Srebrenica en 1995, un massacre qui semble plutôt calculé et ordonné et qui a été effectué par ce qui semble avoir été l'armée régulière.[188] Étant donné que l'armée était devenue de plus en plus brutale à cette époque, une distinction formelle avec des groupes de criminels moins organisés pourrait être un peu difficile. Néanmoins, cet épisode meurtrier ne semble pas montrer plus de méthode et moins de folie que les massacres capricieux et improvisés qui se sont passés au cours de la période principale de nettoyage ethnique de 1992. Comme il a été typique pour cette guerre, cependant, les escadrons de la mort de Srebrenica étaient souvent étayés par de généreuses quantités de boissons alcoolisées.[189]

Les bandes de criminels ont souvent exercé un pouvoir absolu dans leurs petits fiefs et régnaient sur leurs nouveaux sujets. Fêtes du pillage et de la destruction auraient lieu, aussi que des orgies de viol, de la violence arbitraire et d'assassinat, ainsi que du consume d'alcool en grandes quantités. Le paiement

---

186 FIRESTONE, D. *Serb Lawmaker Is Called Vicious Killer*. St. Louis : Post-Dispatch, 1993, p. 19; United Nations Security Council, Final Report of the Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780 (1992), document de l'ONU no. S/1994/674, 27 mai 1994, para. 21.

187 MUELLER, J. *The Remnants of War*. Ithaca : Cornell University Press, 2004, p. 53.

188 SADOWSKI, Y.M., *Myth of Global Chaos*. Washington, DC : Brookings Institution Press, 1998, p. 133.

189 JUDAH, T. *The Serbs: History, Myth and the Destruction of Yugoslavia*. New Haven and London : Yale University Press, 1997, p. 241.

venait souvent sous la forme d'alcool et de cigarettes.[190] Les sadiques peuvent constituer un faible pourcentage de la population, mais dans ces circonstances, ils se sont fait affirmé et s'y délectait. Dans un certain nombre de lieux, « des vrais psychopathes bourlinguaient à travers les zones rurales du pays pour pratiquer des homicides cruels, bizarres et sadiques. »[191] Dans ce nouveau monde effréné, géré par des criminels, d'autres pourraient rejoindre de façon opportuniste les « fêtes » et les orgies. Après tout, si la propriété d'un musulman local sera pillée et incendiée, il peut sembler raisonnable à certains, même rationnelle, à rejoindre les voleurs : aucune retenue à l'âme noble et morale au sujet de ce type de comportement fera du bien au défunt propriétaire. En outre, des divers aventuriers, des mercenaires, et des personnes cherchant de la vengeance, appartenant souvent à la police, pourraient se rejoindre et certains d'entre eux (en particulier les jeunes) pourraient trouver d'excitation, de la camaraderie, pour ne pas mentionner le profit matériel - dans la guerre et dans sa terrifiante destructivité.[192]

L'aspect économique de la criminalité de guerre n'est pas de tout à négliger, car ses effets ont été, à la fois – paradoxalement - bénéfiques. L'accès aux flux clandestins de biens et l'utilisation des éléments criminels explique considérablement comment Sarajevo était à la fois défendu et nourri. Tout d'abord, les principaux acteurs dans le monde pénal de Sarajevo ont dirigé la défense de la ville, en particulier dans le stade précoce du siège. Tandis que terrorisant et rançonnant les résidents locaux, un bon nombre de ces criminels devenus soldats ont été cultivés en tant qu'héros de guerre pour leur rôle principal dans le siège, avant le moment où l'armée régulière a été entièrement formé et mobilisé. Deuxièmement, un marché noir est apparu très vite à travers les lignes de siège, complétant (à des prix fortement gonflés) l'aide d'urgence de l'ONU. Troisièmement, des équipements

---

190 WOODWARD, S.L. *Balkan Tragedy - Chaos and Dissolution after the Cold War.* Washington, D.C : The Brookings Institution, 1995, p. 249.

191 JUDAH, T. *The Serbs: History, Myth and the Destruction of Yugoslavia*. New Haven and London : Yale University Press, 1997, p. 233.

192 WOODWARD, S.L. *Balkan Tragedy - Chaos and Dissolution after the Cold War.* Washington, D.C : The Brookings Institution, 1995, p. 249 SUDETIC C. A Wild East Revival in Serbian-Held Croatia. *New York Times*, September 21, 1992, p. A6.

militaires vitaux et des fournitures ont été progressivement infiltrés dans la ville à travers des différents circuits de contrebande.[193]

Les bandes criminels, associés avec les forces de police locales, ont été armés et capables de fournir un semblant de cohésion initiale en l'absence d'appareil militaire officiel. "Cela a également eu un effet psychologique important, contribuant à générer un sentiment d'optimisme et de défiance face à l'encerclement militaire. Jusuf Prazina (« Juka »), une des figures les plus importantes et controversées de la première défense de Sarajevo, était un voleur et un « agent de recouvrement » avant la guerre.[194] Bien que Juka avait été en prison cinq fois et avait été une figure majeure dans la criminalité locale, le gouvernement bosniaque a récompensé ses premières réalisations militaires en lui donnant le titre de commandant des forces spéciales de la brigade de réserve du Ministère de l'Intérieur et le commandant des unités spéciales de l'armée.[195] Dans le même temps, comme l'a noté un rapport de l'ONU, les camarades de Juka volaient, extorquaient et abusaient les civils et pillaient des entrepôts et des magasins.[196] Après pas longtemps, Juka a rompu ses relations avec le gouvernement, qui a délivré un mandat d'arrêt contre pour lui en octobre 1992. Il a été tué en Belgique en 1994, et le cas de son assassinat n'est pas encore résolu.

Dans certains cas, les activités illégales étaient considérées, d'une manière apparemment paradoxale, comme des actes bénéfiques et même patriotiques. L'embargo sur les armes, par exemple, a eu pour conséquence perverse le fait que

---

193 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

194 United Nations Security Council Commission Of Experts, *Final Report of the United Nations Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780*, Annex III: "The military structure, strategy and tactics of the warring factions, Annex III.A: Special Forces, 28 décembre 1994, disponible à l'adresse http://www.ess.uwe.ac.uk/comexpert/ANX/.

195 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

196 United Nations Security Council Commission Of Experts, *Final Report of the United Nations Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780*, Annex III: "The military structure, strategy and tactics of the warring factions, Annex III.A: Special Forces, 28 décembre 1994, disponible à l'adresse http://www.ess.uwe.ac.uk/comexpert/ANX/.

la contrebande semblait patriotique et a nourri la tolérance de l'État pour les activités illégales.[197]

Le gouvernement de Sarajevo s'est finalement mis contre les bandes criminelles de l'armée, une fois qu'ils n'étaient plus essentiels pour la défense de la ville. Leur utilité militaire est diminuée progressivement avec la formation d'une armée professionnelle et les bandes ont été un obstacle à la professionnalisation et la consolidation de l'armée. Leur refus persistant de s'intégrer dans la structure de commandement militaire formel et leurs actes de déconsidération de la loi, de plus en plus flagrantes, représentaient un sérieux défi à l'autorité du gouvernement et étaient embarrassantes pour les dirigeants de Sarajevo, qui ont eu besoin du soutien international. Comme un ancien commandant de l'armée de Bosnie et Herzégovine a décrit le problème, il y avait une « mince ligne entre le patriotisme et la criminalité, et certains n'ont pas vu la ligne comme réelle. »[198]

Le contrôle des bandes de criminels qui poursuivaient des objectifs militaires a été un pas décisif dans la création d'une armée plus professionnelle en Bosnie.[199] Mais, alors que Sarajevo est devenue moins dépendante des bandes criminelles pour sa défense, la ville a continué à s'appuyer fortement sur le marché noir pour la fourniture de biens tels que la nourriture et le carburant. Cela impliquait la collaboration commerciale clandestine à travers les lignes du front, souvent facilitée par des liens criminels qui transcendaient les divisions ethniques. Comme un rapport de presse l'a décrit, le jour, les Serbes et les Musulmans échangeaient des coups de feu, tandis que la nuit, les deux forces se rencontraient aux ponts traversant la rivière Miljacka, séparant les parties serbe et musulmane de la ville, et menaient un commerce florissant. »[200] Profiter du marché noir signifiait que les assiégeants fournissaient des produits aux assiégés, activité qui, à son tour, contribuait à prolonger l'impasse du siège.

---

197 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

198 General Delih, Sarajevo, 8 julliet 2002, cité par ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

199 VASIĆ, M. The Yugoslav Army and the Post-Yugoslav Armies. In : DYKER, D.A., VEJVODA, I. (eds), *Yugoslavia and After - A Study in Fragmentation, Despair and Rebirth*. New York : Addison-Wesley Longman, 1996 , p. 116-138.

200 BURNS, J.F. Gangs in Sarajevo Worry Diplomats. *New York Times*, 4 octobre 1993, p. A3.

Alors que la guerre a été une bonne affaire pour les personnes ayant des bonnes connexions commerciales avec les forces armées, elle a également contribué dans certains lieux et dans une importante mesure à l'érosion du moral des troupes.[201] La frustration croissante et le ressentiment sur l'accumulation des fortunes illicites de guerre sont devenues évidentes le 10 septembre 1993, lorsque deux brigades de l'armée bosniaque serbe de Banja Luka se sont mutinés, ont pris le contrôle de bâtiments publics, et ont exigé l'arrestation des « profiteurs de guerre » locaux. Dans une lettre de protestation collective, ils ont accusé que « pendant que nous luttons ... des manipulateurs mènent une vie confortable … à l'arrière - avec la bénédiction du pouvoir, amassant leurs fortunes et mettant en œuvre leurs sombres desseins politiques ».[202] L'insurrection de Banja Luka n'a pas révélé seulement certains aspects économiques clandestins de la guerre, mais une crise motivationnelle croissante parmi les combattants et une polarisation entre une minorité des profiteurs de la guerre et la majorité de la population.[203]

Les séquelles du conflit criminalisé de Bosnie ont profondément façonné le processus de reconstruction d'après la guerre.[204] Les réseaux de contrebande qui se sont révélées si essentielles à l'effort de guerre en Bosnie ont en même temps contribué à la criminalisation de l'Etat et de l'économie dans la période d'après le conflit. Les acteurs clés dans l'acquisition clandestine et la distribution des fournitures en temps de guerre ont émergé comme un nouveau « élite criminelle », avec des liens étroits avec le gouvernement et les partis politiques nationalistes. Contrairement à l'Europe centrale et de l'est, où l'ancienne nomenklatura (l'élite politique) a converti le capital politique en capital économique (et parfois criminel), dans le cas de la Bosnie, le capital accumulé au cours d'une guerre criminalisée a été converti en capital politique après la guerre.[205]

---

201 KOMLENOVII, U., VASIC, M. Dosije: Ratni Profiteri. *Vreme (Belgrade)*, 27 septembre 1993, p.23-24

202 BOUGAREL, X. Bosnia and Herzegovina-State and Communitarianism. In: DYKER, D.A., VEJVODA, I. (ed), *Yugoslavia and After*. New York : Addison-Wesley Longman, 1996, p. 107.

203 BOUGAREL, X. *Bosnie: Anatomie d'un Conflit*. Paris : Editions La Decouverte, 1996.

204 PUGH, M. Postwar Political Economy in Bosnia and Herzegovina: The Spoils of Peace. *Global Governance*, 2002, 8(4), 467-482.

205 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

Les multiples dimensions du conflit criminalisé en Bosnie ont offert quelques leçons importantes qui sont pertinentes pour l'étude et pour la gestion des conflits et la reconstruction post-conflit en général. Parmi les plus importants, le cas de la Bosnie suggère non seulement la nécessité d'accorder une plus grande attention aux aspects criminels du conflit, mais de le faire d'une manière qui reconnaît l'ambiguïté, la complexité et leur caractère ambivalent. Cela peut entraîner des conclussions assez gênants et même troublantes, dans le sens que les trafiquants et les criminels peuvent contribuer à l'apparition et la persistance de la guerre, mais aussi à sa conclusion. Ils peuvent contribuer au pillage du pays, mais aussi à sa survie. Un système d'acquisition clandestine d'armement invite à la corruption et récompense ceux avec les meilleures connexions criminelles, mais il peut néanmoins être essentiel à l'effort de la défense. La contrebande et les acteurs criminels peuvent contrecarrer et compliquer les initiatives internationales de résolution des conflits, mais les interventions internationales peuvent également alimenter la contrebande et enrichir les criminels. La reconstruction d'après la guerre est entravée et déformée par une économie de contrebande, mais ce type de commerce clandestin est également une stratégie de survie essentielle pour de nombreuses personnes confrontées aux conditions économiques désastreuses. Ces aspects paradoxales et contradictoires de la face criminalisé du conflit continuent de poser un défi pour les analystes et les praticiens de la politique, étant donné que, dans une certaine forme et dans une certaine mesure, ils sont évidents non seulement en Bosnie, mais dans beaucoup d'autres endroits déchirés par la guerre à travers le monde. Plutôt que simplement condamner ou ignorer les dimensions criminalisées de conflit, nous avons besoin d'une compréhension plus complexe et plus profonde de celui-ci.[206]

Le cas de la Bosnie illustre l'attention qui doit être accordée non seulement aux raisons pour lesquels les guerres commencent, persistent et finissent, mais aussi aux effets profonds que les aspects criminels du conflit peuvent avoir sur l'ordre social d'après la guerre. Bien que les cicatrices physiques de la guerre sont les plus visibles, les répercussions sociaux peuvent être plus dramatiques. Comme l'expérience des Balkans le suggère, nous avons besoin d'étendre notre analyse des conflits pour la période d'après la guerre, par le fait que notre compréhension de

---

[206] ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

l'ordre sociale d'après la guerre doit être enracinée dans une analyse des dynamiques pendant le conflit où des nouvelles alliances politiques et des nouvelles relations sociales se nouent et cimentent. En général, plus criminalisé le conflit, le plus criminalisé sera l'Etat, l'économie et la société qui émergent de la guerre. Les principaux acteurs du conflit criminalisé sortent de la guerre dans le cadre d'une nouvelle élite sociale. Il n'a pas beaucoup d'importance s'ils sont perçus localement comme des patriotes ou profiteurs (ou les deux), ils sont parmi les principaux bénéficiaires politiques de la guerre. Au même temps, un grand nombre de l'ancienne élite est forcement déplacé, souvent fuyant les combats en tant que réfugiés. En d'autres termes, la guerre non seulement implique la confrontation militaire, mais aussi une transformation sociale radicale. Dans le cadre de cette transformation, beaucoup de ceux qui vivaient à la périphérie de la société sont capables d'arriver rapidement dans des positions-clé de l'Etat, ce qui aurait été inconcevable en temps de paix. En conclusion, la guerre peut être un mécanisme très efficace d'avancement social criminalisé.[207]

Une autre leçon essentielle à tirer de l'expérience bosniaque est liée à la nécessité de prendre en compte l'importance du rôle de l'intervention internationale dans la criminalisation d'un conflit. Bien que les chercheurs se soient concentrés de plus en plus sur le rôle de l'intervention internationale pour résoudre les conflits intra-étatiques, il faut remarquer que peu d'attention a été donnée à l'intervention de la façon dont celle-ci peut (souvent involontairement) devenir partie de l'économie clandestine du conflit. Plus évidement, tandis que les sanctions internationales, telles que les embargos sur les armes, sont politiquement populaires car ils offrent un moyen pratique pour remplacer l'intervention militaire plus directe et un signal de condamnation internationale fort des hostilités (même si certaines puissances extérieures qui soutiennent officiellement un embargo peuvent tolérer, de façon informelle, encourager et même contribuer à son évasion), ils peuvent aussi créer une structure des opportunités économiques pour les opérateurs clandestins qui permet de criminaliser l'économie politique de la zone du conflit. Cela renforce le pouvoir des acteurs criminels, alimente les réseaux transfrontaliers du marché noir et encourage la création des liens plus étroits entre les dirigeants politiques et la

---

[207] ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

criminalité organisée qui peut s'enraciner et persister longtemps après que le conflit est terminé. Lorsque la communauté internationale accuse, conséquemment, le crime organisé et la corruption de représenter un obstacle pour les réformes d'après la guerre et applique une pression sur les dirigeants locaux à démanteler les réseaux criminels (comme le montre l'expérience de la Bosnie et de la Serbie), il existe rarement de la reconnaissance pour avoir contribué à la création d'un tel énorme problème de la criminalité au début.

Toujours en rapport avec l'intervention internationale, le cas de la Bosnie a donné une leçon quant à la manière dont l'aide humanitaire et les efforts de maintien de la paix peuvent être profondément interconnectés dans les aspects criminalisés d'une guerre. Les convois d'aide sont « taxés » aux points de contrôle et détournés en partie vers le marché noir, tandis que les approvisionnements militaires peuvent être camouflés en fournitures humanitaire (avec ou sans la connaissance des fournisseurs d'aide). Les forces de maintien de la paix peuvent aussi devenir complices dans des divers schémas de fraude, motivés par le gain matériel personnel ou par la sympathie politique (ou les deux). Comme on l'a vu en Bosnie, les enclaves protégées des forces internationales et les « zones de sécurité » peuvent aussi influer la géographie de l'économie politique clandestine de la guerre, étant donné que ces zones peuvent se transformer en centres commerciaux stables des échanges sur le marché noir. Dans certains cas, la base de consommateurs du commerce clandestin comprend non seulement les parties belligérantes, mais aussi le personnel de l'ONU, les journalistes étrangers et le personnel des services humanitaires.

Le cas de la Bosnie relève la validité de l'approche qui prend les sujets traditionnellement considérés comme appartenant du domaine de la criminologie (les réseaux criminels, le marché noir et les économies souterraines) et les accorde une importance plus centrale dans l'analyse de la guerre et de la reconstruction d'après la guerre. Plus largement, ce cas fournit une illustration supplémentaire de la nécessité de surmonter la tendance de l'analyse de la science politique, qui sépare l'étude de l'économie politique des aspects criminologiques et de la sécurité. Même si un examen de l'économie politique clandestin des conflits armés contemporains ne signifie pas simplement à réduire les motifs de la guerre aux motifs économiques, il

signifie consacrer beaucoup plus d'attention à l'intersection sous-explorée entre l'industrie de la guerre et l'industrie du crime.[208]

Les arguments présentés ci-dessus n'affirment pas qu'aucun voisin n'a jamais persécuté un autre voisin dans ces conflits. Certains habitants joignaient le processus, parfois par loyauté ethnique, parfois pour régler de vieilles dettes, mais le plus souvent, il semble, de façon opportuniste, à la recherche du profit dans le chaos. Dans de nombreux cas, les conditions de guerre faisaient ressortir ce qu'il y avait de pire en certaines personnes et les victimes connaissaient parfois leurs agresseurs, un phénomène fréquent dans la plupart des guerres civiles, et pas uniquement dans les conflits ethniques. Et, bien sûr, une fois que les combattants-criminels reprenaient un territoire, les anciennes relations interethniques ont souvent été rompues avec précaution, parce que les malfaiteurs étaient susceptibles à sanctionner ces sympathies. La dynamique essentielle de la guerre, cependant, n'était pas dans les révoltes du prochain contre le voisin, mais dans les actions criminelles des groupes relativement petits de bandits, recrutés et semi-coordonnés par les politiciens.[209] Lorsqu'une liberté d'action est donnée à des criminels et des sadiques, les conditions de vie peuvent en être facilement dégradées. Des criminels existent partout et seulement un petit nombre d'entre eux est nécessaire pour provoquer des situations similaires aux celles de l'ex-Yougoslavie, si les conditions favorables sont réunies.

Par ailleurs, des différentes études ont suggéré qu'il est souvent possible d'amener les gens ordinaires à participer à des actes de cruauté considérables, quand ils sont placés, volontairement ou involontairement, dans un environnement favorable à la perpétration de tels actes ; la haine idéologique ou ethnique n'est nullement nécessaire pour cette capacité à émerger.[210] Dans des conditions

---

208 ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

209 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

210 MILGRAM, S. *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York : Harper&Row, 1974, p. 169-178; ZIMBARDO, P.G., HANEY, C., BANKS, C., JAFFE, D. The Mind Is a Formidable Jailer. *New York Times Magazine*, 8 April 1973, p.38-60; BROWNING, C.R. *Ordinary Men: Reserve Police Battalion 101 and the Final Solution in Poland.* New York : Harper COLLINS, 1998; KATZ, F.E. *Ordinary People and Extraordinary Evil: A Report on the Beguilings of Evil*. Albany : State University of New York Press, 1993, p.115-119.

appropriées, certaines criminels peuvent s'élever à un rôle dominant, d'autres peuvent donner un coup de main ou se retirer dans l'isolement, la peur ou l'indifférence étudiée, et tout endroit peut dégénérer en une « Bosnie ».[211]

Les catastrophes qui ont frappé la Bosnie et la Croatie n'ont pas forcément émergées de l'histoire inévitable, mais ont été suscitées et orchestrées par la conception des politiciens et des extrémistes locaux qui, cependant, ne savaient souvent pas comment contrôler le processus de la violence qu'ils avaient mis en mouvement. L'idée incorrecte et même raciste qu'un groupe ethnique entier s'est mis par dévouement à détruire un autre groupe ethnique ne peut dans ce cas que briser toute capacité de percevoir les nuances et la variété. De plus, l'image de touts-contre-tous peut décourager les efforts de l'intervention internationale, car il implique que l'ensemble du groupe ethnique - plutôt que juste un sous-groupe petit, opportuniste et souvent lâche - doit être mis sous contrôle.[212]

L'on peut observer que la plupart des guerres contemporaines, comme celles des Balkans, du Caucase, de l'Asie centrale et de l'Afrique de l'Ouest, ont aussi été des conflits intra-étatiques, dans lesquels on retrouve une tendance au développement de la criminalité. Par divers moyens et à des degrés divers, ces conflits ont utilisé les réseaux de contrebande et des groupes criminels pour créer et maintenir les bases matérielles de la guerre. Bien qu'il faille reconnaître que l'économie de toutes les guerres a un côté clandestin, cet aspect est particulièrement évident dans les conflits intra-étatiques qui prennent place dans un contexte de faiblesse de l'Etat, de production limitée et du recours à du financement et à des fournitures de l'extérieur. De tels conflits sont financés par « taxer » et détourner l'aide humanitaire, par des fonds envoyés de la diaspora, par le trafic illicite des exportations, les négociations clandestines avec l'ennemi du front et la vente sur le marché noir des biens volés. Ces guerres peuvent utiliser des combattants criminels quasi-privés, qui opèrent à côté, dans l'absence et parfois au sein des unités militaires formelles. Ces combattants sont particulièrement répandus quand au moins

---

211 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

212 MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70.

une partie impliquée dans le conflit n'a pas d'armée régulière et n'est pas un État avec tous ses caractères.[213]

L'intervention des éléments criminels détourne pratiquement le « but » classique de la guerre, qui est la victoire sur l'autre partie, en révélant d'autres objectifs, parfois plus importantes pour les acteurs impliqués que le but principal (par exemple, l'enrichissement ou la perpétration des actes violentes, tels décrites dans les paragraphes antérieures). De tels actes criminels sont de nature à nuire encore de plus que la guerre « classique » à la santé mentale de toutes les personnes et communautés impliquées. Cela dépasse les circonstances prises en compte par les Conventions de Genève et en même temps, par l'implication dans les hostilités des personnes prédisposées à commettre des infractions à la place des militaires qui se soumettent aux codes strictes de discipline – détermine de facto la disparition de la souveraineté – ou même de l'idée du droit humanitaire.

---

[213] ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51.

Section 3. Des éléments qui influencent le comportement des acteurs impliqués dans le conflit à respecter ou à enfreindre les normes de droit

Cette section vise à mettre en évidence certains des facteurs susceptibles de conduire les parties au conflit à la conformité ou au non-respect de leurs obligations fondamentales en vertu du droit humanitaire, avec des conséquences importantes en termes de respect et de protection du droit à la santé mentale.

Le droit humanitaire vise à réglementer et à rendre civilisés les conflits armés, en limitant les manières et les moyens pour le déroulement des hostilités, par des règles élémentaires visant à protéger les victimes du conflit.

Une première hypothèse, qui met en évidence un rapport de conditionnement du respect par tous les acteurs des principes humanitaires, prévoit que les normes qui réglementent le conflit armé seront développées et respectées seulement si, pour toutes les parties participant aux hostilités, les bénéfices dérivés de leur respect sont égaux ou plus grands que les coûts. L'hypothèse de base qui soutient ce cadre théorique est celle du rationalisme complet des parties impliquées en conflit, qui mesurent à froid les bénéfices et les coûts qui découlent du respect des règles de guerre. Si le but immédiat du conflit est la victoire et que le rationalisme soit le seul critère d'évaluations des moyens et des méthodes utilisés pour atteindre ce but, alors toutes les considérations de nature humanitaire devraient disparaître, en tant que préjugés. Dans le contexte d'une guerre totale, affamer les enfants du camp adverse par un blocus alimentaire en vue de détruire le moral de l'autre partie peut sembler une stratégie efficiente. La torture des prisonniers de guerre pourrait aussi sembler efficiente dans ce cas, du moment que la cessation de la torture représente une monnaie d'échange qui peut être « vendue » à l'autre camp pour des concessions considérables. Ainsi, l'utilisation exclusive du principe du rationalisme peut conduire à l'annulation de toute limite en ce qui concerne la guerre traditionnelle et au développement et au triomphe de l'idée de guerre totale.[214]

Malgré tout ceci, le même principe peut servir de base pour constituer de nouvelles règles de guerre, fondées sur la notion-clé de la réciprocité. En ce sens,

---

[214] FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633.

aucune partie n'utilisera les moyens et les actions dont dispose la partie adverse, parce que, dans le cas des représailles de la part de l'ennemi, l'avantage de l'utilisation de ces moyens et actions se perdrait par la souffrance des préjudices similaires suite aux représailles.[215] Dans le contexte de cette hypothèse, l'équilibre représente une condition nécessaire pour la réciprocité. Ainsi, une norme sera d'autant plus respectée que les relations de force entre les parties impliquées dans le conflit sont plus symétriques.[216] Tout acteur qui participe aux hostilités et qui détient le statut de pouvoir inférieur n'hésitera pas à utiliser tous les moyens dont il dispose, y compris ceux hors la loi, tant qu'il se trouve en danger. Dans une position de négociation, une partie respectera les normes si elle a la garantie de leur respect par la partie adverse, ou si elle détient des prisonniers qui pourraient être utilisés comme sujet d'hostilités dans une éventuelle situation de non respect des règles par l'ennemi.[217]

Un autre élément qui influence la conduite des acteurs impliqués dans le conflit est représenté par les normes et valeurs qu'ils partagent. Un accord durable concernant certaines normes est d'autant plus probable si les parties partagent plusieurs normes et valeurs communes. Dans le même sens, les normes seront respectées si les acteurs en question arrivent à un consensus sur la désirabilité de ces normes, c'est-à-dire si les normes sont appropriées par toutes les parties participantes au conflit.[218]

Une variable importante qui influence le respect des règles du droit humanitaire est le degré « d'idéologisation » du conflit. Ainsi, les moyens et les méthodes de la guerre seront d'autant plus brutaux que les parties impliquées se perçoivent réciproquement comme des ennemis idéologiques. La négation idéologique des normes de l'adversaire est un des plus puissants facteurs qui empêche la réalisation d'un consensus sur les normes. Dans sa forme la plus

---

215 Simma, B., Das Reziprozitatselement im Zustandekommen volkerrechtlicher Vertrage. Berlin: Duncker & Humblot., 1972, p. 294 – 295.

216 GOULD, W.L., BARKUN, M. *International Law and the Social Sciences*. Princeton : Princeton University Press, 1970, p. 165.

217 FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633.

218 FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633.

extrême, un tel raisonnement aboutira à nier l'existence de tous les groupes qui ne font pas partie de la même sphère idéologique leur appartenance à la société humaine. Ainsi, les mécanismes selon lesquels l'adversaire est dépersonnalisé sont bien connus. La conséquence, en est que les actes interdits par le droit humanitaire (la torture, les assassinats des civils, etc.) se commettent plus facilement sur des personnes considérées comme ne faisant pas partie du genre humain, que sur une personne perçue, par exemple, en tant que père de deux enfants. [219]

Donc, plus une guerre est « totale », plus les attitudes politiques de la population seront plus idéologisées. L'explication de ce rapport est représentée par le fait que l'effort de chaque citoyen d'une nation de s'impliquer dans une guerre exige une motivation soutenue, motivation qui peut être générée et/ou maintenue par des arguments idéologiques. C'est un cas particulier de l'hypothèse générale selon laquelle dans un conflit il est utile que l'adversaire soit haï par la population.[220] En plus, l'idéologisation permet de surmonter les inhibitions d'ordre psychologique concernant l'utilisation de toutes les armes, les moyens de combat et les forces humaines disponibles pendant une guerre totale.

Un autre élément qui peut conduire au non respect des principes humanitaires est le degré d'organisation des forces armées. Dans les organisations complexes, telles les structures gouvernementales et militaires, ont lieu des processus qui tendent à affaiblir l'impact des principes humanitaires qui devraient gouverner la guerre. Ainsi, plus une organisation est complexe, plus le degré d'atténuation de la responsabilité est grand. Le public incite les forces armées à s'entraîner dans la violence, à planifier la violence et à utiliser la violence dans la défense, ce qui habituent les militaires à accepter une violence plus complète que celle acceptée généralement par le public.[221] L'armée, en revanche, donne un mandat implicite (et parfois explicite) à ses comandants pour ordonner plus de violence que le public tolérerait. Ce processus d'élargissement du mandat est continué par le biais de la hiérarchie jusqu'au combattant individuel. L'effet cumulé conduit à la dégringolade

---

219 FINLAY, D.J., HOLSTI, O.R. FAGEN, R.R. *Enemies in Politics*. Chicago : Rand McNally, 1967, p. 18.

220 COSER, L.A. *The Functions of Social Conflict*. New York : Free Press, 1956.

221 WESTLEY, W.A. The escalation of violence through legitimation. *Annals of American Academy of Political and Social Sciences*, 1966, 364(1), 120-126.

des normes, phénomène qui ne serait pas totalement accepté et soutenu, au moins comme principe, par ceux qui détiennent les positions au sommet de la hiérarchie militaire.[222]

En référence à ce principe d'organisation des forces militaires, il a été également décrit, dans la section précédente, l'effet produit par l'intervention dans le conflit des bandes armées désorganisées. Dans les guerres récentes de l'ex-Yougoslavie, les données montrent que certains auteurs de crimes de guerre ont pu bénéficier d'un « autorisation » pour commettre de tels actes - d'une permission de la part des autorités politiques pour agir comme ils voulaient, en démontrant donc une négligence criminelle de la part des autorités de l'Etat. Dans cette situation, certains criminels n'ont pas reçu d'ordres de la part d'une chaîne de commandement.[223] Parmi ces personnes, la section précédente a décrit les actions des « bandes armées ». Celles-ci peuvent être définis comme les acteurs qui sont à mi-chemin entre deux types de criminalité : d'une part, ils sont impliqués dans la criminalité de portée antisociale « modérée » comme le vol, les émeutes, le crime organisé ou le trafic.[224] D'autre part, ils prennent part à la criminalité à longue portée, comme le nettoyage ethnique. Le concept de la portée antisociale concerne les conséquences, en termes de vies humaines, produites par cette forme de criminalité. La criminalité à longue distance concerne principalement des projets politiques criminels menés par les gouvernements centraux. En raison de leur implication dans les deux catégories de criminalité, à court et à long terme, la participation de ces bandes armées dans la violence de masse ne peut pas être expliquée par des concepts tels que la haine ethnique ou la ferveur nationaliste.[225] Toutefois, les explications liées à l'avarice, à l'opportunisme ou au simple plaisir[226], ne sont pas exactes non plus, car elles ne

---

222 Frei FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633.

223 BASSIOUNI, C., *Final Report of the United Nations Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780 (1992).* United Nations, New York, 1994.

224 BUFORD, B. Among *the Thugs: The Experience, and the Seduction, of Crowd Violence*. New York : W.W. Norton & Co. 1991, p. 201.

225 GLENNY M. *The Balkans: Nationalism, War and the Great Powers, 1804–1999*. New York : Viking Press, 2000, p. 726.

226 COLLIER, P., HOEFFLER, A. Greed and grievance in civil war. *Oxford Economic Papers*, 2004, 56 563-95; MUELLER, J. *The Remnants of War*. Ithaca : Cornell University Press, 2004, p. 258

tiennent pas compte des objectifs politiques recherchés par les bandes armées.[227] La situation semble avoir été assez complexe, car les recherches[228] indiquent qu'ont eu lieu des grandes luttes entre ces multiples chaînes de commandement, dont beaucoup n'ont pas pu être clairement identifiées. Par conséquent, outre la création d'un « espace d'autorisation », les réseaux criminels en compétition pour le contrôle des territoires non seulement alimentaient la violence, mais en la faisaient plus indéterminée et imprévisible. Bien que le nationalisme soit un élément clé, ce n'est certainement pas suffisant pour identifier les acteurs multiples qui y ont été impliqués.

Plutôt qu'être nommés par un gouvernement ou un commandement central, ces individus ou groupes criminels ont rejoint la guerre individuellement pour voir comment ils pourraient en profiter. Après avoir passé quelques jours dans le camp de bataille, ils établissaient finalement des liens avec les unités proches de leur idéologie. L'élimination de la population civile ne fut donc pas exclusivement dans les mains d'un parti unique, à savoir l'Etat, comme cela a souvent été considéré. La violence de masse a été le résultat d'une structure polycentrique comprenant de nombreux intervenants, dont les motivations et les objectifs pourraient être différents, même s'ils ont tous soutenu un programme politique nationaliste. L'absence d'une autorité monopolistique pour exercer un contrôle total sur le territoire a eu des conséquences dévastatrices pour la population civile. L'intervention opportuniste a ouvert la porte à la concurrence entre de nombreux types d'acteurs désireux de mettre en œuvre leurs programmes - à la fois politiques et criminels - et a donné libre cours à l'utilisation des moyens les plus radicaux disponibles – en autres mots - la violence extrême[229], de nature par excellence à produire la violation du droit à la santé mentale.

Les normes qui réglementent le conflit armé seront développées à condition qu'une grande puissance militaire soit intéressée à leur développement. Cette hypothèse est fondée sur l'idée selon laquelle les processus d'intégration rencontrés

---

227 WEINSTEIN J.M. *Inside Rebellion: The Politics of Insurgent Violence*. New York : Cambridge University Press, 2007. p. 402.

228 TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

229 TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

jusqu'à présent dans l'histoire ont été dus en grande partie à l'impact d'une grande puissance.[230] Selon cette idée, il est possible que le non respect des normes contenues dans les Conventions de La Haye et de Genève puisse être attribué à l'actuelle absence d'un tel leader mondial. En ce qui concerne le développement des normes, dans l'apparition des lois de la guerre maritime, la Grande Bretagne a eu une influence majeure. Ainsi, la grande concentration du pouvoir dans la main d'un ou de plusieurs États, peut être considérée importante pour appliquer effectivement les règles de la guerre.[231]

Bien que largement codifiées dans des traités internationaux, les règles de la guerre terrestre et navale sont essentiellement dues aux militaires, et non à des experts du droit international. Elles sont destinées à régir la conduite des opérations militaires. Les militaires de carrière ont depuis longtemps reconnu l'importance de restreindre les brutalités de la guerre et de cette reconnaissance s'est développé la codification du droit humanitaire.[232]

La qualité de l'application de la loi est le reflet direct de la volonté de la communauté de voir que la loi soit appliquée. Dans le cas de l'application du droit humanitaire, il y avait, même dans la seconde moitié du XXe siècle, la question jusqu'à quel point la communauté internationale ou ses Etats constitutives veulent avoir le droit humanitaire appliqué.[233]

La volonté nationale et internationale à l'application de ces règles du droit était entravée par une variété d'attitudes contradictoires. D'une part, ils comprennent l'approche des relations publiques pour les questions morales et juridiques. D'autre part, il y a la rhétorique de crimes de guerre qui sert de moyen pour attaquer une

---

230 DEUTSCH, K.W. *The Analysis of International Relations.* Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, 1968. p. 70.

231 DEUTSCH, K. W. The probability of international law. In: DEUTSCH, K.W., HOFFMAN, St. (eds). *The Relevance of International Law*. Cambridge, Massachusetts: Schenkmann Publishing Co 1968, p. 64.

232 WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205.

233 WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205.

guerre impopulaire. Ensuite, il y avait la réticence de beaucoup de personnes dans la communauté d'accepter la validité des règles du droit humanitaire, ou du moins d'accepter que les lois valides sont violés par les forces armés de leur propre pays : des actes militaires totalement disproportionnés et même des atrocités sont rejetées comme étant simplement des choses qui se passent dans la guerre.[234] Mais aussi, on trouve dans certains milieux une méfiance totale des forces armées et la volonté de croire le pire, combinée avec l'incapacité ou le manque de volonté des militaires de discipliner leur propre personnel. Dans ces cas, il y a besoin d'un leadership fort au niveau national pour se prononcer dessus de ces attitudes contradictoires et pour relancer l'application efficace du droit humanitaire.[235]

Pour être efficace, toute norme doit être considérée comme propre par la communauté à laquelle elle s'adresse, ou être renforcée par des sanctions, ces deux mécanismes étant complémentaires. En ce qui concerne la réglementation de la conduite pendant le conflit armé, il y a deux types de modèles de sanctions : celles qui trouvent leur origine dans le système international et celles du système national. En ce qui concerne les sanctions internationales, elles seront d'autant plus efficaces que l'État est ouvert envers l'opinion publique. Les États conduits par des gouvernements autoritaires ou des régimes totalitaires, de même que ceux qui ont un faible degré de transparence politique (due, par exemple, à l'absence des médias ou au taux réduit d'alphabétisation) seront moins sensibles à ce type de pression.[236]

Une première solution que l'on pourrait en déduire et qui aiderait au respect par tous les acteurs des normes du droit humanitaire, consiste dans l'apprentissage prompt de ces normes, tant au niveau collectif qu'au niveau individuel. De plus, l'implication d'un groupe important d'États dans le développement et le suivi du respect des normes du droit humanitaire peut avoir une influence positive sur la manière de déroulement des hostilités. Un autre idéal très important à atteindre

---

234 WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205.

235 WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205.

236 FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633.

consisterait à combattre l'idéologisation des conflits armés, par la promotion sur une large échelle et de manière conséquente du principe de la non discrimination et des droits fondamentaux de l'Homme.

Il faut souligner que les crimes de guerre sont commis par des individus, et non par les nations et ils consistent le plus souvent en des actes illégaux commis par des soldats, et non par des généraux. Mais, quel que soit le niveau, l'application du droit humanitaire concerne les individus et la réglementation de leur conduite militaire. Dans de telles circonstances, il résulte que la première responsabilité de l'application des lois de la guerre doit appartenir aux forces armées de chaque nation. La communauté juridique internationale a un rôle important à jouer, mais il ne peut pas réaliser une application plus efficace des lois régissant la conduite des opérations militaires, en emporter dans son mandat ce qui est dans son essence une responsabilité militaire.[237]

Par conséquence, un des plus importants moyens pour résoudre la question des violations du droit humanitaire qui ont de telles conséquences sur la santé mentale des personnes et des communautés est d'éviter de toute manière l'implication dans le conflit de ceux qui ne portent pas l'uniforme militaire, et spécialement des personnes qui ont été condamnées pour d'autres infractions, comme il a été le cas dans les guerres récentes des Balkans.

---

[237] WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205.

Section 4. Les conséquences juridiques du non respect de l'obligation de protéger le droit à la santé mentale dans les conflits armés

Parfois, les États utilisent les problèmes de santé publique comme des raisons pour limiter l'exercice d'autres droits fondamentaux. Le Commentaire Général 14 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels précise que la limitation prévue à l'article 4 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels[238] envisage premièrement à protéger les droits des personnes et à ne pas permettre l'imposition des restrictions visant leur accomplissement ou leur protection. Par conséquent, un État qui, par exemple, refuse de permettre au personnel médical de traiter les personnes considérées opposantes du gouvernement, sous prétexte de sécurité nationale ou de la sauvegarde de l'ordre publique, a l'obligation de justifier ces mesures par rapport à chaque élément prévu à l'article 4. De telles restrictions doivent être en accord avec la loi et les normes internationales des droits de l'Homme, compatible avec la nature des droits protégés par le Pacte, dans l'intérêt des buts légitimes poursuivis et strictement nécessaires pour promouvoir le bien-être général dans une société démocratique.

Selon l'article 5 (1) du même Pacte, les limitations des droits doivent être proportionnelles, dans le sens qu'il faut choisir l'alternative la plus restrictive au cas où il y en a plusieurs. Même si dans le cas où, en principe, on admet des limitations, sous prétexte de la protection de la santé publique, celles-ci doivent avoir une durée déterminée et doivent être soumises régulièrement à une révision.[239]

Au moment où on détermine quelles actions ou quelles omissions représentent une violation du droit à la santé mentale, il est important à réaliser la distinction entre l'incapacité et le manque de volonté de l'État pour respecter les

---

238 L'article 4 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dispose que „Les Etats parties [...] reconnaissent que, dans la jouissance des droits assurés par l'Etat conformément au présent Pacte, l'Etat ne peut soumettre ces droits qu'aux limitations établies par la loi, dans la seule mesure compatible avec la nature de ces droits et exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique."

239 United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 28 - 29.

obligations prévues à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Un État qui refuse d'utiliser au maximum ses ressources disponibles pour assurer l'accomplissement du droit à la santé mentale viole l'obligation prévue à l'article 12. Si le manque des ressources rend impossible l'accomplissement par l'État des obligations prévues par le Pacte, celui-ci est tenu pourtant de prouver qu'il avait déployé tous les efforts possibles pour l'utilisation des ressources dont il disposait pour satisfaire, prioritairement, les obligations établies. Malgré ceci, un État ne pourra jamais justifier, sous aucune forme, le non respect des obligations fondamentales relatives au droit à la santé, dont aucune dérogation n'est permise.[240]

Toute personne ou groupe de personnes victimes d'une violation du droit à la santé mentale, doit avoir accès à des remèdes judiciaires et d'autres types similaires (y compris médicaux) à la fois au niveau national qu'international. Même si un groupe de personnes peut introduire ou non des actions en justice en tant que titulaire distinct des droits, les États y sont obligés à la fois par la dimension individuelle que par celle collective de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Les droits collectifs présentent une importance vitale dans le domaine de la santé, les politiques modernes de santé visant la prévention et la promotion des approches axées surtout sur les divers groupes de personnes. Ainsi, toute victime de telles violations doit bénéficier du droit à la réparation adéquate, qui peut se présenter sous la forme de la restitution, de la compensation ou de la garantie que l'acte qui avait provoqué de préjudices ne se répétera plus. [241]

Les médiateurs, les commissions des droits de l'Homme, les forums des citoyens, les associations pour les droits des patients et d'autres institutions similaires doivent aborder, y compris, le problème des violations du droit à la santé psychique. De même, les juges et les membres des professions juridiques doivent prêter une grande attention à la violation du droit à la santé pendant l'exercice de leur profession, y compris en ordonnant des enquêtes et des expertises pour

---

[240] United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 47.

[241] United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 59, note 30.

l'évaluation psychologique et psychiatrique dans le cas des infractions très graves, à la fois pour les victimes que pour les agresseurs. En outre, les États ont le devoir de respecter, de protéger, de faciliter et de promouvoir l'activité de la société civile pour fournir de l'assistance aux groupes vulnérables ou marginalisés, en vue de réaliser leur droit à la santé mentale.[242]

La mise en œuvre des traités fondamentaux de l'Organisation des Nations Unies relatifs aux droits de l'Homme est suivie par des comités formés d'experts indépendants, tels le Comité relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ou le Comité relatif aux droits de l'enfant. Le suivi du respect par les États Parties des dispositions des traités est réalisé principalement au travers de l'examen des rapports périodiques qui indiquent la façon de leur mise en œuvre au niveau national. Les Comités examinent ces rapports et aussi les informations fournies par les agences de l'ONU ou des organisations appartenant à la société civile (on les appelle des « rapports parallèles »). L'évaluation des rapports transmis par les États prend la forme d'un dialogue constructif avec les représentants des États en question.

Ultérieurement, les comités fournissent des observations qui comprennent aussi des éléments positifs, de même que les raisons d'inquiétude et les recommandations pour les actions à venir. La mise en œuvre du droit à la santé mentale est envisagée surtout par le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, le Comité relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour les droits de l'enfant, le Comité pour l'élimination de la discrimination contre les femmes. Le Comité contre la torture vise particulièrement le droit à la santé mentale des personnes en détention, y compris celles des institutions psychiatriques et la réhabilitation des victimes de la torture et des violences sexuelles.

Par la résolution de 2001/31, la Commission pour les droits de l'Homme a créé le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les méthodes de travail du Rapporteur Spécial comprennent des missions sur place, dans divers pays, l'investigation des zones de risque, l'évaluation des rapports reçus de la part des personnes ou des groupes qui accusent des violations du droit à la santé, le

---

[242] United Nations Economic and Social Council, *The right to the highest attainable standard of health: .11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)*, par. 59, 61- 62.

questionnement des gouvernements par rapport aux présumées violations et la transmission des rapports annuels à l'Assemblée Générale et au Conseil pour les droits de l'Homme. Le Rapporteur Spécial peut recevoir aussi des plaintes de la part des personnes ou des organisations non gouvernementales et, si elles sont considérées sérieuses et crédibles, elles peuvent être discutées avec les gouvernements en question. De telles plaintes ont visé jusqu'à présent les violations du droit à l'accès aux facilités médicales, le traitement médical accordé sans le consentement du patient et la stérilisation forcée, le traitement abusif administré aux patients présentant des troubles psychiques, les conditions inadéquates des facilités sanitaires - telles la nourriture insuffisante et inadéquate et les conditions sanitaires.[243]

Pendant les conflits armés, les violations des Conventions de Genève en ce qui concerne le droit à la santé mentale peuvent conduire à un procès devant une instance internationale, quand l'acte est constitutif d'un crime de guerre, un crime d'agression ou d'un crime contre l'humanité.[244] Dans ces cas, selon l'article 14 du Statut de la Cour Pénale Internationale, un Etat partie au Statut peut saisir le Procureur relatif à une situation où un ou plusieurs crimes ont été commis dans le cadre de la juridiction de la Cour, en demandant à celle-ci d'enquêter la situation pour déterminer si une ou plusieurs personnes répondront pour les actes commis. De même, selon l'article 15 du même traité, le Procureur peut initier des investigations d'office, selon les informations reçues sur les crimes en question. Comme raison d'inadmissibilité d'une action, l'article 17 prévoit l'absence de la gravité suffisante des actes ou de l'acte, qui justifie des démarches supplémentaires de la part de la Cour. Une telle circonstance, de même que la limitation des sujets qui peuvent introduire une requête seulement au niveau des États parties, a pour conséquence le petit nombre de causes déposées au scrutin de la Cour, la plupart des causes étant limitées à des faits très graves. Ainsi, il est peut probable que les victimes des crimes qui ont subi principalement ou seulement la violation du droit à la santé mentale puissent trouver leur compensation au niveau de cette instance internationale.

---

243 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008, p. 38- 39.

244 *Statut de la Cour Pénale Internationale.* Rome, 17 juillet 1998, art. 5 (1).

Evidemment, tenant compte du principe de la souveraineté, les conséquences juridiques que les États peuvent subir suite à la violation de la santé mentale sont minimales. Au niveau de l'ONU, bien que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels impose des obligations pour les États contractants, les mécanismes pour vérifier sa mise en œuvre ne peuvent pas réaliser une analyse suffisante du respect par tous les États des obligations concernant la santé mentale.

Ainsi, aujourd'hui il n'y a pas au niveau international des mécanismes suffisants et efficaces pour tenir responsables les États - et encore moins les acteurs non étatiques – pour la violation du droit à la santé mentale.

Conclusions de la première partie

Les obligations internationales qu'ont les États de respecter, de protéger et de garantir le droit à la santé mentale peuvent avoir des effets significatifs sur la prévention de la violence collective. Toutefois, comme le montre l'analyse effectuée ci-dessus, il existe plusieurs obstacles juridiques à l'application des règles existantes, qui empêchent la protection efficiente du droit à la santé mentale dans les conflits armés.

Le premier problème identifié est celui des sujets de droit auxquels reviennent les obligations de respecter et de protéger la santé mentale. Ainsi, en particulier dans les conflits de ces dernières décennies, de nombreux acteurs non-étatiques peuvent apparaître en tant que combattants, organisés dans des diverses formations (par exemple, des sociétés militaires privées, des groupes rebelles, des mouvements révolutionnaires, etc.). Par conséquent, pour assurer la mise en œuvre des obligations relatives à la protection du droit à la santé mentale, la référence à tous les acteurs possibles du conflit comme sujets passifs par rapport aux obligations de droit humanitaire doit se retrouver dans tous les instruments juridiques concernant les conflits armés. Ces instruments ne doivent pas imposer des conditions des acteurs impliqués dans le conflit, car elles pourraient limiter d'une manière négative leur responsabilité.

La présence constante d'une telle disposition dans les résolutions du Conseil de sécurité de l'ONU en la matière serait extrêmement utile. Un autre problème au niveau de ces sujets de droit est la connaissance insuffisante du droit international humanitaire. Ses règles doivent être diffusées à tous les groupes impliqués dans les hostilités, en insistant sur la responsabilité de tous les individus de respecter certaines normes pour la protection de la santé mentale dans les structures fondées sur la hiérarchie.

Le deuxième problème concerne le caractère incomplet et inadéquat des règles de droit qui visent le respect et la protection de la santé mentale. L'identification des personnes atteintes de troubles mentaux causés par le conflit pose de grandes difficultés à cet égard. Cela peut conduire à l'absence ou au retard du traitement médical spécifique, avec des conséquences néfastes pour la santé mentale, ou, dans le pire des cas, à l'exposition prolongée de la personne aux causes qui ont entraîné les conditions pathologiques. En outre, les Conventions de

Genève conditionnent la protection en tant que prisonnier de guerre par l'état d'abandon des armes, condition souvent impossible d'être respectée par les personnes affectées mentalement à la suite des hostilités. Ainsi, même si elles sont déjà victimes de guerre, ces personnes sont encore moins protégées que les autres participants au conflit. De plus, le discernement de ces combattants, diminué, à cause de leurs troubles psychiques, peut les rendre incapables de faire le choix de l'abandon des armes. Il en découle ainsi l'impossibilité d'identifier les individus souffrant de troubles psychiatriques majeurs, d'autant plus que la probabilité qu'il y ait des personnes capables, parmi les autres combattants, de reconnaître le statut de victime des individus souffrant de maladies mentales est faible. En outre, les Conventions de Genève prévoient l'isolement des malades mentaux sans circonstancier cette exigence. Cette pratique est à présent déconseillée par les principes et les normes de la psychiatrie. Résoudre le problème de l'identification des personnes souffrant de troubles mentaux est encore plus difficile, dans un conflit long et violent, caractérisé par une détérioration des principes et des standards de la « normalité », telle qu'elle est définie en temps de paix. La violence devient une règle dans la société et certains modèles de réaction, d'origine pathologique, provoqués par le stress, peuvent se généraliser au sein d'une communauté.

Il est constatable que, même dans le cas de l'application correcte et de bonne foi des dispositions des Conventions de Genève et des Protocoles additionnels, le droit à la santé mentale n'est pas suffisamment protégé. Quant au Statut de la Cour Pénale Internationale, la situation est plus grave, car ce droit est suggéré d'une manière extrêmement vague et, en fait, il apparaît seulement de façon implicite dans le texte de ce traité. À la lumière de ces observations, les dispositions du droit international humanitaire doivent être mises à jour et complétées pour couvrir le plus grand nombre de situations de risque en termes de santé mentale. Elles doivent souligner davantage l'importance que ce droit soit protégé par toutes les parties impliquées dans les conflits.

En termes de juridiction, la responsabilité de poursuivre et de juger les personnes qui commettent des crimes de guerre et crimes contre l'humanité incombe, tout d'abord, aux États. Là où les États sont incapables ou refusent de remettre ces personnes à la justice, la pratique internationale a institué à l'institution des tribunaux pénaux internationaux, afin que les auteurs des activités interdites par le droit humanitaire ne restent pas impunis, quel que soit le contexte dans lequel les

actes ont été commis. Les poursuites et le châtiment des auteurs sont des actes de mise en oeuvre effective du droit pénal international qui assurent le respect total de certaines normes d'intérêt pour l'ensemble de la communauté. Si les États sont incapables ou refusent d'entreprendre une telle démarche, la création de ce type d'organisme international pourrait permettre une meilleure protection des victimes des violations du droit à la santé mentale. Il est d'autant plus important que ces organismes sont autorisés à juger les personnes accusées de crimes de guerre par des résolutions du Conseil de Sécurité de l'ONU, et non pas tant par des traités internationaux dont la ratification peut être évitée. Cette solution pourrait être la réponse pour les situations où les Etats ne mettent pas en œuvre le principe de la compétence universelle pour juger les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité. En même temps, les documents constitutifs des tribunaux en question ne doivent pas limiter la sphère des sujets autorisés à introduire une requête devant une telle institution.

Le dernier problème identifié est le plus difficile à résoudre : les normes juridiques existantes pour protéger le droit à la santé mentale dans les conflits armés, y compris celles du *jus cogens*, ne sont pas respectées par les parties en conflit, qu'il s'agisse des États, des acteurs non étatiques ou des individus. Des violations fondamentales des droits sont perpétrées dans l'espoir d'obtenir, à tout prix, la victoire et le contrôle sur un territoire disputé. Une solution durable possible consiste à promouvoir l'importance de protéger la santé mentale, en insistant sur les conséquences négatives et à long terme - tant au niveau individuel qu'au niveau communautaire - des maladies mentales acquises suite à des conflits armés. Les règles juridiques visant à protéger la santé mentale devraient être transmises aux personnes assez tôt, à un âge précoce, complétés par des éléments montrant la nocivité de l'utilisation de la violence. Bien entendu, l'incrimination au niveau national et international et la répression adéquate des actes portant atteinte au droit à la santé mentale des personnes représentent la condition de base pour atteindre ce but. De la même façon, la possibilité que tout groupe ou toute personne soient susceptibles de répondre au niveau international pour de tels actes est en mesure de réduire la tendance à les commettre.

Enfin, outre les sanctions pénales, qui sont le premier pilier de la justice transitionnelle, le deuxième pilier, à savoir les mécanismes de « recherche de la vérité », mérite aussi l'attention. Certains auteurs de violations sont littéralement

hantés par ce qu'ils ont fait et ont besoin de s'exprimer, mais ils ne savent pas à qui et comment. Si une commission de la vérité et de la réconciliation était constituée au niveau régional (pan balkanique, par exemple), les auteurs des crimes auraient parlé de leurs expériences et de ce qui s'étaient passé. Cependant, alors que tout le monde convient que la vérité doit être dite - au sujet, par exemple, des événements sur le territoire de l'ex-Yougoslavie, très peu de personnes osent parler de réconciliation ou la veulent réellement. D'un autre côté, dans le contexte des enquêtes pénales qui se poursuivent pour appréhender les auteurs de crimes et pour les remettre à la justice, ces derniers admettent qu'ils ne prendraient pas le risque de rendre leurs actes publics.[245] Toutefois, rendre publique l'expérience d'un auteur de crimes de guerre et les conséquences ultérieures sur sa vie (vivre dans la clandestinité, les traumatismes, les cauchemars, etc.) pourrait servir à dissuader les futurs « candidats » potentiels à ces activités.

En ce qui concerne les aspects juridiques de la protection du droit à la santé mentale, les textes des instruments du droit humanitaire et du droit pénal international devraient être modifiés afin l'importance de respecter ce droit et d'incriminer tous les actes susceptibles de le violer. Cette étape est très importante pour remédier aux lacunes inacceptables que les traités existants sur les conflits armés présentent : la violation du droit à la santé mentale, qui produit des dommages incommensurables au niveau des populations des États impliqués dans le conflit, n'a pas encore été formellement interdite.

---

[245] TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287.

Seconde partie
La violation du droit à la santé mentale due aux conflits armés et ses conséquences juridiques, individuelles et sociales

Titre 1. Traumas de guerre : genèse, manifestations et conséquences micro et macro-sociales

Le but de ce titre est d'expliquer le mécanisme d'apparition des traumatismes de guerre, de décrire leurs manifestations et d'analyser leurs effets sur les personnes qui y sont victimes, ainsi que sur les collectivités.

Le premier chapitre fera la connexion entre la violation du droit à la santé mentale pendant les conflits et l'apparition des troubles psychiques dans la personnalité des victimes. Ce chapitre inclue aussi une présentation médicale de la symptomatologie dans le cas de chaque trouble susceptible à apparaître à cause de l'impact de la guerre. La description médicale de ces maladies aide à réaliser le but de cette thèse de souligner la gravité des conséquences de la violation du droit à la santé mentale, démontrée, parmi d'autres éléments, par les souffrances des malades. Une deuxième raison pour inclure la description des symptômes des maladies psychiques causées par la guerre consiste dans la projection ultérieure de leurs conséquences au niveau de la collectivité, pour démontrer l'existence d'un trauma collectif. Finalement, la description des symptômes médicaux des traumatismes sera utilisée pour analyser l'impact sur la criminalité - pendant et après la guerre - des traumas causés par le conflit.

Le second chapitre explorera les conséquences individuelles et sociales des violations du droit à la santé mentale. L'expérience individuelle des traumatismes sera exposée, en décrivant la manière dont les personnes affectées perçoivent leur condition mentale et les interprétations qu'elles attribuent aux troubles psychiques. Une importante analyse sociale comparative sera ensuite développée, en présentant les possibles implications sur les collectivités des maladies psychiques produites par les conflits.

Chapitre 1 : Analyse des violations du droit à la santé mentale pendant la guerre

Les conflits armés touchent gravement du point de vue physique et psychologique une grande partie de la population du monde. Après la guerre, les traumas psychologiques font plus de victimes que les blessures physiques, parce que les sujets de ces traumas ne sont pas seulement les victimes directes des hostilités ou les combattants, mais aussi leurs familles et les témoins d'actes violents.

En outre, les troubles mentaux graves issus des conflits armés sont en grande partie incurables. Ainsi, ils affectent la vie quotidienne et l'intégration de la victime dans la communauté. De plus, les victimes de ces troubles peuvent avoir une tendance criminelle accentuée, mettant en danger, par cela, l'ordre social de la communauté.

D'après le Département des affaires de désarmement des Nations Unies, il y a eu environ 150 conflits armés dans le Tiers Monde depuis 1945. Il y a eu 20 millions de morts et au moins trois fois plus de blessés. Le Haut-commissaire des Nation Unies pour les Réfugiés a recensé 2,5 millions de réfugiés de guerre en 1970, 8,3 millions en 1980 et environ 15 millions en 1997. Si l'on inclut les déplacements internes, on double le total. Les taux de mortalité durant les déplacements massifs de population dépassent 60 fois les taux prévisibles dans les périodes de paix.

Au cours des deux ou trois dernières décennies, les chercheurs et les cliniciens ont résumé ce qu'ils ont vu et entendu des survivants de traumatismes extrêmes sous le terme de « syndrome des camps de concentration », « névrose de guerre », « syndrome d'épuisement au combat », « syndrome du survivant » et, couramment, « stress post-traumatique ».

Les victimes de guerre endurent de multiples traumatismes : des privations physiques, des blessures, de la torture, de l'incarcération, l'expérience d'être témoin de tortures ou de massacres et la mort de proches. Il y a aussi des facteurs à l'arrière plan, comme les maladies infectieuses qui prospèrent en raison des conditions créées par la guerre et qui sont particulièrement mortelles pour les enfants. En Ouganda, le virus du SIDA peut être comparé à une armée indépendante semant la terreur. L'effondrement social lié à la guerre a accru sa vitesse de propagation.

« La guerre, tout comme la guerre civile, peut être dévastatrice sur le plan culturel et social. En Ouganda et au Mozambique, un très grand nombre de populations, appauvries et terrorisées, sont hantées par le souvenir des parents qu'ils ont laissés sans sépultures et par les sanctions surnaturelles qui accompagneront ces omissions au rituel de deuil et de funérailles ».[246]

La maladie mentale, dans son sens large, est l'une des affections les plus communes de la race humaine. Le rapport fait par la Banque Mondiale sur la santé et le développement (1993), pourtant critiqué à cause du caractère peu fiable de certaines de ses données, identifiait la maladie neuropsychiatrique comme la seconde cause de maladie non transmissible dans les pays en voie de développement, juste après la dépression nerveuse. Le rapport souligne la liaison étroite entre la santé d'une communauté et son développement. Cette liaison a été pendant longtemps ignoré par les agences de développement et les ministères de la santé, qui ont mis l'accent sur la situation pressante des maladies transmissibles. Toutefois, il est impossible de séparer le concept de « santé physique » de celui de « santé mentale », spécialement quand ces concepts sont liés à des maladies chroniques et aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Pour cela, il est souhaitable que le futur travail dans le domaine de la santé et du développement avance la santé mentale parmi ses priorités.[247]

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont les plus exposées au risque de violences et d'abus. Elles peuvent devenir beaucoup plus facilement les victimes de la violence physique, sexuelle, psychologique et émotionnelle, de la négligence et de l'exploitation financière. Les femmes souffrant de certains troubles mentaux sont particulièrement exposées à la stérilisation forcée et aux violences sexuelles. Les abus contre ces personnes se déroulent souvent dans le contexte de la discrimination systématique. Actuellement, il est reconnu[248] que les conditions sociales et les obstacles auxquels les femmes sont confrontées, tels la

---

246 SUMMERFIELD D. The Psychosocial Effects of Conflicts in the Third World. *Development in Practice,* 1991, 1(3), 159-173.

247 VIKRAM P., MUTAMBIRWA J., NHIWATIWA S. Stressed, depressed or bewitched? A perspective on mental health, culture and religion. In: EADE D. (ed), *Development for health*: Selected articles from *Development in Practice*, Oxford, England, Oxfam, 1997, p.40-8.

248 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008, p. 17.

stigmatisation, la pauvreté et la dépendance financière, sont des facteurs de risque graves pour leur santé mentale.

Les actes nuisibles les plus fréquents qui se produisent sur ces personnes vulnérables, tant pendant les conflits armés qu'après, concernent leur soumission à un traitement médical sans un consentement libre et informé, ce qui constitue une violation claire et une dépréciation de leur droit à la santé. Un autre acte du même genre est constitué par la claustration de ces personnes dans des institutions habilités, en tenant compte seulement des troubles identifiés, ce qui peut avoir des répercussions graves tant sur leur droit à la santé mentale (ce qui peut aggraver l'état pathologique) que sur leurs autres droits (le droit à la liberté, etc.).[249] Dans la plupart des cas, dans le contexte des conflits armés, les troubles mentaux ne sont pas diagnostiqués, traités ou soignés car leurs signes sont généralement ignorés. Même pendant la paix, les politiques, les programmes, les ressources matérielles et législatives dans ce domaine sont très souvent déficitaires. Par exemple, en 2001, la plupart des pays à budget faible et moyen ont alloué moins de 1% de leurs ressources pour la santé, vers la santé mentale[250]. Par conséquence, le système de santé mentale, y compris les médicaments essentiels tels que les psychotropes, sont inaccessibles ou trop chers pour de nombreuses personnes. Pour les personnes souffrant de handicaps psychosociaux et intellectuels, l'accès au système de santé mentale est compliqué par la stigmatisation et la discrimination dont ils souffrent, contrairement à l'obligation fondamentale des États de fournir un accès libre aux soins, fondé sur le principe de l'égalité. Toutefois, la Convention relative aux droits des personnes handicapées exige de tous les États de promouvoir, de protéger et d'assurer la réalisation pleine et égale pour les personnes handicapées de tous les droits de l'Homme et libertés fondamentales, y compris le droit à la santé et celui de promouvoir le respect de la dignité inhérente (art. 1). L'article 25 du même document[251] prévoit le droit de bénéficier du plus haut standard qui puisse être atteint en termes de santé physique et mentale, sans discrimination et énumère les mesures qui devraient être prises par les États pour s'acquitter de ces obligations.

---

249 World Health Organization. *Mental Health Atlas: 2005.* Geneva : 2005.

250 World Health Organization. *Mental Health Atlas: 2005.* Geneva : 2005.

251 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008, p. 17.

Section 1. Les causes susceptibles d'affecter le droit à la santé mentale des individus pendant les conflits armés – le rapport entre le droit à la santé mentale et d'autres droits de l'Homme

La violence est reconnue de plus en plus souvent comme un problème qui touche globalement la santé publique. « Le rapport mondial sur la violence et la santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé insiste sur la nécessité d'évaluer la violence compte tenu de ses effets sur la santé dans le monde entier, de reconnaître les causes adjacentes et les facteurs de risque de la violence, de la combattre et d'en limiter les conséquences. Il peut être constaté récemment que la santé publique et les droits de l'Homme sont des éléments complémentaires, qui par un soutien réciproque peuvent contribuer à la prévention de la violence.[252]

Pour être efficace et durable, la prévention de la violence exige une bonne compréhension des liens qui existent entre celle-ci et le droit à la santé. La première étape d'une telle démarche serait de définir la violence du point de vue de ses effets sur la santé et de ses implications sur les droits de l'Homme. Le rapport susmentionné de l'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme « l'usage intentionnel ou la menace d'utiliser de manière délibérée la force physique contre sa propre personne, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, usage qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, une affection psychique, un développement inapproprié ou une carence dans le développement ».[253] Cette définition qui offre une large acception de la violence, en la liant à la santé individuelle et visant au-delà de cela les actes qui provoquent une souffrance physique, psychique ou un décès, souligne l'ensemble des conséquences de la violence sur le droit à la santé des personnes, des familles et des collectivités. Selon cette définition, la violence a, évidemment, une incidence directe sur le droit fondamental à la santé, pour toutes les personnes qui en sont les victimes. La violence provoque fréquemment des préjudices psychiques et

---

252 Conseil économique et social des Nations Unies. *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint* – Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, E/CN.4/2004/49*,* par. 82.

253 World Health Organization. *World Report on Violence and Health.* Geneva : WHO 2002, p. 5.

psychologiques, générant des problèmes sociaux pour les personnes, les familles et les collectivités. Les effets indirects de la violence sont également préjudiciables à la réalisation complète du droit à la santé.

Le classement des violations du droit à la santé mentale, selon la gravité des faits, serait une démarche inopportune et dépasserait le but de cette thèse. Par la suite, les liens qui existent entre les différents droits de l'Homme défendus par les instruments internationaux et le droit à la santé mentale seront mis en évidence, en soulignant que les violations ou les menaces pesant sur ces droits affectent implicitement le droit à la santé psychique de la personne. Les exemples de violations de droits qui seront cités ont été soulignés dans le Rapport analytique du Secrétaire Général des Nations Unies transmis suite à la résolution de 1997/21, qui définit, dans le chapitre III, les abus commis dans des situations de violences internes. Malgré une meilleure protection des droits des personnes offerte par les conventions et les protocoles de Genève, qui s'adressent plutôt aux situations de conflits à caractère international, ces abus sont commis habituellement pendant les conflits internes aussi bien que pendant les conflits internationaux.

En ce qui concerne les victimes des violations du droit à la santé mentale pendant la guerre, la distinction sera faite dans cette section entre trois catégories différentes : (1) les « victimes directes », qui subissent l'action immédiate du criminel ; (2) les proches des victimes directes, qui souffrent de la disparition de celles-ci et de l'incertitude sur le destin de la personne proche et les personnes qui sont obligées de témoigner des violations graves de droits des victimes directes ; finalement, (3) les auteurs des crimes, qui, dans certains cas, sont forcés à violer les droits d'autrui, par exemple, sous la pression hiérarchique.

Nous commencerons par la description des violations du droit à la santé mentale subies par les « victimes directes ».

Une des plus graves violations des valeurs protégées par le droit international, de même que par le droit pénal, est la privation arbitraire du droit à la vie, réalisée par les forces armées ou d'autres entités qui participent au conflit, ou encore par l'attaque ou le massacre en masse de la population civile pendant un conflit armé. Dans beaucoup de ces cas, les pertes de vies humaines se produisent suite à l'utilisation sans discernement de certaines armes. Dans d'autres cas, les combattants capturés sont exécutés après un jugement sommaire : ces faits se produisent fréquemment dans le cas de civils dont l'origine ethnique, la religion ou

l'opinion politique est différente de la majorité. D'autres types de violations du droit à la vie sont constitués par le recours à la famine ou l'absence de prestation de soins dans le cas de certaines maladies.[254] La survie à de tels événements ou le simple fait d'y avoir assisté est susceptible d'affecter grièvement la santé mentale. Les effets sont d'autant plus importants dans le cas où la personne dont le droit à la vie a été violé est un proche du témoin, ou particulièrement en cas de meurtre, de violence ou de cruautés.

La pratique de la torture, des traitements ou des punitions cruels, inhumains ou dégradants est autant utilisée dans les conflits armés internes[255], que dans ceux à caractère international. Les personnes détenues sont torturées dans le but d'obtenir des témoignages, des informations, des renseignements sur le camp adverse, ou simplement pour les intimider. Le risque d'être soumis à de telles pratiques peut être envisagé pour toutes les catégories de la population : les combattants capturés, les membres des organisations politiques d'opposition (dans le cas des conflits internes), la population civile des régions où se déroulent les combats et les personnes soupçonnées d'être sympathisantes du camp adverse. Les nouvelles recrues dans les forces armées sont fréquemment soumises à la violence et aux mauvais traitements pour leur insuffler un comportement d'obédience. Le travail forcé est imposé par les membres des forces armées à la population civile des régions où se déroulent les hostilités.[256]

La torture, les traitements et les punitions cruels, inhumains ou dégradants entraînent fréquemment des troubles mentaux. Ils peuvent être la conséquence directe des traumas psychiques provoquant des troubles de longue durée, voire à caractère définitif et irréparable, ou indirectement, être provoqués par un ou plusieurs traumatismes physiques pouvant toucher le système nerveux central et périphérique.

---

254 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 27.

255 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 28.

256 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 28.

Les conflits peuvent conduire au déplacement forcé de nombreuses personnes. Celles-ci peuvent quitter d'elles-mêmes les régions touchées par les hostilités, mais la dislocation forcée de la population réalisée par les forces armées est aussi un phénomène commun. Dans ce dernier cas, l'abandon du domicile peut avoir lieu suite à la menace, contre la volonté de la personne transférée et sans aucune justification. Cette pratique peut avoir pour but la création de « zones de sécurité », pour priver les groupements militaires adverses du soutien direct ou indirect de la population civile, peut être utilisée comme méthode pour intimider et terroriser les minorités ethniques, linguistiques, religieuses, etc., perçues comme hostiles, ou pour déplacer une population d'un territoire déjà conquis. Les personnes déplacées ou réfugiées vivent généralement dans des conditions malsaines ou sont obligées de s'établir dans des régions dangereuses. Dans d'autres cas, ces personnes sont logées dans des camps, situation où elles sont soumises à un régime d'incarcération ou de détention[257], qui nuit à la santé psychique.

Le départ forcé, qu'il soit réalisé violemment ou non, a un grand impact traumatisant sur le bien-être mental des personnes affectées. Renoncer aux objets familiers et à un mode de vie habituel représente une situation qui peut déclencher des troubles dissociatifs et des troubles psychiques d'adaptation à caractère dépressif. Si, pendant le déplacement, la personne est soumise à de la violence, des réactions graves au stress et des troubles post-traumatiques de stress peuvent aussi apparaître.

Pendant les conflits armés, le droit à la liberté de la personne et le droit à un procès équitable sont aussi fréquemment négligés et violés. Des centaines, voire des milliers de personnes peuvent être détenues pendant les hostilités et, dans beaucoup de cas, les membres des forces armées ou leurs sympathisants sont enfermés pour une longue période (des mois, voire des années) sans être mis en accusation ou jugés. Dans le cas où des procédures judiciaires ont lieu, les garanties fondamentales du procès équitable sont couramment ignorées, les tribunaux militaires étant souvent organisés pour juger et condamner les civils. Les groupes armés prennent des otages et organisent des « procès » pour les personnes

---

257 *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 29.

soupçonnées d'être des opposantes politiques ainsi que pour les présumés « traîtres ». Une pratique commune des forces gouvernementales de même que des groupements militaires est de priver de liberté certaines personnes, sans reconnaître le fait qu'ils les détiennent. Cette pratique a provoqué, les dernières années, la disparition des dizaines de milliers de personnes. D'habitude, ces personnes sont tuées et leurs cadavres sont éliminés secrètement.[258] Les personnes soumises à un régime sévère et prolongé de privation de liberté peuvent être touchées, parmi d'autres, de psychoses de détention, de changements durables de personnalité suite à une privation, de même que d'autres troubles graves et irréversibles.

Dans les situations de guerre, le droit à la propriété de la population civile est manifestement ignoré, les biens qui lui appartiennent (maisons, récoltes, etc.) sont détruits, pillés ou appropriés en violation du droit. Les écoles et les hôpitaux sont délibérément détruits, de même que les établissements religieux ou culturels. L'accès de la population civile aux aides humanitaires telles que la nourriture et les médicaments est souvent refusé, ou bien leur distribution est détournée. La protection due au personnel médical et religieux est aussi souvent ignorée. Les associations humanitaires sont en grande difficulté pour travailler, leur personnel est attaqué et menacé, tandis que leurs équipements sont volés ou détruits.[259]

Les biens personnels peuvent avoir une valeur émotionnelle particulière, surtout lorsqu'il s'agit de biens obtenus à la suite d'efforts prolongés, ou de biens transmis d'une génération à l'autre (telle la maison, la ferme, etc.). Leur disparition pourrait induire en même temps un sentiment d'angoisse et la sensation que le temps utilisé pour leur acquisition a été perdu.

L'impossibilité d'accéder à la nourriture et aux médicaments est susceptible d'entraîner, à côté d'inévitables souffrances physiques qui peuvent aller jusqu'à provoquer la mort par inanition ou des maladies, des affections psychologiques dues au stress et à l'angoisse pour sa propre survie.

---

[258] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 32.

[259] *Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21.* Document de l'ONU E/CN.4/1998/87, par. 33.

Les agressions sexuelles sont aussi fréquentes pendant les conflits armés, les femmes et les enfants constituant les victimes les plus vulnérables. Le viol présente une gravité accrue quand il est utilisé en tant qu'arme de guerre, ou contre des minorités, en vue d'une « purification ethnique ». Les victimes de telles agressions peuvent développer des affections psychiques très graves, même des changements durables de personnalité, des troubles d'adaptation, des réactions de stress sévère et des troubles dissociatifs. En outre, la relation de la mère avec son enfant conçu suite à un viol peut présenter des caractères paradoxaux. La mère éprouvant des sentiments ambivalents envers l'enfant, cela entraîne pour ce dernier, dés le début de sa vie, des troubles du comportement qui peuvent se transformer en affections plus aiguës durant son existence.

L'analyse des violations du droit à la santé mentale continue avec le cas des proches des « victimes directes », afin de souligner les effets négatifs sur leur santé mentale lorsqu'ils perdent quelqu'un. Ne seront pas reprises les explications concernant les traumas psychiques graves et irréversibles causés par la manière dont sont traitées les personnes détenues illégalement (tortures, traitements inhumains et dégradants, menace continue de la mort, etc.). Ainsi, l'incertitude sur le destin d'une personne proche et la peur au sujet de sa vie, de sa santé et de sa sécurité produisent naturellement des souffrances psychiques sévères. Parmi les troubles qui peuvent apparaître, doivent être cités : les attaques et les états de panique, les troubles anxieux, divers types de névrose, des troubles de stress et des troubles d'adaptation (y compris la réaction de deuil et des réactions dépressives). Les personnes qui assistent à des actes graves (tels la torture, les viols, les traitements inhumains et dégradants, etc.) souffrent elles-mêmes psychiquement. Le ressenti de la douleur des autres est de nature à conduire à l'apparition de différents troubles dépressifs, obsessifs et de syndromes graves de stress.

En dernier lieu, sera abordé le cas des auteurs de crimes, qui, dans certains cas, peuvent être forcés à agir de manière violente. Les violations répétées des droits de l'Homme, selon la manière dont elles ont été commises, témoigne de l'existence de certains troubles de comportement de nature soit compulsive, soit antisociale, soit obsessionnelle. On ne peut pas négliger les personnes qui, sans avoir subi directement des violences physiques, sont forcées de commettre des actes répressifs. Dans le cas où le coupable a été obligé de commettre ces violations, contre son gré, sous la pression hiérarchique ou de toute autre moyen, la

simple vue des souffrances provoquées peut entraîner l'apparition d'un trauma psychique intense, jusqu'au niveau d'un trouble post-traumatique de stress.

Ces faits constituent une énumération générale des situations les plus fréquentes de violations des droits de l'Homme pendant un conflit armé. La palette des actions qui peuvent générer l'apparition ou l'aggravation d'un trouble psychique est extrêmement étendue, l'énumération exhaustive des actes qui peuvent provoquer des violations du droit à la santé mentale étant presque impossible.

Dans le cas des guerres de l'ex-Yougoslavie, à la suite d'un entretien réalisé avec les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, il en a résulté que les actes qui produisent les conséquences les plus graves sur la santé mentale des personnes dans le cadre d'un conflit armé sont la torture, le viol, le meurtre des enfants ou des membres d'une famille, la vision de cadavres et le fait d'avoir survécu à des exécutions. Parmi les facteurs les plus importants favorisant les traumas, les spécialistes de la Section d'aide aux victimes et aux témoins ont identifié l'âge précoce des victimes.[260]

Après avoir décrit les causes générales de nature à déterminer l'apparition de traumas psychiques pendant la guerre, il s'agira d'insister sur les mécanismes effectifs qui favorisent les troubles mentaux pendant et après les conflits. Toutefois, une conclusion apparaît comme évidente : pendant les périodes de guerre, le droit à la santé mentale est étroitement lié à tous les autres droits de l'Homme. Ce lien apparaît en raison du fait que la violation grave ou prolongée de presque tout autre droit est de nature à nuire de manière permanente à la santé psychique et psychologique de l'individu.

---

[260] Entretien réalisé par l'auteur avec les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, Haye, 8 février 2010.

Section 2. Le mécanisme d'apparition des traumatismes psychiques pendant la guerre

Les événements sociaux négatifs ont des effets plus forts sur la santé mentale que les positifs. Toutefois, il n'existe pas de réponse universelle à des événements particulièrement stressants. La détresse causée par la guerre se manifeste du point de vue somatique par des réactions telles que des maux de tête, douleurs non spécifiques ou gêne dans le torse et les membres, vertiges, faiblesse et fatigue.[261] Certains chercheurs considèrent que ces symptômes somatiques sont des réponses physiologiques produits par le stress ; d'autres soulignent que ces réactions sont les expressions de la détresse collective des personnes persécutées du point de vue social et moral[262].

Il faut remarquer que l'homme normal et sain montre des signes évidents de peur physique lors de la première entrée sous le feu de la bataille. Cette crainte a tendance à se dissiper très rapidement et à être remplacée par un type d'insensibilité qui, parfois, augmente à tel point qu'un homme ne fait plus d'efforts pour se protéger. On a observé dans plusieurs cas que lorsque cette condition était bien avancée, la personne peut s'effondrer mentalement, ou peut afficher une nervosité définie plutôt comme une terreur mentale qu'une peur physique. Il faut noter que tout d'abord, l'homme a eu une peur saine de ce qui pourrait se passer, puis il devient insensible, puis il peut devenir obsédé par la peur.[263]

La névrose de guerre est le produit d'une séquence d'adaptations et de réponses à la guerre moderne. Au début, le courageux soldat a peur de l'obus. Puis, une fois l'accoutumance installée, la crainte est réprimée et le vétéran devient « intrépide » et « indifférent ». Il s'agit d'un masque militaire de la masculinité, conçu pour contenir la peur et pour réprimer les émotions qui contreviennent à l'endurance de la guerre. En devenant de plus en plus insouciant pour sa vie et en supprimant la

---

261 LIN, E., CARTER W., KLEINMAN A. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *American Journal of Public Health*, 1985, 75(9):1080-4.

262 FARIAS E. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1991, 15(2):167-192.

263 *Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shellshock'*. London: HMSO, 1922, p. 22-23.

peur, le soldat devient « robuste », « froid » - termes utilisés par les anciens combattants les uns envers les autres. Cette répression de la peur et la démonstration de courage se traduit par la transformation de la peur saine en terreur, en la peur de sa propre peur, un état émotionnel d'angoisse intérieure, qui est le précurseur de la dépression nerveuse. Comme Freud l'a dit, « dans le cas de la névrose de guerre, la chose crainte est, après tout, un ennemi intérieur. »[264]

Pendant la première guerre mondiale, *l'obusite*, métaphore adoptée par la conscience collective, a cristallisé les causes de la dépression nerveuse provoquée par la guerre, a « chorégraphié » ses symptômes et en a suggéré le traitement : l'utilisation d'appareils électriques et de dispositifs galvaniques. Dans cette métaphore, un des éléments est pris d'un domaine à la fois mystérieux et familier en 1914 - l'électricité - et il est appliqué aux effets d'une guerre qui mystérieusement immobilise le soldat. Par cette image, une action - le choc de l'obus - est le principal moyen par lequel un état de terreur chronique causé par le combat a été défini. Cette image a défini la catégorie dans laquelle certains anciens combattants ont vécu pour le reste de leur vie.[265]

Les moralistes, les psychothérapeutes et les médecins hostiles à la psychanalyse, les officiers militaires et les soldats eux-mêmes sont tous d'accord pour dire que la névrose de guerre est induite par la peur, mais ils ont utilisé des termes différents - « courage » et « lâcheté » - pour la décrire. Pour beaucoup d'entre eux, l'obusite représente la perte de courage, ce que Platon définit comme la connaissance de ce qui est justement à craindre (la destruction de sa communauté).[266] E. Macpather médecin hygiéniste en France pendant la première guerre mondiale, pensait que la névrose de guerre n'était rien de plus qu'un nouveau nom pour la lâcheté. « Franchement, je ne suis pas prêt à faire une distinction entre la lâcheté et le traumatisme dû au bombardement », la lâcheté signifie, selon ce

---

264 FERENCZI, S., ABRAHAM, K., SIMMEL, E., JONES, E., FREUD S. *Psychoanalysis and the War Neurosis*. The International Psycho-Analytical Library, 2:1-59. London, Vienna, New York : The International Psycho-Analytic Press, 1921 consulté le 22 juillet 2008 a l'adresse http://www.pep-web.org/document.php?id=ipl.002.0000a.

265 LEED, E. Fateful Memories: Industrialized War and Traumatic Neuroses. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 85-100.

266 LEED, E. Fateful Memories: Industrialized War and Traumatic Neuroses. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 85-100.

médecin, que des actions sont commises sous l'influence de la peur et l'expression « traumatisme dû au bombardement » représente en fait un état chronique et persistant de peur. [267] D'autres, comme le chef d'escadron W. Tyrell, pensent que les victimes elles-mêmes ne sont pas à blâmer pour la perte de leur courage et que la fatigue est un facteur primordial dans la réduction de l'énergie disponible pour réprimer la peur.[268] Les soldats eux-mêmes ont parlé de leurs craintes en termes de courage et de lâcheté. Les hommes qui se considéraient comme courageux ont été particulièrement troublés par les symptômes de traumatisme dû au bombardement : les mains tremblantes, l'hypersensibilisation, l'insomnie et les cauchemars. Les soldats sont particulièrement préoccupés quand ils sentent la propagation de cette nouvelle forme de crainte. L'un d'entre eux, en retournant sur le front trois jours après avoir subi une commotion cérébrale à cause d'un obus, pensait : « Mais avais-je perdu mon courage? Chaque obus m'a donné un frisson et me fit accroupir dans un coin de la tranchée. Bouge, lâche! J'avais des sueurs froides, j'étais, plus nerveux que je n'avais jamais été. »[269] André Léri montre comment les plans moraux du courage et de la lâcheté sont traduits en concepts quasi-médicaux, des troubles « émotionnels » et « commotionnels » et des chocs moraux : « après un choc émotionnel sévère, accompagné ou non par une commotion physique et des blessures, le brave soldat devient un lâche. Il est dépouillé de son courage guerrier. Quand il entend le canon, il a peur, il tremble, et ne peut ni cacher ni vaincre sa confusion. Il a été saisi par une sorte d'anaphylaxie émotive, il ne peut plus résister victorieusement à l'agonie du champ de bataille. Il est un invalide moral […] ».[270]

En ce qui concerne les effets psychiatriques de la torture durant la guerre, la mesure de l'impact de la torture sur les symptômes psychiatriques causés par celle-ci est encore à ses premiers stades[271]. Il y a toutefois des études qui indiquent la

---

267 *Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shellshock'*. London: HMSO, 1922, p. 28.

268 *Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shellshock'*. London: HMSO, 1922, p. 30.

269 CRU J.N. *Témoins. Essai d'analyse et de critique des souvenirs de combattants édité en français de 1915 a 1928*. Paris : Ed. Les Etincelles, 1929, p. 128.

270 LERI, A. *Shell-Shock, Commotional and Emotional Aspects*. London : University of London Press, 1919, p. 118-130.

271 MOLLICA, R., MCINNES, K., PHAM, T., SMITH FAWZI, M., MURPHY, E. LIN, L. The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Nerovus and Mental Disease*, 1998, 186(9), 543-553.

présence de cas importants d'anxiété extrême, de troubles de la mémoire, de pensées intrusives, de troubles de la concentration et du sommeil, d'émotions et de troubles sexuels, de troubles d'adaptation professionnelle et du fonctionnement social, de symptômes somatiques, de toxicomanie, de sensation d'impuissance, ainsi que de dépersonnalisation, de dissociation et de troubles d'identité[272]. Des chercheurs[273] ont conclu qu'il n'y a pas de fondements empiriques pour affirmer qu'il existe un « syndrome spécifique de la torture », mais plutôt que les conséquences de la torture devraient être décrites par des constellations de symptômes qui ne sont pas qualitativement différents des symptômes classiques de réactions au stress.

Sur la base de la documentation empirique existante en ce qui concerne le lien entre l'expérience stressante et les troubles dissociatifs, il faut s'attendre à ce que les formes les plus radicales d'expérience traumatique, y compris l'expérience de la torture, produisent une symptomatologie dissociative plus intensive que d'autres formes d'expérience traumatique (l'exil, la participation aux combats, les bombardements aériens, etc.). Les formes sévères, cruelles et dégradantes de torture physique et psychologique (dans le contexte de l'incertitude absolue, du sentiment d'impuissance totale et du manque de contrôle sur les événements) empêchent l'analyse normale et l'intégration consciente d'une telle expérience. Les éléments sensoriels et émotionnels de ces expériences sont difficiles à assimiler dans la mémoire de la personne torturée et, par conséquent, ils restent isolés en tant que fragments somatiques et sensoriels non intégrés dans la conscience ou dans la « narration personnelle » de la victime. De telles expériences peuvent provoquer la formation directe de souvenirs traumatiques dissociatifs, ainsi que des phénomènes

---

272 SOMNIER, F., VESTI, P., KASTRUP, M., GENEFKE, I.K. Psycho-social consequences of torture: Current knowledge and evidence. In : BASOGLU, M. (ed), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 56-71; SUTKER, P.B., WINSTEAD, D.K., GALINA, Z.H., ALLAIN, A.N. Assessment of Long-Term Psychosocial Sequelae Among POW Survivors of the Korean Conflict. *Journal of Personality Assessment*, 1990, 54(1-2), 170-180; SOLKOFF, N. The Holocaust: Survivors and their Children. In : BASOGLU, M. (ed), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 137-148.

273 SOMNIER, F., VESTI, P., KASTRUP, M., GENEFKE, I.K. Psycho-social consequences of torture: Current knowledge and evidence. In : BASOGLU, M. (ed), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 56-71.

de désintégration plus profonds, comme les états de dépersonnalisation et de déréalisation[274]. Les mêmes expériences traumatisantes peuvent conduire à la formation de troubles schizoïdes et paranoïdes, et même de psychoses.[275]

En ce qui concerne le mécanisme d'apparition des traumatismes psychologiques, il n'est pas toujours facile de séparer les effets de la guerre de ceux d'autres facteurs stressants qui lui sont parallèles. Par exemple, est-ce que la souffrance causée par la pauvreté chronique entraîne un trauma moins important que celui provoqué par les bombes et les fusils? On a besoin de plus d'informations sur les liens possibles entre la maladie chronique ou le comportement déviant et, par exemple, l'aliénation culturelle. L'étude de sujets qui ne cherchent pas d'aide médicale est aussi importante, une question majeure n'étant pas la manière dont quelques individus deviennent des cas pathologiques, mais comment la majorité ne devient pas[276] (ou ne déclarent pas l'être). La relation entre la santé mentale et la culture limite l'extrapolation des résultats d'éventuelles recherches sur une population.

L'habitude des victimes de violations du droit à la santé mentale de ne pas solliciter d'aide spécialisée quand elles en ont besoin est de nature à causer des préjudices importants pour elles-mêmes et pour les autres. Plusieurs raisons peuvent être identifiées qui expliquent pourquoi les personnes ayant subi une violation du droit à la santé mentale ne sollicitent pas d'aide spécialisée, psychologique ou psychiatrique. Les raisons les plus fréquentes sont les suivantes : le fait de vouloir éviter de souffrir encore une fois du traumatisme, en évitant tout contact qui peut leur rappeler l'expérience traumatisante, un état de santé physique relativement

---

274 VAN DER KOLK, B.A. Trauma and Memory. In : VAN DER KOLK, B.A., MCFARLANE, A., WEISAETH, L. (eds), *Traumatic Stress - The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York : The Guilford Press, 1996, p. 279-302; GELINAS, D. The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 1983, 46(4), 312-32.

275 BOON, S., DRAIJER, N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150(3):489-94 ; KLUFT, R.P. Dissociative Identity Disorder. In : MICHELSON, L., RAY, W. (eds), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*. New York : Plenum Press, 1996 , p. 337-366.

276 SUMMERFIELD, D. War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 2000, disponible à l'adresse http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7255_321/ai_64189520/print, consulté le 18.03.2008.

satisfaisant, avec peu ou pas de problèmes liés au trauma psychique, ou, au contraire, l'impossibilité de chercher de l'aide à cause des conséquences sévères des traumatismes subis. Une autre raison, également importante, pour laquelle les personnes ne font pas appel pas à de l'aide spécialisée, résulte du manque d'informations sur les institutions qui, pendant la guerre, peuvent la fournir. Certains chercheurs[277] ont classifié en trois catégories les victimes des violations du droit à la santé mentale qui ne cherchent pas d'assistance : les unes qui ont eu peu ou pas de problèmes de santé physique, les autres qui ont subi des conséquences sévères et ne sont pas capables de solliciter de l'aide, et finalement, celles qui n'ont pas survécu pour pouvoir être enregistrées en tant que victimes.

Les actes qui ont causé leurs traumatismes subis peuvent être définis de manière différente par les victimes des violations du droit à la santé mentale. Ainsi, certaines personnes peuvent être convaincues avoir subi des actes de torture, parce que leur définition de la torture est trop large. Certaines personnes considèrent que la torture inclut aussi la politique d'instabilité, la discrimination ethnique, les formes variées d'intimidation et la démonstration de la force, avec des menaces plus ou moins ouvertes de la part des voisins, membres de la population majoritaire, encouragés par des campagnes média agressives dirigées par l'état d'où ils se sont enfuis, considérant que leur vie et celles de leurs familles étaient en danger. D'autres personnes ont compris par la notion de torture ce qu'ils considéraient comme « arrestation au domicile », quand ils n'étaient pas capables de quitter leur maison à cause de la situation générale d'insécurité de la population minoritaire. Un exemple de cette dernière situation est celui d'environ cent citoyens de Pristina et d'autres villes de la région de Kosovo, qui, pendant les années 1999 et 2000 n'ont pas osé sortir de leurs maisons pour aller dans la rue ou dans les magasins, à cause du fait qu'ils étaient serbes. Ils ont seulement survécu grâce à des amitiés ou grâce à l'aide et à la miséricorde de leurs voisins albanais, qui, pour cela, se sont exposés au risque d'être attaqués par des nationalistes extrémistes de leur propre ethnie.[278]

---

[277] SIMPSON, M. Traumatic Stress and the Bruising of the Soul. The Effects of Torture and Coercive Interrogation. In: WILSON, J.P. RAPHAEL, B. (eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York : Plenum Press, 1993, p. 667-684.

[278] ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC,

Un sondage effectué en 2004 par le Centre pour la réhabilitation des victimes de la torture – IAN de Belgrade, Serbie - montre que la plupart des personnes qui ont sollicité l'assistance spécialisée du Centre l'ont fait à cause de problèmes psychiques et seulement une personne sur 10 pour des raisons exclusivement physiques. Dans l'étude mentionnée, 256 personnes ont été victimes d'actes de torture et 97 personnes n'ont pas été torturées. Parmi les personnes torturées, 48,44 % ont fait appel à l'assistance à cause de problèmes psychiques, 30,08 % pour les deux catégories de problèmes, psychiques et physiques, et seulement 10,54 % ont sollicité de l'aide pour de problèmes physiques. Parmi les personnes qui n'ont pas subi de la torture, 55,67 % ont demandé de l'assistance à cause de problèmes psychiques, 16,50 % pour des problèmes seulement à caractère somatique et 16,50 % pour les deux types des traumas.[279] Cela démontre l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes qui ont subi une violation du droit à la santé mentale et leur besoin augmenté d'assistance spécialisée. Même en l'absence de torture, l'expérience du conflit a une capacité traumatisante majeure, de nature à causer des problèmes mentaux sur un pourcentage très important de personnes impliquées. Dans le cas mentionné ci-dessus, les troubles psychiques étaient présents chez 72,17 % de ceux qui n'avaient pas subi de torture et à 78,52 % chez les personnes torturées.

Jusqu'aux années 1990, la littérature scientifique en matière de santé mentale a été dominée par une croyance ferme que le syndrome post-traumatique de stress est « une réaction normale à des événements anormaux ». Quand des preuves empiriques répétées ont révélé que les traumatismes ne peuvent pas seulement expliquer l'apparition du syndrome post-traumatique de stress et que les différences de réaction individuelle à des événements traumatiques sont importantes, un intérêt particulier est apparu pour les facteurs de risque ou tout autres indicateurs de vulnérabilité. Un déplacement d'intérêt s'est effectué vers des études plus complexes, à plusieurs variables étiologiques. En même temps, cet intérêt s'est

---

V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 143.

279 ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 135, table 20.

imposé pour des raisons pratiques. Comme la majorité des situations traumatiques (les guerres et les catastrophes civiles - en temps de paix) touchent un nombre considérable d'individus, il est devenu ainsi important d'identifier les personnes à haut risque et donc de réduire le nombre de personnes recevant une assistance inutile.[280]

Plus que d'autres types d'événements traumatiques causés par des catastrophes naturelles ou technologiques, les traumatismes psychologiques perturbent profondément les fondements précoces des relations interpersonnelles d'un individu, en menaçant de le priver pour une période longue ou permanente du sentiment de sécurité, de l'attachement et du partage d'émotions avec d'autres personnes. Les traumatismes peuvent revêtir diverses formes, comme l'agression criminelle, le viol et la violence lors des conflits ou des violences politiques. Ce qui les rend particulièrement problématiques est qu'ils sont fondés sur une volonté délibérée d'infliger des souffrances. La torture, comme forme particulière de violence politique, se manifeste par l'utilisation extrême de modèles sadiques dans les relations entre les individus, ce qui entraîne non seulement des troubles psychiatriques, mais peut aussi souvent produire d'importantes conséquences négatives - à long terme - sur le fonctionnement psychosocial global de la victime. Une des conséquences les plus fréquentes de la torture prolongée ou intensive est le trouble de stress post-traumatique, accompagné par une série de troubles psychiatriques et (psycho) somatiques adjacente.[281]

Certains chercheurs[282] ont déterminé qu'il existe trois types de facteurs stressants liés aux divers aspects de la psychopathologie pour les survivants de la

---

280 ROY-BYRNE, P.P., RUSSO, J., MICHELSON, E., ZATZICK, D., PITMAN, R.K., BERLINER, L. Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting to the acute emergency department setting: Implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depression and Anxiety*, 2004, 19(2), 77-84.

281 ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 122.

282 BASOGLU, M., PAKER, M., OZMEN, E., TASDEMIR, O., SAHIN, D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272(5), 357-63.

torture : l'intensité de la torture, les conséquences secondaires de la captivité sur les différents domaines de la vie et d'autres éléments de stress psychosocial général qui suivent la captivité. Les victimes de la torture sont considérées comme le groupe social le plus vulnérable après la guerre et exigent donc une approche multidisciplinaire pour leur réadaptation psychosociale.[283]

La situation économique précaire, spécifique aux réfugiés, de même que le faible état général de santé des survivants d'actes de torture ont un effet négatif mutuel, verrouillant la victime dans un cercle dont il est difficile de sortir sans un soutien social significatif. Certains chercheurs[284], qui ont étudié les problèmes de santé des réfugiés torturés, ont noté que la situation sociale contribue également aux problèmes de santé, ainsi que l'expérience de la violence. Les réfugiés attribuent leurs problèmes somatiques et psychologiques à la maladie (48 %), à la torture (29 %) et aux inquiétudes quotidiennes liées à l'exil (40 %). D'autres études[285] ont établi un lien entre le syndrome de stress post-traumatique et les malaises somatiques des victimes parmi les bhoutanais réfugiés au Népal et l'impact de la torture sur les troubles psychiatriques de ces personnes. Les victimes de torture ont plus fréquemment un syndrome de stress post-traumatique permanent, des troubles somatoformes douloureux et permanents et des troubles dissociatifs (de l'amnésie et de conversion), de même que des troubles affectifs et des troubles d'anxiété généralisée.[286]

---

283 KUCUKALIC, A., BRAVO-MEHMEDBASIC, A., MASIC, I. Torture as a medico-psychological and social problem. *Medicinski Arhiv*, 2003, 57(2):105-8

284 HONDIUS, A.J., VAN WILLIGEN, L.H., KLEIJN, W.C., VAN DER PLOEG, H.M. Health problems among Latin - American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 2000, 13(4):619-34.

285 VAN OMMEREN, M., SHARMA, B., SHARMA, G., KOMPROE, I., CARDENA, E., DE JONG, J. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(5), 415-421.

286 VAN OMMEREN, M., SHARMA, B., SHARMA, G., KOMPROE, I., CARDENA, E., DE JONG, J. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(5), 415-421.

Le syndrome de stress post-traumatique fait l'objet d'un certain nombre de recherches récentes sur les effets de la guerre. Elles ont eu pour but de mesurer les résultats et d'essayer de définir les événements stressants. Le syndrome de stress post-traumatique est cependant inadéquat, selon certains chercheurs, pour la conceptualisation des situations de guerre chronique, de violence et de pauvreté rencontrées si souvent parmi les civils des pays en développement.[287] Certains experts[288] ont exprimé l'idée que la plus grande limitation des conceptualisations actuelles du syndrome de stress post-traumatique serait l'accent excessif mis sur la considération du traumatisme psychique comme effet d'un stress soudain, inattendu et intense, en se référant à des événements singuliers, brusques et de courte durée et en ignorant le stress graduel ou récurrent, attendu, (en fait, redouté), et d'intensité variable. Bien que l'attention se soit concentrée davantage sur la distinction entre danger chronique et danger aigu[289], cette distinction est toujours conçue par rapport au nombre d'événements traumatisants singuliers.

Le danger aigu nécessite un ajustement de la situation, alors que le danger chronique requiert un ajustement du développement, réactions qui sont susceptibles d'inclure non seulement le syndrome de stress post-traumatique persistant, mais aussi des altérations de la personnalité et des changements majeurs dans les modèles de comportement ou dans les interprétations de la manière de rationaliser le danger permanent.[290] Certains chercheurs soutiennent que les conceptualisations actuelles du traumatisme devraient également être élargies pour inclure la violence structurelle inhérente aux systèmes oppressifs qui servent à conserver les privilèges d'une minorité, tout en maintenant la majorité dans la misère. Les inégalités sociales peuvent être considérées comme de la violence. Par exemple, dans la pauvreté extrême, quand les gens ne peuvent pas acheter d'aliments ou des médicaments

---

287 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

288 SIMPSON, M.A. Bitter Waters: Effects on Children of the Stresses of Unrest and Oppression. In : WILSON, J.P., RAPHAEL, B. (eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome*. New York : Plenum Press, 1993, p. 601.

289 LEAVITT, L.A., FOX, N.A., (eds). *The Psychological Effects of War and Violence on Children*. Hillsdale, New Jersey : Lewis Erlbaum Associates, 1993, p. 131-42.

290 GARBARINO, J., KOSTELNY, K, DUBROW, N. What Children Can Tell Us about Living in Danger. *American Psychologist*, 1991, 46(4), 376-83.

aux membres de leur famille ou n'ont pas accès à l'eau potable, leur est refusé le droit à la vie et à la santé.[291] Par exemple, au Salvador, la violence structurelle de la pauvreté s'est accrue après la fin de la guerre civile qui a affecté le pays entre 1980 et 1992. Pendant la guerre, les guérillas expliquaient que la violence du combat constituait un substitut à la violence de la pauvreté, commise par les propriétaires des plantations envers les paysans.[292]

Les sondages cliniques épidémiologiques actuels ont montré une fréquence élevée de la comorbidité psychiatrique chez les patients atteints du syndrome de stress post-traumatique. L'une des raisons invoquées pour expliquer une comorbidité si élevée était le chevauchement du syndrome de stress post-traumatique avec une gamme de troubles psychiatriques, notamment avec des troubles dépressifs et anxieux ou l'abus de substances psychoactives[293]. Les sondages épidémiologiques sur la comorbidité aux Etats-Unis ont montré que 88,3 % des hommes et 79 % des femmes souffrant du syndrome de stress post-traumatique ont au moins un autre trouble psychiatrique[294]. Chez les anciens combattants de guerre en ex-Yougoslavie, qui ont été diagnostiqués atteints de syndrome de stress post-traumatique, a été constaté une comorbidité avec des troubles dépressifs dans 41 % des cas, avec des troubles anxieux dans 14,3 % et avec abus d'alcool dans 28,6 % des cas.[295] Un

---

291 SIMPSON, M.A. Bitter Waters: Effects on Children of the Stresses of Unrest and Oppression. In : WILSON, J.P., RAPHAEL, B. (eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome*. New York : Plenum Press, 1993, p. 624 - 629.

292 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

293 KULKA, R., SCHLENGER W., FAIRBANK J., HOUGH R., JORDAN B., MARMAR C. WEISS, D. *National Vietnam Veterans Readjustment study: Description, current status and initial PTSD prevalence estimates. Final report*. Washington DC: Veterans Administrations, 1988.

294 KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

295 ŠPIRIC, Ž., SAMARDŽIC, R., MANDIC-GAJIC, G., BJELICA, N. (2002), Posttraumatski stresni poremecaj i komorbiditet [Posttraumatic stress disorder and co-morbidity], In: PRERADOVIC, M., RAICEVIC, R. and ŠPIRIC, Ž., (eds.) *70 godina Vojne psihijatrijske službe.* Beograd: Javno preduzece PTT Srbija, 2002, pp. 55-62 citée par ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 123..

autre sondage de 2004, effectué par le par le Centre pour la réhabilitation des victimes de la torture – IAN de Belgrade, Serbie - montre que le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool se retrouve deux fois plus souvent chez les victimes de torture que chez les personnes non-torturées. Une explication de ce phénomène peut être la structure non équilibrée du point de vue du sexe du groupe des victimes de torture, les études épidémiologiques montrant que les hommes sont deux à cinq fois plus prédisposés à l'abus d'alcool ou à sa dépendance (sur 35 sujets diagnostiqués pour dépendance à l'alcool, seulement deux étaient des femmes).[296]

Selon certaines études[297] effectuées sur des réfugiés bosniaques, un événement qui constituait une menace pour la vie est un traumatisme qui anticipe mieux le syndrome de stress post-traumatique que les traumatismes liés aux violations des autres droits de l'Homme (la captivité dans les camps de concentration ou la torture). Les auteurs de ce travail considèrent que les violations des droits de l'Homme représentent une menace beaucoup plus générale, qui touche plutôt à l'adaptation psychosociale de la personne traumatisée et non pas sa santé mentale. D'autres chercheurs[298] ont trouvé dans le cas de 107 réfugiés tamouls en Australie que la torture est l'un des facteurs principaux qui prédispose le plus évidemment à des symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Les auteurs ont conclu que ce résultat confirme le point de vue selon lequel la torture est l'événement individuel le plus traumatisant, parmi tous les autres événements traumatisants liés aux guerres.

---

296 ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 146.

297 MOMARTIN, S., SILOVE, D., MANICAVASAGAR, V., STEEL, Z. Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(5), 775-781.

298 SILOVE, D., STEEL, Z., MCGORRY, P., MILES, V., DROBNY, J. The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43(1), 49-55.

Les recherches[299] sur les survivants de violences de masse en Algérie, au Cambodge, en Éthiopie et à Gaza, en ce qui concerne les facteurs de risque et la prévalence du syndrome de stress post-traumatique, ont établi que la prévalence de ce syndrome s'élève à 37,4 % en Algérie, à 28,4 % au Cambodge, à 15,8 % en Ethiopie et à 17,8 % à Gaza. Dans les quatre régions, « le traumatisme lié au conflit » était présent comme facteur prédictif du syndrome de stress post traumatique. La torture était le second facteur prédisposant, dans trois des pays, à l'exception du Cambodge. Les problèmes psychiatriques actuels et antérieurs liés au conflit et les conditions de vie précaires du camp de réfugiés ont été identifiés comme des facteurs de risque moins importants pour le syndrome de stress post-traumatique.[300] Les auteurs ont montré que les facteurs de risque diffèrent selon les pays et ont souligné l'importance des différences contextuelles dans les études du stress traumatique et des violations des droits de l'Homme.[301]

En ce qui concerne le tableau clinique spécifique du syndrome de stress post-traumatique, certaines études[302] ont constaté que la sévérité de la torture vécue par les ex-détenus est liée à l'hyperexcitation nerveuse. Une recherche[303] sur la relation entre le trauma et les groupes de symptômes de stress post-traumatique des réfugiés bosniaques en Croatie a trouvé des différences importantes entre les groupes de personnes qui ont subi des expériences différentes : les vétérans, les

---

299 DE JONG, J.T., KOMPROE, I.H., VAN OMMEREN, M., EL MASRI, M., ARAYA, M., KHALED, N., VAN DE PUT, W., SOMASUNDARAM, D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286(5), 555-62.

300 DE JONG, J.T., KOMPROE, I.H., VAN OMMEREN, M., EL MASRI, M., ARAYA, M., KHALED, N., VAN DE PUT, W., SOMASUNDARAM, D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286(5), 555-62.

301 ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004, p. 124.

302 MOLLICA, R., MCINNES, K., PHAM, T., SMITH FAWZI, M., MURPHY, E. LIN, L. The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Nerovus and Mental Disease*, 1998, 186(9), 543-553.

303 HENIGSBERG, N., FOLNEGOVIC-SMALC, V., MORO, L. Stressor characteristics and post - traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. *Croatian Medical Journal*, 2001, 42(5), 543-5.

anciens prisonniers qui ont été torturés, les victimes de viol et les réfugiés. Les différences constatées se référaient aux symptômes d'évitement et d'hyperexcitation, sans différence en ce qui concerne les symptômes d'intrusion (qui font que l'événement traumatique soit constamment revécu). Les victimes de viol avaient des symptômes d'évitements plus proéminents, tandis que les détenus et les anciens combattants avaient des symptômes plus prononcés d'hyperexcitation. Autrement dit, les deux catégories - victimes de viol et ex-détenus - avaient plus de symptômes que d'autres groupes.[304] Antérieurement[305], il a été constaté que dans les cas de 15 sur 17 victimes de torture, les symptômes du stress post-traumatique étaient plus élevés que pour celles qui n'avaient pas été torturées.

Même si chaque personne est différente et, par conséquent, réagit d'une manière singulière aux situations de stress sévère, quand une certaine limite de résistance psychologique est surmontée, le système neurologique déclenche des mécanismes de protection. Alors, la personne ne réagit plus selon les modèles traditionnels de comportement, mais de façon pathologique, et adapte son comportement aux circonstances anormales dans lesquelles elle se trouve. Les troubles mentaux causés sont différents dans chaque cas, en fonction du type de stress, de son intensité, de sa durée, des prédispositions particulières du sujet, des aspects culturelles, etc.

Toutefois, dans la plupart des cas, le modèle pathologique de conduite, créé par le trouble psychique, ne prend pas fin quand les facteurs qui l'ont causé s'arrêtent. Généralement, les troubles psychiques sont des maladies invalidantes pour la vie entière, qui peuvent connaître des périodes d'accalmie dans les seuls cas où un traitement adéquat est administré. Dans la section suivante seront décrits les troubles psychiques susceptibles d'affecter les personnes impliquées dans la guerre. Ces troubles seront présentés en détail, avec leurs différents symptômes et

---

304 HENIGSBERG, N., FOLNEGOVIC-SMALC, V., MORO, L. Stressor characteristics and post - traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. *Croatian Medical Journal*, 2001, 42(5), 543-5.

305 SHRESTHA, N.M., SHARMA, B., VAN OMMEREN, M., REGMI, S., MAKAJU, R., KOMPROE, I., SHRESTHA, G.B., DE JONG, J.T. Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(5), 443-448.

manifestations, pour démontrer la souffrance des personnes traumatisées par le conflit et la gravité des violations du droit à la santé mentale.

Section 3. Les troubles mentaux causés par la guerre : définitions et descriptions

Après avoir étudié les causes et les mécanismes qui conduisent à l'apparition de traumatismes de guerre, cette section analyse la conséquence la plus sévère du conflit armé sur la santé mentale des individus : l'apparition des maladies psychiques. La nécessité de décrire tous les symptômes et les manifestations cliniques de ces troubles est justifiée par l'objectif de la thèse de souligner la gravité des conséquences de la guerre sur la santé mentale des personnes impliquées et l'importance de défendre le droit à la santé mentale des participants au conflit. Par la présentation des caractéristiques médicales de ces maladies psychiques, les souffrances de la population affectée par la guerre seront mises en évidence, mais également, le besoin de mieux protéger les individus contre les violations du droit à la santé mentale commises pendant les conflits armés.

Les troubles liés au stress sont, dans la plupart des cas, décrits comme « des réactions normales à des circonstances anormales ». Cela implique que l'événement traumatique est la cause d'un changement pathologique de la vie mentale de la personne. Les changements sont décrits le plus souvent en termes de « modèle économique » (des facteurs de stress d'intensité trop élevée qui perturbent l'équilibre, la possibilité et les mécanismes d'adaptation, les mécanismes de défense, ce qui conduit au désordre). Ce modèle appartient en réalité à la tradition psychanalytique[306]. En ce qui concerne les « circonstances anormales », les classifications psychiatriques offrent des définitions sensiblement améliorées des facteurs de stress : l'exposition à un événement « ayant entraîné la mort réelle ou imminente, ou des blessures graves ou la menace à sa propre intégrité physique ou à l'intégrité d'autrui »[307] ou l'exposition « à un événement ou une situation stressante (que ce soit à court terme ou à long terme) d'une nature très menaçante ou

---

306 BOHLEBER, W. The Development of Trauma Theory in Psychoanalysis. In : VARVIN, S., ŠTAJNER-POPOVIC, T., (eds.), *Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma*. Belgrade: International Aid Network, 2002, p. 207- 243.

307 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. IV-eme, (DSM-IV), Washington, DC : American Psychiatric Press, 1994.

catastrophique, qui peuvent causer une souffrance sévère à presque toute personne »[308]. Ces définitions des facteurs stressants sont encadrées par les critères pour le diagnostic du syndrome de stress post-traumatique. Toutefois, le processus complexe de réduire les troubles psychologiques aux modèles médicaux n'a pas été d'une grande aide. Les adeptes du constructivisme social opposent le modèle biologique réductionniste, prenant une position également inacceptable, qui soutient que le syndrome de stress post-traumatique est une entité construite sur autant de facteurs sociopolitiques, que d'idées psychiatriques.[309]

Bien que certaines victimes ne développent pas de dysfonctionnements psychiatriques et sociaux importants, la relation entre les expériences traumatiques et les conséquences sur leur santé mentale ne sont pas claires. Un vécu de vulnérabilité psychologique d'avant la guerre représente un facteur de risque considérable.[310] Les recherches montrent que les conséquences secondaires de la guerre sur la vie familiale, sociale et économique sont des facteurs prédisposant importants aux effets psychologiques.[311] Par exemple, pour certains demandeurs d'asile irakiens à Londres, le manque de soutien social a été plus étroitement lié à la dépression nerveuse que leurs expériences de la torture.[312] Il y a, certainement, d'autres facteurs majeurs de protection contre les conséquences des violations du droit à la santé mentale, comme les relations familiales et la présence d'une

---

308 World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva : WHO 1993.

309 SUMMERFIELD, D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 2001, 322(7278), 95-98.

310 MCFARLANE, A. The severity of the trauma: issues about its role in post-traumatic stress disorder. In : KLEBER, R., FIGLEY, C., GERSONS, B. (eds), *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum, 1995, p. 31–54.

311 BASOGLU, M., PAKER, M., OZMEN, E., TASDEMIR, O., SAHIN, D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272(5), 357-63.

312 GORST-UNSWORTH, C., GOLDENBERG, E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, 90-94.

communauté capable de fournir du soutien et d'encourager des stratégies de résolution des problèmes[313].

Toutefois, selon certains chercheurs, les facteurs prédisposant ne sont pas importants dans l'étiologie du syndrome de stress post-traumatique.[314] Exposée à la guerre ou à la violence, toute personne est susceptible de céder psychologiquement. Les symptômes persistent longtemps après la période de combat. Dans une étude sur les vétérans du Vietnam, 36 % des hommes exposés à des combats intenses ont été atteints du syndrome de stress post-traumatique au moment de l'enquête (une moyenne de dix ans après la guerre), par rapport à 24 % de ceux exposés à des niveaux de combat moins intense et 17 % des vétérans non-combattants.[315]

Les réactions post-traumatiques de stress sont des réponses générées par le psychique humain dans les situations de tension nerveuse où ces réactions restent la seule modalité de gérer l'horreur et l'impuissance. Les survivants doivent souvent agir avec des sentiments intenses et des perceptions qui résultent d'une lutte pour la tranquillité émotionnelle ou pour la gestion des symptômes post-traumatiques, plus que pour les expressions « normales » de la douleur. La violence et son caractère inattendu créent ensemble une dimension supplémentaire du stress intolérable.[316]

Pendant les années 40, 50, 60 et 70 du XXe siècle, quelques chercheurs travaillant dans le domaine de la santé mentale[317] ont proposé des modèles de trauma pour expliquer la schizophrénie. Ils soutenaient que la schizophrénie était provoquée par des expériences familiales fondées sur des relations dégénérées

---

313 SUMMERFIELD, D. War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 2000, disponible à l'adresse http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7255_321/ai_64189520/print, consulté le 18.03.2008.

314 BOULANGER, G. Conditions Affecting the Appearance and Maintenance of Traumatic Stress Reactions Among Vietnam Veterans., thèse doctorale non publiée, Department of Psychology, Columbia University, 1981. In: KADUSHIN, C. Mental Health and the Interpersonal Environment: A Reexamination of Some Effects of Social Structure on Mental Health. *American Sociological Review*, 1983, 48(2), 188-198.

315 BOULANGER, G., KADUSHIN, C., RINDSKOPF, D., JULIANO, M.A. Post traumatic stress disorder: a valid diagnosis? *American Psychologist*, 1983, 38(6), 649-682.

316 AMBROSE, J. Traumatic Grief: What We Need to Know as Trauma Respondents. consulté le 7 julliet 2009, disponible à l'adresse http://www.ctsn-rest.ca/Traumaticgrief.html.

317 Ils sont: Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Theodore Lidz, Gregory Bateson, Silvano Arieti, R.D. Laing et autres.

(comme l'inceste, par exemple) ou par des tentatives de s'habituer à une société gravement détériorée (comme, par exemple, celle affectée par la guerre). Même si cette théorie indique comme cause principale de la schizophrénie et d'autres types de troubles régressifs l'abus subi pendant l'enfance[318], il est important de mentionner que les traumas graves subis au sein de la société peuvent jouer un rôle déterminant, pouvant marquer définitivement la personnalité.

Les troubles psychopathologiques les plus fréquents qui peuvent apparaître à la suite d'un conflit armé incluent les catégories suivantes : le trouble délirant, le trouble psychotique de courte durée, le trouble d'ajustage à disposition dépressive, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble post-traumatique de stress et le trouble aigu de stress, certains troubles somatoformes, les troubles dissociatifs et les troubles d'adaptation.

§1. Les réactions de stress sévère et les troubles d'adaptation

Cette catégorie inclut des troubles identifiables principalement sur la base d'une des deux influences causales : un événement stressant, exceptionnel, qui produit une réaction aiguë au stress, ou un changement significatif de vie qui détermine des circonstances désagréables continues, qui ont comme résultat un trouble d'adaptation. Moins sévère, le stress psychosocial, déterminé par des événements de la vie, peut précipiter le début ou conforter l'existence d'une large variété de troubles dont l'importance étiologique n'est pas toujours claire. Dans ce contexte, dans un cas comme dans l'autre, on peut constater que les réactions dépendent d'une vulnérabilité individuelle et à la fois personnelle, mais ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour expliquer l'apparition et la forme du trouble. A l'opposé, les troubles de cette catégorie sont considérés comme une conséquence directe d'un stress sévère, aigu, ou d'un trauma persistant. L'événement stressant ou les circonstances désagréables persistantes sont le facteur primaire causal. Les réactions au stress sévère et les troubles d'adaptation, dans tous les groupes d'âge, y compris chez les enfants et les adolescents, sont inclus dans cette catégorie.

Même si chaque symptôme individuel qui compose la réaction aiguë au stress et les troubles d'adaptation peuvent aussi apparaître dans le cadre d'autres troubles,

---

318 KENDLER, K.S., BULIK, K.M., SILBERG, J., MYERS, J., PRESCOTT, C.A. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57(10), 953-959.

il y a quelques éléments spécifiques dans la modalité de manifestation des symptômes, éléments qui justifient l'inclusion de ces états comme une entité clinique séparée. La troisième condition de cette catégorie, le trouble post-traumatique de stress, a des particularités cliniques relativement spécifiques et caractéristiques.

Les troubles de cette catégorie peuvent donc être envisagés comme des réponses mal adaptées à un stress sévère ou continu, parce qu'elles interfèrent avec les mécanismes d'ajustement et, par cela, elles provoquent l'affectation des fonctions sociales.[319]

A. La réaction aiguë au stress est un trouble transitoire, de sévérité significative, qui se développe chez des personnes ne présentant pas d'autres troubles mentaux apparents, sous la forme de réponse au stress psychique ou mental exceptionnel et qui couramment disparaît après quelques heures ou quelques jours. La cause du stress peut être une expérience traumatique très forte, impliquant une menace sévère pour la sécurité ou pour l'intégrité physique du sujet ou d'une personne aimée (par exemple : un accident, une bagarre ou une attaque criminel, un viol, etc.) ou un changement très brusque et menaçant dans la position sociale ou dans le réseau social de la personne (par exemple, des meurtres multiples des proches, l'incendie de la maison, etc.). Le risque de développement de ce trouble est accru s'il s'accompagne d'un épuisement physique ou d'autres facteurs organiques (par exemple la vieillesse). La réaction aiguë au stress ne doit pas être confondue avec la condition de choc.

Un facteur important dans l'apparition et la sévérité des réactions au stress est lié à la vulnérabilité individuelle et à la capacité de faire face aux événements, condition démontrée par le fait que seulement certaines des personnes exposées au stress exceptionnel ne développent pas ce trouble.

Les symptômes sont très variés, mais ils incluent typiquement une première étape de perplexité avec quelques diminutions de la conscience et de l'attention, l'incapacité de comprendre les stimuli extérieurs et la désorientation. Cette étape peut être suivie soit par une réaction qui peut aller jusqu'à un niveau de stupeur dissociative, soit par une agitation et une hyperactivité (réaction de retranchement ou

---

[319] World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 174 – 175.

de fugue). Habituellement, sont présents certaines signes végétatifs de l'anxiété, de la panique (tachycardie, transpiration, rougeur du visage). Les symptômes commencent d'habitude au cours de l'événement ou avec les stimuli stressants et ils disparaissent en deux ou trois jours (souvent en quelques heures). L'amnésie partielle ou complète peut accompagner ce type d'épisode.

Pour diagnostiquer cette réaction, il faut qu'une connexion temporelle, immédiate et claire existe entre l'impact d'un stress émotionnel et le début des symptômes, qui commence habituellement avec le stress ou immédiatement après. Les symptômes sont les suivants :

- la manifestation d'une palette de symptômes mixte et souvent variable peut être observée, simultanément à l'étape initiale de perplexité, à la dépression, à l'anxiété, à la colère, à l'hyperactivité et au retranchement, mais aucun type de symptôme ne prédomine longtemps ;

- on se remet rapidement (en quelques heures, dans la majorité des cas), dans les cas où il est possible de sortir de l'ambiance stressante ; dans le cas où le stress continue ou ne peut pas être éliminé, les symptômes, par leur propre nature, commencent à diminuer après 24 - 48 heures et ils deviennent minimes après presque 3 jours.

La réaction aiguë au stress inclut l'état de crise, la réaction de crise aiguë, la fatigue du combat et le choc psychique.

B. Le trouble de stress post-traumatique constitue une réaction à un trauma psychique chez les personnes normales. Il commence comme une réponse tardive et / ou prolongée à un événement ou à une situation stressante (de longue ou courte durée), menaçante ou catastrophique, qui est capable de causer une souffrance profonde à presque toute personne (guerre, accident sévère, assister à des meurtres violents, être victime de la torture, du terrorisme, de viols et d'autres actes criminels). S'il y a des facteurs prédisposants, tels les traits de la personnalité (compulsif, asthénique) ou le vécu antérieur d'une maladie névrotique, le niveau de développement du syndrome peut être diminué ou aggravé pendant l'évolution, mais ces facteurs ne sont ni nécessaires, ni suffisants pour expliquer l'apparition du trouble.

Les symptômes typiques incluent des épisodes de remémorations répétées du trauma en souvenirs troublants (des *flashbacks*), des rêves qui apparaissent sur un fond persistant de détachement émotionnel, de manque de volonté et d'évitement

des situations qui rappellent le trauma. D'habitude, on éprouve de la peur et l'on évite les événements qui rappellent le trauma originaire, mais il est aussi possible, même si cela est plus rare, de constater une explosion de peur dramatique, aiguë, une panique déclenchée par des stimuli qui provoquent un souvenir brusque ou une réactualisation du trauma ou de la réaction originaire du trauma.

Il existe d'habitude un état d'hyper activation végétative avec de l'hyper vigilance, une réaction de surprise accrue et de l'insomnie. L'anxiété et la dépression sont généralement associées aux symptômes et aux signes décrits ci-dessus et les idées suicidaires sont aussi fréquemment rencontrées. Un facteur qui complique l'état peut être l'utilisation excessive de stupéfiants ou d'alcool.

Les symptômes se déclenchent après un trauma ayant une longue période de latence, qui peut durer de quelques semaines à quelques mois (mais elle dépasse rarement 6 mois). L'évolution est oscillante, mais dans la majorité des cas la rémission est possible. Pour une petite partie des sujets, l'état peut manifester une évolution chronique pendant quelques années et une transition vers un changement durable de personnalité.

En ce qui concerne le diagnostic, ce trouble sera enregistré s'il existe la preuve qu'il a commencé au moins 6 mois après un événement traumatique d'une sévérité exceptionnelle. Le diagnostic sera problématique si le délai entre l'événement et le début du trouble a été de plus de 6 mois, dans le cas où les manifestations cliniques sont typiques et si une identification alternative du trouble ne peut pas être faite (par exemple, un épisode d'anxiété, obsessif, compulsif ou dépressif). De plus, au delà de l'existence du trauma, doit exister un souvenir ou une réactivation répétitive, troublante, de l'événement, par des évocations, de l'imagination diurne ou des rêves. Il y a souvent un détachement émotionnel évident, l'atténuation des sentiments et la tendance à éviter des stimuli qui peuvent rappeler le trauma, mais ces éléments-ci ne sont pas essentiels pour le diagnostic. Les troubles végétatifs, les troubles de disposition et les anormalités du comportement contribuent tous au diagnostic, mais ils ne sont pas de première importance.

Les séquelles chroniques, tardives, du stress dévastateur, qui se manifestent pendant des dizaines d'années après l'expérience traumatisante sont classifiées

comme un changement durable de la personnalité après une expérience catastrophique et non pas comme un trouble post-traumatique de stress.[320]

Le trouble post-traumatique de stress a été défini comme une entité nosologique distincte dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – IIIe édition[321] (1980). La réalité d'une phénoménologie clinique particulière a été associée à des traumas psychiques intenses et répétés, des conditions de stress vital, qui ont été observées pour la première fois chez les vétérans survivants de la guerre de Vietnam.[322] Ultérieurement, ce syndrome a été reconnu comme associé à d'autres causes d'étiologie pathogénique, disposant d'une puissante force traumatique de stress.[323]

La difficulté de reconnaître cette maladie est causée par les associations fréquentes à d'autres affections psychiatriques[324] (dépression anxieuse, abus des drogues, comportement antisocial) ou somatiques, qui représentent souvent des conséquences directes des privations et des abus psychiques.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - IVe édition et la Classification internationale des maladies – 10ème édition remarquent que les phénomènes traumatisants qui déclenchent le trouble peuvent être multiples, tels le traumatisme de guerre, l'expérience du camp de concentration, la déportation, la privation de liberté, l'oppression cumulée, l'abus sexuel, les désastres naturels, les situations sociales de crise, l'agression, etc. On a démontré[325] que le trouble post-traumatique de stress peut être « total » ou « partiel », indiquant une certaine

---

320 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 177- 179.

321 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. text revision, 3eme ed., Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980.

322 KULKA, R., SCHLENGER W., FAIRBANK J., HOUGH R., JORDAN B., MARMAR C. WEISS, D. *National Vietnam Veterans Readjustment study: Description, current status and initial PTSD prevalence estimates. Final report*. Washington DC: Veterans Administrations, 1988.

323 BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48(3), 216-22.

324 KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

325 STEIN, D.J. *Cognitive Science and the Unconscious*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1997, 118-120.

vulnérabilité individuelle avec un rôle permissif d'une ampleur plus ou moins grande. La prévalence du trouble post-traumatique de stress « total » est appréciée comme étant de 2,7 % pour les femmes et 1,2 % pour les hommes. Le trouble post-traumatique de stress « partiel » a une prévalence de 3,4 % pour les femmes et seulement 0,3 % pour les hommes. Tenant compte des caractéristiques individuelles biologiques, sociales, psychologiques et culturelles, l'apparition des symptômes du trouble post-traumatique de stress a lieu généralement pendant le premier mois après l'exposition traumatique ; l'intervalle diminue si les événements sont répétés et intenses, étant possible d'augmenter l'incidence du trouble de stress post-traumatique jusqu'au 39 – 84 % de la population, dans une communauté vivant des traumas psychiques permanents[326]. Cette situation décrit le trouble post-traumatique de stress « total », la forme « partielle » pouvant être déclenchée s'il y a une grande distance entre les événements traumatiques, mais pas plus de 6 mois. Dans la population générale, qui ne vit pas un conflit, la fréquence du trouble post-traumatique de stress est de 7,8% ou 9,2%[327], avec un risque majeur de devenir chronique qui peut arriver jusqu'à 60%[328].

Dans l'Etude Nationale de Co-morbidité (NCS), la première de ce type qui a enquêté sur l'exposition à un facteur de stress traumatique et sa corrélation avec le trouble post-traumatique de stress, sont mentionnés les chiffres suivants : 60,7 % des hommes et 51,2 % des femmes ont été exposés à au moins un facteur de stress traumatique ; 19,7 % des hommes et 11,4 % des femmes ont relaté plus de trois événements majeurs de stress ; parmi les femmes adultes, 12,7 % ont rapporté un viol, 14,3 % - une molestation ou une tentative de viol, 10,3 % - une agression

---

326 BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48(3), 216-22, KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

327 BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48(3), 216-22, KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

328 KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

physique, 13,4 % l'assassinat d'un proche ; plus de la moitié des femmes adultes ont rapporté l'exposition à plus d'un événement traumatisant[329]. Les femmes ont un risque deux fois plus grand que les hommes en ce qui concerne la probabilité de développer le trouble de stress post-traumatique après l'exposition aux événements stressants.

§2. Les troubles d'adaptation sont des états de souffrance subjective et d'affectation émotionnelle, qui interfèrent avec les performances et les fonctions sociales. Ils commencent par une période d'adaptation à un changement significatif de vie, ou comme une conséquence d'un événement stressant de la vie (qui inclut la présence ou la possibilité d'une maladie physique grave). L'agent de stress peut affecter l'intégralité du réseau social (la perte d'une personne proche, des expériences de séparation) ou le système plus large des valeurs ou des supports sociaux (l'immigration, le statut de réfugié). L'agent de stress peut impliquer soit uniquement l'individu, soit le groupe communautaire dont il fait partie.

La prédisposition individuelle ou la vulnérabilité jouent un rôle plus grand dans le risque d'apparition ou dans la définition des manifestations du trouble d'adaptation et dans les autres états qui font partie du groupe des réactions au stress sévère et des troubles d'adaptation. De toute façon, la maladie ne peut pas apparaître sauf l'intervention du facteur de stress. Les manifestations varient et incluent un comportement agressif, de l'anxiété, des soucis, ou une combinaison de ceux-ci, un sentiment d'incapacité à faire face à la vie et à planifier l'avenir ou à continuer la situation présente, de même que certains degrés d'affectation de la routine quotidienne. Le sujet peut se sentir prédisposé aux comportements dramatiques ou aux explosions de violence. Les troubles de conduite (par exemple le comportement agressif ou antisocial) peuvent être un élément associé, surtout chez les adolescents. Aucun des symptômes décris n'est assez sévère ou important pour justifier par lui-même un diagnostic spécifique. Chez les enfants, les phénomènes régressifs font fréquemment partie du modèle symptomatique.

Le début du trouble d'adaptation survient, généralement, un mois après l'événement stressant ou le changement intervenu dans la vie et la durée des

---

329 KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60.

symptômes ne dépasse pas 6 mois, à l'exception de la réaction dépressive prolongée.

Le diagnostic dépend d'une évaluation détaillée des relations entre: (1) la forme, le contenu et la sévérité des symptômes, (2) l'historique de santé et la personnalité, (3) l'événement, la situation stressante et la crise existentielle. La présence du troisième élément doit être clairement établie : on doit avoir une preuve claire et convaincante, même si elle est présumée, que le trouble ne serait pas apparu sans cet élément.

Si les critères pour le trouble d'adaptation sont satisfaits, la forme clinique ou les traits dominants peuvent être spécifiés par le 5ème caractère :

- la réaction dépressive courte, qui est un état dépressif léger, transitoire, qui ne dépasse pas un mois ;

- la réaction dépressive de longue durée, qui est un état dépressif léger, qui survient comme une réponse à l'exposition de longue durée à une situation stressante, mais pour une période qui ne dépasse pas 2 années ;

- la réaction mixte, anxieuse et dépressive – dont les deux symptômes, anxieux et dépressif sont proéminents ;

- la perturbation prédominante des autres émotions avec l'apparition d'autres réactions, par exemple, l'anxiété, les soucis, la tension et la colère. Cette catégorie doit aussi être utilisée pour les réactions des enfants dont la conduite régressive survient ;

- la prédominance des troubles de la conduite - par exemple, une réaction de tristesse d'un adolescent ayant comme résultat un comportement agressif ou antisocial ;

- la perturbation mixte, des émotions et de la conduite. [330]

Le trouble d'adaptation avec disposition dépressive est composé d'une dépression modérée, comme réponse à un facteur de stress clairement identifiable, qui se remet au fur et à mesure que le facteur de stress diminue. Ce trouble est considéré comme une réponse mal adaptée, qui résulte soit d'une altération des fonctions nerveuses, soit de l'intensité excessive et disproportionnée des

---

[330] World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 179 – 182.

symptômes. Les personnes avec des troubles de la personnalité ou avec certains déficits organiques y sont plus vulnérables[331].

§3. Les troubles dissociatifs

Le thème commun des troubles dissociatifs est la perte partielle ou complète de l'intégration normale du passé dans les souvenirs, de la conscience de l'identité, des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Il reste un niveau acceptable de contrôle conscient des souvenirs et des sensations qui peuvent être retenus à l'aide de l'attention immédiate, de même que la conscience de certains mouvements qui seront exécutés. Dans le cas des troubles dissociatifs, le niveau de la capacité à exercer un contrôle conscient et sélectif peut varier d'un jour à l'autre, ou même d'une heure à l'autre. Généralement, il est très difficile d'évaluer à quel niveau le perte de fonctions peuvent être contrôlées volontairement.

Ces troubles ont été classifiés antérieurement comme des types variés d'« hystérie de conversion », mais actuellement il vaut mieux éviter le terme « hystérie » à cause de ses interprétations multiples. Les troubles dissociatifs sont supposés être d'origine psychogène et fortement liés aux événements traumatiques, aux problèmes insolubles et intolérables ou aux relations perturbées.

Le terme de "conversion" est appliqué largement à certains de ces troubles lors qu'il s'agit d'un état émotionnel désagréable, généré par les problèmes et les conflits que le patient ne peut pas résoudre et qu'il transforme en symptômes.

Le début et la fin des états dissociatifs sont souvent brusques, mais ils ont rarement été observés, excepté au cours des procédures par interactions (psychothérapeutiques), comme l'hypnose. La modification ou la disparition d'un état dissociatif peut être limitée à la durée de ces procédures. Tous les types d'états dissociatifs connaissent une rémission après quelques semaines ou mois, surtout si leur début a été associé à un événement de vie traumatisant. Les états plus chroniques, comme les paralysies et les anesthésies, peuvent être développés (à la fois, plus lentement) si le début est associé à des problèmes insolubles ou à des difficultés relationnelles. Les états dissociatifs ayant duré 1 ou 2 années sans avoir été diagnostiqués du point de vue médical sont souvent résistants à la thérapie.

---

[331] SADOCK B.J. SADOCK V.A., EDMONSON J.C., MANLEY M.R.S., PERRY R., *KAPLAN & SADOCK Manual de buzunar de psihiatrie clinică.* ed. III, Bucuresti : Ed. Medicală, 2001, p. 191.

Les patients affectés par des troubles dissociatifs refusent souvent de reconnaître des problèmes et des difficultés qui peuvent être évidentes pour les autres. Les problèmes qu'ils reconnaissent, alors, peuvent être attribués aux symptômes dissociatifs.

La dépersonnalisation n'est pas inclue dans cette catégorie, parce qu'elle n'affecte habituellement que l'identité personnelle, sans perte des performances concernant les sensations, la mémoire et les mouvements.

Pour diagnostiquer ces troubles aucune preuve d'un trouble somatique ne doit pouvoir expliquer les symptômes. En revanche, la preuve d'une cause psychologique, sous la forme d'une association de problèmes et d'événements stressants ou de relations perturbées, doit exister même si ce n'est pas admis par le patient.

La preuve convaincante de la cause psychologique peut être très difficile à démontrer, même si elle est suspectée. En présence de troubles connus du système nerveux central ou périphérique, le diagnostic de trouble dissociatif doit être établi avec une grande prudence. Faute de preuve de la cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire et la recherche d'aspects somatiques et psychologiques doit continuer.

Les troubles dissociatifs incluent l'hystérie, l'hystérie de conversion, la réaction de conversion et les psychoses hystériques. Ils excluent la simulation consciente.[332]

A. L'amnésie dissociative a comme trait principal la perte de mémoire concernant des événements récents et importants, qui n'est pas causée par un trouble mental organique et qui est trop intense pour être due à un simple oubli ou la fatigue normale. L'amnésie est couramment centrée sur des événements traumatiques, comme les accidents ou la perte brusque d'êtres aimés. Elle est généralement partielle et sélective. L'ampleur de l'amnésie varie souvent d'un jour à l'autre et entre deux examens médicaux consécutifs, mais il y a un noyau commun persistant qui ne peut pas être remémoré quand le sujet est éveillé. L'amnésie complète et généralisée est rare et démontre un état de fugue dissociative.

Les états affectifs qui accompagnent l'amnésie sont très variés, mais la dépression sévère est rare. La perplexité, le malaise et les niveaux fluctuants de

---

[332] World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 182 – 184.

l'attention peuvent être évidents, mais étonnamment, cette amnésie peut aussi être acceptée avec calme. Les jeunes adultes en sont plus fréquemment affectés, les cas extrêmes apparaissant chez les hommes qui ont subi un stress de guerre. Les états dissociatifs non-organiques sont rares chez les personnes âgées, mais on peut citer comme exemple le vagabondage local qui dure rarement plus d'un ou deux jours.

Un diagnostic clair de l'amnésie dissociative implique une amnésie partielle, soit complète, concernant des événements récents de type traumatique ou stressant et l'absence de troubles cérébraux organiques, d'intoxication ou de fatigue excessive.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, dans les troubles mentaux organiques il y a habituellement d'autres signes d'affectation du système nerveux, plus évidents et consistants, qui atteignent la conscience et l'orientation. La perte de la mémoire immédiate est plus typique dans les états organiques, qui ne sont pas liés à des problèmes ou événements traumatiques. Les *black-outs* causés par la consommation d'alcool ou de stupéfiants sont étroitement liés à la période d'abus et la mémoire perdue ne peut jamais être récupérée. L'amnésie dissociative ne présente pas de perte de mémoire de courte durée, comme dans l'état amnésique (le syndrome Korsakov), quand l'évocation immédiate se produit normalement, mais l'évocation après 2 ou 3 minutes n'a pas lieu.

L'amnésie causée par une contusion ou une lésion cérébrale sévère est généralement rétrograde, même si dans les cas graves elle peut être aussi antérograde, l'amnésie dissociative étant principalement rétrograde.

Il est souvent très difficile de faire la différence entre l'amnésie dissociative et la simulation consciente de l'amnésie et elle exige l'établissement et l'analyse détaillé de la personnalité pré-morbide et de la motivation. La simulation consciente de l'amnésie est associée à des problèmes évidents concernant l'argent, le danger de mort pendant la guerre ou des décisions judiciaires capitales ou privatives de liberté. L'amnésie dissociative exclut le trouble amnésique causé par l'alcool ou par d'autres substances psycho-actives, l'amnésie antérograde et rétrograde.[333]

B. La fugue dissociative présente tous les caractéristiques de l'amnésie dissociative et conduit, en plus, à un départ sans but, du lieu d'habitation ou de

---

[333] World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 184 – 186.

travail, sans pour autant négliger sa personne. Dans certains cas, le sujet peut endosser une nouvelle identité avec beaucoup de précisions, pour quelques jours, mais parfois plus longtemps. Un voyage peut être organisé dans des endroits antérieurement connus et ayant une signification émotionnelle. Même s'il y a une amnésie pendant la période de fugue, le comportement du sujet pendant cette période peut paraître normal.

Le diagnostic doit se fonder sur les caractères de l'amnésie dissociative et sur le voyage sans but au-delà de la zone habituellement fréquentée. Le continue à prendre soin de lui (l'alimentation, la douche, etc.) et à interagir socialement avec les autres (acheter des billets, du carburant, questions sur les directions, demander le menu, etc.).

La distinction entre la fugue et la simulation consciente peut être très difficile comme pour le cas de l'amnésie dissociative[334], présenté ci-dessus.

C. La stupeur dissociative suppose que le comportement du patient remplit les critères de la stupeur, mais l'investigation et l'examen ne doivent démontrer aucune cause somatique. De plus, comme pour d'autres troubles dissociatifs, doit exister une preuve de la présence d'une cause psychogène, sous la forme d'événements stressants récents ou d'autres problèmes importants, interpersonnels ou sociaux.

La stupeur est diagnostiquée sur la base d'une diminution importante ou de l'absence totale de mouvements volontaires et de réponse normale aux stimuli externes, comme le bruit, la lumière ou le toucher. Le patient reste sans bouger pendant de longues périodes. Les mouvements et le langage intentionnels sont absents, ou presque. Même si aucune perturbation du système de conscience n'est présente, le tonus musculaire, la posture, la respiration, l'ouverture des yeux et les mouvements oculaires coordonnés montrent que le sujet n'est ni endormi, ni inconscient.

Le diagnostic de la stupeur dissociative est fondé sur :

- la stupeur, telle qu'elle est décrite ci-dessus ;

- l'absence d'un trouble somatique ou psychique qui pourrait expliquer la stupeur ;

- la preuve des événements stressants et récents ou des problèmes en cours.

---

334 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 186 – 187.

La stupeur dissociative doit être différenciée de la stupeur catatonique, dépressive ou maniaque. La stupeur catatonique de la schizophrénie est souvent précédée par des symptômes ou des comportements suggérant la schizophrénie. La stupeur dépressive ou maniaque se développe habituellement plus lentement et pour cela, le récit d'un témoin est décisif. Les stupeurs dépressives et maniaques sont de plus en plus rares dans beaucoup de pays, au fur et à la mesure que le traitement précoce de ces maladies se répand.[335]

D. Les troubles de transe et de possession sont caractérisés par une perte temporaire du sens de l'identité personnelle et l'« appréhension » complète de son environnement ; la personne agit comme si elle était contrôlée par une autre personnalité, un autre esprit ou une autre « force ». L'attention et la conscience peuvent être limitées à un ou deux aspects de l'environnement immédiat et apparaissant souvent quelques mouvements, postures et expressions (discursives) qui se répètent.

Dans cette catégorie, sont seulement inclus les troubles de transe involontaires ou non désirés, qui perturbent les activités habituelles du sujet et qui commencent pendant ou après une expérience religieuse ou une autre situation culturellement acceptable, provoquant des impressions fortes sur l'individu.

Ne seront inclus dans cette catégorie les troubles de transe qui surviennent pendant les psychoses schizophréniques ou aiguës, avec hallucinations ou délires, ni la personnalité multiple ou le trouble de transe considéré comme étant en étroite corrélation avec tous les troubles somatiques (par exemple, l'épilepsie de lobe temporelle, ou les conséquences des lésions cérébrales) ni l'intoxication avec des substances psycho-actives.[336]

E. Les troubles dissociatifs de mouvement ou de la sensation

Dans ce type de troubles il y a une perte ou une altération des mouvements ou des sensations (d'habitude tactiles). Ces dernières sont modifiées et, par conséquent, le patient semble présenter un trouble somatique, alors qu'il n'y a

---

335 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 187 – 188.

336 World Health Organisation, *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO 1992, p. 188 – 189.

aucun élément qui peut expliquer les symptômes. Les manifestations de ces troubles peuvent être interprétées comme étant la conception du patient du trouble somatique, qui peut être différente des principes physiologiques ou anatomiques. De plus, au regard de l'état mental du patient et de sa situation sociale, on suppose usuellement que son incapacité résultant de la perte de certaines fonctions l'aide à échapper à un conflit ou à exprimer indirectement une dépendance ou un ressentiment. Même si les problèmes ou les conflits sont évidents pour les autres, le patient ne reconnaît pas leur existence et attribue toute la souffrance aux symptômes ou à l'incapacité qui en résulte.

Le niveau d'incapacité produit par ces types de symptômes peut varier à tout moment. Il dépend des personnes présentes et de l'état émotionnel du patient. Pour certains patients, le lien étroit entre les symptômes et le stress psychologique est évident, tandis que pour d'autres, il n'est pas observable.

On peut trouver usuellement des anormalités pré-morbides dans les relations personnelles et la personnalité. Les proches et les amis du sujet peuvent avoir souffert des maladies somatiques ayant des symptômes similaires au siens. On remarque souvent chez les adolescents, surtout chez les filles, des variantes de ces troubles, de plus courte durée. Les cas de plus longue durée sont généralement observés chez les jeunes adultes. Peu de personnes développent un modèle répétitif de réaction au stress, en manifestant ces troubles qui peuvent aussi continuer à l'âge moyen ou adulte.

On inclut ici les troubles impliquant seulement la perte de sensations. Les troubles impliquant des difficultés supplémentaires, comme la douleur et d'autres problèmes médicaux complexes, qui agissent à travers le système nerveux végétatif, font partie des troubles somatoformes.

En présence de troubles somatiques du système nerveux, le diagnostic doit être effectué avec beaucoup d'attention chez une personne bien adaptée socialement et entourée familialement.

Pour le diagnostic, les éléments suivants doivent être pris en compte :

- l'absence de troubles somatiques

- la position sociale, l'état psychologique et les relations personnelles du patient doivent être suffisamment étudiées pour permettre une formulation convaincante des motifs de l'apparition du trouble.

Les stades initiaux des troubles neurologiques progressifs, comme par exemple, la sclérose multiple, peuvent être confondus avec les troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation.

Les patients qui présentent les symptômes des phases initiales de la sclérose avec en plus de la souffrance psychiatrique et un comportement de captation de l'attention posent des problèmes particuliers. Pour ces cas, de longues périodes d'observation et d'évaluation sont nécessaires, avant que les probabilités diagnostiques deviennent claires.

Les symptômes dissociatifs isolés peuvent être présents pendant les troubles mentaux majeurs, comme la schizophrénie ou la dépression sévère. Néanmoins, ils restent visibles et sont antérieurs.[337]

E. 1. Les troubles dissociatifs de mouvement

La variante la plus commune de ces troubles est la perte totale ou partielle de la capacité de bouger un ou plusieurs membres. La paralysie peut être partielle, avec des mouvements qui sont faibles et lents. Des degrés variés de manque de coordination (ataxie) peuvent être évidents, surtout des membres inférieurs, résultant une locomotion étrange, ou l'incapacité de rester debout (astasie – abasie). On peut constater également des frissons ou des tremblements exagérés d'une ou plusieurs extrémités, ou du corps entier.[338]

E. 2. Les convulsions dissociatives (les pseudo-convulsions) peuvent imiter les crises d'épilepsie, qui sont très similaires en ce qui concernent les mouvements. Dans le cas des convulsions dissociatives, il n'y a pas de perte de conscience, mais un état de stupeur ou de transe.

E. 3. L'anesthésie et la perte sensorielle dissociative peuvent se manifester par l'anesthésie de zones cutanées, mais elles sont en grande partie associées aux idées du patient concernant les fonctions du corps, et non aux réalités médicales. Des pertes des moyens sensoriels, ne pouvant être causées par des lésions neurologiques, peuvent apparaitre.

---

337 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 189 – 191.

338 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 191 – 192.

La perte de la vue est rarement totale dans les troubles dissociatifs et il s'agit plus souvent d'une perte de l'acuité visuelle, d'un estompage général de la vue, ou de la vision « par le tunnel ». Malgré les plaintes de perte de la vue, la mobilité générale du patient est souvent très bien conservée.

La perte des sens auditif et olfactif dissociative est beaucoup plus rare que la perte de la sensibilité ou de la vision. Ces troubles incluent aussi la surdité psychogène.[339]

F. D'autres troubles dissociatifs

F. 1. Le syndrome Ganser est caractérisé par « les réponses approximatives », usuellement accompagnées par plusieurs symptômes dissociatifs dans des circonstances qui montrent une étiologie psychogène.[340]

F. 2. Le trouble de personnalité multiple est rare et il y a des controverses s'il est iatrogène (provoqué par le médecin, le traitement ou les médicaments) ou spécifiquement culturel. La caractéristique essentielle est l'existence apparente de deux ou plusieurs personnalités distinctes en la même personne. Chaque personnalité est complète, avec ses propres souvenirs, comportement et préférences. Celles-ci peuvent être en contradiction flagrante avec la personnalité unique du patient avant l'état de maladie.

Dans la forme commune, il existe deux personnalités, dont l'une d'entre elles est prédominante. En revanche, aucune n'a accès aux souvenirs de l'autre et il este très rare qu'une personnalité se rende compte de l'existence de l'autre. Le changement d'une personnalité à l'autre est brusque et la première fois est lié associé à des événements traumatiques. Les changements ultérieurs sont plutôt associés à des événements dramatiques ou stressants. Quand ils se manifestent pendant la thérapie, celle-ci implique de la relaxation, l'hypnose ou l'abréaction.[341]

---

339 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 192.

340 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 193.

341 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 193.

Les autres troubles dissociatifs incluent les uns qui se manifestent pendant l'enfance ou l'adolescence, la confusion psychogène et l'état crépusculaire.[342]

§4. Le changement durable de la personnalité après une expérience catastrophique

Le changement durable de la personnalité peut être causé par l'expérience d'un stress catastrophique. Le stress doit être si intense, qu'il n'est pas nécessaire de prendre en considération la vulnérabilité personnelle du sujet pour expliquer ses effets profonds sur la personnalité. Les exemples incluent les expériences des camps de concentration, la torture, l'exposition prolongée aux situations dangereuses pour la vie (par exemple, être la victime du terrorisme, être otage, la captivité prolongée avec la possibilité imminente d'être tué). Le trouble de stress post-traumatique peut précéder ce type de changement de personnalité, qui peut être perçu dans ce cas-là comme une conséquence chronique et irréversible d'un tel trouble. Dans d'autres cas, le changement durable décrit ci-dessus peut être développé sans phase préalable de stress post-traumatique.

Le changement de la personnalité doit être durable et se manifester par des réactions inflexibles et non adaptables, qui affectent le fonctionnement interpersonnel, social et de travail. Généralement, le changement de la personnalité doit être confirmé par un observateur ou un témoin « clé ». Pour élaborer le diagnostic, l'existence de caractéristiques nouvelles doit être établie, par exemple :

- une attitude hostile ou de doute envers le monde ;
- le manque d'implication dans la vie sociale ;
- le sentiment de « vide » ou de désespoir ;
- le sentiment constant d'être en danger ;
- l'éloignement.

Pour être reconnu, ce changement de personnalité doit durer au moins pour deux années et ne doit pas provenir d'un trouble de la personnalité préexistant ou d'un trouble mental autre que le trouble post-traumatique de stress. La présence

---

342 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 193.

d'une lésion massive ou d'une maladie cérébrale pouvant présenter des caractères similaires doit être éliminée.[343]

§5. Le syndrome post-traumatique de stress

Les réactions de stress pendant les événements traumatisants, comme la guerre, sont toujours complexes. Ce sont des réactions de personnes normales face à des événements brusques et inattendus de leur vie. Les hommes perdent leur certitude parce que le monde, est devenu imprévisible et se révèle hasardeux, dangereux et risqué. Même dans les épisodes de combat, la réalité de la guerre et de l'assassinat est presque imprévisible pour la personne qui doit y faire face pour la première fois.

Le concept du syndrome post-traumatique de stress est apparu suite au travail de chercheurs dans plusieurs domaines de stress traumatique, avec l'analyse de victimes des désastres naturels, de vétérans de guerre, de survivants de l'holocauste, de victimes des bombes atomiques, de prisonniers et de victimes d'infractions violentes. Ce travail est décrit dans la 3ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine Psychiatrique (DSM-III), publiée en 1980. La notion de syndrome post-traumatique de stress ne décrivait rien de nouveau, mais tentait de fournir des critères stricts, standardisés et identifiables quand une réaction normale face au trauma devient anormale, en permettant la comparaison entre les groupes de personnes qui ont l'expérience de différents éléments de stress. Le syndrome post-traumatique de stress comprend trois groupes principaux de symptômes : la ré-expérience de l'événement stressant, les réactions d'évitement et les symptômes d'excitation accrue.

La répétition de l'expérience traumatisante signifie que l'événement qui a causé le stress est revécu, d'une manière persistante, au moins d'une des façons suivantes :

- des souvenirs stressants, récurrents et intrusifs de l'événement (dans l'enfance – jeu répétitif dans lequel on exprime les thèmes ou les aspects du trauma) ;

- des rêves récurrents et stressants de l'événement ;

---

[343] World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 251 – 252.

- des sentiments ou des actes accomplis comme si l'événement traumatisant se répétait, avec des hallucinations et des épisodes de *flashback* ;

- du stress psychologique intense quand le patient est face aux événements qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique, y compris les anniversaires du trauma.[344]

L'évitement ou le phénomène d'engourdissement inclut l'action persistante d'éviter les situations associées au trauma, s'il est caractérisé par au mois trois des symptômes suivants :

- des efforts pour éviter les pensées ou les sentiments associés au trauma ;

- des efforts pour éviter les activités ou les situations qui déclenchent le souvenir du trauma;

- l'incapacité de se souvenir d'un aspect important du trauma ;

- la diminution de l'intérêt à s'impliquer dans des activités qui auparavant présentaient un intérêt (dans le cas des jeunes enfants) ;

– la perte d'aptitudes récemment acquises, comme par exemple, des aptitudes linguistiques ou d'hygiène ;

- un sentiment de détachement des autres ;

- la limitation de manifestations affectives, comme l'incapacité d'avoir des sentiments d'amour, par exemple ;

- un sentiment d'insécurité pour l'avenir.[345]

Le sentiment d'excitation accrue impliquent des symptômes (absents avant le trauma) marqués par au moins deux des descriptions suivantes :

- la difficulté à s'endormir ou dormir ;

- l'irritabilité ou l'accès de rage ;

- la difficulté à se concentrer ;

- l'hyper vigilance ;

- la réponse exagérée aux stimuli ;

- des réactions physiques à l'exposition aux événements qui symbolisent ou ressemblent à un des aspects du trauma.[346]

---

344 HODGKINSON, P.E., STEWART, M. *Coping with catastrophe: a handbook of disaster management*. New York : Routledge, 1991, p. 10- 11.

345 HODGKINSON, P.E., STEWART, M. *Coping with catastrophe: a handbook of disaster management*. New York : Routledge, 1991, p. 13- 14.

§6. Le trouble d'anxiété généralisée

La caractéristique principale de ce trouble psychique est l'anxiété généralisée et persistante, mais pas limitée (ou fortement prédominante) à une seule circonstance particulière de l'environnement. Comme pour d'autres troubles anxieux, les symptômes dominants sont très variés, mais ils incluent des signes communs de nervosité permanente, tremblements, tension musculaire, transpiration excessive, vertiges, palpitations et inconfort épigastrique. La peur que le sujet ou un de ses proches ait un accident ou puisse être malade est fréquemment exprimée, avec une variété d'autres peurs et mauvaises pressentiments. Ce trouble est répandu chez les femmes et il est fréquemment associé à un stress chronique. Le cours de son évolution est variable et tend à être oscillant et chronique.

En ce qui concerne le diagnostic, le patient doit présenter les symptômes primaires de l'anxiété pendant plusieurs jours, jusqu'à quelques semaines. Ces symptômes doivent être les suivants :

- appréhension (peur pour les malheurs futurs, sentiment d'être « au bord du désastre », difficultés à se concentrer, etc.) ;

- tension (frissons, maux de tête, incapacité à se relaxer) ;

- hyperactivité végétative (vertiges, transpiration excessive, tachycardie, inconfort épigastrique, bouche sèche, etc.). Chez les enfants, le besoin de protection et des signes somatiques peuvent être prééminents.

L'apparition ponctuelle pendant quelques jours d'autres symptômes, surtout de la dépression, n'exclut pas le trouble d'anxiété généralisée comme diagnostic principal, mais le sujet ne doit pas présenter les critères de l'épisode dépressif, comme le trouble anxieux phobique, le trouble de panique ou le trouble obsessif-compulsif. Le trouble d'anxiété généralisée inclut l'état anxieux, la nerveuse anxieuse et la réaction anxieuse et il exclut la neurasthénie.[347]

§ 7. Le trouble mixte, anxieux et dépressif

Cette catégorie doit être utilisée quand les symptômes de l'anxiété et de la dépression sont présents ensemble et chaque type de symptômes, analysé

---

346 HODGKINSON, P.E., STEWART, M. *Coping with catastrophe: a handbook of disaster management*. New York : Routledge, 1991, p. 15.

347 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 168 – 169.

séparément, n'est pas assez sévère pour justifier un diagnostic séparé. Les patients qui présentent cette combinaison de symptômes se rencontrent fréquemment et peuvent ne pas avoir retenu l'attention médicale ou psychiatrique. Ce trouble inclut la dépression anxieuse (faible ou non persistante).[348]

§ 8. Le trouble délirant a comme manifestation principale ou unique un délire encré dans la réalité, fixe et inhérent. Les délires durent au moins 6 mois et ont une suite logique, en contraste avec ceux dits « bizarres » ou « fragmentaires ». La réponse émotionnelle du malade au système délirant est adéquate au contenu du délire. La personnalité reste intacte ou souffre une détérioration minimale. Le fait que les malades soient souvent hyper-sensibles et hyper-vigilants peut les conduire à l'isolation sociale, malgré leur capacité fonctionnelle élevée. Dans des circonstances non stressantes, le patient peut être considéré comme ne présentant pas une preuve de maladie mentale.

Comme étiologie, le trouble délirant a une origine principalement psychosociale. Les caractéristiques de fond les plus fréquentes sont l'abus physique ou émotionnel, un parent cruel ou non fiable (sur lequel on ne peut pas compter), une éducation excessivement exigeante ou perfectionniste. La confiance ne peut pas se développer, l'enfant croyant que son environnement est toujours hostile et dangereux. Il existe d'autres facteurs psychosociaux représentés par une baisse de l'acuité auditive, la cécité, l'isolation sociale et la solitude, l'immigration récente ou d'autres modifications dures de l'environnement, etc.

Les systèmes de défense utilisés sont la négation et la projection. La défense majeure est la projection : les symptômes constituent une protection contre les idées et les sentiments inacceptables. Les patients dénient les sentiments d'humiliation et d'infériorité et transforment par opposition et par réaction les sentiments inacceptables en sentiments de grandeur. Ils projettent sur les autres les sentiments qu'ils estiment inacceptables.

Les critères pour diagnostiquer[349] le trouble délirant sont les suivants :

---

348 World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992, p. 170.

349 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.

- les délires non bizarres (qui impliquent des situations que l'on peut rencontrer dans la vie réelle, par exemple, celle d'être suivi, empoisonné, infecté, d'avoir une maladie, etc.) ;

- les critères de la schizophrénie ne sont pas remplis. Les hallucinations tactiles et olfactives peuvent être présentes dans le cas du trouble délirant, si elles sont liées au thème délirant ;

- à l'exception de l'impact du délire (ou des délires), les fonctions mentales de la personne ne sont pas détériorées significativement et le comportement n'est pas évidemment bizarre ;

- si, parallèlement aux délires, sont survenus des épisodes de troubles de la disposition, leur durée totale est plus courte que les périodes délirantes ;

- le trouble n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, un drogue d'abus, un médicament) ou d'une condition médicale générale.[350]

§9. Le trouble psychotique court présente des symptômes qui durent moins d'un mois et qui rappellent un stress évident de la vie du patient. Comme épidémiologie, il n'y a pas des dates définitives. Le trouble est plus fréquent chez les personnes ayant des troubles de la personnalité préexistants ou qui ont été exposées antérieurement aux facteurs majeurs de stress.

Les symptômes sont similaires à ceux des autres troubles psychotiques, mais avec l'accentuation du caractère transitoire et labile, la confusion, la désorientation et ils sont souvent combinés avec des symptômes affectifs.

Les critères pour diagnostiquer[351] le trouble psychotique court sont les suivants :

- la présence d'un (ou plusieurs) des symptômes : délires, hallucinations, langage désorganisé (avec incohérences fréquentes) ;

- un épisode du trouble doit durer entre une journée et un mois, avec la rémission complète à la fin ;

---

350 SADOCK B.J. SADOCK V.A., EDMONSON J.C., MANLEY M.R.S., PERRY R., *KAPLAN & SADOCK Manual de buzunar de psihiatrie clinică.* ed. III, Bucuresti : Ed. Medicală, 2001, p. 163 – 165.

351 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.

- le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble de disposition aux éléments psychotiques, par un trouble schizo-affectif ou de schizophrénie et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue, médicament) ou d'une condition médicale générale.

Pour notre étude, l'intérêt vise le trouble psychotique court avec des facteurs de stress importants, quand les symptômes surviennent rapidement et apparemment comme une réponse à des événements qui, soit isolés, soit groupés, seront fortement stressants pour toute personne placée dans des situations similaires et ayant le même *background* culturel.

Le stress psychosocial déclenche l'épisode psychotique. La psychose est conçue comme la réponse défensive d'une personne n'ayant pas de mécanismes efficaces pour faire face à de telles situations.[352]

Dans les pages précédentes ont été décrits les troubles qui ont les plus grands risques d'apparaître suite à l'expérience de stress caractéristiques aux conflits armés. L'énumération n'est pas et ne peut pas être exhaustive, car les mécanismes du psychique humain peuvent conduire au développement de toute sorte de désordre psychologique. Il faut tenir compte de la durée de l'exposition au stress, des prédispositions de la personne et de beaucoup d'autres facteurs.

La violation du droit à la santé mentale subie par le malade et l'apparition de ces troubles est seulement une des conséquences du stress causé par la guerre. Au delà de cet effet immédiat et subjectif, beaucoup d'autres conséquences peuvent apparaître. L'une des plus importantes est que la personne affectée par des troubles psychiques suite au conflit commette d'infractions ou d'autres actes antisociaux, qui affectent la communauté dans son intégralité. De plus, un conflit prolongé provoque des désordres psychologiques en masse sur une population, de nature à changer les normes sociales établies. En autres termes, les standards du respect des droits de l'Homme dans cette société peuvent être modifiés, par exemple en considérant comme acceptables les manifestations comme la torture ou la violence en général, parce qu'elles sont « justifiées » par des raisons de sécurité ou dirigés contre l'adversaire. Les conflits au cours desquels ce type de mécanisme psychologique de

---

352 SADOCK B.J. SADOCK V.A., EDMONSON J.C., MANLEY M.R.S., PERRY R., *KAPLAN & SADOCK Manual de buzunar de psihiatrie clinică.* ed. III, Bucuresti : Ed. Medicală, 2001, p. 168 – 169.

masse est déclenché peuvent durer plusieurs années, malgré les efforts des différentes parties impliquées. Ces questions seront abordées en détail dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Analyse des conséquences individuelles et sociales, sans relevance pénale, des traumas de guerre

Le but de ce chapitre est d'explorer les effets des violations du droit à la santé mentale sur les personnes, ainsi que sur les communautés. Les effets analysés dans ce chapitre ne visent pas le domaine de la criminalité, qui sera traité dans le titre suivant.

Dans une première section seront décrites les interprétations que les victimes et la société ont attribuées aux maladies mentales traumatiques pendant l'histoire. La seconde section démontrera, en utilisant trois études de cas, que les manifestations déterminées par les traumas de guerre peuvent varier de manière significative d'une collectivité à l'autre et que les communautés ne sont pas toujours capables de trouver des mécanismes de défense pour maintenir une psychologie collective « saine » et pour éviter la perpétuation transgénérationnelle de ces traumatismes. La troisième section présentera les difficultés d'une victime dans la situation de témoignage devant une cour de justice à l'égard les crimes subis ou aperçus. L'impact de l'expérience du témoignage devant un tribunal sur l'évolution des traumatismes sera détaillé, ainsi que la valeur du témoignage pour la communauté affectée par les crimes en cours de jugement.

Section 1. L'expérience subjective des traumas psychiques causés par la guerre – une perspective historique

Les troubles psychiques causés par les conflits armés ont été dénommés, au cours du temps, sans faire la différence entre leurs symptômes spécifiques, « obusite », « choc traumatique », « fatigue de combat » et « syndrome de stress post-traumatique ».[353] De tels traumatismes sont probablement aussi vieux que le siège de Troie, mais leurs noms représentent l'invention de la médecine moderne. Ils appartiennent à l'histoire de la psychiatrie, qui a une chronologie très courte, subit des changements à un rythme très rapide, étant corrélée à l'histoire des soldats en guerre. Les reconstitutions sont fondées sur les histoires des soldats et des rapports de champ de bataille à partir desquelles les psychiatres ont construit des interprétations des traumatismes de guerre.[354] La reconstitution mentale est moins une histoire, qu'un fragment d'histoire, ce qui représente une catastrophe sans début, milieu ou fin et sans signification ou sans objectif.[355] Rien d'étonnant que ces expériences soient appelées « flashbacks », non seulement dans le langage quotidien, mais aussi dans la littérature scientifique. Pourtant, il est paradoxal que « le flashback », un moyen employé dans la cinématographie et dans la littérature pour voyager dans le temps, pour évoquer un passé distinct et différent du présent, s'applique également à une expérience qui élimine de telles distinctions entre le passé et le présent. Les reconstitutions des traumatismes de combat existent en dehors du temps, elles demeurent dans un présent éternel et elles n'arrivent pas à distinguer le présent du passé. Les reconstitutions tourmentent le sommeil de leurs victimes, mais peuvent aussi apparaître pendant les heures d'éveil, déclenchées par des odeurs ou par un sentiment diffus de culpabilité. « Les madeleines » de la reconstitution, pour emprunter le symbolisme de Marcel Proust, ont été aussi

---

353 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

354 SHAY J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York : Simon&Schuster, 1994, p. 115-127.

355 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

nombreuses que les formes et les particularités du combat.[356] Pour certaines des victimes des traumas psychiques, la charge devient insupportable. D'autres arrivent à vivre leur vie, en tolérant d'une certaine manière ces visiteurs indésirables qu'ils ne peuvent pas chasser de leur esprit.

Même s'il est aujourd'hui évident que le traumatisme de combat a été assez répandu dans la guerre de sécession de l'Amérique de Nord et loin d'être inconnu dans la guerre russo-japonaise, il a atteint, avec la première guerre mondiale, des proportions presque épidémiques. Sous le nom d'« obusite » (« shell shock »), il a obtenu le statut de maladie reconnue – certes, à contrecœur - par les établissements militaires et médicaux des belligérants. Ceux-ci étaient loin d'y être préparés. Comme Rivers l'a souligné, qui a joué un rôle de premier plan dans le diagnostic et le traitement des traumatismes de combat, « l'administration médicale de notre pays et des autres armées n'était pas du tout préparée pour la vaste étendue et les formes variées sous lesquelles la guerre moderne est capable de bouleverser les fonctions supérieures du système nerveux et l'activité mentale de ceux appelés à y participer [...] Le déclenchement de la guerre trouve la profession médicale sans un corps commun de principes et sans mesures, comme celles qui ont permis à la médecine et à la chirurgie de traiter avec tant de succès les effets plus matériels de la guerre sur l'organisme humain. »[357]

Pourtant, ces principes et mesures, même s'ils ne constituaient pas un corps commun de doctrine, sont apparus avec une vitesse surprenante. Début 1915, à peine six mois après le déclenchement des hostilités, les symptômes du traumatisme de combat étaient décrits dans une revue médicale britannique de premier rang. La différence de réponses médicales entre la première guerre mondiale et la guerre civile américaine s'explique par le fait qu'en 1861 il n'existait rien qui ressemblait à une profession psychiatrique, cette profession n'ayant émergé qu'en 1914. La floraison de la psychiatrie à la fin du XIXe siècle en Europe et aux Etats-Unis a permis de constituer un corps de professionnels qui, malgré leurs divergences, avait la volonté d'offrir leur compétences à leurs gouvernements après le déclenchement

---

356 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

357 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

de la guerre. Les traumatismes de combat n'avaient pas besoin d'être inventés, mais ils avaient besoin d'être reconnus, définis, diagnostiqués et traités.[358]

Pendant la première guerre mondiale, les médecins étaient divisés en trois groupes, en fonction d'explications qu'ils attribuaient aux traumatismes de combat. Certains, selon les hypothèses de la médecine d'avant-guerre, considéraient les troubles mentaux du champ de bataille comme dus à des causes physiques. Le deuxième groupe a rejeté ces troubles estimant qu'il s'agissait d'une forme de simulation. Le troisième groupe les considérait comme psychogènes. Myers, qui a écrit un article en 1915 dans le journal *Lancet,* donnant crédit à l'expression « obusite », a été sceptique, au départ, quant à l'attribution de tels traumatismes à l'impact de l'explosion d'obus d'artillerie ; il abandonna d'ailleurs, par la suite, cette explication. Les médecins qui regardaient avec suspicion les traumatismes de combat admettaient néanmoins que, dans la plupart des cas, il y avait plus que de la simulation. Les médecins du troisième groupe ont souligné la terreur et les affections de cerveau de leurs patients comme effets des tirs d'artillerie. Ces trois types de positionnement représentent les différentes façons d'interpréter, à cette époque, les traumatismes de combat. Selon les prémisses somatiques, les plaies de l'esprit ressemblent à des blessures du corps, les médecins doivent pouvoir les colmater et renvoyer les soldats affectés sur le champ de combat. Lorsque le traumatisme de combat est interprété comme une simulation, on parle de crime et son châtiment. Le traitement consistait en des cures punitives pour les faibles et les transgresseurs du code masculin de la guerre. En vertu des prémisses psychogènes, une blessure psychique ne ressemble pas à une blessure au corps et ne résulte pas d'un moment précis, comme celui où la balle frappe la chair ou une bombe explose à proximité de la victime. Dans cette optique, le traumatisme de combat est une question d'usure et de fatigue au cours des semaines ou des mois passés dans les tranchées.[359]

Cette dernière version était la seule qui donnait une place aux reconstitutions. La version somatique était trop centrée sur l'événement traumatique pour les prendre en compte ; la version sceptique sur la l'existence réelle des traumatismes de

---

358 GOLDSTEIN J. *Console and Classify: The Emergence of the French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge : Cambridge University Press, 1987.

359 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

combat les percevait comme des fantaisies. La psychothérapie psycho-dynamique a été la seule à donner un sens à l'histoire et aux reconstitutions.[360] Les traumatismes devenaient explicables comme résultat du désordre de l'instinct d'auto-préservation.

Si l'on considère la reconstitution à travers le prisme de la biologie, la tendance continue de revivre le passé est reflétée sur le plan physiologique et hormonal par l'interprétation des stimuli inoffensifs comme des menaces potentielles. Une exposition chronique au stress extrême peut modifier définitivement l'équilibre biochimique du cerveau et peut conduire, en conséquence, à l'aggravation du traumatisme au niveau de la mémoire. L'expérience de la reconstitution dans certains cas est si forte qu'elle enlève la signification de la vie réelle.[361] Les chercheurs médicaux ont récemment utilisé la tomographie par émission de positrons pour cartographier ce qui se passe dans le cerveau qui éprouve les symptômes du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres troubles psychiatriques. L'hémisphère cérébral où se situe le siège des souvenirs chargés d'émotions et le cortex visuel semblent être particulièrement actifs au cours des épisodes d'une reconstitution. En distinguant les structures cérébrales pour les troubles nerveux différents, les chercheurs espèrent améliorer la capacité de les trier et de conférer ainsi une plus grande précision au diagnostic et au traitement.[362]

Ceux qui ont vécu la guerre évoquent leurs expériences de reconstitution comme situées hors du temps, mais encore temporellement distinctes en ce qui concerne leurs caractères et leurs motifs : parfois, elles se produisent dans les cauchemars et, parfois, dans les états de veille, elles peuvent être déclenchées par des facteurs multiples - des sons, des images ou des odeurs. Bien que terriblement uniques, les reconstitutions concernent tous types de soldats, qui sont amenés à revivre le sentiment d'impuissance, de culpabilité et de vulnérabilité. Ce sentiment

---

360 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

361 VAN DER KOLK, B.A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1(5), 253-265.

362 GOLEMAN D. Behind the Veil of Thought: Advances in Research. *The New York Times*, 13 Juin 1995.

peut être subi avec intensité pendant des décennies. Ces thèmes apparaissent dans les témoignages de vétérans qui ont participé dans des combats de tous types.[363]

Quand les psychiatres et les psychologues proposent des théories basées sur l'expérience de la reconstitution, ils le font à partir des positions plus ou moins éloignées du champ de bataille ; leurs perspectives varient selon le temps, leur formation, leur culture et les circonstances. Ils conçoivent la reconstitution comme permettant la réapparition d'un trouble, non pas comme une déclaration de « vérité » sur la guerre.[364]

De plus, les réactions des personnes aux traumatismes sont différentes selon la culture de la victime. Par exemple, les anthropologues ont mis en lumière les mécanismes par lesquels des formes de souffrance sociale, telle la violence de la pauvreté extrême, peuvent se transformer en maladies et troubles de détresse culturellement sensibles, comme, par exemple, les troubles cardiaques en Iran et les *nervios* en Amérique Latine.[365]

Les traumatismes de combat sont beaucoup mieux compris maintenant qu'à l'époque où les soldats venaient dans les postes de secours hébétés, tremblants et paralysés. Mais l'augmentation de la capacité explicative des histoires que les psychiatres exposent sur ce sujet n'a pas été accompagnée par une augmentation proportionnelle de leur capacité à guérir leurs conséquences, qui se manifestent tout au long de la vie.[366]

---

363 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

364 O'BRIEN, T. *The Things They Carried*. Boston : Houghton Mifflin, 1990, p. 89.

365 DESJARLAIS, R., KLEINMAN, A. Violence and Well-Being. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(8), 1143-5.

366 TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54.

Section 2. Les implications sur les collectivités des violations du droit à la santé mentale pendant le conflit armé : les conséquences de moyenne et longue durée des troubles mentaux causés par la guerre et les implications sur les standards et la perception de la normalité

Le concept actuel de « traumatisme » est en accord avec la tradition de la biomédecine et de la psychologie occidentale, qui considèrent l'être humain comme unité de base d'étude et qui prescrivent des remèdes techniques.[367] Mais la guerre n'est pas seulement une expérience personnelle et les souffrances qu'elle engendre doivent aussi être résolues dans un contexte social. La gestion d'une expérience traumatisante dépend, dans une grande mesure, de la signification sociale, surnaturelle, religieuse et politique qui lui est attribuée par la personne ou par la communauté en cause. Ainsi, les membres d'un groupe social terrorisé, qui trouvent que ce qui leur est arrivé est incompréhensible et que leurs recettes traditionnelles de gestion de crises sont inadéquates, sont particulièrement susceptibles de se sentir impuissants sur la manière de résoudre cette crise. Lorsque la guerre cible le réseau social, les structures sociales ne sont plus en mesure de remplir leur rôle habituel de soutien et d'adaptation. La terreur, source de la méfiance, affaiblit encore plus les communautés. Dans les situations de crise ou d'échec social, il peut y avoir aussi d'autres conséquences avec des effets nuisibles : le viol des femmes seules, l'alcoolisme, la prostitution pour garantir sa survie.[368]

La majorité des recherches sur le syndrome de stress post-traumatique a été menée au sein des nations occidentales développées. Cependant, de plus en plus d'études examinent l'impact psychologique de l'exposition aux traumatismes à travers un large éventail de cultures.[369]

---

367 BRACKEN P, GILLER J., SUMMERFIELD D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40(8), 1073-82.

368 SUMMERFIELD, D. War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 2000, disponible à l'adresse http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7255_321/ai_64189520/print, consulté le 18.03.2008.

369 Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Summary of the Traumatic Stress Literature*. 2004, disponible à l'adresse www.acpmh.unimelb.edu.au, consulté le 16.08.2008.

Une recherche[370] effectuée sur 2 833 kenyans, évalués 1-3 mois après le bombardement contre l'ambassade des États-Unis à Nairobi, a constaté que 35% présentaient des symptômes proches des critères du syndrome de stress post-traumatique. Le sexe, le statut de célibataire, l'absence d'études universitaires, le fait d'avoir vu l'explosion, les blessures causées par l'événement, le fait de ne pas récupérer complètement leur santé après les blessures souffertes, le fait de ne pas pouvoir se fier à un ami, le deuil et les difficultés financières ont tous été associés à une augmentation des symptômes.

En Afghanistan, une enquête[371] réalisée sur 799 adultes a souligné l'impact du conflit prolongé sur la santé mentale des personnes. Selon cette étude, 62 % des répondants ont déclaré avoir subi au moins quatre événements traumatiques au cours des dix dernières années. Le taux de dépression et les symptômes d'anxiété ont atteint 67,7 % et, respectivement, 72,2 % chez les personnes sans infirmités physiques, et 71,7 % et 84,6 %, respectivement chez les personnes handicapés. La prévalence des symptômes du syndrome de stress post-traumatique était similaire pour les deux groupes (42,1 % / 42,2 %). Des conclusions similaires ont été signalées pour la province orientale de Nangarhar.[372]

Une enquête sur des Cambodgiens vivant dans la province de Kampong Cham a révélé une prévalence élevée des symptômes d'anxiété (53 %), ainsi que les diagnostics prévus dans DSM-IV pour la dépression (42,4 %) et le syndrome de stress post-traumatique (7,3 %)[373]. Plus de 25 % des répondants ont signalé des problèmes de sociabilité et 7,1 % avaient une comorbidité triple du syndrome de stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété. La présence de plusieurs

---

370 NJENGA, F.G., NICHOLLS, P.J., NYAMAI, C., KIGAMWA, P., DAVIDSON, J.R.T. Post-traumatic stress after terrorist attack: Psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi: Naturalistic study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 328-333.

371 CARDOZO, B.L., BILUKHA O.O., CRAWFORD C.A., SHAIKH I., WOLFE M.I., GERBER M.L., ANDERSON M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 575-84.

372 SCHOLTE, W. F. et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 585-593.

373 DUBOIS, V., TONGLET, R., HOYOIS, P., SUNBAUNAT, K., ROUSSAUX, J. P., HAUFF, E. Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2004, 50(2), 174-85.

maladies, le fait d'avoir plus de 65 ans et d'avoir vécu des événements violents étaient les facteurs associés à une augmentation du risque d'incapacité sociale.[374]

Une étude[375] concernant l'exposition aux traumatismes pendant le génocide au Rwanda en 1994 a révélé que 75,4 % des 2074 répondants ont été forcés de fuir leurs foyers, 73 % avaient un membre de la famille tué et 70,9 % ont déclaré des biens perdus ou détruits. 24,8 % des personnes évaluées répondaient aux critères du syndrome de stress post traumatique.

En ce qui concerne les implications sur les standards et la perception de la normalité, dans cette section sera analysée la possibilité de la transmission des troubles mentaux, des troubles du comportement et des modèles de réaction d'une génération à l'autre, à travers les survivants des conflits armés. Nous essayerons d'explorer la conséquence d'une telle transmission et de la généralisation, dans la communauté des réactions spécifiques causées par les traumatismes mentaux. L'hypothèse proposée pour vérification dans ce contexte interroge sur la transformation des standards de la normalité dans une communauté suite au conflit, à cause des troubles mentaux qui affectent une partie importante de la population, ainsi que de nouveaux modèles de comportement, fondés sur la violence.

Les recherches sur des survivants de l'Holocauste et leurs enfants ont montré que les symptômes traumatiques peuvent être transmis aux enfants qui n'ont pas eu l'expérience directe de l'Holocauste. Les mécanismes par lesquels cette transmission transgénérationnelle se produit n'ont pas été pleinement explorés et exigent une extension des conceptualisations médicales et anthropologiques de la maladie post-traumatique.[376] Un examen du processus par lequel le traumatisme est transmis aux générations plus jeunes exige un élargissement de la conceptualisation des

---

374 DUBOIS, V., TONGLET, R., HOYOIS, P., SUNBAUNAT, K., ROUSSAUX, J. P., HAUFF, E. Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2004, 50(2), 174-85.

375 PHAM, P.N., WEINSTEIN, H.M., LONGMAN, T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda - Implications for attitudes toward justice and reconciliation. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 602-612.

376 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

réactions post-traumatiques qui est commun aux domaines de la médecine et de l'anthropologie médicale.

La psychiatrie moderne a généralement examiné la réaction d'un individu à un stress extrême ou à un traumatisme en fonction d'un ensemble de symptômes qui forment une entité en soi : le trouble de stress post-traumatique. Quant aux anthropologues, ils se sont penchés sur la dimension culturelle des réactions aux traumatismes et considèrent que la violence politique produit diverses maladies populaires.[377] Ces maladies sont encore largement examinées à la lumière des expériences des victimes individuelles. Cependant, les effets les plus destructeurs et durables de la violence communautaire et de la guerre ne sont pas visibles dans les expériences des maladies individuelles, mais, plutôt, dans les relations sociales dont l'individu est seulement une partie. Comme le processus a été décrit, le passé se superpose sur le présent, non seulement en tant que souvenir traumatique, mais aussi comme « la connaissance toxique » de la violence vécue.[378]

La littérature sur les survivants de l'Holocauste a démontré l'existence de symptômes traumatiques dans la population de survivants et de leurs enfants.[379] En outre, les descendants des survivants se sentent responsables de la souffrance du passé, se sentent souvent responsables de protéger leurs parents et grands-parents et se montrent préoccupés par la mort et par la persécution. D'autres études ont montré une augmentation de symptômes psychiatriques, par exemple la dépression et l'anxiété, l'existence de problèmes de comportement parmi les épouses et les enfants des anciens combattants[380] ainsi que des niveaux accrus de difficultés matrimoniales ou familiales.[381]

---

377 DESJARLAIS, R., KLEINMAN, A. Violence and Well-Being. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(8), 1143-5.

378 DAS, V. KLEINMAN A., RAMPELE, M., REINOLDS, P. *Violence and Subjectivity*. Berkeley : University of California Press, 2000, p. 221

379 BAR-ON, D. *Fear and Hope: Three Generations of the Holocaust*. Cambridge, (Massachusetts USA) : Harvard University Press, 1995.

380 BECKHAM, J.C., BRAXTON, L.C., KUDLER, H.S., FELDMAN, M.E., LYTLE, B.L., PALMER, S. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profiles of Vietnam Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Their Children. *Journal of Clinical Psychology*, 1997, 53(8):847-52.

381 CARD, J.J. Epidemiology of PTSD in a National Cohort of Vietnam Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 1987, 43(1), 6-17.

La transmission transgénérationnelle de traumatismes doit cependant être comprise comme étant plus que la simple contagiosité des symptômes psychologiques. Cette transmission représente également le processus par lequel une vision traumatisée du monde et une perception de la peur, du pessimisme et de la violence sont intégrées dans la prochaine génération, avec des effets profonds sur la société. Ce processus peut se produire consciemment ou inconsciemment, explicitement, par des échanges verbaux, ou implicitement, par l'étalage des symptômes des maladies. La transmission inconsciente des traumatismes des parents aux enfants a été décrite comme une « radioactivité »[382]. Cette radioactivité a lieu quand une réalité extérieure s'insère dans l'appareil psychique de l'individu, sans qu'il puisse contrôler son entrée, son implantation ou ses effets. Ces vestiges inconscients sont intériorisés de sorte que l'individu s'identifie à eux et à leurs aspects déshumanisants. Avec le temps, les personnes agissent sous l'emprise de ces idées intrusives, qui leur sont étrangers, et les transmettent à leurs enfants, qui peuvent les reproduire, ou même les transmettre à la troisième génération.[383]

La transmission explicite du traumatisme se produit lorsque les dernières expériences traumatiques sont utilisées pour comprendre les événements actuels ou pour justifier des actions.[384] Certains chercheurs[385] décrivent l'apparition des « traumatismes choisis » dans la société, définis comme des événements historiques ou mytho-historiques, qui occupent une place importante en tant que des justifications pour la haine transgénérationnelle envers un ennemi et servent à donner un sens dans le présent à la violence apparemment irrationnelle du passé.

---

382 GAMPEL, Y. Reflections on the Prevalence of the Uncanny. in Social Violence. In: ROBBEN, A.C.G.M., SUAREZ-OROZCO, M.M. (eds), *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. New York : Cambridge University Press, 2000, p. 59.

383 GAMPEL, Y. Reflections on the Prevalence of the Uncanny. in Social Violence. In: ROBBEN, A.C.G.M., SUAREZ-OROZCO, M.M. (eds), *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. New York : Cambridge University Press, 2000, p. 59.

384 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

385 VOLKAN V., ITZKOWITZ, N. Modern Greek and Turkish Identities and the Psychodynamics of Greek-Turkish Relations. In : ROBBEN, A.C.G.M., SUAREZ-OROZCO, M. (eds), *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, p. 227 – 247.

Ce processus, selon d'autres experts[386], se produit également chez les survivants de l'Holocauste et leurs enfants en Israël. La transmission transgénérationnelle des traumatismes contribue à expliquer le paradoxe selon lequel la violence augmente souvent à la fin de la guerre.[387] En suivant le raisonnement, ce type de réactions peut contribuer à la continuation de la guerre alors même que le pouvoir politique serait, lui, déterminé à stopper le conflit.

Pendant la guerre, des traumatismes psychologiques sévères et récurrents ont été vécus par une vaste partie de la population. De cette manière, la nature partagée du traumatisme et sa récurrence contribuent à créer une situation d'« anormalité normale ». Lorsque les expériences de la violence et les changements de personnalité et de comportement sont partagés par presque toutes les personnes appartenant à la même communauté ou au même groupe ethnique, ils sont renforcés par les interactions sociales quotidiennes, perpétués d'une manière généralisée et pourront être transmis aux générations futures. De grandes populations ou même des pays peuvent être « traumatisés » de cette façon.[388] L'accent mis sur les fonctions expressives des formes de détresse qui se manifestent corporellement éclaire le processus de transmission des traumatismes aux générations futures.

Le problème de la transmission transgénérationnelle du trauma et de la capacité d'une culture à modifier ses valeurs et ses standards de normalité sera traité en analysant brièvement trois types de réactions, dans trois régions distinctes du monde : le Salvador, le Mozambique et la Russie. Sans prétendre de présenter une liste exhaustive des types de réponse d'une population largement affectée par des traumatismes de guerre, la démarche consiste à démontrer qu'il n'existe pas de modèle unique de comportement, mais que le risque subsiste que des modèles de conduite violente s'installent, qui peuvent se perpétuer sur plusieurs générations.

---

386 MOSES, R., COHEN, R. An Israeli View. In MOSES, R. (ed). *Persistent Shadows of the Holocaust: The Meaning to Those Not Directly Affected*. Madison, CT: International Universities Press, 1993, p. 119-140.

387 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

388 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

§1. Le cas du Salvador

Le Salvador a été fortement affecté par la guerre civile qui a duré de 1980 à 1992. Dans les régions rurales du pays, les craintes de violence et d'oppression causées par l'Etat ou par d'autres acteurs non-étatiques[389] sont transmises aux enfants qui n'ont pas eu l'expérience directe du conflit, par les récits sur le combat, ainsi que par les réactions des parents et les explications qu'ils fournissent pour des événements « ordinaires ». Le traumatisme est également transmis dans la famille par les symptômes de *nervios*[390] (le nom traditionnel en Amérique Latine pour les réactions aux traumas).

Les interprétations données pour des réactions aux événements quotidiens représentent des moyens utilisés intentionnellement pour transmettre les « leçons » de la guerre aux enfants. Les parents expliquent aux enfants ce qui s'est passé pendant la guerre et ils leur apprennent à s'attendre à des choses semblables dans l'avenir. De même, les récits de maladie par les personnes souffrant de *nervios* soulignent l'immoralité primaire de la guerre, résiduelle dans le présent. Les plaintes des hommes et des femmes à cause de *nervios* sont utilisées non seulement pour obtenir un soutien, mais aussi pour communiquer aux enfants la vision d'un monde qui a été profondément marqué par cette guerre. Le fait que la maladie de *nervios* semble comme transmissible par la voie de l'évocation des expériences (et au même temps – des symptômes) déplace l'analyse de la psychopathologie individuelle à une exploration des traumatismes dans le contexte social et culturel. Toutefois, les symptômes de *nervios* transmettent le traumatisme à la génération suivante d'une manière à la fois beaucoup plus subtile et insidieuse que la diffusion à travers des récits sur la maladie. Les parents Salvadoriens souffrant de *nervios* demandent à leurs enfants un soutien similaire à celui qu'ils donnaient eux-mêmes à leurs parents, reproduisant ainsi les expériences de guerre subies dans leur jeunesse. Les enfants

---

389 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

390 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

d'aujourd'hui doivent rejouer le rôle antérieur de leurs parents, ce qui entraîne des perturbations similaires dans le développement de la confiance.[391]

La vision du monde partagée aujourd'hui par les paysans de Salvador a été formée dans le contexte historique de l'oppression violente, mais cette vision commune du monde crée également un contexte actuel de peur permanente, de violence et de méfiance. Ce fait soulève une question importante, à savoir si cette perception du monde est transmise aux générations futures : à quel point le traumatisme historique partagé par les membres d'une communauté peut devenir omniprésent et permanent, de manière qu'il soit considéré comme faisant partie de leur culture ? La réponse à cette question a des implications importantes sur notre façon de concevoir les relations entre l'esprit, le corps et la culture. En d'autres termes, la culture non seulement affecte la façon dont la souffrance est vécue dans le corps, mais la souffrance physique peut également avoir des effets profonds et durables sur les cultures. Le traumatisme de guerre est revécu et manifesté par les paysans salvadoriens dans l'idiome culturel particulier de *nervios*, mais les messages moraux exprimés dans les *nervios* communiquent une vision d'un monde profondément affecté par la guerre, qui peut devenir une partie importante de leur culture.[392]

§2. Le cas du Mozambique

Le Mozambique a expérimenté, entre 1977 et 1992, une guerre civile dominée par la terreur. Selon les mozambicains, la guerre a enlevé tout ce qu'ils possédaient, y compris leur identité. Ainsi, l'identité et la personnalité, ensembles au corps physique, deviennent des cibles stratégiques de la guerre. L'identité et la personnalité sont les aspects dynamiques de l'être, par lesquels nous nous reconnaissons et nous savons qui nous sommes dans le monde et en tant qu'« êtres » humains. Elles sont aussi le sujet de la volonté politique. Si la volonté politique est un attribut dynamique de la personnalité et de l'identité, le meurtre d'un « corps » ne

---

391 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

392 DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38.

tuera pas nécessairement le fondement dynamique de la volonté politique. Par conséquent, la définition créative du soi devient plutôt l'ennemi à vaincre.

Les mozambicains considèrent que la guerre est beaucoup plus que la mutilation et le meurtre des êtres humains. La guerre est un système culturel qui se reproduit dans la vie quotidienne et dans les constructions de ce que signifie l'être humain.[393] La guerre de la terreur se concentre donc moins sur le fait de tuer le corps physique, que sur terroriser la population pour obtenir sa soumission. L'assassinat stratégique, la torture, la destruction de la communauté, les abus sexuels et la famine deviennent, par conséquent, les armes de choix dans l'arsenal de la guerre de terreur.[394] La guerre de terreur ne détruit pas les personnes, mais ce que les stratèges militaires conçoivent comme humanité. Ici, la stratégie ne vise pas à contrôler les gens par la peur de la force, mais par l'horreur. En raison de la prévalence de cette forme de guerre au Mozambique, le pays a parfois été appelé par la presse internationale « les champs de la mort de l'Afrique »[395].

L'habilité des médecins traditionnels de Mozambique (*curandeiros*) ne réside pas seulement dans leur capacité à traiter les maladies et les ravages physiques causées par la guerre, mais aussi dans celle de réinsérer les personnes dans une société saine et pacifique. Les personnes qui ont été exposées à la guerre peuvent être affectées par certaines violences, comme une « irritation sur l'âme ». Elles transportent cette violence dans leurs collectivités, dans leurs maisons et leurs vies et elles commencent à agir comme elles n'ont jamais agi auparavant. Elles deviennent plus confuses, plus violentes, plus dangereuses, ce qui rejaillit sur la communauté entière. Les mozambicains considèrent qu'ils doivent se protéger contre cette menace. Les c*urandeiros* « portent la guerre hors de la personne ». Ils

---

393 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

394 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

395 FRELICK, R. *The Khmer Rouge of Africa: Mozambique, its killing fields*. Washington, DC, 1989: Le temoin de Bill Frelick, analiste politique du Commitée pour des refugiées des Etats Unis, devant la Chambre Sous-comité sur les opérations à l'étranger, 8 février 1989.

leur rappellent qu'ils font partie de leur famille et de la communauté. Ils guérissent la violence que les autres ont initiée.[396]

En effet, "défaire" la violence n'est pas seulement une option de la personne affectée par la guerre, mais c'est son obligation sociale. Une des premières réponses des mozambicains (des civils ainsi que des guérisseurs instruits) au milieu de l'injustice abusive était d'enseigner à ceux qui avaient été touchés par la guerre comment continuer à exercer leurs responsabilités au sein de la société sans perpétuer les modèles d'interaction destructives. Il y en a beaucoup d'exemples. Après les spécialistes de la santé, les instituteurs de l'école primaire ont aussi commencé à essayer de soulager les traumatismes, sachant que les enfants exposés à la violence sont prédisposés à la reproduire. Des commissions créées par la communauté se sont développées dans presque tous les régions où il y avait des réfugiés, des personnes déplacées ou qui avaient été kidnappées, afin de les aider à se réadapter à une existence pacifique. Les *afetados* (personnes affectées par la guerre) ont été réinsérés au sein de la société, dans le cadre d'une vie stable.[397]

Les mozambicains soulignent que si la violence est « faite », elle peut aussi être « défaite ». Les *curandeiros* ont développé des techniques sophistiquées pour guérir les victimes traumatisées par la guerre de manière à réduire les actes de violence. Par exemple, les explications suivantes sont données par un *curandeiro* pour guérir les symptômes des traumatismes de guerre. Ces idées reflètent un ensemble de concepts médicaux largement répandus :

« Le problème serait assez grave si c'était seulement les soldats, mais cela n'est pas le cas. Quand une femme est kidnappée, violée et obligée de travailler pour les soldats, quand un enfant est exposé à la violence dans un attentat, lorsque les gens sont victimes d'agressions et de blessures terribles, cette violence colle à eux. C'est pareil pour le soldat portant les âmes de ceux qu'il a tués et qui revient à sa vie normale, mais ici, l'âme porte la violence. Vous pouvez le voir, même avec les jeunes enfants d'ici, qui ont vu ou ont été victimes de violences : ils commencent à agir plus violemment. Ils perdent le respect, ils commencent à frapper, ils perdent

---

396 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

397 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103 – 121.

leurs repères, cette violence fait du mal en compromettant l'ordre de la communauté. Nous pouvons traiter cela, nous le devons. Nous soustrayons littéralement la violence du peuple, nous leurs enseignons à réapprendre les façons saines de penser et d'agir. C'est comme avec les gens qui ont été envoyés en prison. Ils y vont peut-être pour avoir volé quelque chose, mais ils apprennent la violence là-bas, ils l'apprennent car ils sont soumis à la violence. Nous traitons cela aussi, en guerre ou en paix. La violence est une maladie dangereuse. Et le problème est que les gens veulent l'apprendre. Cette violence, elle les arrache à l'intérieur, elle détruit le monde qu'ils aiment tellement. Ils veulent retourner à une vie normale comme ils la vivaient auparavant. »[398]

La guérison conceptualisée dans la médicine mozambicaine et africaine considère la violence sociale et politique comme une pathologie qui doit être guérie, comme toute autre maladie ou malheur. Les mozambicains sont concernés non seulement par le traitement des plaies de la violence, mais par le traitement de la violence elle-même par le désamorçage de la culture de la violence que la guerre a créée. L'engagement du Mozambique à « défaire » la violence est en opposition directe avec les opinions populaires occidentales de la violence. En Occident, la violence est subtilement mais fortement présentée comme une chose qui existe en soi, ayant une identité propre. Cette conviction est évidente dans les habitudes linguistiques qui entourent la violence : la violence est évitée, la violence est contrôlée, la violence est surmontée, la violence est tournée vers l'intérieur ou vers l'extérieur dans la colère, la violence est dégagée par la fausse agression cathartique, etc. En tant que phénomène indépendant, la violence devient une chose évidente, prédestinée, solide, concrète. Dans cette vision du monde, la violence existe, elle a un caractère spécifique donné.[399] Elle comporte, de ce point de vue, un aspect dangereux : si la violence est perçue comme une donnée, les personnes ne peuvent rien faire d'autre que de la subir et de s'en protéger.[400]

---

398 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103 – 121.

399 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

400 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

La plupart des mozambicains ont une conception bien différente de la violence. À leur avis, la violence est une construction culturelle fluide. Elle est conçue comme une action de la part de ceux qui cherchent à contrôler les autres. Les personnes exposées à la violence la découvrent et la perpétuent. Les personnes qui ont été brutalisées lors du conflit sont souvent rentrées chez elles plus violentes et plus susceptibles de l'employer pour résoudre leurs difficultés familiales et interpersonnelles.[401]

Pour les mozambicains, les modalités traditionnelles de guérir les traumas de guerre et la violence enseignées par le conflit consistent dans certains rituels qui soulignent deux thèmes majeurs : le besoin de blâmer la guerre et la responsabilité des personnes de ne pas infliger aux autres la violence à laquelle elles-mêmes ont été soumises. Grâce à ces rituels, à travers des histoires, des chants et de l'interaction entre les membres de la communauté, les traditions et les valeurs sur la non-violence sont présentées comme vitales. A travers ces rituels, la communauté est reconstruite et, avec elle, le « patient ».[402]

Les ressources de guérison ne se limitent pas aux victimes civiles de la guerre. Les soldats démobilisés sont également soigneusement réintégrés dans les communautés grâce à des cérémonies similaires et à de l'assistance. Les gens expliquent qu'ils doivent faire sortir la guerre des soldats. Alors que les membres des communautés ont souvent souffert entre les mains des soldats, ils expliquent que manifester de la vengeance et de la colère ne ferait qu'attiser les flammes de la guerre et de la violence. S'ils voulaient vraiment vaincre leurs adversaires, ils devraient vaincre la guerre, ce qui signifie réorienter les soldats à agir à des fins pacifiques et non pas à lutter. S'ils voulaient expulser les anciens soldats de leurs communautés, en les empêchant d'avoir un foyer, une famille et une existence civile, les soldats continueraient à utiliser la violence pour se soutenir. Uns des actes les plus fascinants de la résistance civile au Mozambique concernent les cas des civils qui enlèvent les soldats pour les emmener dans leurs villages afin de les soumettre aux cérémonies pour « les retirer de la guerre » et pour les réinsérer dans la vie

---

401 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

402 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

civile. Ces opérations ont souvent réussi. De nombreux soldats kidnappés ont renoncé à la guerre et sont restés avec la communauté, ou sont rentrés dans leurs foyers.[403]

§3. Le cas de la Russie

La culture joue un rôle majeur dans l'identification et le traitement des malades et dans la volonté de l'individu d'être identifié comme victime. De même que les individus font face à la douleur en différentes manières, il semble que les sociétés, à leur tour, sanctionnent et encouragent la culture spécifique et la diversité des réponses collectives aux traumatismes.[404]

La première expérience d'obusite de la Russie a eu lieu pendant la guerre russo-turque de 1877 - 1878. Mais ce fut la guerre russo-japonaise de 1904 - 1905 qui a porté la question à l'attention de la profession psychiatrique. Dès 1905, il était clair que les maladies mentales causées par la guerre continuent à provoquer des problèmes en temps de paix. Les personnes atteintes risquent de porter des cicatrices psychologiques pendant toute leur vie.

La majorité des gens et presque tous les professionnels de santé non-spécialistes considéraient les nouvelles preuves sur les traumatismes de guerre comme une indication de simulation, comme une faiblesse personnelle, ou comme de la turpitude morale. Tous les pays combattants engageaient des médecins militaires qui adhéraient à ce point de vue, mais la variante russe était déjà distincte. En particulier, certains psychiatres[405] ont attiré l'attention sur l'« égoïsme » des personnes souffrant de traumatismes dus aux bombardements, sur leur manque de responsabilité sociale et sur leurs faiblesses personnelles.[406] Des penseurs plus traditionnels ont également « expliqué » la prédisposition de certains individus pour de maladies soi-disant auto-infligées et moralement douteuse, comme la syphilis et

---

403 NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121.

404 SUMMERFIELD, D. The Social Experience of War and Some Issues for the Humanitarian Field. In : BRACKEN, P.J., PETTY, C. (eds), *Rethinking the Trauma of War*. London : SCF, 1998, p. 9-37.

405 Parmi d'autres, le futur stalinien, A.B. Zalkind.

406 Psikhiatricheskaya gazeta, 1916, no. 5, p. 76.

l'alcoolisme. La guerre moderne, selon la maladie, constituait un test de la virilité. La vue de soldats en bonne santé qui devenaient victimes de tremblements, qui s'enfermaient dans le silence, qui avaient de cauchemars et de la paralysie alimentait la panique de ceux qui craignaient que la Russie subisse une défaite sur le front et s'effondrait de l'intérieur. Pour les traditionalistes russes, la seule façon de combattre, pour un soldat, devrait se faire « avec la croix du Christ devant ses yeux ». Ces hommes devraient être toujours prêts à mourir et s'ils avaient à enterrer leurs camarades tombés au combat, ils ne devraient pas pleurer.[407] En Russie, comme ailleurs, la réalité des traumatismes psychologiques de guerre a été ressentie seulement partiellement, parce qu'elle menaçait le mythe national de l'héroïsme.[408]

Le mythe qui est presque universellement reconnu est que quasiment tous les russes, quel que soit leur âge, sont passés à travers la guerre sans subir de traumatismes psychologiques. Des preuves tierces des archives, cependant, confirment que ce n'est pas le cas. L'existence de victimes a peut-être disparu de la mémoire, mais celles-ci sont nombreuses.[409] À l'époque, certains professionnels de la santé ont estimé nécessaire de ne pas négliger la cause des symptômes nerveux ou somatiques. Un groupe de médecins a écrit en 1948 : « La pathologie de la haute-pression du sang appelée *hypertension Leningrad* découle de deux facteurs : un traumatisme nerveux et psychologique prolongé et intensif et des carences alimentaires. [...] Parmi ceux-ci, les facteurs psychologiques et nerveux sont de la première importance. »[410] Le même rapport note également la prééminence de la peur comme une cause essentielle de l'hypertension et observe que les symptômes névrotiques - tels ceux précédemment associés à des traumatismes de guerre - étaient plus fréquents chez les survivants aux bombardements et aux tirs d'artillerie que chez ceux qui ont été simplement affamés.

---

407 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

408 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

409 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

410 Gosudartvennyi Arkhiv Goroda Sankt-Peterburga (GAGSPb), 9156/4/321,14-15, rapport sur les origines neurologiques de l'hypertension chez les survivants des blocus; principal signataire Prof. I. Ia. Razdol'skii.

L'idée de la résistance mentale incassable est un véritable mythe en Russie. Mais l'histoire de la névrose de guerre des léningradois est disparue de la mémoire. Même les psychiatres professionnels ont oublié que certains survivants soviétiques portaient des cicatrices qui étaient plus profondes que celles faites à la chair. Ils continuent à soutenir qu'il n'existait aucune preuve de la présence du syndrome de stress post-traumatique après le blocus. D'autres professionnels, plus âgés, se souvient qu'il en existait, mais personne n'en parle plus. Il y a eu même des suicides à cause de cette maladie.[411] Mais il y a des raisons spécifiques pour la disparition du trauma individuelle de l'« histoire officielle » de la Russie après la guerre.

Le mythe de l'héroïsme soviétique est né dès que la guerre a éclaté. Bien que la propagande officielle ait joué son rôle, le désir de survivre et de surmonter le trauma était plus fort et peu d'encouragement était nécessaire. Le fait de surmonter le trauma, en effet, a offert aux gens un sens, un but et même de la fierté. Après une décennie où la souffrance a dû être endurée en silence, la lutte de l'État contre Hitler a donné aux gens une nouvelle dignité. Puisque certains de ses aspects ont été ouvertement partagés, cette horreur était plus facile à supporter que la douleur interdite de la famine et la grande extermination. De nombreux survivants ont décrit le moment où un acte de courage ou même la survie réveillait un sentiment de valeur personnelle.[412]

De toute façon, la victimisation n'était pas une option attractive en termes médicaux. Sur le front, le seul traitement pour les traumatismes psychologiques à la disposition du petit groupe de psychiatres militaires était l'intervention chimique. Les tranquillisants ont été le médicament de choix et leur but était de renvoyer le soldat au service au front le plus rapidement possible. Le temps maximal autorisé pour le traitement était de trois semaines, selon les recommandations d'un manuel[413]. Mais ce traitement était aussi la seule option réaliste en termes pratiques. En conséquence, il y avait très peu de rapports sur les traumatismes dus au bombardement des troupes soviétiques durant la guerre. Parmi les civils, aussi,

---

411 Entretien avec Valentina Karlovna Myager et Nina Pavlovna Vyanchakova, 20 octobre 1997. In : MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

412 ZUBKOVA, E. Iu. *Obshchestvo i reformy.* 1945-1964. Moscou: Rossiia molodaia, 1993, p.19.

413 Voennaya psikhiatriya, Leningrad 1974, In: MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

l'ampleur de la maladie psychiatrique résultant des tirs d'artillerie, des bombardements, du deuil et de la famine n'a jamais été évoquée. Les patients eux-mêmes ont été réticents à attirer l'attention sur leur cas. Les dossiers des hôpitaux psychiatriques dans la région de Leningrad, à partir de 1945, suggèrent quelques-unes des raisons qui expliquent la situation. Il n'y avait pas d'argent, les hôpitaux étaient vétustes et froids et il y avait très peu de personnel pour soutenir les patients hospitalisés. Plus inquiétant encore, il n'y avait presque pas de personnel masculin pour retenir ceux que la maladie rendait violents ou agressifs. Les patients hospitalisés fuyaient quand ils le pouvaient. Les patients atteints de blessures à la tête refusaient toute intervention, chirurgicale ou autre. La plupart des patients externes qui se sont présentés avec des histoires de guerre ou de névrose de blocage souffraient également de problèmes plus immédiats, principalement des carences en vitamines et de l'anxiété résultant des difficultés pratiques comme le fait d'être sans abri. Le meilleur que les services médicaux aient pu faire avec les ressources dont ils disposaient était de prescrire des suppléments alimentaires, de discuter avec les autorités municipales des problèmes de logement et d'espérer que les patients se débrouilleront par eux-mêmes. Les complaintes d'hypertension, d'anxiété et de stress ont considérablement diminué après 1946.[414]

Une combinaison de la propagande officielle, personnifiée dans les personnages musclés de l'art réaliste socialiste, exprimait un mythe d'endurance et de stoïcisme qui ne permettait pas de faiblesse personnelle, au lendemain de la « grande guerre patriotique ». Les anciens combattants, qui n'avaient pas succombé à leurs blessures ou qui n'ont pas été exilés ou internés dans des hôpitaux au régime clos, maintenaient une solidarité collective qui s'appuyait sur les souvenirs sélectionnés, le partage des chants et d'anecdotes personnelles soigneusement édités[415], pour ne ruiner pas l'image patriotique de la guerre.

Nous ne devrions pas être surpris par ces méthodes. Les psychothérapies cognitives les plus branchées de l'Occident n'offrent qu'une version désidéologisée de la même idée : donner aux patients un sentiment d'utilité, les encourager à

---

414 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

415 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

adopter une attitude positive, les éloigner d'une focalisation morbide sur leurs traumatismes personnelles. Un manuel distribué par la British Broadcasting Corporation contenait un programme intitulé « comment être heureux », qui encourageait les clients à sourire à eux-mêmes dans le miroir de leur salle de bains durant deux minutes tous les matins.[416] Les citoyens soviétiques transcendaient la saleté, la pauvreté, la douleur et les privations de leur vie en souriant dans un miroir déformant dont la réflexion leur promettait la victoire, la supériorité morale et la justice sociale. Le catalyseur ultime pour se purifier de la dépression clinique, selon le professeur Michael Argyle, l'un des psychiatres qui a participé au programme de la BBC, est la danse de campagne écossaise, « un ensemble très puissant » selon ses propres termes, qui encourage ceux qui la pratiquent à faire l'exercice d'une manière opératoire et collective.[417] Pendant la Grande Guerre patriotique, l'agitation du Parti communiste et le Ministère de la Propagande ont distribué des harmonicas gratuitement aux troupes, à peu près sur les mêmes bases.[418]

De toute façon, beaucoup de vétérans ont été incapables de se réadapter à la paix. Certains sont tombés dans la dépression ou dans l'alcoolisme ; d'autres, pour satisfaire leur nécessité pour des situations extrêmes, enseignée par la guerre, ont offert leurs services à des gangs, à des racketteurs ou à des patrons mafieux.[419]

Les vétérans de guerre, les survivants de la répression et des catastrophes dans l'ex-Union Soviétique sont sceptiques quant à la thérapie individuelle, à l'auto-analyse et à parler de leurs expériences. La plupart ont survécu jusqu'à présent en enfouissant leurs souvenirs et en se concentrant sur leur travail et leur famille. Tout ce qui les oblige à affronter le passé risque de réveiller des images cachées, qui ont toujours le pouvoir de blesser. A cause du fait que leurs vies entières ont été construites autour de la dissimulation, la plupart des survivants soviétiques ne veulent pas explorer leurs histoires personnelles devant une tierce personne.[420]

---

416 EDWARDS, B., STURGESS, W. *How to be Happy*. London : BBC Education, 1996, p. 12.

417 EDWARDS, B., STURGESS, W. *How to be Happy*. London : BBC Education, 1996, p. 20.

418 *Russian Centre for the Preservation and Study of Documents of Contemporary History* (RTsKhIDNI), Document 89/11/1, p. 9.

419 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

420 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

Presque tous les vétérans, y compris plusieurs qui reconnaissent que la douleur dans leur vie a endommagé leur santé mentale et physique, n'ont pas été détruits par leur choix de silence pour toute la vie. Au contraire, la majorité d'entre eux sont des individus puissants, qui ont réussi dans leur vie sociale et personnelle.[421]

Les citoyens de l'Occident démocratique peuvent mettre en question le fondement éthique de cette culture de survivants. Même si elle trouve des racines populaires profondes, l'approche collectiviste et stoïque du traumatisme mental était fondamentalement imposé par forcé. Mais une tradition dont les origines sont douteuses n'est pas nécessairement complètement nocive. Un peuple habitué à vivre en silence, ou au moins dans une certaine discrétion concernant les problèmes psychologiques, ne doit pas nécessairement être forcé, à nouveau, cette fois dans la divulgation des expériences, caractéristique d'une société où la victimisation est acceptable. « Nous avons nos propres façons de surmonter le traumatisme », insistent certains des représentants de ce monde. « Peut-être vous devriez considérer que les vôtres seraient aussi efficaces si vos gens avaient partagé notre histoire. »[422]

§4. Discussion

Dans les pages ci-dessus ont été présentés trois modalités culturelles différentes d'aborder les traumas de guerre. D'une part, dans la situation la plus grave, la guerre est devenue une part intrinsèque de la culture et de la vie sociale d'un peuple. Les troubles mentaux causés par le conflit (*nervios*) sont transmis d'une manière transgénérationnelle, perpétuant la manque de confiance et l'inquiétude permanente et généralisée et compromettant donc le bien-être psychologique d'une population entière.

Dans un cas moins grave, le peuple a trouvé des modalités d'action pour « guérir » la maladie de la violence répandue par la guerre. Les mozambicaines se sont rendus compte que les personnes affectées par les traumatismes du conflit ont

---

421 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

422 MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55.

besoin d'une intervention médicale et ont abordé cette nécessité par une solution née de leurs traditions, qui inspirait la confiance et l'efficacité. L'action de ce remède était toujours de nature psychologique, une approche correcte même selon la médicine occidentale contemporaine, qui donne priorité aux traitements dans la communauté. Le danger des effets transgénérationneles des traumas est éliminé de cette manière et les conséquences macro sociales de la guerre disparaîtraient au fur et à la mesure.

Les développements du troisième cas présenté sont plus difficiles à évaluer. Les combattants russes ont choisi, par un conditionnement culturel, de nier les effets psychiques des traumatismes causés par le conflit. Mais considérer une maladie comme inexistante ne signifie par qu'elle n'aura pas d'effets. Les conséquences négatives de cette attitude seront que les personnes affectées par des troubles mentales ne bénéficieront pas d'un traitement adapté à leurs besoins et leur souffrance en sera amplifiée. Pour survivre dans une société qui empêche les manifestations de la souffrance psychique, les personnes intériorisent un taux élevé de tension dans leur vie quotidienne. Cette tension devient manifeste au travers de maladies somatiques. Beaucoup de gens souffrent de maux de tête, d'irritabilité et d'insomnie, formes caractéristiques pour les troubles dissociatives et de détresse. Le caractère généralisé de ces maux peut suggérer que la somatisation des souffrances est devenue collective.[423] La tension secondaire provoque aussi des sentiments d'animosité, qui suscitent de la méfiance au sein des familles et entre voisins. Les séparations et les familles désintégrées testent les limites des stratégies d'adaptation, alors que les luttes politiques dans le contexte fragile post-conflictuel sont de nature à paralyser facilement tout effort pour l'action collective vers la cohésion sociale et la stabilisation psychologique de ceux qui en ont besoin.

Il y a toutefois un effet positif de la négation des conséquences pathologiques des traumatismes : le fait que les malades refusent d'admettre la réalité de leur condition et essayent, au plus d'efforts douloureux, de cacher leurs symptômes, empêche la propagation dans la famille et dans la société des manifestations

---

[423] GREEN, L. Fear as a Way of Life. *Cultural Anthropology*, 1994, 9, 227–256, QUESADA, J. *Contested lives, contested territories: an ethnography of polarization, distress, and suffering in Post-Sandinista Nicaragua*. Thèse de dissertation à l'Université de Californie, San Francisco, 1994, p. 29-30.

maladives. En amplifiant leurs souffrances, les malades protégent la « normalité » du reste de la société. Ces efforts ne réussiront pas à atteindre leur objectif, car les victimes des troubles psychiques ne peuvent pas toujours contrôler leur comportement, comme il sera exposé dans le titre suivant.

Ces pays ne représentent pas des cas particuliers et isolés en ce qui concerne le développement de tels phénomènes. Ils se passent et peut se passer encore, partout dans le monde, où l'expérience de la guerre manifeste sa présence néfaste. Aussi, plusieurs types de ces manifestations peuvent apparaître ensemble, de manière combinée, dans la même communauté. Par exemple, un modèle de réaction similaire au celui de la Russie a été constaté en Nicaragua, où les hommes préféraient ne pas discuter leurs expériences militaires entre eux et masquaient leurs mémoires traumatiques derrière des étalages des gestes « macho ».[424] Ce refus de partager une histoire commune indique le besoin de ces personnes d'oublier le trauma, mais il suggère aussi que dans les conditions encore instables de la guerre, les personnes n'ont eu que peu de possibilité de se libérer des horreurs du passé.[425] De la même façon, le cas des manifestations pathologiques dans la vie quotidienne au Salvador se retrouvait en Nicaragua, ou, par exemple, les enfants qui vivent dans des conditions de violence et d'instabilité manifestent souvent des comportements qui apparaissent pathologiques. Quesada[426] explique que de telles réactions sont produites socialement et constituent la cristallisation concrète dans le psychique des personnes des relations sociales violentes et déshumanisantes.

Les pages antérieures ont démontré la manière par laquelle les standards et la perception de la normalité peuvent être sévèrement affectés à cause de l'action invisible des maladies psychiques provoquées par la guerre dans les collectivités humaines qui participent au conflit. Ces conséquences des violations du droit à la santé mentale sont généralement de longue durée et peuvent même développer leurs effets négatifs sur plusieurs générations. Il apparaît encore une fois essentiel

---

424 NYGREN, A. Violent Conflicts and Threatened Lives: Nicaraguan Experiences of Wartime Displacement and Postwar Distress. *Journal of Latin American Studies*, 2003, 35, 367-393.

425 MEERTENS, D., STOLLER, R. Facing Destruction, Rebuilding Life: Gender and the Internally Displaced in Colombia. *Latin American Perspectives*, 2001, 28(1), 132-148.

426 QUESADA, J. Suffering Child: An Embodiment of War and Its Aftermath in Post-Sandinista Nicaragua. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 51-73.

de prendre des mesures efficaces pour éradiquer les violations du droit à la santé mentale pendant les conflits, pour éviter ces effets néfastes et tellement amples.

Section 3. La justice et les procédures judiciaires en ce que concerne les violations du droit à la santé mentale et d'autres droits de l'Homme : la valeur thérapeutique pour les victimes et les risques impliqués du point de vue de la santé psychique

L'histoire a montré que la réforme sociale est le meilleur remède pour les victimes de la guerre et des atrocités, en leur offrant la reconnaissance publique et la justice. La santé et la maladie ont des racines sociales et politiques : les réactions post-traumatiques ne sont pas seulement un problème privé, comme une propre responsabilité de l'individu de se guérir lui-même. Les maladies psychiques peuvent constituer un acte d'accusation contre les forces sociopolitiques qui les ont provoquées, par l'intermédiaire de la guerre. Certains patients auront besoin de savoir quelles sont les opinions des professionnels de santé sur le plan politique, avant de pouvoir leur faire confiance.[427] Il semble approprié d'aller au-delà de « panser les blessures » et de la tradition du travail de santé mentale moralement et politiquement neutre, pour promouvoir les droits plus larges pour ceux qui cherchent de l'aide ou du traitement.

Les professionnels occidentaux peuvent soutenir le domaine de la santé et les défenseurs des droits de l'Homme des pays affectés par la guerre, en insistant sur la réalisation des enquêtes sur les violations des droits de l'Homme dans les sociétés oppressives et les aider à publier les rapports et faire connaître leur travail. C'est une façon de protéger les défenseurs des droits de l'Homme. La pression sur les instances médicales pour qu'elles rendent publiques les cas de torture dont elles ont connaissance donne des résultats bénéfiques.[428] Les procédures judiciaires et la condamnation des responsables peuvent jouer un rôle thérapeutique sur les collectivités affectées par la guerre et les victimes.

---

[427] SUMMERFIELD, D. War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 2000, disponible à l'adresse http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7255_321/ai_64189520/print, consulté le 18.03.2008.

[428] British Medical Association. *Medicine betrayed: The participation of doctors in human rights abuses*. London : Zed Books, 1992.

Les crimes de guerre sont imprescriptibles et leurs auteurs sont tenus responsables devant la cour de justice lorsque les victimes de torture deviennent des témoins. Ainsi, une personne peut être à la fois victime, témoin et patient, indépendamment du fait de savoir si la personne fait ou non l'objet d'un traitement.[429]

Pour les victimes, la justice peut avoir une signification différente et leurs attentes peuvent varier. En effet, une personne ayant eu une expérience particulièrement traumatisante peut espérer obtenir une réparation importante, une autre pourrait attendre encore plus, en raison des autres dommages causés dans sa vie par la guerre, tandis que d'autres personnes peuvent demander des compensations pour avoir subi des injustices sociales.[430]

Aucun processus social ne peut annuler les effets extrêmes de la torture et des autres violations du droit à la santé mentale, mais dans une certaine mesure, on peut atténuer les effets d'un événement traumatique en faisant juger les responsables par un tribunal impartial. En revanche, le témoignage des victimes de tortures est à la fois souhaitable et en même temps problématique. Pour une justice satisfaisante, le témoignage est souhaitable, les standards moraux mis en cause par la torture sont rétablis et la foi en l'être humain est retrouvée.[431] Le témoignage a aussi une fonction historique importante : le crime commis ne sera pas oublié, la vérité verra le jour, ce qui constitue une étape incontournable pour le rétablissement de la paix après des conflits interethniques.[432]

---

429 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 378.

430 RAPHAEL, B., *The Victim the Trauma & Justice*. consulté le 14.12.2009, disponible à l'adresse www.justice.net.au/publications/mc_book/victim.pdf.

431 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 378.

432 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 378.

Parallèlement, au niveau psychologique, l'acte de témoignage peut aboutir à un effacement de l'expérience traumatisante, consciemment ou non, qui garantit la réparation d'un événement traumatique. Il est reconnu[433] que le témoignage a une fonction de cicatrisation et d'aide dans le processus thérapeutique, il facilite la rémission et aide la victime de reprendre le contrôle de sa vie. Au cours des années ' 80, les psychologues ont découvert l'importance thérapeutique du témoignage, ce qui a conduit au développement d'une technique efficace mais toujours controversée de thérapie psychologique – la « technique du témoignage » médical. Elle consiste à enregistrer une déclaration sur bande magnétique, qui est ensuite révisée conjointement par le thérapeute et le patient vers un document écrit, pour être analysé ultérieurement.[434] Le procès et le châtiment des responsables redonnent à la victime un sentiment de puissance et rééquilibrent le pouvoir entre lui et ses tortionnaires. Si ces effets ne se produisent pas, le sentiment d'impuissance demeure et les conséquences psychologiques de la torture ou des autres violations du droit à la santé mentale persistent. Une rémission est envisageable grâce à l'aide extérieure, si elle stimule l'auto-assistance.

Un procès devant un tribunal reconnu par toutes les parties aide aussi à surmonter le sentiment de colère causé par le traumatisme, qui, dans le cas contraire, peut être une source constante de désir de vengeance. Le témoignage aide la victime à comprendre qu'elle a survécu aux violences et qu'elle est en voie de guérison. Cette manière de montrer au tortionnaire sa capacité à survivre peut constituer pour la victime une forme de vengeance.[435]

Un système de justice pénale, qui ne prévoit aucune possibilité pour les victimes de participer aux procédures, favorise un grand sentiment d'impuissance de

---

433 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 379.

434 CIENFUEGOS, A., MONELLI C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1983, 53(1), 43-51.

435 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 379.

la part de la communauté que celui qui offre aux victimes de tels droits.[436] La participation à la procédure judiciaire peut être aussi importante pour la victime que le fait même de la condamnation de l'auteur des violences[437].

La compensation matérielle accordée par le tribunal représente aussi un facteur qui ne doit pas être négligé. Il devrait être obligatoire pour la majorité des victimes de la torture dont le fonctionnement social et professionnel a été altéré, ainsi que pour les membres de leur famille. Mais l'insistance pour obtenir cette forme de réparation doit être distinguée des tendances à l'enrichissement présentes dans le cas de certaines troubles psychiatriques[438].

L'échec de satisfaire les besoins rationnels ou irrationnels pour la justice est de nature à conduire, dans beaucoup de cas, à l'incapacité de la victime de se remettre après une expérience traumatique.[439]

La plupart des victimes, qui ont en même temps le statut de témoins devant le tribunal, perçoivent l'épreuve de la procédure judiciaire comme une étape essentielle pour obtenir la punition des auteurs des violations.[440] Cependant, le système de justice peut ignorer ou n'accorder que peu d'importance aux besoins de la victime / témoin. Le processus judiciaire peut entraîner un autre traumatisme et aggraver l'état de santé psychique de la victime, même si la récupération psychologique complète a

---

436 KILPATRICK, D. G., TIDWELL, R. P. *Victims' Rights and Services in South Carolina: The Dream, The Law, the Reality. Final Report*. Justice Assistance Act Grant No. 86-024, 1989. Charleston, South Carolina: Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina,1989.

437 KELLY, D.P. Delivering Legal Services to Victims: An Evaluation and Prescription. *Justice System Journal*, 1984, 9, 62–85.

438 DALY, R.J. Compensation and rehabilitation of victims of torture: an example of preventive psychiatry*. Danish Medical Bulletin*, 1980, 27(5), 245-8.

439 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 379.

440 Office of Crime Statistics, Attorney General's Department South Australia, Adelaide: Victims & Criminal Justice, 1990.

déjà été atteinte. Une série de facteurs au cours du procès et des procédures d'enquête préliminaires peuvent faire la victime revivre son traumatisme.[441]

Dès 1980, le phénomène de la victimisation secondaire a été analysé. Les chercheurs[442] ont décrit quatre phases de réaction dans le cadre de ce phénomène. Les deux premières phases constituent une réponse aiguë à une source de violence soudaine et inattendue, à savoir le choc, la méfiance et la « peur gelée », décrite comme le comportement détaché, de pseudo-calme, induit par la terreur. La troisième phase est la « dépression traumatique », définie par beaucoup d'éléments qui relèvent maintenant du syndrome de stress post-traumatique et qui est caractérisée par l'apathie, la colère, la résignation, la rage, l'impression de revivre les événements traumatiques et des cauchemars. La quatrième phase comprend la rémission et l'intégration des expériences dans le mode de vie et dans le comportement. La seconde blessure se produit lorsque la victime se sent rejetée par sa famille ou la société, ou n'a aucun soutien de leur part, ce qui la conduit au sentiment d'impuissance. Une autre caractéristique de ce phénomène est l'échec de la société de permettre à la victime de raconter son histoire, de faire sa déposition, ce qui conduit à la négation de ses propres capacités et empêche la restauration du sentiment de contrôle sur sa propre vie.

De nombreuses victimes n'arrivent pas à témoigner devant un tribunal pour diverses raisons. Certains chercheurs[443] ont conduit des enquêtes qui montrent que 50% des victimes ne veulent pas témoigner et une sur trois refuse de comparaître devant une cour de justice. Les raisons les plus communes résident dans le manque de confiance dans la compétence judiciaire et dans la crainte de revivre les événements traumatisants.[444] La méfiance des victimes de la torture envers la juridiction fait partie d'une méfiance générale à l'égard du système entier, ces

---

441 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 380.

442 SYMONDS, M. The "Second Injury" To Victims of Violent Acts. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2010, 70, 34–41.

443 DAVIS, R. Impact Statements Not Having Much Effect. *NOVA Newsletter*, 1992, 16(2), 15-44.

444 KIDD, R.F., CHAJET, E.F. Why Victims Fail to Report? The Psychology of Criminal Victimization. *Journal of Social Issues*, 1984, 40, 35-50.

personnes ayant le sentiment que les coupables ne seront pas véritablement punis, pour des raisons politiques, surtout quand le procès a lieu dans le pays où l'expérience traumatisante a eu lieu.[445]

La crainte d'un nouveau trauma peut aussi faire partie des symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Au contraire, apparaît parfois un besoin compulsif de répéter le traumatisme[446], alors que d'autre fois c'est un désir pathologique de vengeance pour des motifs générés par un trouble paranoïde.

Même avant le début de la procédure judiciaire, il y a beaucoup de facteurs stressants pour la victime / témoin : les réflexions sur le processus judiciaire, sur la décision de témoigner en justice, les mesures de sécurité avant et après la procédure judiciaire, l'éventuelle barrière de la langue et l'utilisation des moyens de transport, qui peuvent déclencher une forme de phobie. Toutes ces sources de stress peuvent déclencher l'anxiété d'anticipation, parfois jusqu'à la panique. La ré-expérience du traumatisme peut même commencer dès la procédure d'enquête, selon la manière dont le témoignage est dirigé par le juge d'instruction.

Le processus judiciaire peut renouveler le trauma de la victime-témoin de plusieurs façons : le système judiciaire peut affaiblir le témoin par ignorance de l'état psychologique et psychiatrique de la victime, ou à cause des procédures bureaucratiques et du statut du témoin. Les procédures judiciaires et la présence dans la salle d'audience peuvent réactiver chez la victime les souvenirs d'une situation antérieure similaire mais dans laquelle procédures judiciaires avaient été menées contre ses intérêts. Même si ce n'est pas le cas, la victime peut percevoir cette expérience comme un procès contre elle-même et non pas contre les accusés. La rencontre avec l'accusé est presque toujours dramatique et traumatisante et l'identification de ses tortionnaires peut provoquer un stress aigu. D'autres réactions susceptibles à se produire sont la perte de la conscience et de l'attention, le déclenchement des mécanismes défensifs de la dissociation, de la désorientation jusqu'au niveau de la stupeur psychogène, ou, moins fréquemment, de l'agitation,

---

445 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 380

446 VAN DER KOLK, B. A. The Compulsion to Repeat the Trauma. Re-enactment, Revictimization and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12(2), 389-411.

ainsi qu'une perte de contrôle de ses impulsions agressives. Cette expérience est souvent accompagnée par des signes d'anxiété et de panique. De tels symptômes peuvent influencer en grande mesure le témoignage ou le rendre inutilisable.[447]

La victime peut également rencontrer des difficultés à verbaliser son expérience en raison d'éventuels traumatismes du cerveau, qui ont affecté négativement sa mémoire[448]. En outre, le survivant n'est pas capable de décrire ce qui s'est passé, s'il a perdu la connaissance ou a subi un traumatisme crânien. D'autres troubles de la mémoire peuvent également résulter de l'abus d'alcool. Certains témoins peuvent aussi remplir les vides de la mémoire par des fabulations.

Le système de défense de l'accusé peut rendre la victime-témoin impuissante et peut la contraindre à « prouver » son expérience traumatique et sa souffrance. Pour la victime, le comportement de la défense est ressenti comme une attaque, susceptible de causer une humiliation, de nature à approfondir l'incertitude du témoin sur le sens de l'acte judiciaire. L'expérience la plus stressante pour la victime est le contre-interrogatoire.[449]

Il y a beaucoup de facteurs susceptibles à réactiver le traumatisme du témoin : l'atmosphère au cours du procès, surtout s'il se tient sur le lieu d'origine des accusés ou sur le lieu où l'expérience traumatique est survenue, les éloges pour l'accusé et sa glorification comme héro, accompagnés par les insultes envers la victime, etc. Ces derniers facteurs sont capables d'approfondir le sentiment d'injustice et de provoquer une série de réactions émotionnelles intenses et violentes. Ces réactions peuvent désactiver les stratégies développées par la victime avec son psychologue,

---

447 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381.

448 VAN DER KOLK, B.A. The Body Keeps the Score: Approaches to the Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. In : VAN DER KOLK, B.A., Mcfarlane, A., WEISAETH, L. (eds.), *Traumatic Stress - The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York : The Guilford Press, 1996 , p. 214-241.

449 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 3801.

pour s'adapter au stress quotidien et parallèlement réactiver les symptômes du syndrome post-traumatique de stress.[450]

Bien que les besoins de la victime aient reçu peu d'attention dans le passé, l'intérêt pour l'assistance juridique et psychosociale des témoins dans les procédures criminelles a récemment augmenté dans le monde. Il y a un grand nombre de centres et de services de soutien aux témoins, ayant pour but l'information et l'assistance de ces personnes.[451]

L'objectif fondamental de la préparation psychologique du témoin vise à prévenir la réactivation du trauma et la victimisation secondaire. La meilleure préparation du témoin à la déposition devant le tribunal consiste en une procédure thérapeutique régulière pratiquée en psychiatrie et psychologie. Celle-ci doit commencer au plus vite, indépendamment du fait que la victime va témoigner ou non. L'approche de la personne traumatisée ne diffère pas, qu'elle ait déjà reçu un traitement ou décidé de témoigner, ou bien si elle demande pour la première fois de l'aide psychologique.

En tout cas, toute intervention psychologique et psychiatrique doit être modulée de manière à éviter que l'authenticité de la déposition ne soit perturbée et les faits dénaturés. La supposition que les interventions psychologiques et psychiatriques, quel que soit le type de méthode psychiatrique utilisée, soient capables d'affecter la mémoire à des degrés divers, n'est pas fondée. La psychothérapie qui travaille avec les traumatisés vise à réduire le niveau des émotions qui pourraient compromettre le processus de réflexion. Elle élimine ainsi les effets potentiels de la seconde victimisation.[452]

---

450 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381.

451 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 382.

452 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381.

Le rôle du psychiatre n'est pas sans incidence sur la décision du patient en ce qui concerne sa participation à la procédure judiciaire en tant que témoin. Une thérapie psychiatrique réussie a pour but d'assurer une meilleure connaissance de la maladie de la part du patient et des risques du témoignage judiciaire sur sa condition de santé. Le psychiatre peut aussi faciliter la prise de décision pour témoigner, ce qui peut réduire les symptômes du patient et restaurer son estime de soi. Ainsi, grâce à l'aide d'un professionnel, la victime des violations du droit à la santé mentale accepte avec moins de difficulté le processus judiciaire et prend plus facilement la décision de témoigner.[453]

Outre le fait que le thérapeute ne doit pas chercher à persuader ou convaincre le patient de témoigner, il doit avoir une attitude sans équivoque sur la nécessité d'identifier et de punir les criminels, car la neutralité thérapeutique pourrait être interprété dans le sens de pardonner aux auteurs de crimes. Cela contribue aussi à établir la confiance du patient en son thérapeute. La mise à la disposition du patient d'informations nécessaires sur le procès au tribunal et sur les sources de crainte susceptibles de survenir le long de la procédure judiciaire, peut réduire la peur irrationnelle. La prise d'une décision équilibrée mesurant les détails du témoignage est indispensable pour éviter une augmentation de la peur et de l'anxiété. De plus, le thérapeute doit faire prendre conscience à son patient que les bénéfices de l'intervention dans le procès sont beaucoup plus importants que les éventuels effets indésirables.[454]

Dans de nombreux tribunaux existent des services de soutien aux victimes regroupant des psychologues et des travailleurs sociaux. Un tel profil d'experts est particulièrement nécessaire dans les tribunaux où les crimes de guerre sont jugés (par exemple le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, de La Haye) et leur rôle est évident avant, pendant et après le témoignage.

---

[453] ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381.

[454] ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 382.

Avant le témoignage, la victime est dans une phase d'attente dans un environnement clos ou isolé, installée dans une habitation provisoire, craignant des obstacles inconnus, notamment culturels et linguistiques. La préparation psychologique à cette étape vise à aider la personne à se détendre, en l'informant constamment, en lui accordant l'attention nécessaire et en soulageant son anxiété.

Pendant la procédure judiciaire, partie la part la plus stressante, afin d'éviter de nouveaux traumatismes, des mesures techniques de protection des témoins sont mis en place, telles que la transmission du témoignage dans une version écrite, ou par retransmission télévisée en direct. Ce système permet d'éviter la confrontation directe avec l'accusé, à moins que le témoin lui-même préfère une confrontation directe. Le soutien psychologique tout au long du procès se limite à fournir un environnement reposant et permettant le contrôle des émotions. A cette étape, l'attention doit également être portée aux besoins pratiques et à la concentration du témoin sur la procédure judiciaire et à l'élimination des émotions fortes de la victime, qui peuvent affecter la qualité du témoignage.[455]

Après la fin de la procédure judiciaire, le témoin ressent la satisfaction d'avoir accompli son travail, mais il est nécessaire pour lui d'être informé des résultats de son témoignage. Il y a toujours, dans ces situations, un degré élevé d'excitation avec des symptômes liés à un système nerveux végétatif irrité.[456]

La présence tout au long du procès d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un travailleur social spécialisé dans le domaine des traumatismes peut être d'une importance décisive pour la réduction des symptômes. La présence d'un « guide pour le témoin » est aussi opportune, à condition que le témoin connaisse la personne et lui fasse confiance. Ce guide peut être un psychologue ou un psychiatre qui a déjà participé à la phase de préparation. Si cela est impossible à réaliser, une coopération est alors nécessaire entre le personnel judiciaire, les psychiatres et les

---

455 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381, p. 383 - 384.

456 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381, p. 384.

psychologues qui connaissent le témoin et qui ont participé à sa préparation. La coopération devrait commencer bien avant le procès, par des échanges d'informations, de résultats de diagnostic, d'éléments qui permettent de prévoir les réactions possibles du sujet.

En outre, il est nécessaire qu'un feedback soit fourni par le tribunal, de sorte que la surveillance de l'état psychologique du témoin soit poursuivie après la fin du procès, en raison des possibles conséquences d'un nouveau traumatisme.

Les victimes de tortures et d'autres violations du droit à la santé mentale représentent la population la plus menacée par les traumatismes de guerre. Le témoignage devant un tribunal a une fonction réparatrice et de guérison pour la victime, mais en même temps, il présente aussi le risque d'une seconde victimisation, pouvant entraîner une détérioration de l'état psychologique de la victime. La préparation psychologique doit être réalisée par des psychologues et des psychiatres qui devraient également assister à toute la procédure judiciaire entière. Les témoins devraient être protégés à un niveau maximum contre une seconde victimisation dans le tribunal. Dans le cas où la préparation psychologique serait assurée par le service d'aide aux victimes et aux témoins, une coopération étroite avec les psychiatres et les psychologues qui ont effectué les traitements antérieurs est nécessaire. Il est essentiel de sensibiliser constamment les avocats et les autres participants au procès, en commençant par les organismes d'enquête, les juges et les avocats de l'accusé, afin d'empêcher la seconde victimisation et de nouveaux traumatismes pour la victime-témoin.[457]

Cependant, l'effort du témoin sur la voie de la justice pour découvrir la vérité aide les victimes, car selon celles-ci, le silence des autorités sur les tragédies qu'ils ont vécu nie la réalité et la vraie dimension de leurs souffrances.

Cette section a décrit les difficultés posées par les traumatismes de guerre dans la voie de la justice et les risques pour les victimes qui choisissent de témoigner devant un tribunal jugeant les crimes de guerre. Les efforts du personnel spécialisé ont été mis en évidence, ainsi que la nécessité de la collaboration entre tous les

---

[457] ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 381, p. 385 – 386.

participants au procès, afin de mieux protéger l'équilibre psychologique du témoin. La fonction compensatoire et réparatrice du témoignage persiste, et l'on peut observer les bénéfices majeurs pour l'ensemble de la société.

Dans le titre suivant sera présenté la situation de la victime de violations du droit à la santé mentale qui devient, à son tour, criminel, en raison des troubles psychiques causés par la guerre.

Titre 2 : Troubles mentaux et criminalité : analyse des conséquences pénales des traumas de guerre

Les effets négatifs sur la personne touchée par des traumas de guerre ont déjà été décrits dans le titre précédent. Ce titre a pour objectif de détailler les conséquences des traumas de guerre sur les communautés, à travers des crimes et délits commis par les personnes affectées psychiquement par la guerre.

Il faut distinguer deux types de cas où des personnes affectées par les traumas de guerre deviennent des délinquants. D'une part, il y a le cas des personnes qui font partie de la communauté affectée par le conflit et qui, pendant comme après la guerre, restent dans cette collectivité. D'autre part, il y a le cas des soldats professionnels, qui, après le conflit, rentrent dans leur pays ou région et doivent se réadapter à la situation de paix. Dans les pages suivantes aucune différence ne sera faite entre ces modalités d'apparition de troubles mentaux, parce que l'auteur considère que leurs conséquences ne sont pas substantiellement distinctes. A la fin de ce titre, une solution pour juger les anciens combattants pour les infractions commises après leur retour et qui sont dues à des troubles psychiques sera analysée du point de vue critique.

Considérations introductives. Repères de la personnalité des délinquants : les caractéristiques bio-psycho-sociales de la personnalité et les facteurs qui déterminent la conduite du criminel

Cette section introductive a pour objectif de présenter les facteurs qui, en général, influencent la formation des traits de la personnalité, en soulignant, quand c'est le cas, les particularités et les tendances d'un comportement criminel. Les pages suivantes vont définir et expliquer certaines notions criminologiques, qui seront utilisées dans les sections visant la responsabilité pénale pour les délits

commis par les personnes affectés de traumas de guerre. Ces notions vont constituer la base théorique du développement d'une hypothèse alternative sur l'évolution de la criminalité. Cette dernière sera introduite dans les pages de ce titre.

Un apport important de cette thèse est la proposition d'une nouvelle théorie pour démontrer et expliquer l'augmentation du taux de criminalité dans le cadre des confits armés. Il est donc nécessaire de commencer par présenter en détail les facteurs biologiques, sociaux, psycho-sociaux, psychologiques et psychiques, ainsi que les modalités de formation de la personnalité antisociale. L'analyse du fonctionnement de ces facteurs en conditions normales (en temps de paix) nous permettra de pouvoir expliquer comment ces mêmes facteurs peuvent la criminalité, dans le contexte plus complexe de la guerre.

Le comportement humain est le résultat de l'interaction entre les facteurs internes (programmés phyllo- et ontogénétiques) et ceux de l'environnement extérieur. Ce comportement comprend trois sous-systèmes : le sous-système génétiquement fermé (qui contrôle la conduite des besoins physiques) le sous-système génétiquement ouvert vers l'environnement extérieur (le comportement instinctif, émotionnel et stéréotypé ayant le centre dans le paléo cortex - notamment dans le cerveau limbique) et le sous-système du comportement rationnel et culturel, complété par l'éducation, situé dans le néocortex. Ce sous-système génère un comportement anticipatif, de prévision et de prévention des conséquences de ses actes. Ce comportement spécifiquement humain résulte de la corrélation permanente entre le modèle du monde social et celui de soi-même, de la corrélation entre ses motivations et les normes, à travers un choix logique approprié, entre plusieurs alternatives, par l'autocontrôle de la conduite, en assumant donc des responsabilités.

Le comportement humain est ainsi la conséquence de l'intégration et de la hiérarchisation des niveaux inférieurs successifs par rapport à d'autres supérieurs. Il s'agit d'un phénomène propre à l'homme. L'intégration génétique se réfère aux programmes comportementaux innés, auxquels on ajoute le contrôle humoral (à travers les médiateurs chimiques), le contrôle endocrinien (à travers les hormones), le contrôle nerveux (à travers les réflexes conditionnés), le contrôle psychologique (par la conscience) et le contrôle social (à travers les règles du groupe) ou même le contrôle humanitaire (par l'inclusion du comportement dans les directions positives du développement de l'humanité). De cette manière, sous l'aspect phylogénétique, le comportement a évolué à partir de modèles réactifs (instinctifs ou automatiques,

selon la situation) vers des modèles reflétés (volontaires, différentielles et anticipatifs), en d'autres termes, à partir de comportements avec prédominance innés (instinctifs) vers d'autres, essentiellement appris et typiquement humains.

Si un comportement prédominant instinctif et impulsif apparaît surtout comme une régression du comportement vers des modèles réactifs et inférieurs, alors la conduite volontaire et rationnelle permet la transition vers un comportement typiquement humain, anticipatif, basé sur une adaptation spécifique à l'environnement, par l'attachement au destin d'une communauté grâce à la culture.

Ainsi, l'adaptation à la normativité est constituée par une assimilation permanente des conditions environnementales, des règles sociales et morales dans des schémas de comportement, en facilitant l'intégration sociale, ce qui représente d'ailleurs l'aspiration et l'accomplissement spécifiquement humains. Par conséquence, chez l'homme contemporain, le comportement n'est plus guidé par des structures innées, mais par la culture. Le comportement humain devient une source d'information sur le niveau de la conscience et donc sur le degré et le niveau d'adaptation, tout en admettant que le contenu du comportement (la capacité à anticiper les conséquences des actions, en raison du niveau des informations reçues, de l'expérience antérieure et du discernement dans le choix) est en mesure de fournir des données sur les comportements potentiellement problématiques. Les comportements conformistes, mais surtout ceux déviants, semblent dépourvus de l'aspiration de s'intégrer socialement dans l'évolution normative et positive d'une communauté et même de l'humanité.[458]

Par la suite, la thèse approfondira l'analyse des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques qui ont une importance particulière dans l'apparition des comportements déviants.

§1. **Les facteurs biologiques** qui influent grandement le processus de formation de la personnalité sont l'âge, le sexe et les possibles infirmités et maladies somatiques. Ces facteurs peuvent ainsi avoir une grande influence sur le comportement criminel.

---

[458] SCRIPCARU, Gh. *Medicină legală*. Bucureşti : Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A., 1993, p. 356-358.

L'âge du délinquant est une coordonnée importante, car il indique son niveau de développement bio-psycho-social. Au moment du délit, la responsabilité pénale est généralement appréciée selon l'âge. Ainsi, dans la vaste majorité des législations européennes, une présomption absolue d'irresponsabilité du mineur s'applique jusqu'à l'âge de 14 ans. Entre 14 et 16 ans, le délinquant mineur est considéré comme irresponsable, mais cette présomption peut être renversée si une expertise médico-légale psychiatrique conclut que « l'enfant » a agi avec discernement, étant donc pénalement responsable de ses actes. C'est seulement à partir de 16 ans que le mineur est considéré comme responsable. Toutefois, même dans ce cas, la présomption de responsabilité peut être remise en cause par les conclusions d'une expertise médico-légale psychiatrique, qui pourrait démontrer que la personne a agi sans discernement et qu'en conséquence, elle n'est pas responsable de ses actes.

La criminologie distingue cinq catégories d'âge : l'enfance, de 0 à 12 ans ; l'adolescence, de 12 à 22 ans ; la jeunesse, de 22 à 35 ans ; l'âge adulte, de 35 à 60/65 ans et le troisième âge de 60/65 ans. Chez les adolescents il est distingué aussi certains sous-groupes : la préadolescence entre 12 et 15 ans, l'adolescence même entre 15 et 18 ans, et la post-adolescence entre 18 et 22 ans. Le facteur âge est un élément essentiel dans le domaine de la criminologie, car le nombre et le type d'infractions évoluent selon une courbe spécifique en fonction de l'âge. Quant à l'aspect numérique, la courbe des infractions par rapport à l'âge a une trajectoire ascendante au départ, devient stationnaire à l'âge adulte et baisse avec la vieillesse.

En ce qui concerne la typologie des actes commis, les statistiques sur la criminalité indiquent la prédominance, chez les mineurs, au sens pénal, d'actes qui impliquent la force, l'audace, l'imprudence, le manque d'expérience, les manifestations fréquentes de violence, le vol ainsi que le vagabondage. A l'âge adulte, les délits les plus fréquents sont les crime organisés d'une manière professionnelle, qui exigent de l'audace, de l'expérience, et qui sont réalisés grâce à des procédés raffinés tels la spéculation, la falsification, la fraude fiscale, les crimes contre l'autorité ou contre la justice, les actes de corruption, la contrebande, etc. Pour les personnes âgées, les délits sont les mêmes que ceux commis à l'âge adulte, mais comprennent également d'autres infractions, qui n'ont pas comme facteur déterminant la force, mais l'expérience de vie et de travail, etc. L'incidence de l'âge sur la criminalité est beaucoup plus complexe et est étroitement liée au contexte social, culturel et économique.

En ce qui concerne *le sexe* du délinquant, les conclusions de la plupart des criminologues, sociologues et psychologues convergent sur l'idée qu'il s'agit là d'une des caractéristiques les plus significatives du point de vue statistique pour différencier les délinquants des non-délinquants. Le genre est en effet à l'origine d'une série de différences significatives de nature biologique, affective, motivationnelle, etc., qui ont des conséquences sur la criminalité. Ainsi, les femmes délinquantes sont moins nombreuses que les hommes et elles sont davantage concernées par les vols, les escroqueries, etc., tandis que les hommes sont plutôt impliqués dans les délits faisant appel à la force. Il faut néanmoins souligner que de nos jours, dans tous les pays européens, les femmes contribuent de plus en plus à toutes les formes de crimes, même ceux qualifiés de violents.

A la fin du XIXe siècle, la criminalité féminine a été particulièrement étudiée par C. Lombroso, qui a essayé de prouver l'existence d'une criminalité typiquement féminine, se manifestant par des infractions qui exigeaient moins de force physique et de qualités intellectuelles. Cette approche est due au rôle d'infériorité socio-économique attribué aux femmes à la fin du XIXe siècle, ainsi qu'à la conception rétrograde de ses auteurs. Une autre étude criminologique menée par le chercheur suisse D. Groman (en 1979) montre que les femmes et les hommes sont également représentés s'agissant des crimes contre le patrimoine. Cependant, selon les auteurs de cette époque, un certain nombre de crimes, comme le vol, l'empoisonnement du mari (ou du concubin) étaient statistiquement à prépondérance féminine.

L'un des chercheurs du XXe siècle sur la criminalité féminine, D. Pollak (1950) démontre qu'il n'existe pas moins de femmes délinquantes, mais leurs crimes ne sont pas poursuivis parce que les victimes sont bien souvent le conjoint (le mari ou le concubin) ou les enfants. Selon D. Pollak[459], la source psychologique de la criminalité féminine se trouve dans l'éducation que les femmes ont reçue et qui suppose qu'elles doivent soigneusement dissimuler leurs instincts agressifs et leur activité sexuelle, entraînant un comportement de duplicité. Néanmoins, les conceptions de l'époque sur la dépendance socio-économique de la femme par rapport à l'homme, la maternité et le rôle de « sexe faible » ont donné à la délinquance féminine une typologie particulière, qui semble toutefois perdre son

---

[459] POLLAK, D. *The Criminality of Women*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1950, p.87.

actualité, suite à l'évolution des rapports d'égalité entre les femmes et les hommes. La criminalité féminine a ainsi aujourd'hui tendance à se rapprocher en proportions et en contenu à celle des hommes.[460]

Les infirmités et les maladies somatiques peuvent avoir d'importantes influences négatives sur la formation de la personnalité à cause des états de frustration des individus liés à l'impossibilité pour eux de s'intégrer socio-culturellement et professionnellement. Les personnes atteintes de maladies somatiques ou d'invalidité peuvent mener une vie de reclus, ce qui peut les rendre égoïstes, irritables et même agressives. Ces personnes qui présentent un sérieux handicap dès le début de leur intégration sociale, ne sont pas nécessairement prédisposées à commettre des délits. La plupart des personnes handicapées ou ayant des maladies somatiques sont souvent capables de trouver, malgré leurs défauts physiques, un accomplissement d'ordre individuel ou social.

Dans la période du début de la criminologie du XIXe siècle, les causes de la criminalité liées au physique ont été parmi les premières étudiées par les criminologues. Il s'agit effectivement d'éléments tangibles et visibles. Les malformations physiques ont particulièrement été étudiées et l'on a ainsi identifié les caractéristiques physiques du « criminel inné » à savoir : des malformations de la tête (des mâchoires fortes, un front étroit), la déformation du tronc et des membres, des tendances épileptiques, etc.

Toutefois, des recherches plus récentes ont montré que les malformations sont répandues dans la population, et qu'elles ne peuvent donc à elles-seules justifier la criminalité et qu'il n'existe aucun type particulier de criminel « inné », qui aurait des tendances criminelles naturelles comme on hérite de la couleur de ses yeux ou de sa taille. Toutefois, la présence de défauts physiques chez les criminels ne peut pas être négligée, car elle peut contribuer indirectement à l'inadaptation sociale, qui est un des facteurs favorisant l'apparition du comportement criminel.

Les explications des fondements de la criminalité par des facteurs physiques n'épuisent pas la série des causes. A la fin du XXe siècle, les recherches physiologiques se sont développées et se sont étendues à de nouveaux domaines. Ainsi, l'influence exercée sur le système nerveux et sur le cerveau par diverses

---

[460] VOINEA, M., DUMITRESCU, F. *Psiho-sociologie judiciară*. Bucureşti : Ed. Silvy, 1999, p. 29-49.

secrétions hormonales a été prouvée. Les troubles fonctionnels de certaines glandes (par exemple, la thyroïde, les glandes surrénales, les glandes sexuelles) ainsi que certaines tumeurs, les atrophies ou les processus inflammatoires entraînent souvent des troubles de comportement. L'hypothèse sur la corrélation entre la structure génétique et la criminalité a été longtemps discutée, mais elle n'a pas été confirmée par la science.

§2. **Les facteurs sociaux** qui sont de nature à influencer les tendances à la délinquance sont le niveau d'instruction et d'éducation et la manière d'organiser le temps libre.

Le niveau d'instruction et d'éducation représente un des traits fondamental de la personnalité. Selon un certain nombre de théories psychologiques et sociologiques concernant l'adaptabilité sociale de l'individu, son influence joue un rôle décisif au niveau de la famille, de l'école ou de la profession, sur le plan éducatif, intellectuel et moral. La théorie de la résistance à la frustration de W. Recklessmet met en évidence l'existence des composantes positives, parfaitement éducables du soi, capables de résister à la tentation antisociale. De même que les théories concernant le conflit des cultures, celles fondées sur les associations différenciées ou sur l'interaction, mettent l'accent sur la genèse sociologique de la criminalité reconnaissent le rôle de l'éducation et la possibilité de combattre le phénomène criminel grâce à des systèmes sociaux qui assurent l'exercice d'une influence formative normale de la part de la famille et du milieu micro ou macro social.

D'autres auteurs considèrent que le nombre d'actes pénaux commis par les individus possédant une faible instruction scolaire, ou même dépourvus d'instruction, n'est pas plus élevé que celui commis par des individus ayant une formation secondaire ou supérieure. Le niveau d'instruction n'influence pas l'aspect quantitatif des manifestations sociales, mais plutôt l'aspect qualitatif, allant de la criminalité agressive, violente vers la criminalité intellectuelle. Ainsi, lorsque les personnes ayant une faible instruction (ou même dépourvues d'instruction), sont impliquées dans un litige ou dans une situation conflictuelle, elles ont tendance à le résoudre en faisant appel à la violence verbale ou physique. Les personnes ayant une formation

élevée cherchent une solution amiable au conflit ou demandent de l'assistance à des organes administratifs, judiciaires, etc., pour le résoudre.[461]

En ce qui concerne le niveau d'éducation, un rôle primordial et majeur est joué par la famille, qui, inconsciemment, inculque des modèles de comportement dans la structure de la personnalité de l'enfant. De la sorte, le développement du comportement moral et de la sensibilité envers les normes morales est décisif pour le développement harmonieux de la personnalité ; la personnalité et le comportement représentent le résultat des changements éducatifs opérés par les modèles familiaux et culturelles. Inversement, des modèles familiaux anomiques (par exemple la conduite négative du père, la carence affective maternelle, etc.) sont de nature à déterminer, à leur tour, des futurs comportements anomiques.

La manière d'organiser le temps libre est impliquée dans la formation de la personnalité du criminel, parce que, d'une part, l'utilisation correcte des trois fonctions du loisir (de repos, de divertissement et de développement de la personnalité) constitue un outil supplémentaire d'intégration sociale, et, d'autre part, la plupart des infractions sont commises pendant les temps de loisir par des criminels qui ont une occupation stable. Il est évident dans un Etat démocratique que l'Etat ou la société ne doivent pas pouvoir contrôler l'individu pendant son temps libre, parce que cela violerait la notion même de « temps libre » ainsi que les droits et les libertés fondamentales de l'Homme.

La manière d'occuper son temps libre s'articule autour de la famille, l'école, le groupe d'amis, les collègues, etc.

Certains auteurs ont même eu pour préoccupation d'esquisser une « pédagogie du temps libre » et les sociologues envisagent que dans la perspective de modernisation continue des mécanismes productifs, l'homme sera de plus en plus déchargé de tâches professionnelles et aura, en conséquence, plus de temps libre.

Le temps libre est de moins en moins passé en famille. Les jeunes préfèrent le passer en « bandes », qui ont tendance à délibérément commettre des infractions. Dans la plupart des cas, ces activités n'ont pas d'implication criminelle. Dans certains cas, toutefois, l'on peut constater une adhésion à la violence, ayant de graves conséquences sur le plan social.

---

3 IACOBUŢĂ, I.A. *Criminologie.* Iaşi : Ed. Junimea, 2002, p. 185.

L'accroissement de la délinquance à l'occasion d'activités exercées pendant le temps libre est étroitement lié aux problèmes sociaux d'intégration. Dans ce sens, le manque d'intégration économique et sociale des jeunes produit des états de frustration et de déséquilibre qui peuvent engendrer des activités criminelles.

§3. Dans les lignes qui suivent, seront analysés certains **phénomènes psycho-sociaux** impliqués dans la genèse du comportement antisocial : le conflit entre les normes promues au sein du groupe d'appartenance, les mœurs et les traditions, les opinions et les attitudes.

Ainsi, un premier phénomène psycho-social qui peut déterminer l'individu à adopter une conduite antisociale est représenté par *un conflit entre les normes promues au sein du groupe d'appartenance*. Par exemple, en famille l'enfant doit obéir à des normes de vie et de conduite sur lesquelles les parents n'ont pas trouvé de consensus. Par conséquent, tandis que l'un exige de l'enfant d'y obéir strictement, l'autre lui accordera toute liberté d'y obéir ou de ne pas y obéir. Dans ce cas, le caractère de l'enfant se forgera sur l'idée que certaines choses peuvent être faites librement, même si quelqu'un les lui interdit. Il y a aussi un conflit entre les normes imposées et les modèles offerts. Dans ce cas, les parents demandent à l'enfant de respecter une norme à laquelle ils désobéissent constamment. Ainsi, le conflit ne réside plus entre les normes, mais entre la norme et le modèle de conduite offert. Cette fois, dans l'esprit de l'enfant prendra contour l'idée qu'il est permis de faire une autre chose que ce qu'on affirme, ou que l'on peut affirmer autre chose que ce que l'on fait, idée qui peut constituer le point de départ de comportements futurs marqués par un manque d'adaptation et d'intégration.

Les mœurs et les traditions représentent un autre phénomène psychosocial. Les mœurs constituent des modèles de comportement liés à différentes croyances populaires, rapportés à la vie de l'homme, à la maison, au travail, etc., qui englobent l'expérience d'une certaine collectivité. Les traditions représentent l'héritage de certaines mœurs transmises oralement et constituant le patrimoine culturel d'une collectivité. Les traditions peuvent contenir des éléments sains, progressistes, ainsi que des éléments rétrogrades, qui dans certaines situations sont la source des comportements et des manifestations antisociaux. Dans cette seconde catégorie se retrouve, par exemple, la tradition selon laquelle les hommes ne sortent pas de la maison ou ne voyagent pas sans être armés d'un couteau, la tradition liée à la

vengeance lorsqu'une agression est commise contre un membre faible de la famille, la loi du talion, etc.

Les opinions et les attitudes jouent aussi un rôle important en tant que phénomènes psycho-sociaux qui modèlent la personnalité. Les opinions représentent l'expression verbale d'attitudes, qui, dans le cas où elles sont fondées sur de fortes convictions, justifient des actes et des comportements. Le potentiel criminogène des opinions et des attitudes existe seulement dans le cas où celles-ci s'opposent à celles de la communauté et ont une intensité particulière, susceptible de provoquer des gestes, des comportements et des actes dirigés contre la collectivité respective.[462]

§4. **Les facteurs d'ordre psychologique** présentent aussi une importance particulière dans la genèse du comportement antisocial. Ainsi, le déroulement de l'activité antisociale concerne pratiquement, à différents degrés, toutes les structures et les fonctions psychiques, en commençant par les structures et les fonctions cognitives et en finissant avec celles affectives et concernant volitives. On considère, presque de manière unanime, que les actes antisociaux sont générés, du point de vue psychologique, par des troubles d'ordre émotionnel et volitif, en soulignant surtout le manque du sentiment de responsabilité et de culpabilité, l'incapacité à renoncer à la satisfaction immédiate de ses besoins même au risque des sanctions, l'insuffisance du contrôle émotionnel, du raisonnement, de l'autocritique et l'absence d'utilisation des expériences passées. Au-delà de cette appréciation générale, les facteurs fréquemment incriminés dans la genèse des actes antisociaux - l'immaturité intellectuelle et affective et le complexe d'infériorité – seront décrits par la suite.

L'immaturité intellectuelle est une composante de la personnalité du délinquant qui réside dans l'incapacité de celui-ci à prévoir, sur le long terme, les conséquences de ses actes antisociaux. L'immaturité signifie aussi une faible capacité à établir un rapport rationnel entre les pertes et les gains, dans la projection d'un crime, le passage à l'accomplissement de l'infraction se faisant avec une prudence minimale par rapport aux niveaux de la tolérance sociale des conduites.[463]

---

462 VOINEA, M., DUMITRESCU, F. *Psiho-sociologie judiciară*. Bucureşti : Ed. Silvy, 1999, p. 29-49.

463 BOGDAN, T.A. *Probleme de psihologie judiciară*. Bucureşti : Ed. Ştiinţifică, 1973.

L'immaturité affective est une dysfonction de la personnalité caractérisée par la prépondérance du principe du plaisir par rapport à celui de la réalité. La personne immature du point de vue affectif fait appel à des comportements enfantins (accès de rire, crises) pour obtenir des plaisirs mineurs, insignifiants. Elle n'a pas une attitude constante par rapport aux problèmes réels et importants, est dépourvue d'une attitude critique et autocritique authentique et présente une haute instabilité émotionnelle. De tels individus, surtout dans le cas où l'immaturité intellectuelle est associée à l'immaturité affective, sont susceptibles de manifester des comportements dont certains peuvent avoir des conséquences très graves.

Le complexe d'infériorité est un état qui découle d'un sentiment d'insuffisance et d'incapacité personnelle. Les complexes d'infériorité apparaissent suite aux déficiences ou aux infirmités réelles ou imaginaires, accentués aussi par le mépris ou la désapprobation tacite ou exprimée des autres. Le complexe d'infériorité incite souvent à des comportements compensatoires, matérialisés soit par la mobilisation des efforts pour obtenir des performances dans un certain domaine, soit par des manifestations négatives tels que le despotisme, la brutalité et des actes antisociaux en général.

§5. **Les facteurs d'ordre psychique** qui peuvent conduire à un comportement criminel ont été classés en facteurs motivationnels (besoins, mobiles, tendances, émotions, désirs, etc.), facteurs cognitifs ou de la connaissance (perceptifs, représentatifs, imaginatifs, intellectifs), qui servent à l'orientation, à reconnaître une situation et les moyens d'action, et facteurs de mouvement, qui servent à la réalisation du désir et de l'idée de commettre le crime. Ces facteurs jouent un rôle important dans le cas d'accomplissement d'actes permis par la loi, ainsi que d'actes illicites.

Dans le cas de facteurs psychiques, le caractère, l'intelligence, le tempérament, les aptitudes, de même que les traits pathologiques jouent un rôle particulier. Ils seront analysés dans les sections suivantes.

L'intelligence est un élément essentiel dans l'étiologie du crime. Elle joue un rôle important dans le processus d'adaptation sociale, dans le comportement, dans la pratique du métier, etc. La conduite criminelle dépend des circonstances de la vie, des difficultés rencontrées à chaque étape, mais en même temps, elle dépend aussi

de la capacité à penser et à prévoir les conséquences qui apparaissent à la suite d'un crime.

Le caractère concerne l'ensemble des traits psychiques et moraux de l'individu, affichés avec une certaine stabilité ; il est considéré comme étant le noyau de la personnalité, l'expression concentrée de l'individualité psychique et morale de chaque personne.

Généralement, le caractère est influencé par le tempérament et les aptitudes, mais sa formation est un processus très complexe, qui consiste en l'assimilation des attitudes et des valeurs socioculturelles pour pouvoir ensuite les exprimer de manière individuelle, stable et équilibrée, dans les notions de « bien » et de « mal ». Ce processus commence dans l'enfance et dure jusqu'à l'âge adulte et implique tous les aspects de la vie individuelle.[464]

Le caractère joue un rôle motivationnel et typologique important ; il est aussi un des traits fondamental et général de l'homme. Il est constitué par une complexité de traits visant les besoins, les tendances, les émotions et les sentiments, qui forment les comportements psychiques dynamiques de l'homme.

Le caractère implique l'organisation et la hiérarchisation de toutes les tendances, émotions et sentiments, grâce à l'influence de l'instruction, du milieu social et de l'éducation. La hiérarchisation de la vie psychique suppose qu'une certaine tendance ou un certain sentiment domine. Cela confère à l'individu une caractéristique spécifique, un certain « caractère », selon la nature de la tendance dominante. Quand la tendance dominante est positive, sainement développée et équilibrée, le caractère de l'individu est sain et équilibré. Quand la tendance dominante est négative, le caractère sera négatif et sous certaines conditions personnelles ou sociales, pourrait conduire aux comportements criminels.

Les aptitudes, nommées aussi « complexes fonctionnelles systématisées », se rapportent aux traits de l'individu qui rendent plus faciles ou même conditionnent la réalisation des actions physiques ou des activités intellectuelles. L'intérêt de la criminologie pour les aptitudes est lié à la problématique générale de l'adaptabilité sociale, à la tendance actuelle de la « professionnalisation » de certaines activités

---

[464] UNGUREANU, A. *Prelegeri de criminologie*. Iaşi : Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă "MOLDOVA" Iaşi, Ed. CUGETAREA, 1999, p. 200.

criminelles, de même qu'à la manière dans laquelle s'organisent les actions qui constituent le crime (*modus operandi*).

Le tempérament de l'individu montre sa capacité de celui-ci à répondre aux divers stimuli internes ou externes, respectivement la capacité de concentration nerveuse, de tension et d'autocontrôle, qui peut varier de l'état de susceptibilité et d'impulsivité au calme et à la maîtrise de soi.

Le tempérament est considéré comme représentant la composante dynamique de l'activité nerveuse et du comportement, c'est-à-dire le fondement psychophysiologique des aptitudes et du caractère, étant personnel et distinct pour chaque individu.

Le tempérament est lui aussi présent dans tout crime. L'infraction peut prendre la forme d'une action énergique, vigoureuse, impulsive, explosive ou bien maitrisée, contrôlée. Toutes les manières d'agir représentent des formes de la vie psychique, des formes du tempérament. Elles sont importantes à la fois parce qu'elles sont constantes, caractérisent la manière de se conduire et contribuent, dans la même mesure que les mobiles, à la réalisation du crime.

Les traits de tempérament sont en grande partie héréditaires. Le tempérament caractérise pleinement l'unité physique et psychique de la personne.

Les traits de tempérament liés au comportement criminel les plus connus et les plus étudiés sont : l'impulsivité, l'irritabilité, l'insensibilité, l'inhibition du contrôle de soi. Ces traits sont liés et déterminés par le métabolisme et le système des glandes endocrines, le système nerveux végétatif et le système nerveux central (surtout le cerveau).

Au-delà des traits de tempérament déjà présentés, se trouvent également des traits de tempérament plus généraux, tels l'extroverti et l'introverti, ceux-ci illustrant la nature de la personne (ouverte ou repliée).

Les extravertis représentent une catégorie de personnes sociables, ouvertes et communicatives. Ces personnes aiment les relations sociales et s'adaptent facilement à l'environnement. En même temps, dans certaines circonstances, elles peuvent entrer en conflit avec les autres. Les statistiques indiquent que dans le monde des délinquants, la plupart sont des extravertis (75 %).

L'introverti est replié sur soi, orienté vers son propre ego, apparemment moins communicatif et n'aime pas les relations et les contacts sociaux. Les personnes appartenant à ce groupe commettent des crimes plutôt graves.

Ceux qui ont étudié le phénomène de la criminalité ont depuis longtemps essayé de repérer les traits psychologiques du criminel. Le plus souvent, ces traits sont représentés par l'égocentrisme (la tendance à tout rapporter à sa propre personne, sur le plan affectif et cognitif), la labilité (une structure psychique et morale faible, changeante, une volonté faible, une capacité de maitrise de soi faible et inconstante), l'agressivité (l'instinct de combattre pour surmonter ou éliminer les obstacles qui pourraient intervenir pour satisfaire ses besoins), l'indifférence affective (le manque d'émotions et de sentiments d'humanité par rapport aux relations interhumaines), l'indifférence ou l'insensibilité morale, le manque d'inhibition, etc. Ces traits ne se situent pas sur le même plan et ne doivent pas être envisagés de manière isolée, mais dans leur ensemble.

Grâce aux interactions constantes entre les facteurs endogènes et exogènes, la structure de la personnalité est un élément qui n'est pas statique mais dynamique. Elle se développe jusqu'à l'âge de 25 ans environ et continue à évoluer dans le temps, à un niveau dépendant de l'influence des facteurs exogènes. A partir de cette réalité, dans l'analyse de la formation de la personnalité antisociale, les controverses théoriques donnent priorité soit aux facteurs individuels (endogènes), soit à l'environnement social (les facteurs exogènes).[465] Même si, aujourd'hui, on ne dit plus que certaines personnes sont nées criminelles, de facto, le rôle des facteurs individuels n'est pas complètement négligé. Cela est dû au rôle de « filtre » joué par les diverses composantes de la personnalité.

Au cours du processus de développement biologique et social, les personnes forment leur personnalité par l'apprentissage et l'assimilation progressive du modèle socio-culturel prédominant. De cette manière, la socialisation devient positive ou négative à la suite de la préexistence d'une complexité de facteurs sociaux qui déterminent ou favorisent l'orientation antisociale de la personnalité. À cet égard, l'orientation sociologique dans la criminologie a produit des théories qui envisagent l'environnement en tant que facteur essentiel dans le développement de la personnalité.

Il ne fait aucun doute que la désorganisation sociale, l'anomie, les conditions économiques précaires, les conflits culturels, etc. ont un impact majeur sur la criminalité en tant que phénomène social. En revanche, au niveau individuel, la

---

[465] GASSIN, R. *Criminologie*. Paris : précis Dalloz, seconde édition, 1990, p. 437.

socialisation négative ne conduit pas inévitablement aux comportements criminels. Celle-ci se produira uniquement à la suite de l'absorbation et de la transformation des facteurs négatifs de l'environnement par les structures de la personnalité et dans des circonstances concrètes qui favorisent la démarche criminelle.

Ainsi, le concept de la personnalité du délinquant ne ressemble pas à l'image d'une personne prédestinée à la criminalité. Entre les délinquants et les non-délinquants, il n'y a pas de différence de nature, mais seulement une différence de degré, avec une détermination multi-causale.[466]

En donnant une valeur égale aux deux catégories de facteurs impliqués dans la formation de la personnalité du délinquant, cette partie insistera en particulier sur les processus qui prédominent au cours de la socialisation négative. Ces processus ont des significations différentes en raison de leur succession temporelle, de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques de l'individu.

La personnalité antisociale est formée dans les mêmes sphères de la vie sociale (famille, école, microgroupes, etc.) que la personnalité non-criminelle. Ce qui diffère est le contenu des informations reçues et la valeur accordée à ces informations par le sujet. L'orientation antisociale de la personnalité est un processus de longue durée, pendant lequel le sujet assimile principalement les renseignements perturbateurs provenant de son environnement social. Le caractère perturbateur de l'information est lié à sa faculté à empêcher l'individu d'assimiler le système des normes et des valeurs promues par la société, à se forger l'image des valeurs réelles, ce qui donne à l'absence de valeurs et aux normes négatives de conduite une importance prioritaire. Cela explique pourquoi les influences négatives s'accumulent progressivement dans la conscience des individus sous la forme de représentations incorrectes des valeurs sociales.

L'efficacité de la transformation de la personnalité par les informations perturbatrices est directement liée aux traits de caractère de la personne. Les individus aux traits de caractère négatifs seront particulièrement sensibles à ce type d'information et sont capables de stimuler ces traits, qui, à long terme, peuvent acquérir une position dominante et conduire à l'orientation antisociale de la

---

[466] PINATEL, J. *Traité de droit pénal et de criminologie*. Tome III, *Criminologie*. Paris : Dalloz, 1963, p. 475.

personnalité.[467] Par conséquent, l'impact des informations perturbatrices sera encore plus important lorsque le sujet est jeune. Ces informations changeront la structure de la personnalité, surtout au niveau du caractère, qui sera initialement externalisé par des actes de conduite négatifs mineurs. Ces actes, dans le temps, peuvent se généraliser pour dégénérer en actes de comportement antisocial, criminel.

§6. **Les méthodes principales de formation de la personnalité antisociale** incluent l'aliénation, la frustration, l'inadaptation et l'apprentissage. L'analyse de la genèse du comportement criminel ne peut pas être abordée sans la présentation des méthodes générales de formation de la personnalité antisociale. Pour bien comprendre les aspects qui conduisent à la variation du taux de la criminalité dans les circonstances complexes de la guerre, il faut tout d'abord étudier les modalités dans lesquelles cette variation se produit en situation de paix. Ces méthodes de formation de la personnalité antisociale expliquent, du point de vue psychologique, l'apparition de la tendance vers la criminalité et elles seront utilisées pour développer une théorie nouvelle sur l'augmentation du nombre d'infractions pendant et après la guerre.

L'aliénation signifie l'éloignement de la personne du modèle reconnu comme respectant la norme, en raison des difficultés à s'intégrer dans la sphère des relations sociales. L'aliénation est la conséquence des influences sociales négatives qui ont lieu pendant le processus de socialisation. Ce phénomène se manifeste comme un élément perturbateur général du comportement humain, qui intervient, par des effets génériques de conversion, à la déviance. L'aliénation peut être aussi le contre effet de la stigmatisation par la société et peut produire, à son tour, des effets d'inadaptation en cas de conflit entre l'individu stigmatisé et la société, conflits qui peuvent être d'ordre économique, social ou culturel. Le processus d'aliénation se produit en plusieurs étapes. Il commence par des attitudes d'indifférence, d'opposition et de défi et se termine par l'apparition de la contradiction qui signifie l'entrée effective dans le domaine de l'antisocial. Le comportement antisocial, en tant qu'expression de l'aliénation de l'état individuel, est caractérisé par le fait qu'il dresse l'individu contre la société et les valeurs protégées par le système juridique.

---

[467] STĂNOIU, R.M. *Introducere în criminologie*. Bucureşti : Ed. Academiei Române, 1989, p. 145.

Toutefois, l'aliénation ou l'éloignement, comme condition préalable à l'état antisocial, ne conduit pas toujours et nécessairement aux actes antisociaux. Dans certains cas, l'aliénation de la personne ne se manifeste pas dans son sens criminel, mais par d'autres façons telle la création et l'art.

La frustration est une émotion profonde, ressentie par l'individu en cas de privation de certains droits, de récompenses, de satisfactions, auxquels il estime avoir le droit, ou quand des obstacles compromettent l'obtention de ces droits. En d'autres termes, la frustration est le blocage d'une impulsion ou d'un comportement visant la poursuite d'un objectif.

La frustration est ressentie sur le plan affectif et cognitif comme un état de crise. Les êtres humains réagissent différemment à des situations frustrantes, ces réactions pouvant varier de l'échec (la tolérance de la frustration), à l'ajournement de la satisfaction jusqu'au recours à la violence. En général, les individus fortement frustrés ont tendance à perdre leur calme momentanément et à agir soit de façon désorganisée et chaotique, soit de façon préméditée, mais le plus souvent de manière violente et, dans certains cas, antisociale.

La frustration, en tant que réponse générale exprimant le mécontentement de vastes catégories de personnes, devient intense dans des conditions comme, par exemple, les changements politiques, économiques et culturels, qui ont un effet traumatisant. Ceux-ci peuvent conduire à des changements de personnalité chez les individus. La frustration est un processus conflictuel, qui va en à l'encontre de l'adaptation, qui conduit à la dépersonnalisation de l'individu en passant par des phases d'haute intensité, qui le poussent à la vengeance et aux représailles, dans le contexte d'un éloignement délibéré et souvent brutal, des règles généralement admises.

Le manque ou l'incapacité d'adaptation (absolue ou relative) au comportement normal, non-déviant, est une autre modalité importante de la formation de la personnalité criminelle. Cette étiologie connaît des divers degrés d'expression, pouvant se manifester comme une « adaptation faible », une « adaptation difficile » ou une « inadaptation ». L'inadaptation est entraînée par des facteurs internes comprenant des insuffisances d'empathie, émotionnelles ou des infirmités, qui affectent la capacité de l'homme à se conformer aux normes sociales reconnues au plan général.

Le mécanisme principal de la formation de la personnalité du criminel est, peut-être, *l'apprentissage* du comportement déviant, qui peut se produire progressivement, sous l'influence négative des facteurs sociaux et de l'éducation ou par une modification progressive du comportement et l'éloignement du modèle social accepté, à cause des mêmes facteurs. La recherche criminologique a révélé de nombreuses façons et formes d'apprentissage des comportements criminels, en se concentrant sur la qualité négative de la vie familiale, l'environnement social, l'entourage intime, les relations de travail et l'influence négative des facteurs socioculturels. Ainsi, les facteurs qui contribuent à la création de la personnalité délinquante par l'apprentissage d'un comportement antisocial sont la famille, l'école, l'environnement socioprofessionnel, l'environnement microsocial immédiat (et surtout le groupe qui forme l'entourage) et l'environnement social global (socioculturel).

Après avoir expliqué les modalités générales de la formation du comportement criminel, les chapitres suivants démontreront la manière dont ces mécanismes varient pendant les périodes exceptionnelles de guerre qui, par leur ampleur, ont des conséquences particulièrement néfastes sur le comportement des individus.

Chapitre 1. L'influence de la guerre sur la criminalité

L'idée que la guerre pourrait favoriser la criminalité et la violence n'est pas nouvelle.

Bien que la première apparition de cette idée soit difficile à dater avec certitude, Erasmus, Sir Thomas Moore et Machiavel avaient déjà souligné le fait que les guerres conduisent à une augmentation de la criminalité.[468]

D'une manière non surprenante, la majeure partie de la bibliographie sur ce sujet est apparue au cours ou immédiatement à la suite de guerres. Après la fin de la première guerre mondiale, par exemple, plusieurs personnalités publiques et écrivains avaient suggéré que le conflit avait eu pour conséquence d'augmenter les taux de criminalité.[469] La fin de la première guerre mondiale a vu l'apparition des premiers travaux scientifiques sur cette question. Un certain nombre de ces études traitaient des guerres du XIXe siècle (et, dans un cas, du XVIIIe siècle) : Tarde (1912), Bonger (1916) et Roux (1917) décrivent les changements intervenus dans la criminalité en France suite à la Révolution de 1848 et en France et Allemagne après la guerre franco-prussienne des années 1870. Basé sur un examen de six cas du XIXe siècle, Sorokin[470] a conclu que l'augmentation du nombre des crimes suite à une guerre dépendait du succès de la guerre, de sa popularité, du lieu où le conflit a été mené (dans le pays en question ou à l'étranger) ainsi que d'autres facteurs.

Des études sur l'impact de la première guerre mondiale sur la criminalité ont été rédigées en Autriche (Exner, 1927), en France (Calbairac, 1928), en Italie (Levi, 1929), en Tchécoslovaquie (Solnar, 1929), en Allemagne (Leipman, 1930), aux États-Unis, (Engelbrecht, 1937; Sutherland, 1943) et en Angleterre (Mannheim, 1941, 1955). Les chercheurs les plus influents semblent avoir été Exner (1927), qui a attribué l'augmentation de la criminalité aux problèmes économiques d'après guerre,

---

468 ABBOTT, E. Crime and the War. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1918, 9, 32-45, HAMON, A.F. MIALL, B.,GEDDES P. *Lessons of the World War (1919)*. Whitefish, Montana : Kessinger Publishing, 2010, p. 355.

469 ABBOTT, E. The Civil War and the crime wave of 1865-70. *Social Service Review*, 1927, 1, 212-234; DARROW, C. *Crime: Its Causes and Treatment*. New York: Crowell, 1922, p. 218; LOWELL, A.L. *Public Opinion in War and Peace.* Cambridge : Harvard University Press, 1926, p. 299.

470 SOROKIN, P. *Contemporary Sociological Theories*. New York : Harper, 1928, p.340-344.

et Mannheim, qui a insisté sur les facteurs non-économiques tels que la dévaluation générale de toutes les valeurs sociales, le relâchement des liens familiaux et l'affaiblissement du respect de la loi, de la vie humaine et des biens.[471]

Dans l'étude la plus rigoureuse de cette période, Sellin (1926) a comparé les changements des taux d'homicides à la suite de la première guerre mondiale dans cinq nations belligérantes et quatre nations non belligérantes. Sellin a conclu que les Etats belligérants ont connu une hausse de la criminalité, même si les différences entre les pays belligérants et ceux qui n'ont pas participé à la guerre ne sont pas uniformes.

Quand ils ont examiné les questions de la transformation comportementale vers la « brutalité », les historiens intéressés par l'héritage culturel de la première guerre mondiale ont eu tendance à se concentrer presque exclusivement sur l'expérience des soldats placés en première ligne.[472] Selon ces chercheurs, les soldats des premières lignes rentraient chez eux avec un état d'esprit violent, qui se manifestait à la fois par des désordres collectifs généralisés et par d'innombrables agressions sexuelles sur les femmes.[473] Il n'est pas difficile de trouver des témoignages de cette période. Par exemple, en 1920, le Parlement britannique a dû se pencher sur une série de plaintes liées à des vols à main armée impliquant « des hommes qui avaient pris l'habitude de la violence dans la guerre ». C'est au cours de cette affaire que fut évoqué pour la première fois, au sein de ce Parlement, le cas de ces vétérans faisant preuve d'une effrayante « insensibilité à l'égard de la vie. »[474] Un an auparavant, Henri de Man avait écrit sur l'éveil par la guerre du « plus grand plaisir brutal de tuer », chez les hommes, en particulier ceux qu'il qualifie de « paysans ignorants et ouvriers » et il avait prédit que ce « fantôme a été évoqué plus

---

471 MANNHEIM, H. *Group Problems in Crime and Punishment*. London : Routledge and Kegan Paul, 1955, p. 112.

472 BONADEO, A. *Mark of the Beast: Death and Degradation in the Literature of the Great War*. Lexington, (Kentuky USA) : University Press of Kentucky, 1989, p. 19-23, 26, et 146; KENT, S.K. *Making Peace: The Reconstruction of Gender in Interwar Britain*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press, 1993, p. 4; 97-113.

473 KENT, S.K. *Making Peace: The Reconstruction of Gender in Interwar Britain*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press, 1993, p. 97 – 98.

474 Parliamentary Debates, série 5eme, vol. 130 (Commons) cols. 656-67, 664-65 et 672, 1909 - 1943.

facilement qu'il sera banni. »[475] Comme tant d'écrivains, de Man a reconnu que tous les hommes avaient été abaissés par la brutalité de la guerre, mais il est persuadé que ceux qui étaient moins instruits et raffinés constituaient une véritable « menace pour la civilisation » ; ce sont eux qui étaient rentrés comme des barbares, en guerre avec la société. Se penchant sur le même sujet, Stephen Graham, en 1921, a écrit sur la façon dont la guerre abaisse les hommes dans le corps et dans l'esprit, aboutissant à la négation même de l'homme civilisé.[476]

Toutefois, il est important de reconnaître que de nombreux commentateurs de cette période ont adopté une vision plus nuancée du problème. Tout d'abord, il y avait ceux qui, comme Philip Gibbs, l'ancien correspondant officiel de guerre, étaient prêts à soutenir que quelques personnes seulement, de type irrémédiablement mauvais, avaient été touchées par la brutalité de la vie militaire et que la plupart des soldats avaient mis au point des défenses psychologiques efficaces pour lutter contre les « brutalités », en refusant d'accepter la « normalité » de tuer.[477] On pourrait s'attarder sur des articles de journaux concernant des anciens militaires impliqués dans des « crimes horribles de violence et de passion ». Ceux-ci ont toujours souligné qu'il s'agissait d'actes de quelques hommes faibles et dégénérés, et non pas de toute une génération marquée pour toujours par la guerre. Malgré la présence d'arguments contraires, Gibbs n'avait aucun doute que la plupart des militaires avaient « résisté à l'éducation de la brutalité » et qu'il était donc une erreur grossière de parler de « leur moralité abaissée et leurs tendances brutales. »[478] De même, en 1922, le chercheur C. F. G. Masterman s'est étonné du fait que tant d'hommes « formés à l'art de la guerre » soient volontairement revenus à « des fins pacifiques ».[479]

Après avoir visité la Grande-Bretagne au cours de l'été 1920, le politologue américain, A.L. Lowell a été frappé par la perturbation des modes classiques de

---

475 DE MAN, H. *The Remaking of a Mind: A Soldier's Thoughts on War and Reconstruction*. New York : Charles Scribner's Sons, 1919, p. 200.

476 GRAHAM, S. *The Challenge of the Dead*. London : Cassell, 1921, p. 121.

477 GIBBS, P.H. *Realities of War*. London : ed. W. Heinemann, 1920, p. 432-33, 447, et 450 - 452.

478 GIBBS, P.H. *Realities of War*. London : ed. W. Heinemann, 1920, p 450 - 452.

479 MASTERMAN, C.E.G. *England after War: A Study*. London : Hodder and Stoughton Ltd, 1922, p. 5 - 6.

fonctionnement de la vie politique publique et a identifié « une perturbation générale dans l'équilibre mental et social », qui avait placé les masses sous l'influence d'« émotions violentes et temporaires ». L'analyste a estimé que la disparition de la politique traditionnelle des deux partis avait accentué les problèmes britanniques, mais il avait acquis la certitude que la guerre avait avili le grand public et avait conduit à une « lassitude morale ». Autrement dit, Lowell a estimé que les états d'esprit corrompues qui ont suivi la guerre avaient représenté une réaction naturelle aux « graves tensions qui accompagnent et suivent une guerre terrible » et, qu'en tant que tels, étaient susceptibles de se révéler purement temporaires.[480]La guerre avait revigoré « l'instinct grégaire » de la société et la violence glorifiée en tant que mode d'action. Il a conclu en affirmant que la guerre avait montré que la civilisation et l'intelligence pourraient fournir peu de défense contre la résurgence de nouveaux actes de barbarie. Les hommes ont connu et perpétré la violence de guerre en tant que membres de l'armée et ne seraient pas prêts aujourd'hui de revenir facilement à la manière antérieure, pacifique, de comportement.[481] Ces arguments étaient peut-être un peu trop abstraits, mais, face à l'enjeu concret d'une vague de violentes émeutes urbaines en 1919, de nombreux observateurs britanniques avaient tiré des conclusions similaires s'agissant du tempérament du public. La Grande-Bretagne semblait faire face à des troubles publics d'un niveau inconnu depuis des générations.[482]

La seconde guerre mondiale a renouvelé l'intérêt de cette question. Un certain nombre des travaux ont traité les transformations de la criminalité au cours des années de guerre, y compris Sellin (1942), Reckless (1942), Glueck (1942), Bromberg (1943) et von Hentig (1947). Ces transformations en temps de guerre dans neuf nations alliées et neutres ont également été examinées par un groupe international de criminologues dans le cadre de la Commission Internationale Pénale et Pénitentiaire (1951). Après la guerre, l'augmentation du nombre des infractions a été examinée dans cinq pays par Lunden (1963, 1967), qui a comparé le nombre

---

480 LOWELL, A.L. *Public Opinion in War and Peace.* Cambridge : Harvard University Press, 1926, p. v-vi, 76, 259-60, 266, 270, 299-300.

481 TROTTER, W. *Instincts of the Herd in Peace and War*. London : Filiquarian Publishing LLC/Qontro, 1953. p. 192-193; 197.

482 LAWRENCE, J. Forging a Peaceable Kingdom: War, Violence, and Fear of Brutalization in Post-First World War Britain. *The Journal of Modern History*, 2003, 75(3), 557-589.

brut de crimes commis après la guerre avec le nombre de crimes commis pendant la seule année avant le déclenchement du conflit. Lunden a signalé des augmentations dans la criminalité d'après guerre, et a attribué ce résultat aux changements sociaux impliqués par le conflit, y compris la désorganisation sociale, l'augmentation de la mobilité et la perturbation de la vie communautaire.[483]

Dans le cadre d'études sur le contexte politique américain pendant la guerre du Vietnam, Tanter (1969) a noté l'augmentation des crimes violents pendant les années de guerre. A cause de cette augmentation, Tanter à suggéré la possibilité que la continuation de la guerre engendre ou rend plus facile un état d'« absence de normes », dans lequel les structures traditionnelles établies contre les actes criminels perdent leur efficacité.[484]

Pour plusieurs raisons, certains aspects de l'étude de la guerre et de la criminalité sont plus problématiques que d'autres. Par exemple, l'interprétation du taux de criminalité au cours des guerres majeures est rendue plus complexe en raison du grand nombre de changements sociaux intervenus simultanément. Au cours des grandes guerres, la visibilité du taux de criminalité est susceptible d'être affectée par de nombreux facteurs, y compris : la diminution massive du nombre d'hommes jeunes au sein de la population civile à cause de la conscription et de l'enrôlement, la libération des condamnés s'ils entraient dans les forces armées plutôt que retourner à la vie civile, la tendance des personnes arrêtées pendant les grandes guerres à ne pas être condamnées ou emprisonnées[485], le fait que les libérés conditionnels trop vieux pour le service militaire aient facilement trouvé un emploi en raison de la pénurie de force de travail créée par la guerre, les possibles changements dans les systèmes nationaux d'application de la loi, notamment à

---

483 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

484 TANTER, R. International war and domestic turmoil: some contemporary evidence. In : GRAHAM, H. D., GURR, T. (eds), *The History of Violence in America*. New York, Praeger, 1969, p. 436.

485 ABBOTT, E. Crime and the War. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1918, 9, 32-45 ; MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941; VON HENTIG, H. *Crime: Causes and Conditions*. New York : McGraw-Hill, 1947, p. 132-137.

cause d'une insuffisance de policiers[486], etc. L'impact de l'ensemble de ces facteurs, qui varient d'une manière proportionnelle au niveau des taux de mobilisation pendant le conflit, semble entraîner pendant les grandes guerres une diminution de la criminalité enregistrée officiellement, qui sera encore moins élevée qu'à l'occasion de conflits mineurs.[487]

Il y a aussi, au cours des guerres, des changements sociaux qui sont susceptibles de conduire à l'augmentation de la criminalité, notamment la séparation des familles à cause de la conscription, les longues heures de travail, l'évacuation des maisons[488], l'existence d'opportunités spéciales et de conditions favorables au crime, telles l'interruption de l'électricité, l'accessibilité des maisons et d'autres biens bombardés[489] et l'apparition de nouveaux types d'infractions contre les règlements spéciaux tels que le rationnement des produits pour la consommation publique[490].

Enfin, d'autres facteurs peuvent intervenir et limiter l'utilité des données et des résultats dans la recherche sur les infractions en temps de guerre. Il s'agit de la confusion entre les crimes et les actes de résistance dans les pays occupés[491], l'idée persistante que les personnes prédisposées à la criminalité ont tendance à s'enrôler[492], les modifications des frontières des nations belligérantes[493] et le fait que l'enregistrement et la manutention des dossiers pénaux ont souvent été interrompues pendant la guerre.

Malgré les problèmes inhérents et peut-être insurmontables, occasionnés par l'interprétation du taux de criminalité au cours des années de guerre, sa tendance a généralement été celle d'une forte réduction au cours des premières années d'une

---

486 MANNHEIM, H. *Comparative Criminology*. London : Routledge and Kegan Paul, 1965, p. 88-96.

487 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

488 MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941.

489 MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941, p. 131.

490 SUTHERLAND E.H. CRESSEY D.R. *Principles of Criminology.* Chicago: Lippincourt, 1960, p. 208-209.

491 MANNHEIM, H. *Comparative Criminology*. London : Routledge and Kegan Paul, 1965. p. 88-96.

492 TARDE, G. *Penal Philosophy*. Boston : Little, Brown, and Co, 1912, p.205-211.

493 SUTHERLAND, E. Crime. In : OGBURN, W.F. (ed), *American Society in Wartime*. Chicago: University of Chicago Press, 1943, p. 185-206.

guerre, suivie par un retour progressif à la fin de la guerre, pour en arriver au niveau d'avant le conflit[494].

Le retour à la paix, en général, engendre les phénomènes suivants : le renvoi d'un grand nombre d'hommes jeunes dans la société civile et la réunion des familles, le rétablissement d'effectifs normaux dans la police et la fin du rationnement des produits de base lié à la guerre. Des changements sociaux et démographiques pourraient ainsi influencer le niveau de la criminalité dans les périodes d'après la guerre. De manière concrète, tous les facteurs énumérés ci-dessus devraient avoir la même influence, dans le sens d'une réduction du niveau de la criminalité dans la période d'après guerre par rapport à la période d'avant le conflit.[495]

L'un des facteurs les plus importants qui interviennent après la guerre, en particulier, après les grandes guerres, implique des changements dans la structure par âge et par sexe de la population en raison du nombre de jeunes hommes tués pendant le conflit. Ces pertes ont parfois été d'une ampleur considérable. Les hommes jeunes sont universellement surreprésentés par rapport aux femmes et aux autres catégories en ce qui concerne les infractions, en particulier dans le cas d'homicides[496]. Par conséquence, la mort pendant la guerre d'un grand nombre d'hommes jeunes, qui sont, statistiquement, les plus susceptibles de commettre des infractions, diminue la probabilité qu'un large taux de criminalité soit enregistré après la fin du conflit. Un deuxième facteur, qui agit également dans un sens conservateur, est constitué par la possibilité que les anciens combattants arrêtés ou condamnés pour certains crimes soient traités avec indulgence en raison de leur aide pendant la guerre.[497] Les actes de clémence envers les anciens combattants arrêtés ont également été cités par les chercheurs de la première guerre mondiale, même dans les cas visant des infractions très graves.[498] En tout cas, la clémence judiciaire ne pouvait jouer que dans le sens d'une diminution de la criminalité enregistrée par les

---

494 MANNHEIM, H. *Comparative Criminology*. London : Routledge and Kegan Paul, 1965, LUNDEN, W.A. *Crimes and Criminals*. Ames, Iowa : Iowa State University Press, 1967.

495 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

496 WOLFGANG, M., FERRACUTI, F. *The Subculture of Violence*. New York: Tavistock, 1967, p.62-68.

497 ABBOTT, E. Crime and the War. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1918, 9, 32-45.

498 MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941, p. 119.

autorités, alors que les taux observés d'infractions seraient sous-estimés par rapport à l'incidence réelle de ces crimes.[499]

Toutefois, au delà de tous ces facteurs qui logiquement auraient déterminé la diminution de la criminalité, la réalité montre que la guerre influence, sans doute, l'augmentation du nombre et de la gravité des infractions commises dans certaines communautés.

[499] ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

Section 1. Les théories qui expliquent les variations du taux de criminalité pendant et après la guerre

Pour expliquer les modifications du taux de la criminalité au cours des guerres, de même qu'après le conflit, certains modèles théoriques ont été avancés. Cette section présentera et évaluera, du point de vue critique, les modèles les plus importants et les plus connus, afin d'utiliser certains de leurs éléments valides pour proposer une thèse alternative qui expliquerait la variation de la criminalité dans le contexte des conflits armés.

§1. *Le modèle de la solidarité sociale*

Les chercheurs ont suggéré que les guerres renforcent la solidarité sociale et, par conséquent, réduisent les taux de la criminalité. Les partisans de cette théorie ont argumenté que les guerres renforcent la discipline et la force du droit. Certains auteurs ont même suggéré que les « criminels » habituels sont influencés par la guerre[500] et peuvent même abandonner temporairement leur comportement antisocial. De la même manière, un article de 1914 du « Times » expliquait que le criminel, pareil au citoyen honnête, est impressionné par les conditions de guerre qui le déterminent à accomplir son devoir dans la société en causant le moins de mal possible.[501] Le modèle de la solidarité sociale est fondé sur l'espoir que le taux de criminalité diminue en temps de guerre par rapport à la période d'avant la guerre. Ce modèle prévoit également que les taux de criminalité d'après la guerre devraient être comparables à ceux d'avant la guerre, après le dépassement de la période caractérisée par l'augmentation de la cohésion de la communauté autour des normes de droit.

§2. Le modèle de la désorganisation sociale

Les guerres perturbent l'ordre normatif établi par la société et certains chercheurs ont attribué l'augmentation de la criminalité à la désorganisation sociale

---

500 SUMNER, W. G., *Folkways: A Study of the Sociological Importance of Usages, Manners, Customs, Mores and Morals*. Boston : Ginn and Co, 1906, p.12.

501 MANNHEIM, H. *War and Crime*, London, Watts, 1941, p. 108.

provoquée par le conflit. La notion de désorganisation sociale a été utilisée avec beaucoup d'imprécision, et il y a, par conséquent, deux versions de ce modèle. Certains chercheurs l'utilisent pour décrire les changements anomiques qui pourraient se produire au seine de n'importe quelle nation en guerre et selon qu'elle soit victorieuse ou vaincue : les pertes de biens, l'industrialisation rapide, les changements dans la population active, les migrations soudaines de la population, la dissolution des familles, etc. La plupart des chercheurs, cependant, ont utilisé le concept de désorganisation sociale pour décrire les changements sociaux et psychologiques dans une nation vaincue[502]. Certains experts ont utilisé cette version du modèle de la désorganisation sociale pour expliquer les vagues de criminalité d'après la guerre qui sont essentiellement concentrées, dans leur opinion, dans les pays qui subissent plutôt une désintégration complète de leurs systèmes économiques, politiques et sociaux à la suite de la guerre.[503] D'autres chercheurs utilisent le modèle de la désorganisation sociale pour démontrer que la criminalité augmente dans la période d'après la guerre, à cause des changements sociaux rapides susceptibles d'être expérimentés par toutes les nations en guerre. D'autres affirment que le modèle prévoit que les augmentations du taux de criminalité seraient confinées aux pays vaincus.[504]

§3. Le modèle des facteurs économiques

Les facteurs économiques ont souvent été cités comme une cause de variation du taux de la criminalité pour la période de la guerre et d'après-guerre. La pénurie de produits nécessaires pour l'usage quotidien de première nécessité et d'autres changements économiques ont constitué les principales variables

---

502 MANNHEIM, H. *Comparative Criminology*. London : Routledge and Kegan Paul, 1965, LUNDEN, W.A. *Crimes and Criminals*. Ames, Iowa : Iowa State University Press, 1967, p. 77 – 97; LUNDEN, W.A. *War and Delinquency*. Ames, Iowa : The Art Press, 1963, p. 112-127.

503 SUTHERLAND E.H. CRESSEY D.R. *Principles of Criminology.* Chicago: Lippincourt, 1960, p. 208-209.

504 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

concernant les infractions contre la propriété[505], qui ont toujours été nombreuses pendant et après les conflits.[506] La relation générale entre les changements économiques et les homicides est toutefois beaucoup moins claire.[507]

Les discussions sur les changements économiques causés par la guerre sont fondées sur deux variables explicatives très différentes : la pénurie des biens de première consommation créée par le conflit et le niveau général d'emploi (ces deux variables étant complétées par d'autres indicateurs économiques).

Selon cette théorie, la baisse du niveau d'emploi se justifie par le fait que les années de guerre ont souvent produit des emplois à plein temps, tandis que la période post conflit n'a pas fait face aux besoins d'emploi. Par conséquence, l'existence d'un nombre suffisant d'emplois serait un facteur inhibiteur de criminalité, tandis que, en cas de pénurie d'emplois, le taux d'infractions augmentera. Si les facteurs économiques sont liés aux crimes violents, les variations du taux d'homicide seraient fonction de la santé économique relative de la société d'avant et d'après la guerre.

Le modèle fondé sur des facteurs économiques prévoit une diminution du taux des crimes contre la propriété dans l'après-guerre, si l'économie durant cette période s'améliore et un accroissement de la criminalité dans le cas où l'économie d'après guerre se détériore ou stagne.[508]

§ 4. Le modèle « catharsis »

Le modèle « catharsis » s'appuie sur l'idée que les conflits armés entraînent une substitution de la violence en la transposant du cadre privé à la violence publique. Certains chercheurs ont affirmé que les révolutions apaisent

---

505 EXNER, F. *Krieg und Kriminalitat in Oesterreich*. Vienna : Holder-Pichler-Tempsky, 1927, in : ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976, 41 (6), 937-963.

506 MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941, p. 205.

507 HENRY, A.F., SHORT, J.F, Jr. *Suicide and Homicide: Some Economic, Sociological, and Psychological Aspects of Aggression*. Glencoe Illinois : Free Press, 1954, RADZINOWICZ, L. Economic pressures. in: RADZINOWICZ, L., WOLFGANG, M.E. (eds), *Crime and Justice*. vol. I: *The Criminal in Society*. New York: Basic Books, 1971.

508 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

temporairement le taux des homicides, pour revenir aux niveaux initiaux à la fin du conflit.[509] Beaucoup d'autres chercheurs ont suggéré que les guerres fournissent une issue ou une catharsis pour les sentiments ou les « instincts » agressifs.[510] Le modèle « catharsis » prévoit que les crimes violents diminuent pendant la guerre. Les implications de ce modèle sur le taux de criminalité d'après guerre dépendent de la période pendant laquelle durent les effets cathartiques. Un corollaire du modèle « catharsis » pourrait être que les sociétés dont les expériences de guerre ont été les plus violentes, et donc les plus cathartiques, connaissent une réduction plus importante du taux de crimes violents après la guerre.[511]

§ 5. Le modèle de l'ancien combattant violent

Depuis la révolution américaine, la question de savoir si les vétérans de guerre sont plus susceptibles que d'autres de commettre des crimes violents a commencé à se poser de plus en plus fréquemment. Dans un fameux procès de 1783 à Charleston, le juge Aedanus Burke a affirmé que les crimes violents contemporains avaient été commis par des hommes qui avaient pris l'habitude de la guerre révolutionnaire, du pillage et de l'assassinat de leurs ennemis, comportement qu'ils ont ensuite manifesté envers leurs voisins[512]. L'idée essentielle de ce modèle est que l'expérience de la guerre peut déterminer les soldats resocialisés à mieux accepter la violence et à y être mieux préparés. On a suggéré, par exemple, que le combat a développé chez certains hommes un « appétit de la violence »[513] et l'« habitude » de solutionner les problèmes par des moyens agressifs.[514] D'autres experts ont attribué l'augmentation de la criminalité d'après la guerre au retour des anciens combattants qui avaient été « vaccinés par la folie universelle. »[515]

---

509 SOROKIN, P. *The Sociology of Revolution.* Philadelphia : Lippincourt, 1925, p. 146.

510 MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941, p. 128.

511 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

512 WECTER, D. *When Johnny Comes Marching Home*. Cambridge Massachusetts : Houghton Mifflin Co 1944, p 70.

513 HAMON, A.F. MIALL, B., GEDDES P. *Lessons of the World War (1919)*. Whitefish, Montana : Kessinger Publishing, 2010, p. 355.

514 ABBOTT, E. Crime and the War. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1918, 9, 32-45.

515 DARROW, C. *Crime: Its Causes and Treatment*. New York: Crowell, 1922, p. 218.

Cette idée récurrente a ensuite été mise en relation avec la question des anciens combattants de la guerre du Vietnam. Selon certains chercheurs, les problèmes potentiels de ces vétérans semblent dépasser le cadre de la criminalité commune, dans le sens que certains d'entre eux sont susceptibles de rechercher des cadres sociaux qui leur permettent de poursuivre le modèle de la violence auquel ils ont été habitués, soit en manifestant un comportement antisocial ou criminel, soit en offrant leurs « services » à divers groupes criminels.[516]

§ 6. Le modèle de la légitimation de la violence

Un autre modèle est fondé sur le fait que la guerre pourrait affecter les taux d'homicides dans la période qui la suit en « légitimant » la violence. Le concept central de cette explication est que certains membres d'une société en guerre sont influencés par le « modèle » uniformisé de tuer et de détruire. Au cours du conflit, une société glorifie des actes violents qui seraient en temps de paix considérés comme des infractions (par exemple, tuer l'adversaire). Plusieurs chercheurs ont suggéré que cette approbation sociale ou cette légitimation de la violence produit une réduction de longue durée des inhibitions contre le meurtre[517]. Ce modèle peut être illustré par cette citation du révérend Charles Parsons visant l'époque de la Première Guerre mondiale : « Lorsque les règles de la société civilisée sont suspendues, tuer devient une entreprise et un signe de bravoure et d'héroïsme, lorsque le meurtre sans motif de femmes paisibles et d'enfants devient un acte de vertu, étant salué comme un service à Dieu et au pays, il semble presque inutile de parler de criminalité au sens ordinaire. »[518]

Si, comme ce modèle le suggère, tuer en temps de guerre légitime la violence et les homicides d'une manière durable ou générale, on peut également s'attendre à une augmentation des crimes violents dans la société d'après la guerre. En outre, comme les civils et les soldats peuvent, de la même manière, être influencés par ce processus de légitimation, ce modèle prévoit également une augmentation des

---

516 MANTELL, D.M., PILISUK M. Soldiers in and after Vietnam. *Journal of Social Issues*, 1973, 31(4), 67-80; LIFTON, R. J. The veterans return. *New York Times*, 8 novembre 1970, p. 32.

517 SOROKIN, P. *The Sociology of Revolution.* Philadelphia : Lippincourt, 1925, p. 139; ENGELBRECHT, H.C. *Revolt against War*. New York : Dodd, Mead & Co, 1937, p. 188 - 190.

518 PARSONS, C. The influence of war on crime. In Proceedings of the American Correctional Association, 1917, p. 267.

homicides chez les anciens combattants, ainsi que dans la population non-combattante.[519]

Tous les modèles présentés ci-dessus ont été testés par D. Archer et R. Gartner en 1976, sur environ 110 nations, pour fournir un examen empirique de l'impact des guerres sur les homicides au niveau national. Les taux d'homicides dans les nations en guerre ont été analysés pour déterminer si celui-ci augmentait dans les périodes d'après guerre et si les données recueillies étaient compatibles ou infirmaient les modèles théoriques. Selon l'étude, la plupart des nations en guerre ont connu une augmentation substantielle du taux d'homicides dans la période post - conflit, augmentation que l'on ne rencontre pas dans un groupe de nations non-combattantes prises comme témoins. Les augmentations se sont retrouvées dans tous les cas et ont eu lieu à l'issue de guerre à ampleur variable. Les résultats ont été vérifiés sur plusieurs types d'indicateurs d'homicide, pour les nations victorieuses ainsi que pour les vaincues. Les variables économiques ont été prises en considération, les données étant examinées dans les pays qui ont connu une amélioration de leur économie après le conflit, de même que dans les nations dont l'état de l'économie est aggravé. Les facteurs criminologiques et les caractéristiques des criminels ont été ainsi vérifiés, en prenant en compte les criminels hommes et femmes et plusieurs groupes d'âge. L'augmentation de la criminalité d'après guerre s'est révélée être plus fréquente dans les nations qui ont connu le plus grands nombres de morts au combat.[520]

Ces résultats indiquent que les augmentations du taux d'homicide après la guerre se produisent de façon généralisée. Par conséquence, plusieurs des explications théoriques présentées ci-dessus sont soit infirmées par les déductions sur les changements post conflit, soit insuffisantes pour les expliquer. Le modèle qui semble totalement compatible avec les éléments de preuve révélés par les deux chercheurs est le modèle de la légitimation de la violence. Cela suggère que la

---

519 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

520 ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

présence des homicides « autorisés » pendant la guerre a un effet résiduel sur le niveau des homicides en temps de paix, dans la même société.[521]

Par conséquent, les théories qui justifient l'augmentation du taux de la criminalité dans la période d'après la guerre semblent valides : le modèle de la légitimation de la violence, le modèle de l'ancien combattant violent et le modèle de la désorganisation sociale. Ces trois modèles ont en commun un élément sur lequel une nouvelle théorie, soutenue par des arguments de nature criminologique, pourrait être développée. Cet élément commun aux trois théories est fondé sur l'impact de la guerre sur la psychologie des personnes impliquées, effet qui entraîne une augmentation de la prédisposition aux actes violents.

---

[521] ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963.

Section 2. L’évolution des facteurs qui déterminent la conduite criminelle pendant la guerre

Les mécanismes externes qui conduisent certaines personnes, dans des conditions sociales de paix, à commettre des infractions ont été exposés antérieurement et sont représentés principalement par l'aliénation, la frustration, l’inadaptation et l'apprentissage. Toutefois, dans un environnement de guerre, l’ensemble de ces facteurs est amplifié.

Pendant la guerre, les relations sociales s’éloignent dans une grande mesure des normes de conduite établies par la communauté en temps de paix. Dans ce type d’environnement, on peut même témoigner de cas extrêmes d’aliénation d’une population toute entière. Toutefois, l’aliénation affecte habituellement seulement certaines personnes, dont le nombre dépasse le taux normal que l’on rencontre en temps de paix. Dans beaucoup de cas, les victimes de certains crimes graves peuvent même être rejetées par la société, comme, par exemple, les victimes des viols. Le rejet par le reste de la communauté peut aussi avoir lieu quand la personne en cause n’accomplit plus les standards matériaux de la communauté, comme par exemple le cas des personnes dont la propriété a été détruite ou saisie, ou quand une femme est devenue veuve. De la même manière, la victime peut s’éloigner d’elle-même sans qu’il y ait rejet explicite ou implicite de la part de la communauté, si elle-même considère qu’elle ne remplit plus les conditions pour participer à la vie de la collectivité.

Il a déjà été démontré que les violations de droits fondamentaux en temps de guerre conduisent à des traumas psychiques. Dans le cas où les conditions matérielles et les possibilités légitimes d’obtenir des biens de première nécessité deviennent difficiles, même les victimes initiales peuvent rechercher des moyens illégaux pour satisfaire leurs besoins économiques, tels le vol et la mendicité. La probabilité que les victimes initiales ciblent les auteurs des violations initiales sera nettement plus élevée si ces derniers sont encore présents dans la collectivité. Il est aussi possible que les infractions soient commises dans le cadre même de la communauté alors que les auteurs des violations initiales ne sont, quant à eux, plus présents.

Pendant la période de conflit, une des conséquences les plus fréquentes de l'état de siège est la privation de droits, qui cause un sentiment de frustration chez un grand nombre de personnes. Cette frustration peut aller jusqu'à engendrer la formation de groupes criminels, susceptibles de commettre des crimes contre le patrimoine et contre l'intégrité physique des personnes. L'état exacerbé de frustration causé par la guerre, accentué par l'association dangereuse de troubles psychiques et de divers types de traumas, peut conduire à des actes de délinquance généralisés, liés ou non à la source de la frustration.

L'incapacité de s'adapter aux conditions nouvelles générées par la guerre est une réaction normale et très fréquente dans cette situation exceptionnelle. Certaines personnes qui ont connu un conflit armé ne pourront plus jamais s'intégrer dans le nouvel ordre social ou n'auront plus la capacité de se réintégrer dans les conditions de vie d'avant le conflit. Cette incapacité dérive du fait que toute personne soumise aux conditions extrêmement stressantes de la guerre peut développer des traumas psychiques qui se manifestent par divers troubles et maladies mentales et qui différent en fonction des prédispositions personnelles et des circonstances spécifiques de chaque cas. Une caractéristique essentielle de ces troubles psychiques est le fait qu'ils sont, dans leur large majorité, incurables. En conclusion, cette réaction d'incapacité d'adaptation permanente peut considérée comme une conséquence du trauma généré par le conflit.

Comme nous l'avons déjà démontré ci-dessus, les guerres de longue durée peuvent fréquemment générer des changements de normes, la violence devenant le standard de la conduite.

On peut donc constater que, généralement, les victimes de crimes de guerre sont plus susceptibles d'être affectées par les réactions qui mènent à une conduite criminelle. Pendant les périodes de conflit, il y a un réel danger que les anciennes victimes deviennent les nouveaux criminels en cherchant soit se venger, soit à redresser - selon eux - par des méthodes criminelles, l'équilibre social et patrimonial affecté par la guerre.

Section 3. Une explication alternative de l'augmentation du taux de criminalité pendant et après la guerre : l'influence des traumas psychiques

Les expériences de la guerre favorisent l'apparition de nombreux troubles au niveau psychologique, troubles qui sont décrits dans cette thèse. Le plus fréquent de ces troubles psychiques causés par les conflits armés est le syndrome de stress post-traumatique, qui, dans ses variantes chroniques, peut révéler ses symptômes après plusieurs années. Ses symptômes se caractérisent par l'irritabilité, la dépression, l'anxiété, un comportement agressif et impulsif, la labilité émotionnelle et des représentations somatiques. La culpabilité de survie au conflit est aussi un symptôme que l'on retrouve fréquemment chez les réfugiés et les vétérans. En général, les caractéristiques psychologiques des survivants à la guerre incluent une dépression chronique et des sentiments de persécution, des comportements tels que des rituels obsessifs-compulsifs, l'agression, des troubles somatiques et des symptômes psychotiques[522], une anxiété intense, des attaques de panique, des rêves récurrents de combat, ainsi que des dérégulations de sommeil et des hallucinations.

La combinaison de ces symptômes et manifestations chez les victimes de guerre et pour les anciens combattants conduit aux réactions suivantes : une tolérance réduite face à la frustration, des problèmes interpersonnels, un manque de confiance dans les autres, une absence de but et d'orientation dans la vie, des idées suicidaires, le détachement des autres, l'impuissance, des difficultés de concentration, la détérioration de la mémoire, des problèmes maritaux et des difficultés au travail.[523]

---

[522] GLOVER, H. Survival Guilt and the Vietnam Veteran. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172(7), 393-7, NIEDERLAND, W. Psychiatric Disorders among Persecution Victims. A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and its After-Effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1964, 139, 458-474.

[523] VAN KAMPEN, M., WATSON C.G., TILLESKJOR C., KUCALA T., VASSAR P. The Definition of Posttraumatic Stress Disorder in Alcoholic Vietnam Veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986, 174(3), 137-144.

Toutes ces manifestations entraînent, à leur tour, un isolement social des personnes affectées, de même qu'un haut niveau de frustration. De plus, la naissance de la criminalité est justifiée du fait de l'apprentissage d'actes antisociaux pendant la guerre, situation qui concerne aussi bien les civils que les combattants. D'autres facteurs qui augmentent la criminalité concernent les tendances agressives, conséquence des troubles psychiques et aussi, dans beaucoup de cas, le désir de vengeance et celui de se faire soi-même justice.

Deux circonstances très importantes favorisent le comportement antisocial et s'ajoutent à ces facteurs qui déterminent la conduite criminelle : la première circonstance, de type subjectif, a un caractère psychologique et sociologique et consiste dans le fait que les personnes affectées par le conflit ont pris l'habitude de la violence (subie et commise). La seconde circonstance, de type objectif, découle de l'incapacité du cadre normatif et les déficiences du système d'application de la loi, à punir les actes criminels et, par conséquence, à jouer son rôle préventif, à cause de l'influence négative du conflit.

« L'inertie de la violence » ou le fait d'être habitué aux actes antisociaux et de les considérer comme des manifestations normales dans la communauté implique que les personnes perçoivent l'agressivité et la conduite criminelle comme des moyens légitimes de résoudre leurs problèmes. Cela conduit à des changements de standards de comportement social accepté, en élevant le seuil auquel une communauté considère qu'une certaine manifestation devient intolérable. Cette appréciation peut ensuite influencer le cadre normatif, par exemple par le fait de ne plus sanctionner les délits considérés comme « mineurs », tel que la violence intrafamiliale, etc. Mais, fondamentalement, l'insensibilité à la violence engendre un accroissement du nombre de personnes sur la voie de la criminalité.

Le système normatif et policier a toujours tendance à souffrir pendant et après la guerre. Pendant le conflit, il est plus probable que les agents de la police se réorientent vers des rôles militaires, ce qui diminue significativement la capacité du système judiciaire à effectuer son travail. Après la guerre, les structures d'application de la loi sont encore faibles, ou, dans certains cas, sont en cours de reconstruction ; il existe aussi beaucoup de cas d'amnistie pour les personnes ayant participé activement dans la guerre et le système judiciaire peut être très politisé, basé sur des relations personnelles, ce qui élève considérablement le niveau de corruption, et

donc, d'inefficacité. Le fait de savoir qu'il existe de nombreuses chances de rester impuni après avoir commis un délit est un facteur désinhibant pour les criminels.

Toutefois, ces deux circonstances ne sont que des causes indirectes de l'augmentation du taux de la criminalité pendant et après les conflits armés. La cause essentielle est constituée par l'impact de la guerre et ses effets traumatisants sur la structure émotionnelle des, en déterminant les troubles psychiques et qui entraînent, pour leur part, des manifestations de violence. Citons, pour illustrer ce propos, le cas d'un jeune homme, victime du régime de la guerre des Khmers Rouges : sa famille a été tuée sous ses yeux, il a ensuite été contraint à un mariage arrangé par le régime et a été soumis à des mauvais traitements en prison. Après avoir reçu le statut de réfugié aux Etats-Unis, il est devenu dépressif et était sujet à des violents cauchemars récurrents, ainsi qu'à des douleurs somatiques. Il souffrait d'accès de furie qui le poussaient à battre ses enfants et sa femme, même en l'absence de provocation de leur part. Il a confessé au médecin qui l'examinait qu'il n'était pas conscient du fait qu'il frappait les membres de sa famille, car il était aveuglé par des flashbacks de la guerre.[524]

La maladie mentale peut être considérée comme un type de comportement social problématique. Ainsi, la santé mentale peut être vue comme le degré d'adaptation de la personnalité aux situations sociales, de sorte qu'un équilibre harmonieux puisse s'établir entre l'environnement, les ressources et les structures psychophysiologiques de l'organisme.

Cet équilibre est particulièrement fragile et vulnérable par rapport aux différentes influences exercées par l'environnement. Le stress causé par les situations de conflit, par exemple, peut être considéré comme le résultat de mauvaises relations entre la personnalité et l'environnement social immédiat, une relation qui influe sur l'équilibre dynamique existant entre l'organisme et l'ambiance. Un certain nombre de troubles psychiatriques peuvent être considérés comme des réactions spécifiques aux conditions de l'environnement de la guerre, particulièrement stressant. Au-delà des limites de la capacité d'adaptation de l'organisme, le stress et les troubles de la personnalité impliquent parfois des

---

524 AUGUST, L.R., GIANOLA, B.A. Symptoms of War Trauma Induced Psychiatric Disorders: Southeast Asian Refugees and Vietnam Veterans. *International Migration Review,* 1987, 21(3), 820-32.

perturbations d'ordre comportementales. Les situations de stress répété ou cumulatif entraînent une insuffisance des ressources d'adaptation de l'organisme et des défenses « normales ». Ainsi, la capacité d'adaptation sera donc amoindrie.[525]

L'état de malade psychique représente en fait une forme de manque d'adaptation de la personnalité globale par rapport à soi-même et à son environnement, alors que les réactions comportementales correspondantes à certaines situations environnementales apparaissent déformées. En intervenant dans la convergence des facteurs internes et externes et dans la structure de l'équilibre, la maladie mentale exige l'adoption d'un nouveau type de comportement, qui représente, dans beaucoup de cas, une forme de substitution au comportement que l'on qualifie de « normal ». De ce point de vue, le tableau pathologique de la personnalité « anormale » n'a pas toujours une preuve clinique évidente. Les symptômes de certains troubles mentaux peuvent être interprétés soit comme une tentative (échouée) du patient à éviter les situations stressantes, soit comme une tendance à se cacher à lui-même son incapacité d'adaptation, soit comme une angoisse devant son incapacité à résoudre sa situation personnelle. Par conséquent, pour atteindre le confort psychologique et l'équilibre émotionnel souhaité, le patient doit adopter un comportement « de substitution », qui, au prix de sacrifier la réalité et le « modèle de rationalité » offert par la société, lui assure la protection, la sécurité et la satisfaction. Dans la mesure où les troubles mentaux sont souvent défensifs, protecteurs et compensatifs, il est difficile de percevoir jusqu'à quel point le comportement peut être considéré comme anormal.

Dans le domaine de la santé mentale, il n'y a pas de frontières fixes et immuables. Il peut toujours apparaître une interchangeabilité des éléments qui définissent la normalité et l'anormalité. La normalité et l'anormalité constituent une corrélation, un rapport, en se distinguant à travers une comparaison dans toutes les directions, dans un système de référence multimodal.[526] En ce sens, la façon de résoudre certaines difficultés, par des modalités plus névrotiques que par la décision rationnelle peut être spécifique aussi bien à l'individu sain du point de vue psychique, qu'à celui troublé. Bien qu'essentielle, l'évaluation clinique ne peut pas fixer à elle seule la limite au-delà de laquelle le comportement devient « irrationnel » ou

---

525 KLINEBERG O. *Social psychology*. New York: H. Holt and Company, 1948.

526 PAMFIL, E., OGODESCU, D. *Nevrozele*. Timişoara : Ed. Facla, 1974, p. 43-44.

« anormal », d'autant plus que chaque individu a des caractéristiques de langage qui lui sont propres et s'exprime de manière différente.

Dans les sections suivantes seront décrites les infractions auxquelles sont prédisposées les personnes affectées par divers troubles psychiques causés par la guerre, ce qui permettra d'expliquer comment les violations du droit à la santé mentale subies pendant le conflit contribuent à l'augmentation du niveau de la criminalité dans la communauté en question.

Chapitre 2. Analyse de la responsabilité pénale pour les délits commis par les personnes affectées par des traumas de guerre

Le psychique est le principal instrument d'adaptation de la personne à l'environnement. Mais si une partie ou l'ensemble de ses composantes (la perception, le raisonnement, le langage, la mémoire, l'imagination, l'affection, les aptitudes ou le caractère) souffre de modifications quantitatives ou qualitatives, les capacités d'adaptation psycho-sociale de l'individu seront diminuées, ou même supprimées. Sans être unique, la première condition dans le processus difficile et continu d'adaptation et d'intégration sociale de la personne est l'état mental, à savoir le degré de développement et l'intégrité fonctionnelle des mécanismes internes de la structure psychique. Un échec d'adaptation n'est pas nécessairement dû à une déficience de la santé mentale, de même que la pathologie mentale n'est pas toujours aussi repérable dans les réactions de la personne aux stimuli son environnement.

En affectant à des degrés divers l'adaptation de l'individu à l'environnement, le trouble mental peut, dans certaines circonstances, mettre la personne en conflit avec la loi, la communauté et les autorités ; les malades mentaux, pareil aux criminels en bonne santé, peuvent commettre des actes antisociaux dirigés à la fois contre les personnes, les biens, l'État ou les mœurs sociales.

La justice pénale est souvent confrontée à la nécessité de distinguer entre la psychopathologie et la déviance psycho-normale, soit pour résoudre le problème de la responsabilité pénale et déterminer le degré de culpabilité, soit pour prendre des mesures de sécurité ou fournir des soins spéciaux aux personnes qui commettent des actes présentant un danger pour la société, sans pour autant être coupables de ces faits.

L'examen médico-légal psychiatrique du comportement déviant ou pathologique répond aux doutes judiciaires sur la responsabilité des personnes. La responsabilité représente un concept purement juridique, chaque fois que le comportement apparaît comme pathologique et comme un symptôme de l'aliénation mentale. Dans ces situations, quelque soit la gravité de l'acte commis par le patient

considéré irresponsable, cet acte n'est pas vu comme une infraction pénale, mais comme un acte antisocial.

En termes d'études psychiatriques et juridiques, la relation entre le comportement et la maladie mentale est d'une importance majeure, particulièrement dans le cas où le comportement antisocial d'un malade mental s'impose comme un symptôme majeur. Un trouble psychique, d'une gravité et nocivité maximales, met en danger la vie du patient lui-même, ainsi que celles de son entourage proche ou élargi. Dans ce cas, le manque d'adaptation à l'environnement est un symptôme majeur de la maladie mentale, parce que, par exemple, avant de se retirer, d'être isolée, inhibée, etc., une personne souffrant de mélancolie peut révéler la gravité de ses symptômes en ayant recours au suicide ou à l'« assassinat altruiste ». Aussi est-il fréquent que le comportement pathologique avec incidence antisociale d'un malade psychique puisse devenir révélateur et presque pathognomonique (typique) d'un trouble mental spécifique. En d'autres termes, le comportement antisocial pathologique est spécifique ou relativement spécifique à chaque type de maladie mentale. Autrement dit, le comportement devient un symptôme de la maladie mentale. Ainsi, la maladie mentale commence par un comportement antisocial qui peut prendre la forme de violences spécifiques dans le cas de l'épilepsie, de violences individualisées dans le cas de la schizophrénie paranoïde ou de délires dans le cas de la psychose alcoolique, de l'ivresse pathologique, de la schizophrénie, de délires dissimulés, etc.

Les sections suivantes décrivent les deux grandes catégories de maladies psychiques qui peuvent apparaître à cause des traumas provoqués par les conflits armés, en expliquant, pour chaque cas, la responsabilité pénale des malades pour les actes commis. Les informations fournies vont soutenir la théorie que nous avons avancé, selon laquelle la cause de l'augmentation de la criminalité après la guerre est une conséquence des troubles psychiques qui affectent les personnes impliquées.

Section 1. Les troubles psychiques qui ne déclenchent pas une exemption de responsabilité pénale : les troubles de la personnalité. Analyse du cas du trouble de la personnalité antisociale

Les troubles de la personnalité figurent parmi les affections psychiques qui peuvent apparaître suite à l'exposition à des conditions de stress sévère du conflit armé, comme une conséquence du non-respect des normes impératives du droit humanitaire. Ils représentent une catégorie vaste et diverse des comportements anormaux, qui, d'une manière fréquente conduisent à la perpétration des infractions. Le but de cette section est de démontrer les modalités par lesquelles les traumas de guerre conduisent à l'augmentation de la criminalité.

Par la suite seront décrites les caractéristiques de ces troubles et il sera détaillé le cas du trouble de la personnalité antisociale, qui affecte actuellement une grande partie de la population des prisons.

§1. Les troubles de personnalité sont très répandus parmi les délinquants et n'entraînent pas l'exemption de responsabilité pénale, parce qu'ils sont considérés comme des troubles limitrophes au normal, composés des troubles d'adaptation familiale, sociale et professionnelle. Les actes commis par les psychopathes sont opérés avec lucidité.

La personnalité peut être décrite comme la configuration de modèles de réactions comportementales à la vie quotidienne, caractéristique pour une personne, qui, habituellement, est ferme et cohérente. Par contre, un trouble de personnalité peut être diagnostiqué quand ces réactions semblent différer d'une façon qui dépasse le niveau de variabilité observée chez la plupart des personnes et les traits de personnalité sont rigides et inadaptés, en provoquant une incapacité fonctionnelle et une détresse subjective.

Les caractéristiques observées par l'expert psychiatre chez les personnes souffrant de troubles de personnalité concernent les problèmes du caractère, les dérangements du comportement et la perpétration d'actes criminels en général avec discernement, lucidité et presque toujours avec d'intérêt personnel et matériel.

Les discussions sur les facultés intellectuelles (normales, selon les opinions de certains auteurs) des patients ne sont pas encore achevées. Certains chercheurs

soutiennent que la majorité des délinquants et plus particulièrement les récidivistes, seraient psychopathes. Actuellement, l'idée dominante est qu'ils ne peuvent être considérés comme des malades mentaux et donc, qu'ils ne peuvent pas être déclarés irresponsables. En général, les psychopathes ne présentent pas des déséquilibres mentaux tels qu'ils perdent leur autocontrôle. Pour beaucoup de psychopathes, la peine de la détention peut être un facteur inhibiteur, ce qui peut prévenir les récidives. Pour cette raison, les psychopathes sont généralement considérés comme responsables. Pourtant, les experts psychiatriques ont beaucoup de difficultés à se prononcer sur la responsabilité des psychopathes qui ont été condamnés et qui récidivent.

En principe, il est difficile d'établir une corrélation entre certains types de troubles de personnalité et certaines catégories d'infractions. Toutefois, les statistiques ont révélé, par exemple, que les personnes ayant des traits schizoïdes s'orientent vers des crimes impliquant certaines compétences spécifiques (l'abus de confiance, des escroqueries diverses, etc.), tandis que les personnes avec des traits paranoïaques sont plutôt attirées vers des actes de vengeance, ou de type agressif-revendicatif (des crimes passionnels, des crimes politiques, des vols, etc.).

En général, le polymorphisme des symptômes et des manifestations diverses explique le grand nombre de criminels. Les infractions commises par des personnes souffrant de troubles de personnalité sont très variées, du simple vol à l'agression, des tentatives d'assassinat à des homicides consommés.

La doctrine[527]a également révélé que les troubles de personnalité se manifestent par l'instabilité, l'impulsivité, la réactivité anormale par rapport aux exigences de la vie, l'entêtement, le détour vers la perversion, la toxicomanie, le mensonge, des réactions qui stimulent les infractions de vol, le vagabondage, le parasitisme social, la fraude, ou les crimes contre l'intégrité corporelle.

L'examen psychiatrique de ces criminels doit être fait avec beaucoup d'attention et aucune recherche clinique ou de laboratoire ne doit pas être négligée, car les phénomènes psychopathologiques présumés peuvent être des symptômes de début pour l'apparition d'une psychose ou d'une simulation, dissimulation ou même d'une sursimulation.

---

527 URSA, V. *Criminologie.* Bucureşti, Ed. Ştiinţifică şi enciclopedică 1985, p. 176.

Parmi les criminels psychopathes il y a aussi des pervers sexuels, qui ne sentent pas la satisfaction sexuelle que lorsqu'ils assistent à la souffrance animale, humaine et en particulier à celle des personnes du sexe opposé. Ils commettent des crimes comme le simple vol d'objets appartenant à des personnes de sexe opposé (fétichisme), l'exhibitionnisme, le sadisme, qui peut conduire à l'assassinat et la mutilation du cadavre et plus rarement la violation du cadavre (la nécrophilie). Il est possible que d'un premier abord les pervers sexuels présentant de graves troubles mentaux soient souvent considérés comme des psychopathes et qu'après un examen plus détaillé, il devient clair qu'il s'agit d'une autre affection, le phénomène de la psychopathie n'étant qu'un début d'une autre maladie mentale. Dans un tel cas, ils peuvent bénéficier des circonstances atténuantes, ou même des dispositions légales d'irresponsabilité, mais il est toujours obligatoire de prendre des mesures de sécurité en ce que les concerne.[528]

Le concept social de développement de la personnalité humaine détermine les critères sociaux de la définition de la psychopathie ou de la socio-pâtie, caractérisée, par excellence, par un manque d'adaptation aux normes sociales. Comme état de condition-limite, à la frontière de la normalité, la disharmonie de la personnalité de type psychopathique, définie par des critères sociaux, suggère que l'inadaptation est une maladie morale et sociale de la personnalité, un état voisin à l'aliénation, définie soit comme l'uni-latéralisation par conformité, ce qui exclut les options et l'esprit critique, soit comme une dépersonnalisation du sujet. À cet égard, le psychopathe présente une vie sans sentiments, qui se déroule "dans un vide axiologique", environnée par les faux choix et par l'absence de la jouissance dérivée des sentiments humains, comme la générosité et l'altruisme. En perturbant ses attentes, il n'est pas en mesure à contribuer aux valeurs du groupe. Il est plus dangereux à cause de son insensibilité émotionnelle qu'à cause de son impulsivité. Toutefois, le psychopathe garde l'intelligence de s'adapter aux nouvelles situations de la vie, et d'ajuster son comportement dans un sens social et moral, mais il ne l'utilise pas à cette fin. Il connaît les lois, mais il ne les reconnaît pas, en détournant les fins de son intelligence en tant que fonction de discrimination entre le bien et le mal, en première phase et ensuite d'adaptation, aux objectifs criminels. Le

---

[528] DĂNESCU, Gh., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1973, p. 211- 212.

psychopathe conçoit la vie sans idéaux et aspirations et sa réponse à l'inadaptation et au rejet social par l'agression physique, verbale (l'ironie, l'insulte) ou par d'autres substituts déviants (la simulation, l'abus de drogues, le suicide) est le dénominateur commun de sa façon constante de vivre. Il démissionne facilement de ses obligations familiales et sociales en raison de l'absence de remords, de sentiments de culpabilité et d'éthique. En l'absence de tels sentiments, il sera incapable d'absorber les valeurs morales et sa personnalité sera marquée par l'hédonisme et le manque d'adaptation de l'ego aux demandes de l'environnement social.

La structure de la personnalité dysharmonique psychopathe inclut l'inaffectivité, qui conduit le sujet vers l'hétéro-agression, pendant que l'hyperactivité mène plutôt vers l'auto-agression, l'incapacité de reporter ses propres plaisirs et d'accomplir des actes moralement bons. Le psychopathe ne sent pas le besoin de faire du bien et n'a pas de disponibilité émotionnelle ou de conflits internes. De cette manière, la psychopathie se présente comme un défaut de synthèse entre la logique et l'axiologie dans la personnalité, comme un trouble de la vie relationnelle, de la responsabilité et de la liberté humaine. En tant que déficit d'adaptation morale, la personnalité psychopathique sera caractérisée par des traits primaires de manque d'affectivité et d'insensibilité et des traites secondaires qui dérivent des premières, comme, par exemple, l'égocentrisme, l'absence des remords, le manque des motivations à long terme, etc. Par l'hostilité et le manque d'équilibre, la personnalité se positionne sur la voie délinquante, qui cherche à créer un monde imaginé par un modèle propre, à cause des sentiments d'infériorité et de non-valeur. Pour la personne affectée par un trouble de personnalité, le comportement sert à se libérer et il accepte donc facilement un comportement pulsionnel, biologique et dépourvu des valorisations spécifiquement humaines. Pour le psychopathe, l'impulsivité et l'agressivité n'ont pas un caractère réactif, mais plutôt constitutionnel, ce qui détermine qu'en tant que trouble moral, le sujet ne parvient pas à rester libre et il affirme fortement son identité par un comportement déviant.

La psychopathie peut impliquer un risque élevé pour les normes sociales, qui, en raison de l'absence des sentiments moraux et sociaux et de la structure anomique de la personnalité, peut se manifester d'une manière pleinement délinquante, caractéristique pour le criminel récidiviste. Ainsi, le psychopathe vit un conflit continu entre les valeurs et leurs moyens de réalisation, ayant préservé les fonctions de

connaissance et la lucidité de ses actes, mais n'étant pas en mesure de s'empêcher de commettre des infractions.

Les traits de la personnalité psychopathique incluent : l'impulsivité et l'instinctivité des actes moteurs, comme l'expression d'un comportement réactif, impulsif, automatique et pas reflété, l'absence de sentiments de culpabilité qui sont à l'origine de ceux de la responsabilité, le manque du sens de l'implication dans la communauté, à cause de la non-reconnaissance des normes sociales et morales ; l'indifférence affective et l'insensibilité, en tant qu'expression du manque d'empathie par laquelle l'homme peut comprendre les sentiments d'une autre personne. D'autre éléments caractéristiques sont l'égoïsme et le plaisir narcissique résultant de sa propre satisfaction immédiate au détriment des autres, le manque des remords et l'incapacité de bénéficier de sa propre expérience ; le manque de tolérance à la frustration, avec des réactions rapides et aléatoires, la malignité de la préméditation, en tant que conséquence de l'absence des sentiments éthiques et sociaux et de l'incapacité de se mettre à la place d'autrui, le manque de loyauté humaine et de tout sentiment d'angoisse résultant des conséquences de ses propres actes. Ce tableau est complété par la psychoplasticité marquée, soulignée par des auto-lésions ou des tatouages comme un moyen d'extériorisation stridente des expériences subjectives dures et intenses, la recherche de l'hédonisme, l'absence de tout souci résultant des défaillances et des défauts de sa personnalité, qui causent la souffrance d'autres personnes dans l'environnement proche du sujet, existant, de cette manière le risque de troubler mentalement les personnes de l'entourage, parce que le psychopathe fait toujours souffrir les autres autour de lui. On trouve aussi l'inadaptabilité et l'anti-socialité, à cause de la perversion et de l'indifférence morale, en tant que dénominateur commun de tous les traits de personnalité psychopathique, qui rendent cette maladie une des affections les plus fréquentes qui se trouve à l'origine des comportements aberrants.[529]

Selon la 10^{e} édition de la « Classification internationale des maladies », les troubles spécifiques de la personnalité, les troubles mixtes de la personnalité et les changements durables de personnalité incluent des modèles de comportement profondément enracinés et durables, qui se manifestent comme des réponses

---

[529] SCRIPCARU, Gh., SCRIPCARU, C. *Medicină legală*. Iaşi : Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă "MOLDOVA", Ed. Cugetarea, 1996., p. 401-403.

inflexibles à un large éventail de situations personnelles et sociales. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives de la façon dont un individu moyen dans une culture donnée pense, ressent, et, en particulier, agit avec les autres. Ces modèles ont la tendance à être stables et à inclure multiples aspects du fonctionnement psychologique et comportemental. Ils sont souvent associés (mais pas toujours) à différents degrés de détresse subjective, à des problèmes de fonctionnement et de performance sociale.

Les troubles de la personnalité diffèrent du changement de la personnalité quand on prend en considération la période et le mode d'apparition : ils sont des états de développement durant l'enfance et l'adolescence et se poursuivent jusqu'à l'âge adulte. Ils ne sont pas des conditions secondaires pour aucun trouble mental ou maladie du cerveau, même s'ils peuvent précéder ou coexister avec l'un d'eux. En revanche, le changement de la personnalité est généralement acquis pendant la vie adulte, après un stress prolongé, une privation extrême, des troubles mentaux graves ou après des maladies et des lésions cérébrales.

Un trouble spécifique de la personnalité est une perturbation grave dans la constitution caractérologique et dans les tendances comportementales de l'individu, impliquant généralement plusieurs domaines de la personnalité. Il est presque toujours associé à des perturbations personnelles et sociales considérables. Le trouble de la personnalité tend à apparaître à la fin de l'enfance ou pendant l'adolescence et continue à se manifester dans la vie adulte. Par conséquent, il est peu probable que le diagnostic de trouble de la personnalité soit correct pour un patient qui n'a pas encore atteint 16 ou 17 ans.

Il y a quelques critères généraux de diagnostic qui s'appliquent à tous les troubles de la personnalité. Ainsi, un diagnostic de trouble de la personnalité doit prendre en compte les situations qui ne peuvent pas être directement attribuées à des lésions cérébrales massives, à d'autre maladie du cerveau ou à d'autre trouble psychiatrique. Les situations évaluées doivent inclure les réactions suivantes : des attitudes et des comportements significativement disharmoniques, impliquant généralement plusieurs domaines opérationnels, tels que l'affection, l'agitation, le contrôle des impulsions, les modes de perception et de penser et le style des relations avec les autres. En plus, le modèle de comportement anormal est durable, contenant des périodes prolongées et illimitées de maladie mentale. Ainsi, le comportement anormal est clairement impliqué dans un large éventail de situations

personnelles et sociales ; les événements ci-dessus se produisent dans l'enfance ou dans l'adolescence et sont poursuivis dans la vie adulte. Au niveau personnel, le trouble conduit au malaise subjectif, mais cela peut devenir évident seulement plus tard dans le développement de la maladie. Toutefois, le trouble est habituellement (mais pas toujours) associé aux problèmes importants de la performance professionnelle et sociale.[530]

Les troubles de personnalité représentent un groupe polymorphe de structures particulières de la personnalité individuelle, qui comprend des déviations qualitatives ou quantitatives de la sphère affective-volontaire et instinctive, qui se cristallisent à l'adolescence et durent toute la vie, se manifestent sur le plan comportemental, sans être reconnues en tant que telles par le sujet, en lui causant une incapacité de s'intégrer harmonieusement aux conditions de l'environnement social avec lesquelles il a une relation permanente, mais par rapport aux lesquelles il produit une réponse existentielle variable.[531] Bien que les fonctions de la connaissance puissent avoir un développement normal, à travers l'ensemble des traits de caractère, l'incapacité de la personnalité de s'intégrer dans les relations et dans les activités de la vie persiste, avec la préservation du discernement.

La notion de « disharmonie », qui définit une personnalité pathologique, se réfère à la prédisposition des processus instinctivo-émotionnels, qui, dans l'ontogenèse de la personnalité, apparaît comme défaut qui domine l'évaluation déformée de sa propre personne dans son système de relations et dans la réalité. La prédisposition ou les traits innés agissent par des preuves d'immaturité ou par des développements inégaux des fonctions mentales, qui, dans des conditions environnementales spécifiques, s'expriment à travers de différentes formes de déviance comportementale.

Dans une évaluation distincte des troubles de personnalité, de même que de leurs limites et particularités cliniques, les critères psychiatriques pour l'analyse de la personnalité sont utilisés. Ainsi, la variété des types de personnalité, des réactions comportementales naturelles et sans relevance pathologique, de même que les

---

530 OMS. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998, p. 240- 243.

531 GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 225.

formes diverses de dissociabilité et de comportement illicite ne peuvent et ne doivent pas être incluses dans la catégorie médicale de la psychopathie. Le caractère distinct des psychopathies concerne le fait que les traits de personnalité pathologiques se manifestent tout au long de l'existence du sujet, avec une intensité et une dynamique qui les placent toujours à la limite entre santé et maladie. Par conséquence, les psychopathies, à cause de l'apparence des symptômes et de leur caractère « à la limite de la normalité » se trouvent même actuellement dans le domaine de la recherche, mais aussi de la confrontation des points de vue théoriques sur l'étiopathogénie, les formes cliniques, ou même sur leur appartenance à la nosologie.

Les questions d'ordre général concernant le contenu et les limites des psychopathies se réfèrent aux caractéristiques distinctives et définitoires par lesquelles le diagnostic est élaboré. Ainsi, ce qui définit et distingue les psychopathies des autres types de développement de la personnalité et d'autres déviances comportementales consiste dans le caractère permanent, l'intensité et la dynamique des caractéristiques qui forment la structure disharmonique en tant que développement pathologique de la personnalité. Ces caractéristiques, dérivées de l'observation directe, de l'analyse psychopathologique et de l'étude longitudinale de la personnalité, font la différence entre les psychopathies et les différentes névroses, les syndromes psychiques et les développements réactifs ayant une intensité névrotique ou psychotique. En même temps, de nombreux aspects cliniques communs peuvent résulter de l'évolution aggravée, de la symptomatologie secondaire ou même des manifestations psycho-réactives épisodiques du comportement relationnel.

La clinique des psychopathies est illustrée par la variété des formes de présentation qui répondent aux caractéristiques distinctes et définitoires pour la catégorie nosologique à laquelle elles appartiennent. Ainsi, l'analyse clinique des cas relève une symptomatologie variée et souvent enrichie par des tensions émotionnelles, des initiatives et des actions contradictoires, résultant essentiellement de la difficulté de l'intégration continue dans les relations et dans les activités quotidiennes. Cette difficulté de s'intégrer vise le plan familial, les relations de groupe caractéristiques pour toutes les étapes de la vie, par exemple à l'école, dans le cadre de la profession ou dans les contacts habituels de la vie. Les modalités du sujet de s'exprimer incluent, grâce au développement normal de certaines fonctions de la

connaissance, la justification et les explications plausibles, mais en utilisant un contenu d'imagination vif, des mensonges, des fabulations, de la susceptibilité accrue, des réactions explosives et impulsives et de la psychoplasticité associée à l'instabilité du comportement.

Une autre caractéristique distinctive est l'évaluation déformée de sa propre personne dans la relation avec soi-même, avec l'environnement et avec la réalité. Dans une forme directe, ou parfois dans un processus dont le commencement semble contraire, le sujet affirme la surestimation de ses propres compétences, des droits, des besoins, sans prendre en compte ceux des autres et sans les rapporter à la réalité d'une manière admissible, éthique ou altruiste.

Ce trait de l'égocentrisme en tant qu'hypertrophie pathologique de sa propre valeur est en contradiction avec la minimalisation jusqu'à l'annulation de la valeur des autres, ou, parfois, dans les conditions de relations complexes de la vie, avec l'acceptation de la flatterie et de la surestimation délibérée des gens dont ces personnes espèrent obtenir des avantages. L'instabilité morale, l'absence d'altruisme ou de la compassion pour les souffrances des autres, le sous-développement ou la perversion des sentiments moraux et sociaux peuvent être facilement observés dans de nombreuses situations de « souffrance » exprimées par le psychopathe à cause de ses traits d'égocentrisme. Dans ce sens-là, l'indifférence affective à la souffrance des autres peut conduire au plaisir instinctif de provoquer et de maintenir ces souffrances.

Les difficultés relatives à la capacité d'intégration et de l'égocentrisme, en tant que traits caractéristiques, maintiennent la conflictualité permanente du psychopathe, qui est toujours insatisfait de son poste ou du degré de considération qui lui est accordé. Cet état de mécontentement et de tension est si caractéristique qu'il a été considéré comme un élément définitoire, en référence au caractère anormal du psychopathe qui le fait souffrir seul et provoquer en même temps de la souffrance aux autres. L'impulsivité, la diminution de la capacité de freinage des réactions instinctivo-affectives, souvent aggravée par l'alcoolisme ou la toxicomanie, engendre de la violence sous diverses formes, de la délinquance et de l'auto-agression (par des automutilations ou des tentatives de suicide).

Dans toutes les formes cliniques de la psychopathie peut être distinguée comme dominante une des caractéristiques décrites ci-dessus, mais l'analyse intégrale de la personnalité et du comportement relationnel dénonce l'existence

supplémentaire d'autres traits, qui, dans la dynamique des situations de vie ont pu se montrer, à leur tour, avec une intensité majeure. L'importance de la symptomatologie est évaluée, de cette manière, dans le contexte des particularités d'âge, de la situation, de la référence normative et, bien sûr, dans le contexte d'autres aspects, mais cette symptomatologie engage du point de vue pathologique intégralement et constamment la personnalité entière. Le début des symptômes se produit dans les premiers stades du développement infanto-juvéniles, par des paroxysmes des états psychomoteurs, pour continuer ensuite avec des troubles du comportement, de l'échec d'adaptation et pour se répéter dans un éventail de situations de conflit et de la pathologie évidente.[532]

Sans le considérer comme définissent pour les troubles de la personnalité, par la suite je présenterai les caractères principaux du trouble de la personnalité antisociale, pour la raison que cette maladie psychique a comme élément spécifique la violation des normes sociales par la personne qui lui est victime.

§ 2. Le trouble de personnalité antisociale

Selon les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, le trouble de la personnalité antisociale est déclenché et renforcé par la guerre.[533] Ces spécialistes ont observé que la violation des normes du droit humanitaire pendant le conflit armé est de nature à causer une des plus dangereuses psychopathies, aux conséquences néfastes sur la communauté entière du malade. Dans les paragraphes suivants seront décrites les manifestations de ce trouble de personnalité et la haute prédisposition vers la criminalité des malades, pour souligner de nouveau les conséquences néfastes de la violation du droit à la santé mentale pendant les conflits.

Cette maladie se place souvent au centre de l'attention des médecins, à cause de la dissonance entre le comportement du patient et les normes sociales. Le

---

532 PIROZYNSKI, T., CHIRIŢĂ, V., BOIŞTEANU, P. *Manual de psihiatrie.* Iaşi : Institutul de Medicină şi Farmacie, 1991, p. 164-166.

533 Entretien réalisé par l'auteur avec les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, Haye, 8 février 2010.

trouble de personnalité antisociale est caractérisé par l'indifférence froide face aux sentiments d'autrui; l'attitude d'irresponsabilité marquée et persistante et le mépris des règles, règlements et conventions ; l'incapacité d'entretenir des relations sociale durables, même s'il n'y a aucune difficulté à les établir ; la tolérance très faible à la frustration et un niveau très bas pour le contrôle des tendances agressives, y compris la violence ; l'incapacité de vivre le sentiment de culpabilité et d'apprendre de l'expérience, en particulier de la punition ; la tendance marquée de blâmer les autres, ou de fournir des explications plausibles pour le comportement qui a conduit le patient en conflit avec la société. L'irritabilité peut être aussi retrouvée comme un trait associé avec les autres caractères. Les troubles de comportement de l'enfance ou de l'adolescence, même s'ils ne sont pas présents invariablement, peuvent apporter du support au diagnostique.[534]

L'histoire de la définition du concept de trouble de personnalité antisociale commence avec Pritchard (1835), qui, par le terme d'« insanité morale », décrit la typologie de personnes qui manifestent un comportement immoral répété, imputable au mauvais fonctionnement des instances responsables de la censure morale, en remplissant un cadre nosologique caractérisé par un modèle dominant de conduites antisociales, du mépris de tout droit des autres - correspondant à un défaut de se conformer aux normes sociales.[535]

Ces personnes commettent des actes illégaux ou répréhensibles, à l'encontre des intérêts, des droits, de la dignité d'autrui, sans traces de regret pour le mal causé d'une manière répétitive et sans apprendre des expériences passées. Sans connaître les sentiments de culpabilité, ils peuvent très bien dissimuler, surtout s'ils ont un certain niveau intellectuel. Leurs mauvaises intentions sont dirigées contre certaines personnes sous prétexte de se conformer aux règles de conduite de la société dans laquelle ils vivent.

Ils peuvent avoir du charme et du charisme, qu'ils utilisent avec beaucoup de talent pour tromper, escroquer et exploiter la naïveté et l'honnêteté des gens de bonne foi, dans le désir d'atteindre leurs objectifs sans aucun scrupule.

---

534 OMS. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998, p. 244 - 245.

535 GUNDERSON J.G. The search for a schizotype. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40(1), 15-22.

Généralement, ces personnes manifestent une indifférence totale à la souffrance morale et physique résultant de leurs actions, certains d'entre eux expérimentant un vrai plaisir sadique au regard de la douleur et de la destruction causées par leurs actes de malveillance froide et calculée.

Même si le trouble de personnalité antisociale est considéré comme une maladie mentale, la responsabilité pour les actes commis par les personnes affectées par ce trouble est totalement préservée du point de vue juridique.

La personnalité antisociale est précédée par des problèmes de comportement à l'âge de l'enfance et de l'adolescence, de sorte qu'une continuité de comportements nuisibles et contraires aux normes morales s'installe.

Même si on a argumenté qu'il y a aussi une prédisposition génétique pour ce type de trouble, certains traits non spécifiques, comme l'impulsivité, l'hostilité et la violence sont appris par ces personnes dans la période de formation de l'enfance. Dans ce contexte, si une personne ayant une prédisposition vers ce type de trouble passe par une expérience de guerre, il y a une grande probabilité qu'elle apprendra les comportements en question, de même que la cruauté et d'autres traits de caractère négatifs. De cette manière, les traumas témoignés ou subis pendant le conflit armé aggravent le développement de la maladie psychique pour laquelle la personne a déjà une prédisposition.

De cette manière, pendant la guerre, les jeunes qui deviennent des adultes manifestent ce type de trouble de la personnalité, contribuant ainsi à la croissance de la criminalité et de la délinquance. Environ 50 % des personnes incarcérées dans les prisons du monde appartiennent à cette catégorie.[536]

Malgré la présence constante d'une intelligence normale, dans le cas de cette maladie, des sensations de détresse subjective apparaissent souvent, consistant en tension, incapacité de résister à l'ennui et la conviction (souvent juste) que les autres sont hostiles. Les difficultés interpersonnelles et la dysphorie persistent à l'âge adulte, même si les caractéristiques les plus flagrantes sont diminuées. Presque inévitablement, des perturbations importantes sont entraînées dans la capacité d'entretenir des relations étroites et durables, marquées par chaleur et responsabilité, avec la famille et les amis.

---

536 FRIEDMANN, C. *Psihiatrie.* Constanţa : Ed. Ex Ponto, 2000, p. 248-249.

Ce désordre a un potentiel très invalidant, provoquant l'échec de l'acquisition du statut d'adulte indépendant, souvent dû aux années d'institutionnalisation, plus souvent pénale que médicale. Toutefois, les personnes qui possèdent seulement dans une faible mesure les caractéristiques de ce trouble et dont l'apparition n'a pas eu lieu tôt dans l'enfance, peuvent avoir un certain succès dans les domaines économique et social. Le manque d'éducation et les toxicomanies, ainsi que les traumas causés pendant la guerre, peuvent marquer radicalement l'évolution de la maladie et, par conséquence, le cours de la vie de ces personnes.

Le déficit d'attention, l'apparition du trouble de comportement avant la puberté, l'absence de l'éducation parentale – plus fréquente dans le cas des dissensions sociales causées par un conflit armé, conduisent à l'augmentation de la probabilité que le trouble de comportement se développera dans un trouble de la personnalité antisociale à l'avenir.

Par définition, cette maladie commence avant l'âge de 15 ans. Les premiers symptômes chez les femmes commencent habituellement pendant la puberté, tandis que chez les hommes ils sont visibles dès la première partie de l'enfance. Aux États-Unis, par exemple, la prévalence de ce trouble est d'environ 3% pour les hommes et moins de 1% pour les femmes.

Les critères pour diagnostiquer le trouble de la personnalité antisociale sont : l'âge de plus de 18 ans et le début avant l'âge de 15 ans, indiqué par trois ou plusieurs de ces manifestations survenues avant cet âge : les absences répétées et sans motivation de l'école, l'élimination ou l'expulsion de l'école à cause d'une conduite inappropriée, des résultats scolaires faibles par rapport aux attentes et au cœfficient d'intelligence, la délinquance (des condamnations par un tribunal pour comportement inadéquat) ou au moins deux fugues pendant la nuit, la tendance à mentir en permanence, l'abus de drogues et d'alcool, les vols, le vandalisme, la violation systématique des règles à la maison ou à l'école (autres que le l'absentéisme), l'initiation à la violence, aux combats, etc.

Après 18 ans, le diagnostic est conditionné par la présence d'au moins quatre des ces manifestations du comportement : les changements fréquents et sans explications d'emploi, sans tenir compte du caractère spécifique des travaux ou des fluctuations économiques aléatoires, le chômage prolongé, l'absence massive et sans motivation pendant le programme de travail, l'abandon de plusieurs emplois successifs, sans en envisager d'autres, le manque de capacité pour jouer le rôle de

parent responsable, attesté par une ou plusieurs des situations suivantes : l'enfant souffre de malnutrition, les enfants tombent malades à cause de l'absence des normes minimales d'hygiène, des erreurs dans les soins médicaux fournis aux enfants malades, la dépendance des enfants dans les questions visant la nourriture ou l'abri, des voisins ou des parents qui ne vivent pas dans la même maison, le manque de supervision pour un enfant de moins de six ans lorsque les parents sont loin de la maison, des dépenses inutiles pour les effets personnels. D'autres manifestations contribuent au diagnostic et sont les suivantes : l'incapacité d'accepter et de respecter les normes sociales, indiquée par des événements tels que le vol répété, la prostitution, le proxénétisme, la vente de drogues, de nombreuses arrestations et condamnations pour diverses infractions ; l'incapacité de garder une liaison stable avec un partenaire, indiquée par plusieurs divorces, l'abandon du partenaire, la promiscuité, l'irritabilité et l'agressivité, manifestés par des blessures violentes ou des attaques (qui ne servent pas aux fins d'autodéfense), y compris contre le partenaire ou contre les enfants, le non-paiement des obligations financières, indiqué par les dettes nombreuses, le manque de soutien matériel dû aux enfants ou aux autres personnes en charge ; l'échec dans la planification de l'avenir ou l'impulsivité, indiqué par des voyages sans but, sans aucune idée claire de leurs durée et sans avoir une adresse fixe, pour des périodes d'un mois ou plusieurs, l'indifférence en ce qui concerne la vérité, indiquée par beaucoup de mensonges utilisés pour le profit personnel, la négligence, indiquée par la conduite de l'automobile sous l'influence de l'alcool ou avec de la vitesse excessive.

En outre, le sujet manifeste un modèle de comportement antisocial en violation permanente des droits d'autrui, un comportement qui n'est pas une conséquence d'un retard mental sévère (l'oligophrénie), ou d'une schizophrénie ou des épisodes maniaques.[537]

Le pronostique de ce trouble de personnalité est variable. Souvent, l'état du malade s'améliore significativement après la période initiale ou moyenne de l'age adulte.

---

[537] Ministerul Justitiei, Direcţia de Reintegrare Socială şi Supraveghere. *Ghid de bune practici. Manual de practici în domeniul reintegrării sociale şi supravegherii*. An. III. 9/2004, Bucureşti : Ed. Oscar Print, 2004, p. 317- 321.

Les complications qui peuvent survenir incluent la morte violente, l'abus de substances, le suicide, les lésions physiques, les difficultés légales ou financières, les troubles dépressifs. Plusieurs troubles médicaux sont associés à ce trouble de personnalité.

Même si les problèmes posés du point de vue de la responsabilité pour les actes commis et du point de vue de la constatation du discernement sont minimales, les conséquences pénales qui suivent à cause de l'apparition des troubles de la personnalité représentent un facteur d'insécurité sociale importante pendant et après le conflit.

Cette section a démontré qu'un des facteurs importants pour l'augmentation de la criminalité après la guerre est l'influence des traumas provoqués par le conflit, qui contribuent à l'apparition des troubles de la personnalité, avec un grand potentiel criminogène. L'exemple le plus représentatif dans ce sens, le trouble de la personnalité antisociale, constitue la preuve des conséquences profondément nuisibles des violations du droit à la santé mentale pendant les conflits armés.

Section 2. Les psychoses et les maladies plus graves, qui généralement excluent la responsabilité pénale

Le stress du combat et, dans certains cas, même les traumatismes physiques, surtout ceux cérébrales, peuvent conduire, notamment dans les cas où il existe déjà une prédisposition, soit génétique, soit d'autre nature, à la formation des psychoses. A la fois, il y a aussi d'autres facteurs, causés toujours par les circonstances spéciales du conflit, qui contribuent à ce développement pathologique de la vie psychique, comme, par exemple, la consommation d'alcool ou des drogues. Les troubles psychotiques peuvent aussi être causés par la torture.[538]

Dans cette section seront décrites les psychoses les plus fréquentes qui peuvent être influencées par la guerre. Dans chaque cas seront présentées les catégories d'infractions qui peuvent être commises par les malades, de même que des modalités pour établir la capacité de discernement et la responsabilité pénale des personnes coupables.

Les psychoses sont des maladies chroniques incurables, qui peuvent avoir une évolution progressive ou ondulante, alternante, ayant des périodes critiques pendant lesquelles le malade n'est pas responsable. Ces périodes alternent avec des périodes d'amélioration, durant lesquelles le malade répond pénalement. Selon la méthodologie française d'après 1989, pendant la période d'amélioration, les malades seront responsables pénalement pour les actes commis, mais en tenant compte de leur discernement présent dans une forme diminuée (altérée), qui agit en tant que circonstance atténuante.

Le malade souffrant de psychose perd son contacte avec la réalité et a des difficultés majeures dans la vie quotidienne. Les symptômes psychotiques peuvent indiquer des troubles psychiques sévères, tels la schizophrénie ou la psychose maniaco-dépressive. Contrairement aux personnes qui ont des troubles psychologiques moins graves, d'habitude, les psychotiques ne reconnaissent pas

---

538 ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004, p. 385.

qu'ils ont un déficit des fonctions mentales et ils refusent de reconnaître leur maladie. L'étiologie de ces troubles est en grande partie inconnue. Il y a deux hypothèses concernant le mécanisme d'apparition des psychoses installées à la suite des traumatismes cranio-cérébrales : soit le trauma serait un facteur précipitant sur un terrain prédisposant, qui est une cause directe, soit il s'agirait d'une simple coïncidence. On a signalé des attaques de schizophrénie, des délires chroniques systématisés, des psychoses affectives, des psychoses réactives survenues à la suite d'un traumatisme cranio-cérébrale, avec une fréquence qui exclut le hasard.[539]

Les symptômes de ces maladies incluent les hallucinations, les délires, les troubles de l'affectivité, du langage, tous ayant une intensité psychotique.

L'évolution de la psychose est épisodique. La durée moyenne est de six mois, la période pouvant être réduite sous traitement. Chaque épisode psychotique a trois étapes : une période de développement, une autre de manifestation et une étape de rémission. Quand le début est brusque, bruyant, le pronostique est très souvent favorable, tandis que si le début est lent, insidieux, le pronostique est plus réservé, la maladie évoluant vers la chronicisation et l'amélioration étant moins probable. La maladie psychotique a une évolution naturelle, interférée par le traitement. Des études diverses ont montré que l'épisode psychotique peut se remettre spontanément sans aucun traitement. L'évolution de la maladie peut varier selon le patient.

§1. **La psychose maniaco-dépressive** fait partie du groupe des maladies mentales qui ont sur le premier plan les troubles cycliques de l'affectivité, manifestés sous forme d'épisodes maniaques ou dépressifs, suivis par des interphases d'équilibre de la thymie.

Les troubles psychiques affectifs caractérisés par l'apparition des crises périodiques maniaques ou dépressives à différents intervalles de temps sont considérés comme des psychoses affectives. La psychose maniaco-dépressive, considérée comme une psychose affective, comprend le syndrome maniaque et le syndrome mélancolique. Les éléments définitoires de la psychose maniaco-dépressive sont les troubles majeurs au caractère endogène, sur le plan affectif et

---

539 GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 279.

instinctif, les changements du rythme psychomoteur et l'évolution cyclique avec des périodes de rémission.

Du point de vue psychiatrique, la manie est une euphorie exagérée, une joie intense et de longue durée, manifestée par la logorrhée, le malade passant facilement d'une idée à l'autre. La manie s'accompagne aussi par une gestuelle exagérée, par des réactions végétatives (transpiration, rougissement du visage), de même que par une excitation sexuelle excessive. Le syndrome maniaque est caractérisé par l'excitation psychomotrice, l'hyperactivité des fonctions psychiques, bonne humeur, euphorie, la fuite des idées, parfois des idées délirantes, d'autres fois par hyperthymie et des accès de colère de courte durée (la colère maniaque). Au début, dans la plupart des cas, l'hypersexualité et l'insomnie sont observées.

En tant que manifestation clinique, *la mélancolie* s'oppose à la manie. Elle est caractérisée par une tristesse profonde, une douleur morale, un ralentissement des processus intellectuels et parfois par l'anxiété (légère au début, plus accentuée ensuite). Les malades attendent que quelque chose leur arrive et ils perdent tout intérêt pour la vie.

L'inhibition motrice, accompagnée de douleur morale, immobilise le malade ; sa voix est très basse, évoluant jusqu'au mutisme et à l'aboulie et les idées délirantes d'autoaccusation et de ruine font leur apparition. Cette tristesse profonde peut s'interrompre brusquement et le sujet peut passer dans un état d'inquiétude insupportable (*raptus melancolicus*) avec des tentatives de suicide, de mutilation et parfois des actes d'agression envers les proches. La tristesse peut se transformer en anxiété et angoisse inexplicable quand on parle de la dépression ou de la mélancolie anxieuse. Les instincts de défense sont diminués, ce qui peut facilement placer le malade dans la posture de victime.

Par la suite on présentera séparément les épisodes maniaque, dépressif et mixte.

Les éléments qui définissent l'épisode maniaque sont marqués par les manifestations suivantes : la disposition euphorique (exacerbation des côtés affectifs et instinctuels), l'accélération du rythme des idées et l'hyperactivité désordonnée.

Le début de la crise maniaque peut être brusque ou progressif. Dans le premier cas, le sujet adulte, ayant un comportement normal pendant les mois précédents, est brusquement saisi d'un sentiment d'euphorie, de bien-être, de soulagement, d'un besoin irrésistible de mouvement et d'activité et d'un déblocage

sur le plan pulsionnel. Parfois, le démarrage est insidieux, précédé d'une phase dépressive (céphalée, asthénie, inappétence, insomnie) ou d'une phase de surexcitation, ou de conduites comportementales inhabituelles, toujours les mêmes, précédant la crise. La crise se caractérise par l'extériorisation spontanée des symptômes, le malade présentant un état d'excitation continue évidente.

L'aspect général du malade est caractérisé par une tenue négligente et extravagante (des rubans, des fards vifs, des plumes, des médailles), tandis que la mimique est très mobile, expressive, le sujet parle sans cesse, mais d'une manière superficielle, utilisant souvent une familiarité gênante. Le patient se déplace tout le temps, en utilisant des gestes amples et change incessamment ses préoccupations.

Dans la sphère de la perception est observée une rapidité accrue, mais qui empêche la discrimination de finesse des nouvelles formes, ce qui génère des illusions, des figures imaginées et des fausses reconnaissances. Dans les cas sévères, des hallucinations peuvent apparaître.

L'attention est caractérisée par une grande mobilité et une distributivité spontanée, par un volume considérable, mais on constate l'hypoprosexie volontaire (de concentration).

De manière consécutive, la mémoire, liée de façon significative aux événements généralement positifs, est de type d'hypermnésie sélective, ce qui détermine que la mémorisation des événements pendant la crise est faite de manière déficitaire. L'orientation est d'habitude correcte, mais sans importance pour le sujet, qui tient moins compte des coordonnées réelles spatio-temporelles, cédant la place à sa propre fantaisie.

Sur le plan de la pensée, le plus évident est l'aspect de l'accélération des idées, qui traduit l'excitation du maniaque - l'accélération des représentations mentales jusqu'à la fuite d'idées. L'association d'idées est superficielle et rapide, réalisée par des liens verbaux fragiles et automatiques (des rimes, des jeux de mots). Il y a aussi une tendance aux divagations. Le contenu d'idées traduit l'état d'euphorie, de satisfaction, des idées de grandeur, d'invention, d'enrichissement, des idées érotiques mais où il y a de la discontinuité et même de véritables idées délirantes ayant pour thème la grandeur, la persécution, la revendication, la jalousie, etc.

Les troubles dans la sphère de l'affectivité et de la vie instinctuelle sont définissants pour cette affection. L'hyperthymie ou l'état d'exaltation affective se

manifeste cliniquement par l'euphorie, l'expansivité, l'optimisme, l'enthousiasme, la confiance exagérée en soi et l'intensité des sentiments, mais sans engagement en réalité. Cette tonalité affective est toutefois instable : le maniaque peut passer, même à cause des incitations mineures, de la joie à la colère, à l'agressivité (jusqu'à l'état de « fureur maniaque »). L'état d'exaltation se manifeste aussi sur le plan de l'instinct sexuel, par l'excitation érotique, montré par des paroles, des propositions, des gestes, des attitudes érotiques, jusqu'aux obscénités et à l'exhibitionnisme.

La parole et l'écrit sont un flux continu de mots, de propositions mal assemblées et rapides (logorrhée, graphorrhée), traduisant d'une manière évidente le désordre présent dans la pensée du maniaque. Parfois, on peut parler du mutisme au caractère ludique (d'opposition) surtout dans le cas de la manie de stupeur.

Pendant l'épisode maniaque, ce qui impressionne est surtout la tendance impérieuse d'hyperactivité du malade et le changement permanent des préoccupations (il fait beaucoup de gestes, il marche, il change la place des objets, etc.). Cette tachy-kinésie, activité multiple et désordonnée, poly-programmatique, présente un caractère ludique, parfois grotesque, le sujet trouvant du plaisir à se déguiser, à jouer des rôles, à chanter, à danser, à réciter. Ce comportement n'est pas de l'histrionisme, car pour le maniaque, il représente une manière de vivre dans la réalité extérieure en la changeant selon sa fantaisie optimiste.

La grande agitation (la furie maniaque), caractérisée par des mouvements continus, le refus de la nourriture, des cris, des impulsions agressives, de l'insomnie complète et de la brutalité destructive sévère est rare aujourd'hui, grâce au traitement chimio-thérapeutique, qui, une fois institué, change le tableau clinique classique.

La symptomatologie somatique s'accompagne toujours du tableau psychique. Les signes physiques sont représentés par la chute rapide du poids (par rapport à la boulimie et la polydipsie), l'insomnie rebelle pendant l'épisode, l'hyperthermie (37,5 - 38 º C), la grande résistance au froid et à l'effort ; des troubles digestifs : le ralentissement du transit intestinal, l'hyper-salivation, la boulimie, la polydipsie ; des troubles cardio-vasculaires : la tachycardie, l'hypertension artérielle modérée; des troubles instinctuels alimentaires et sexuels (l'hyper-érotisme).

Les éléments définissants de *l'épisode dépressif* sont la dépression majeure (l'inhibition du plan affectif et instinctuel), la lenteur du rythme des idées et l'hypoactivité. La dépression majeure (telle qu'elle est définie par les auteurs

américains) se définit comme un état d'intense charge négative, vécue par le malade comme une douleur morale profonde.

Le début de l'épisode dépressif peut être lent ou brusque, ayant un aspect névrotique ou obsessif et même asymptomatique (sous-clinique).

Quand la modalité d'installation est progressive, pendant des semaines et des mois, le patient devient silencieux, sans élan, accusant l'asthénie, la fatigue, le sentiment d'une « malaise générale » et il manque d'intérêt pour ses préoccupations et distractions habituelles. L'insomnie est précoce et constante, accompagnée d'inappétence, de la chute du poids et de la céphalée fréquente.

Dans les paragraphes suivants seront présentées les caractéristiques symptomatiques d'un épisode dépressif d'intensité moyenne.

Le patient a une tenue vestimentaire peu soignée, parle d'une voix éteinte, monotone, rare, indécise, ou ne parle pas, il gémit, il pleure, il reste assis, peu dynamique et ses mouvements sont réduits comme amplitude. Son visage exprime la tristesse : le malade est pâle, aux yeux grand-ouverts, au regard triste et mélancolique.

Les perceptions sont diminuées ; le patient a l'impression que le monde est froid et éloigné sous aspect affectif, ayant une note d'irréalité. La présence des cénesthopathies (des sensations corporelles anormales ou douloureuses) multiples et désagréables peut être notée aussi.

L'hypoprosexie se manifeste par rapport aux éléments de la réalité extérieure, l'attention se dirigeant surtout vers les manifestations internes. La mémoire est axée sur les moments affectifs négatifs de l'existence personnelle, le malade présentant même une hypermnésie sélective des moments désagréables, psycho-traumatisants, tandis que les aspects positifs de son existence peuvent même passer inaperçus.

L'inhibition psychique, une véritable « paralysie psychique » (bradypsychie) se manifeste par des idées lentes, le flux idéique pauvre, des associations défectueuses, des évocations pénibles, la synthèse mentale impossible et la réduction globale de toutes les forces qui orientent la conscience. Le contenu d'idées dénote le renoncement, la résignation, des idées hypocondriaques oscillant entre la peur et le désir d'expérimenter la maladie. Les idées de culpabilité dominent: le dépressif n'est pas malade, mais « coupable », selon le psychiatre H. Ey, les idées

suicidaires apparaissent en tant que dérivées du sentiment de culpabilité (toujours avec un risque suicidaire).

La même inhibition se manifeste aussi sur le plan de l'affectivité, la thymie présentant des troubles tels la tristesse morbide, la douleur morale et l'anesthésie affective. La tristesse morbide représente un sentiment d'ennui, de découragement et dégoût pour la vie, l'expérience du sentiment de la fatalité. La douleur morale est une impression d'impuissance et d'autodépréciation, d'incapacité physique et morale. Le dépressif a l'impression que le passé et le présent abondent en erreurs et conduites indignes et tout se concentre sur son malheur. L'anesthésie affective représente la conduite du malade de se retirer en soi-même, et exprime la sensation qu'il ne peut plus aimer ceux qui l'entourent et qu'il éprouverait envers eux une certaine indifférence.

Le refus alimentaire est présent, dès le manque d'appétit jusqu'à la résistance désespérée envers les tentatives alimentaires.

Le souhait et la recherche de la mort sont constants dans la conscience du dépressif, celui-ci cherchant non seulement à s'abandonner à la mort, mais aussi de la produire. Le suicide est une obsession, invoquée sans cesse, souhaitée et recherchée. Cela impose une surveillance attentive du malade durant l'épisode et la convalescence. Les tentatives de suicide peuvent survenir à tout moment, souvent habilement préparées et dissimulées. Le rapt suicidaire est une impulsion brutale et inattendue qui pousse le dépressif à l'autolyse par tout moyen. Le suicide collectif est observable chez les femmes qui tuent aussi leurs enfants à cause d'un altruisme délirant.

Se sentant incapable de souhaiter et d'agir, le dépressif s'abandonne à l'inertie. Sa motivation est diminuée, en laissant place à l'atténuation de la volonté et à l'aboulie. Sa production verbale est ralentie, interrompue, jusqu'au quasi-mutisme, l'activité est freinée, réduite et parce que même les actes d'une existence normale exigent un effort considérable, le malade néglige aussi ses habitudes et ses besoins corporels.

Les troubles somatiques ont certaines caractéristiques : ils peuvent toucher tout organe, appareil ou système ; ils apparaissent chronologiquement avant les symptômes psychiques ou ils peuvent constituer le seul symptôme (équivalences dépressives) dans la dépression dissimulée. Dans l'ordre des fréquences on rencontre : l'asthénie physique, les rachialgies, les poly-arthralgies et l'insomnie

rebelle, toujours terminale (le malade se réveille tôt le matin, angoissé par la journée qu'il doit vivre).

Les éléments définitoires *des formes mixtes (maniaco-dépressives*) sont ceux de la dépression majeure et de la manie. Ce syndrome est caractérisé par le mélange des symptômes d'excitation avec les symptômes dépressifs.

Kraepelin a délimité six formes cliniques : la manie coléreuse (la « mélancolie agitée » -selon le psychiatre H. Ey), la manie dépressive, la manie non-productive, la stupeur maniaque, la dépression avec fuite d'idées et la manie akinésique.[540]

Les infractions commises par les personnes affectées par la psychose maniaco-dépressive et la question de la responsabilité pénale

Les malades présentant l'excitation maniaque peuvent commettre des actes agressifs, des vols, des tromperies, des altercations, des destructions, des insultes, des infractions relatives à la vie sexuelle. Les homicides sont des cas exceptionnels et rares. Ces actes peuvent être la conséquence de l'impulsivité, de la tendance à agir immédiatement et sans réflexion. On considère que l'attitude du maniaque est due à sa gaieté, au fait qu'il ne prend rien au sérieux et que toute chose lui semble dépourvue d'importance.

Le mélancolique commet des actes antisociaux ou des infractions telles les auto-dénonciations dues soit au délire d'autoaccusation, soit au désir de souffrir et d'être condamné, n'ayant pas le courage de se suicider. Les crimes sont parfois imaginaires, parfois réels et commis par d'autres, mais le mélancolique en prend la responsabilité.

Les mélancoliques commettent des automutilations, des tentatives de suicide et de meurtre, qui à première vue semblent absurdes, mais qui sont explicables en tenant compte du mécanisme psychologique, c'est-à-dire de l'état affectif. Les conséquences les plus graves de la mélancolie sont représentées par les hétéro-homicides ou les homicides altruistes, explicables par le fait que les malades sont convaincus qu'en tuant ceux qu'ils aiment, ils les protègent contre les souffrances de la vie.

---

[540] GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 279.

Dans le cas de la psychose maniaco-dépressive, les malades sont déclarés irresponsables quand l'acte est commis pendant la crise. Dans l'intervalle compris entre les accès, pendant l'état de lucidité, les malades sont généralement considérés responsables pour leurs actes. Tout de même, dans cette situation aussi, il faut juger chaque cas en particulier.

Quand les périodes de maladie apparaissent souvent ou quand la remissions n'est pas complète, n'étant qu'une amélioration, des circonstances atténuantes peuvent être accordées, ou l'état d'irresponsabilité peut être prononcé par l'expert.

Il y a des cas plus difficiles, quand un inculpé est envoyé pour l'expertise en période de lucidité, mais il a commis l'infraction dans la période d'accès de la maladie. Dans ce cas, les experts doivent connaître en détail le dossier judiciaire, l'enquête sociale, la fiche d'observation du malade (s'il a été hospitalisé), les circonstances dans lesquelles l'acte pénal a été commis et particulièrement si celui-ci a eu un intérêt personnel ou matériel suite à cet acte.[541]

§2. **La schizophrénie** est une psychose grave, une dissociation intrapsychique, qui se caractérise par l'aboulie, des associations anormales, l'affectivité inversée, l'ambivalence des jugements, l'autisme et l'anhédonie (l'incapacité de sentir le plaisir dans les situations normales). La schizophrénie est souvent précédée d'une caractériopathie schizoïde avec une vie psychique enfermée, froide, isolante, opposante. L'hébéphrénie débute aussi avec le désintérêt pour l'activité, des crises d'originalité juvénile et des sentiments paradoxaux, d'indifférence affective, d'hostilité envers la famille, d'originalité caricaturale et la tendance à la rêverie, pour manifester ensuite de l'isolement et de la froideur affective, des jugements morbides et de la rigidité psychique associée à des décharges impulsives. Finalement, l'ambivalence et l'autisme s'installent. Dans les symptômes discordants on rencontre des expériences psychiques contradictoires, tels désir et répulsion, amour et haine, négativisme et agressivité, tout ceux –ci étant l'expression de l'ambivalence psychique accompagnée de bizarreries, de détachement psychique et d'impénétrabilité.

---

[541] DĂNESCU, Gh., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1973, p. 196-198.

Selon la « Classification internationale des maladies - 10e édition », les troubles de type schizophrénique sont caractérisés, généralement, par des distorsions fondamentales de la pensée, de la perception et de l'affectivité, qui sont inadéquates ou altérées. Le champ de la conscience est clair et les capacités intellectuelles sont d'habitude maintenues, bien que quelques déficiences cognitives puissent s'installer au fil du temps. Le trouble touche les fonctions de base, qui donnent à la personne le sentiment d'unicité de son identité et de son autonomie. Les pensées les plus intimes, les sentiments et les actes sont vécus en tant que déjà confirmés ou partagés par les autres. Le malade peut présenter aussi des délires explicatifs, ayant la conviction que des forces naturelles ou surnaturelles agissent pour influencer, souvent d'une manière bizarre, ses pensées et ses actions. Les sujets peuvent se voir eux-mêmes en tant que pivot de tout ce qui arrive. Les hallucinations, surtout auditives, sont fréquentes et peuvent commenter la conduite ou les pensées du patient. La perception est fréquemment perturbée, de sorte que les sons et les couleurs peuvent être excessivement vifs ou altérés du point de vue qualitatif, tandis que des traits non révélateurs peuvent apparaître comme plus importants que l'objet en son intégralité ou la situation entière. La perplexité est souvent précoce et peut fréquemment conduire à la conviction que les situations quotidiennes sont porteuses d'un sens, notamment de mauvais augure et concernant surtout le malade. Dans les troubles de la pensée de type schizophrénique, les traits périphériques et sans relevance d'un concept, qui sont inhibés dans une activité mentale normalement dirigée, se retrouvent sur le premier plan et sont utilisés à la place de ceux qui sont importants et adéquats à la situation. Ainsi, la pensée devient vague, elliptique et obscure et son expression dans la parole est parfois incompréhensible. Les interruptions et les interpellations dans la pensée sont fréquentes et les pensées semblent être « extraites » par des agents externes. La disposition affective est, de manière caractéristique, superficielle, capricieuse ou inadéquate. L'ambivalence et les troubles de la volonté peuvent apparaître sous la forme de l'inertie, du négativisme ou de la stupeur. La catatonie est parfois présente. Son début peut être aigu, avec un comportement sérieusement perturbé ou insidieux, avec un développement graduel des idées et de la conduite bizarre. L'évolution est variable et n'est pas inévitablement chronique ou destructive. Dans un certain nombre de cas, qui peut varier selon le type de culture et de population, la

rémission peut être complète ou presque complète. La distribution par sexe est quasiment égale, mais le début tend à être plus tardif chez les femmes.

Bien que les symptômes strictement pathognomoniques ne puissent pas être identifiés, il est utile, pour des buts pratiques, que les manifestations mentionnées auparavant, apparues souvent ensemble, soient divisées en groupes qui ont une importance spéciale pour établir le diagnostic. De cette manière, il y a l'écho de la pensée, l'insertion ou le vol de la pensée et son dispersion, des idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité qui se rapportent clairement aux mouvements corporels (des membres), aux pensées, aux actions ou aux sentiments spécifiques ; la perception délirante ; les hallucinations auditives qui font continuellement des commentaires sur le comportement du sujet, ou le discutent entre elles ; d'autres types d'hallucinations auditives ayant leur source dans une certaine partie du corps ; des idées délirantes persistantes, qui, du point de vue culturel sont inadéquates et complètement impossibles, par exemple des idées délirantes d'identité politique ou religieuse, des capacités et pouvoirs surhumains (tels être capable de contrôler le temps ou d'être en contact avec les extra-terrestres). Se manifestent ainsi des hallucinations persistantes de tout type, quand elles sont accompagnées soit d'idées temporelles ou d'idées sans un contenu affectif clair, soit d'idées persistantes de surévaluation, ou d'hallucinations, qui apparaissent quotidiennement pendant plusieurs jours ou mois successivement ; des interruptions ou des altérations par interpolation pendant la pensée, d'où découle l'incohérence, le discours sans relevance ou des excès de néologismes. Le comportement catatonique est représenté par l'excitation, la position catatonique, la réflexivité cireuse ; le négativisme, le mutisme, la stupeur ; des symptômes « négatifs » tels une apathie prononcée, l'appauvrissement du langage, la froideur ou l'incongruité des réponses émotionnelles (d'habitude, ayant comme résultat l'isolement social et la diminution des performances sociales) qui ne sont pas le résultat d'une dépression ou des médicaments neuroleptiques. De même, un changement significatif et intense dans la qualité globale de certains aspects du comportement se manifeste par le manque d'intérêt, de finalité, l'inutilité, l'attitude de type d'auto repli et l'isolement social.

L'exigence normale pour fixer un diagnostic de schizophrénie est la présence d'au moins un symptôme très clair (et d'habitude deux ou même plusieurs, s'ils sont moins évidents) appartenant à n'importe quel des quatre premiers groupes. Sinon, au moins deux symptômes des groupes suivants doivent être clairement présents

dans la majorité du temps, pour un mois ou plus. Les états qui présentent ces symptômes, mais qui durent moins d'un mois (qu'ils soient traités ou non) doivent être diagnostiqués dans une première étape en tant que troubles psychotique aigus, similaires à la schizophrénie et reclassés en tant que schizophrénie si les symptômes persistent pour des périodes plus longues.

Le diagnostic de schizophrénie ne doit pas être mis dans la présence des symptômes dépressifs ou maniaques, à l'exception du cas où il est clair que les symptômes de type schizophrène sont apparus avant le trouble affectif. Si les symptômes schizophréniques et affectifs se développent ensemble et sont également équilibrés, alors il faut mettre le diagnostic de trouble schizo-affectif, même si les symptômes de type schizophrène justifieraient par eux-mêmes le diagnostic de schizophrénie. La schizophrénie ne doit pas être diagnostiquée ni dans la présence d'une maladie cérébrale évidente, ni pendant les états d'intoxication, avec ou sans sevrage.

Le tableau clinique de la schizophrénie est précédé d'une phase préliminaire, quand les symptômes morbides apparaissent longtemps avant et ils sont souvent confondus avec ce qu'usuellement la pratique clinique définit en tant que personnalité pré-morbide.

Souvent, dans la phase préclinique, les jeunes qui deviennent schizophrènes présentent des traits de personnalité schizoïde, manifestant une sociabilité diminuée, des tendances d'isolement autiste, ils évitent les contacts sociaux et se retirent des activités typiques pour leur âge.

Parfois, les adolescents peuvent présenter un début aigu avec des manifestations obsessives-compulsives ou avec un virage comportemental brusque, ce qui peut choquer la famille ou l'entourage de collègues ou d'amis.

Le diagnostic de schizophrénie peut coïncider avec la première hospitalisation, mais le début effectif de la maladie est antérieur à ce moment, les symptômes de la maladie étant présents depuis des mois ou des années, matérialisés par des comportements bizarres, difficiles à expliquer, des états d'affectivité anormaux, des idées étranges et des expériences de perception anormales et hermétiques.

Le comportement du schizophrène dans la phase de début de la maladie peut être agité et même violent, sans aucune provocation extérieure, déterminé par l'invasion psychotique dominée d'hallucinations intenses. En opposition, dans l'état

de stupeur catatonique, le malade est négativiste au niveau verbal, manifeste une soumission automatique aux ordres, il est immobile et peut présenter une « flexibilité cireuse » - symptôme remarqué de plus en plus rarement aujourd'hui. La rigidité dans la position du corps, la perte de l'habilité motrice pour les mouvements de finesse et complexes seraient dus à une lésion au niveau des ganglions basaux.

D'autres comportements bizarres peuvent comprendre des maniérismes, des tics, des stéréotypes, des grimaces, occasionnellement l'imitation pathologique et automatique des gestes et des actions des autres (l'échopraxie), associée à l'écholalie (la répétition involontaire de mots ou de phrases prononcés par autrui).

Les symptômes dépressifs peuvent coïncider avec les autres symptômes psychotiques (la dépression secondaire), ou peuvent être consécutifs à un épisode psychotique aigu florid (dépression pharmacogène). La dépression peut être en corrélation avec l'effet extrapyramidal de la médication antipsychotique, elle-même génératrice de la dépression (la dépression pharmacogène).

L'affectivité diminuée peut être la conséquence du processus schizophrénique, la conséquence de l'effet parkinson, de la médication antipsychotique, ou d'une dépression post-psychotique ou réactive.

Les troubles peuvent comprendre des hallucinations des cinq analyseurs sensoriels. Les hallucinations auditives contenant des voix accusatrices, menaçantes, à caractère obscène ou injurieux, sont caractéristiques pour la schizophrénie. Les hallucinations auditives à la deuxième personne ont, selon la vision conceptuelle de Kurt Schneider, un pronostique pessimiste. Du même registre sont aussi les hallucinations à la troisième personne, avec les commentaires dénigrants des voix hallucinatoires à l'adresse du patient. Les hallucinations visuelles sont rares, celles olfactives et gustatives extrêmement rares et invitent à une révision du diagnostic (des causes neurologiques). Les hallucinations kinesthésiques sont fréquentes et présentent de multiples localisations dans l'espace de la corporalité.

La pensée est profondément affectée dans le processus schizophrénique. Le contenu de la pensée est dominé par des délires systématisés (comme dans la schizophrénie paranoïde) - de persécution, de grandeur, mégalomane, mystico-religieux, ou des délires non systématisés, totalement incohérents et incompréhensibles, traduisant une pensée chaotique, bizarre, détachée de tout système de repères logiques.

La perte des limites et des frontières du soi traduit d'ailleurs l'incapacité du schizophrène de percevoir clairement ses limites corporelles, ses sens et ses expériences personnelles de telle manière qu'il peut parvenir à une fusion avec les objets du monde qui l'entoure ou à un sentiment métaphysique de désintégration et de fusion avec l'univers.

Les troubles formels de la pensée sont observés dans le langage écrit et parlé du malade, sous la forme de l'affaiblissement des associations, de l'incohérence, de la parole tangentielle, des néologismes, de l'écholalie et de la verbigération.

Le comportement impulsif du schizophrène est la suite des ordres hallucinatoires, déroutants et persistants ou d'un blocage des mécanismes de contrôle de l'impulsion, comme dans les actes de rapt au caractère imprévisible et même violent.

La violence du schizophrène ou son agressivité manifeste apparaît chez les patients qui n'ont pas été traités et se matérialise par des discours à caractère de persécution, cas où le patient fait appel à des actes de « défense » en tant que riposte aux dangers et aux menaces perçus pendant ses délires.

Le suicide se produit à une grande fréquence chez les schizophrènes, 50 % ayant de tentatives de suicide et 10-15 % réussissant à mettre fin à leur vie.

La sensitivité pathologique du schizophrène produit une vulnérabilité accrue aux stimuli existentiels normaux ou au stress de la vie quotidienne, surtout dans les situations de rejet, même mineur, qui peut déclencher des réactions d'une violence extrême, apparemment sans motivation. L'acte de rejet, quelque mineur qu'il soit, est perçu comme une situation intolérable par le patient, qui d'ailleurs est obsédé par la conviction délirante de l'abandon, dont le schizophrène se défend en se retirant en soi et évitant les contacts humains.

Les patients souffrant de schizophrénie s'orientent correctement par rapport au temps et à l'espace, de même qu'à leur propre personne. Les phénomènes de désorientation exigent une révision du diagnostic, avec l'investigation de la probabilité d'un trouble cérébral organique.[542]

---

542 FRIEDMANN, C. *Psihiatrie.* Constanţa : Ed. Ex Ponto, 2000, p. 215-217.

Les infractions commises par les schizophrènes et la question de la responsabilité pénale

Pour la psychiatrie judiciaire, le problème de la schizophrénie est extrêmement important, car un grand nombre de malades ne sont pas hospitalisés. Par conséquence, leur identification et la mise d'un diagnostic est très difficile dans les formes moins évidentes ou latentes de la maladie, le diagnostic pouvant être précisé seulement après la perpétration d'une infraction. La maladie devient particulièrement évidente par la manière dont l'infraction a été commise et plus précisément en jugeant le manque de choix et de précaution, traits caractéristiques aux criminels de ce genre.

Généralement, les schizophrènes n'ont pas de prédisposition particulière pour un certain genre d'infraction. Les actes antisociaux commis ont d'habitude un caractère bizarre, absurde, sans motivation et même quand ils sont « motivés », ils sont dus aux idées délirantes ou aux hallucinations (dans la forme paranoïde). D'autres fois, leurs faits ont un caractère d'impulsivité, les malades agissant sans délibération et sans penser aux conséquences, par l'action d'un véritable « court-circuit », selon le psychiatre C. I. Parhon. Il y a des schizophrènes qui commettent des infractions, surtout des crimes, avec du sang froid, du calme, avec beaucoup de jugement et raffinement et une préparation minutieuse. En échange, les vols prouvent l'absence du choix et de la précaution et ont l'apparence d'une impulsion. Les malades souffrant de schizophrénie aiguë ou présentant une symptomatologie complexe, grave, commettent rarement des infractions parce qu'ils sont identifiés et hospitalisés à temps dans des institutions spécialisées, quand le système de santé est fonctionnel. Toutefois, pendant et après la guerre, l'identification des malades s'avère plus difficile, ce qui peut poser un problème de plus pour la santé publique.

La schizophrénie présente aussi une phase médico-légale, de début avec impulsivité et violence injustifiée, intempestive, avec des pulsions sexuelles aberrantes et incontrôlables ou du négativisme. Au début, de même que dans la période d'état actif, le malade manifeste une permanente hostilité, avec des bizarreries et l'absence du pragmatisme et son comportement a des motivations délirantes. Dans le cas de la violence, le malade projette son propre délire sur les proches, qui sont coupables de son empoisonnement, de sa possession sexuelle, etc. Il dissimule ce délire jusqu'à ce qu'il accomplit l'acte de violence motivé par le besoin de se débarrasser de ses ennemis imaginaires. Le malade prépare

pathologiquement son acte, le motive de manière délirante et ne quitte pas le lieu des faits (on le retrouve auprès de la victime), au contraire, il est satisfait de s'être débarrassé de tels ennemis. L'acte est commis de manière féroce, sans affection, sans émotions et regrets.

Généralement, les malades qui souffrent de schizophrénie peuvent commettre diverses infractions telles le vol, la tromperie, le vagabondage, la fraude, etc. ; ils peuvent commettre facilement des tentatives de meurtre ou même des meurtres. La plus grande partie des infractions sont commises dans la phase de début ou latente de la psychose. Beaucoup de ces malades sont diagnostiqués seulement après avoir commis le crime, à cause de la manière dont celle-ci a été commise ; c'est pour cela que préciser à temps le diagnostic est une des tâches les plus importantes du médecin psychiatre. Par un diagnostic rapide, le médecin contribue à la prophylaxie des infractions.

Les schizophrènes peuvent commettre certains actes à cause du manque d'affectivité, ou de volonté, à cause de la prédominance des suggestions, des idées délirantes, des anesthésies morales et surtout des impulsions.

Les fugues et le vagabondage sont, parfois, les premiers symptômes de la maladie. La fugue peut être causée par l'instabilité psychique, les impulsions ou par un déficit intellectuel. Les malades donnent des explications puériles sur les raisons qui les ont poussées à fuir. Ces malades n'éprouvent aucun regret pour les malheurs et les ennuis provoqués aux autres (parents, amis, etc.). Les stéréotypes peuvent apparaître sous la forme de la fugue et souvent les fugues se répètent plusieurs jours de suite, à la même heure et vers la même destination. D'ailleurs, la littérature mentionne que la majorité des vagabonds sont des schizophrènes.

Les actions les plus dangereuses du point de vue social des schizophrènes sont celles commises par les malades aux idées délirantes (souffrant de schizophrénie paranoïde), qui se considèrent poursuivis, sous des influences extérieures, sous l'influence d'une volonté étrangère à eux, ou sous l'influence des appareils, etc. Les parents, les proches, les colocataires, ou parfois, même le personnel médical, peuvent devenir les victimes de ces malades. Ils ne commettent pas des agressions parce qu'ils ne font pas toujours le lien entre leur délire et une certaine personne. Mais au moment où le délire à un caractère concret, quand il est lié à une certaine personne, ils commettent des violences, des attentats et même des meurtres visant cette personne.

Les malades souffrant de schizophrénie à rémission partielle peuvent commettre des infractions telles des fraudes, des tromperies, des tentatives de meurtre ou même des meurtres.

La psychiatrie judiciaire et la criminologie prêtent une attention particulière aux infractions commises par des personnes soi-disant « normales », mais qui, jugeant d'après la manière dont ces infractions ont été commises, prouvent que les auteurs sont affectés par une maladie mentale latente (schizophrénie latente). Les malades souffrant de schizophrénie latente commettent des infractions sans avoir des prédilections pour un certain genre, quelquefois même avec d'intérêt matériel, mais les actes sont commis avec beaucoup de raffinement et de brutalité. Ces malades présentent, d'habitude, des phénomènes bizarres, comme la phobie, les troubles gastro-intestinaux, l'asthénie et des symptômes de courte durée. Dans certaines situations et circonstances (de trauma psychique ou d'autre) les malades peuvent commettre une infraction grave, pour revenir ensuite au normal.

Quant à la responsabilité pénale et civile, les experts psychiatres n'ont pas de conduite unique. Il y a des auteurs qui soutiennent qu'un schizophrène peut être déclaré responsable seulement quand son état d'accalmie est de longue durée, l'évolution pathologique s'est arrêtée ou la symptomatologie schizophrène est disparue, et il ne s'agit pas d'un changement pathologique de la personnalité.

En ce qui concerne ceux qui se trouvent dans la période virulente de la maladie (pendant l'état aiguë de la maladie) de même que ceux qui présentent un état chronique, ils doivent être déclarés irresponsables. Généralement, quand il s'agit des schizophrènes, il faut noter qu'ils doivent être hospitalisés, selon les normes préventives médicales.

Concernant la schizophrénie à rémission partielle, chaque cas doit être analysé individuellement et en détail, en tenant compte du fait que l'infraction a été commise avec un discernement diminué.

Pour les malades souffrant de schizophrénie latente, les aspects qui doivent être investigués sont l'acte pénal et les circonstances – en état d'accalmie ou de tension et s'il y a eu intérêt personnel ou matériel.

§3. **Les psychoses délirantes chroniques** sont des maladies qui font déstructurer la vie psychique, par l'apparition, le développement et l'extension des idées délirantes à caractère permanent, qui s'intègrent et réorganisent le système de la personnalité, en l'altérant, sans le modifier, dans le sens de l'autisme et permettant

par cela une adaptation acceptable du sujet aux exigences de l'environnement social. Les éléments définitoires de ces psychoses sont : l'existence d'un système délirant, paralogique, parallèle et simultané à la réalité, l'organisation d'une production délirante autour d'un thème unique et l'existence d'un niveau de personnalité qui assure la relative adaptation de l'individu.

Selon la « Classification internationale des maladies - 10ème édition », ce groupe comprend une variété de troubles où les délires de longue durée constituent la caractéristique clinique unique, ou au moins la plus évidente, et qui ne peuvent pas être classifiés en tant qu'organiques, schizophrènes ou affectifs. Ils sont probablement hétérogènes et ont un lien indéterminé à la schizophrénie. L'importance relative des facteurs génétiques, des caractéristiques de la personnalité et des circonstances existentielles est incertaine et probablement variable.[543]

Les délires ont été divisés en deux catégories, selon le critère s'ils sont accompagnés ou non d'hallucinations. Ainsi, il y a le délire systématisé sans hallucinations, ou la paranoïa et le délire systématisé hallucinatoire, ou la paraphrénie, qui se rapproche à la schizophrénie paranoïde, mais qui ne manifeste pas la désagrégation psychique présente dans la schizophrénie.[544]

§4. **La paranoïa** est délimitée en tant que psychose chronique endogène, qui réside dans l'évolution continue d'un système délirant durable et qui refuse la critique, en se développant de manière insidieuse, tout en conservant complètement l'ordre et la clarté de la pensée, de la volonté et de l'action.

Les éléments caractéristiques sont représentés par : le délire chronique bien systématisé sans hallucinations, la personnalité pré-morbide spécifique (rigide, avec une hypertrophie du soi) et la rupture entre les aspirations et les possibilités (de fond ou de situation).

Selon la « Classification internationale des maladies - 10ème édition », la paranoïa et la psychose paranoïde sont incluses dans la catégorie nosologique des

---

543 OMS. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998, p. 117.

544 KRAEPELIN E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipzig : Verlag von Johann Ambrosius Barth 1913, In: GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985.

troubles délirants. Ce groupe de troubles se caractérise par le développement soit d'un seul délire, soit d'un groupe de délires en corrélation, qui, d'habitude, sont persistants et à la fois durent toute la vie. Le contenu des délires est très variable. Parfois il y a des délires de persécution, hypocondriaques ou de grandeur, mais ils peuvent se rapporter aussi à un litige, à la jalousie, ou peuvent exprimer la conviction du patient selon laquelle son corps est difforme, etc. D'autres troubles psychopathologiques sont généralement absents, mais des symptômes dépressifs peuvent être présents de manière intermittente et dans certains cas - des hallucinations olfactives ou tactiles peuvent se développer. Les hallucinations auditives claires et persistantes, les symptômes typiques de la schizophrénie, tels les délires de contrôle, l'usure marquée de l'affectivité et la preuve certaine d'une maladie cérébrale sont considérées incompatibles avec ce diagnostic. Pourtant, surtout chez les patients âgés, la présence des hallucinations auditives occasionnelles ou transitoires n'exclut pas le diagnostic, tant qu'elles ne sont pas typiquement schizophrènes et représentent une petite partie du tableau clinique global. Le début se produit, d'habitude, à l'âge moyen, mais parfois, surtout dans le cas des convictions d'avoir un corps difforme, il apparaît à un âge plus précoce. Le contenu du délire et le moment d'émergence peuvent être corrélés avec la situation de vie du patient, par exemple les délires de persécution chez les membres d'une minorité. Séparés des actions et des attitudes directement en corrélation avec le délire ou le système délirant, l'affectivité, la parole et le comportement sont normaux.

Les délires constituent le plus proéminent ou même le seul trait clinique. Ils doivent être présents pendant au moins trois mois et doivent être clairement plutôt personnels que sous-culturels. Les symptômes dépressifs ou même un épisode dépressif complet peuvent apparaître de manière intermittente, en indiquant que les délires persistent même quand il n'y a pas de trouble de disposition. Il faut qu'il n'y ait pas de preuve d'une maladie cérébrale, qu'il n'y ait pas d'hallucinations auditives ou que celles-ci soient occasionnelles et qu'il n'y ait pas un historique de symptômes schizophrènes (des délires de contrôle, de la transmission des pensées, etc.).[545]

L'idée délirante (le délire) représente la fausse conviction, pathologique, de l'individu, par rapport aux situations inexistantes ou authentiques - mais

---

[545] OMS. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998, p. 118.

incorrectement interprétées. A la différence des obsessions - quand l'individu est conscient de leur caractère pathologique et fait en vain des efforts pour s'en débarrasser - dans le cas du délire, l'individu n'est pas conscient de son caractère pathologique, il est convaincu de sa réalité et le plus souvent il le transpose dans sa conduite.[546]

L'idée délirante est vécue par le malade avec une conviction forte de sa véridicité. L'idée délirante isolée constitue une exception ; souvent, elle se retrouve groupée dans un enchaînement de notions similaires ou rapprochées para-logiquement dans un délire évident.

Dans le début lentement progressif, le délire est précédé d'une phase de préparation (la phase pré-délirante) qui peut durer des mois ou même des années, jusqu'à ce que l'idée délirante se cristallise dans une certitude délirante.

Il y a aussi une manière brusque de début, quand le malade vit tout à coup le délire avec la certitude d'un accomplissement ou d'une véritable révélation. Les délires mystiques apparaissent souvent sous cette forme explosive.

Le thème du délire est axé en grande partie sur une préoccupation affective et idéative fondamentale. Quand le malade peut argumenter para-logiquement aux questions « pourquoi », « quand » et « comment », on se retrouve devant un délire systématisé (le délire paranoïaque). Le thème délirant varie selon l'âge et le sexe ; le délire dépend largement du tempérament, de l'intelligence et du niveau d'instruction du malade.

Le délire paranoïde est le modèle le plus fréquemment rencontré dans la pathologie et avec la plus grande gamme de variétés. Le délire paranoïde apparaît pendant le développement mature de la personne. Il s'installe plus facilement dans la structure sensitive de la personnalité (selon Kretschmer). La conviction du malade sur l'attitude malveillante de ceux qui l'entourent représente le canevas actif sur lequel se développe le thème délirant. Dans les lignes suivantes, on présentera les thèmes délirants paranoïdes les plus caractéristiques.

Le délire d'influence suppose que le malade a l'impression qu'il n'a plus de liberté et d'indépendance dans ses actions, qu'il y a des personnes qui pourraient lui

---

546 MITROFAN N., ZDRENGHEA V., BUTOI, T. *Psihologie judiciară*. Bucureşti : Casa de Editură şi Presă «Şansa» S.R.L., 1992, p. 349.

commander, l'obliger à commettre certains actes et au cas où il ne les commettrait pas, il pourrait être torturé.

Dans le délire d'interprétation, le malade, même s'il part des prémisses éventuellement exactes, arrive obligatoirement à des conclusions fausses, selon sa thématique délirante persécuté-persécutrice. Le délire d'interprétation exclut comme alimentation de la thématique les hallucinations ou les fantasmes oniriques.

Dans le délire de relation, le malade considère que les parents et les amis lui cachent certaines intentions, pour qu'ils puissent mieux accomplir leur but de lui faire du mal.

Dans le délire de poursuite, le malade vit une perpétuelle impression de poursuite injustifiable, qui s'exerce par le biais de toute personne qu'il rencontre accidentellement.

Le délire de persécution consiste dans la conviction immuable du malade qu'il est persécuté par presque toutes les personnes de son entourage. Toute personne persécutée se transformera en persécuteur, ayant pour but de neutraliser les actions des soi-disant ennemis, d'obtenir la justice ou parfois de se venger pour les préjudices que lui ont été provoqués.

Le délire d'empoisonnement est fondé sur la conviction du malade qu'il serait supprimé par des substances nuisibles mises dans la nourriture, dans les boissons, sur les vêtements, sur le lit, etc., et il s'efforce de les éviter ou de les rendre inoffensives.[547]

Les délires paranoïdes peuvent se présenter aussi sous d'autres formes : de grandeur, de jalousie (d'habitude chez les éthyliques chroniques), mystique, etc.

Les infractions commises par les paranoïaques et la question de la responsabilité pénale

Ces malades peuvent commettre des infractions prémédités, caractérisés par lucidité, mais leurs raisons sont liées aux idées délirantes. Les malades souffrant de paranoïa sont les plus dangereux, parce qu'ils commettent facilement des infractions, telles des agressions, des tentatives de meurtre et des meurtres, de fausses

---

[547] BRANZEI, P., CHIRITA, V., BOISTEANU, P., COSMOVICI, N., ASTARASTOAE, V., CHIRITA, R. *Elemente de semiologie psihiatrică şi psihodiagnostic*. Iaşi : Ed. Psihomnia, 1995, p. 164 – 167.

dénonciations et de faux témoignages. Les tentatives de meurtre et les meurtres des paranoïaques sont dépassées en ce qui concerne leur cruauté seulement par les épileptiques et les schizophrènes. Le vol, la falsification et la tromperie sont plus rares.

Les malades souffrant du délire de persécution sont d'habitude armés et peuvent à tout moment attaquer les soi-disant persécuteurs ou ennemis, pensant qu'ils se trouvent en défense légitime.

Dans les cas où il s'agit d'infractions aux buts matériaux (vol, falsification), l'expert doit faire preuve de précaution, parce que le diagnostic de paranoïa est souvent mis assez facilement, sans tenir compte que c'est une affection facile à simuler. De la même façon, il faut analyser avec beaucoup d'attention le dossier judiciaire, de même que les antécédents du malade, en utilisant à ce but l'enquête sociale. Celle-ci joue aussi un rôle très important pour compléter les renseignements objectifs sur le comportement du malade avant la maladie et dans la période précédant l'hospitalisation.

En dehors de la paranoïa proprement dite, il y a aussi les soi-disant « syndromes » consécutifs aux états de concentration psychique ou aux certains efforts surhumains.[548] A cause de leurs conditions spécifiques, ces syndromes sont très fréquents pendant et après la guerre, spécialement chez les personnes qui ont subi un trauma quelconque.

Pour ces personnes, la responsabilité sera établie selon le cas où le délire est ou non en connexion avec le délit commis. S'il y a un lien de causalité entre le délire et l'infraction commise, le paranoïaque ne sera pas tenu responsable pénalement, mais si le lien n'existe pas, le paranoïaque sera considéré responsable.

§5. **La paraphrénie** comprend un groupe de psychoses endogènes chroniques, caractérisées par la richesse fantastique de la production délirante, en opposition avec une bonne adaptation à l'environnement. Leurs éléments définitoires sont représentés par le caractère fantastique des thèmes délirants, avec un grand contenu de l'imaginaire, la juxtaposition du monde fantastique sur le monde réel, où

---

548 DĂNESCU, Gh., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1973, p. 195-196.

le malade continue à s'adapter bien, en maintient pour longtemps le noyau de la personnalité et la prédominance du langage par rapport à l'action.

Les paraphrénies sont des syndromes caractérisés par la présence d'un délire chronique systématisé, accompagné d'habitude par des hallucinations qui entretiennent la thématique du délire. L'absence des troubles évidents de connaissance, d'affectivité et de volonté confère à la personnalité du malade une capacité apparemment satisfaisante d'intégration familiale et même socioprofessionnelle.

Le début de la maladie se manifeste autour de l'âge de 30-35 ans ; il peut être brusque ou progressif, avec une plus grande prépondérance chez les femmes et les constitutions cyclothymiques.

Dans la période d'état actif de la maladie, l'examen clinique révèle des changements qui expriment la thématique délirante. Ainsi, l'allure, les vêtements et l'attitude du malade peuvent apparaître transformés par rapport au contenu délirant, avec une thématique diverse, telle la réforme, les interventions dans le cours de la justice, la mystique, etc. Même si le contact avec le malade s'établit facilement, parfois il peut devenir réticent, suspicieux, mais sans présenter des troubles d'orientation, d'attention, de mémoire ou de pensée formelle.

L'examen clinique découvre la présence des hallucinations, surtout auditives, et plus rarement visuelles (des visions et des révélations dans le délire mystique). Le délire est ample et polymorphe, entretenu par les troubles de la perception, avec l'absence de certains éléments de logique dans sa structure, mais avec une riche production imaginative. Sa thématique est construite autour des idées de persécution, d'influence, de mégalomanie, même si la variation est moins systématisée que pour les délires paranoïaques. D'ailleurs, le malade se conduit de manière adéquate vis-à-vis de la réalité concrète et immédiate et en même temps il développe une existence dominée par sa production psychopathologique extrêmement délirante, ce qui a conduit à prêter à ce comportement la définition de bipolarité du délire.

L'évolution de la paraphrénie est de longue durée et avance au fil de la vie, l'intensité du délire et les hallucinations diminuent, la personnalité étant relativement conservée longtemps et bien adaptée à l'environnement.[549]

Les principales formes cliniques de la paraphrénie sont représentées par la paraphrénie systématique (la psychose hallucinatoire chronique des auteurs français), la paraphrénie expansive, la paraphrénie de confabulation (le délire d'imagination) et la paraphrénie fantastique.

La paraphrénie systématique se développe toujours sur le fond d'une personnalité de type paranoïde. Elle a comme noyau central le syndrome du triple automatisme mental : l'automatisme des idées et verbal, composé des hallucinations psychosensorielles auditives à caractère hostile (rarement bienveillant), l'énoncée et le commentaire des actes et des pensées, l'écho et la lecture de la pensée, de même que le vol et la prévision des pensées ; l'automatisme sensoriel et sensitif, représenté par la perception parasitée par des phénomènes qui s'adressent à tous les analyseurs ; l'automatisme psychomoteur, représenté par des impressions kinesthésiques, la sensation de mouvements imposés et l'articulation verbale forcée.

Ce noyau verbal est soumis (à la différence de la schizophrénie paranoïde) à une interprétation systématique concrétisée par un délire de persécution. Quelque fois, à ce délire peut s'ajouter un délire de grandeur. Tous ces phénomènes se déroulent sur le fond de la clarté de la conscience d'où la prise de conscience de la maladie est absente.

L'évolution est longue, sans que le malade perde sa capacité d'intégration sociale, à l'exception du noyau délirant hallucinatoire. Parfois, le délire se referme, le malade ayant l'air de ne plus prêter une grande importance aux phénomènes délirants-hallucinatoires.

La paraphrénie expansive s'observe presque exclusivement chez les femmes. Elle s'exprime cliniquement par un système délirant de grandeur et de richesse, apparu sur un fond exalté. Les thèmes prédominants de la mégalomanie sont le génie littéraire ou scientifique, l'érotomanie et la religion. Les hallucinations visuelles sont présentes sous la forme de visions oniriques. Les troubles qualitatives de la mémoire peuvent apparaître, de même que les difficultés de remémorer le

---

549 PIROZYNSKI, T., CHIRIŢĂ, V., BOIŞTEANU, P. *Manual de psihiatrie*. Iaşi : Institutul de Medicină şi Farmacie, 1991, p. 219 – 220.

passée et les paramnésies. La systématisation du délire est faible. L'ouverture vers la réalité est large, le malade étant tenté d'essayer de transposer son délire dans la réalité. Il y a des troubles de disposition qui peuvent pousser le malade au suicide. Les malades hospitalisés s'habituent facilement à la situation, en continuant leur activité délirante.

La paraphrénie de confabulation est présente également chez les deux sexes, ayant un début plus précoce que les autres paraphrénies. La constitution mythomane, avec une fixation dans une étape infantile et la suggestibilité sont propices à la fabulation délirante. Le délire réside dans l'interprétation intuitive et délirante de la passée, le thème étant généralement la grandeur. De nouveaux événements empruntés par le malade de ses lectures ou des conversations s'ajoutent au thème de la passée. Le délire est généré par l'exaltation imaginative, aventureuse, bizarre, conservant un caractère organisé.

La paraphrénie fantastique débute par une phase d'inquiétude et incertitude avec l'impression d'hostilité et de métamorphose de l'environnement. Les hallucinations et les pseudo-hallucinations qui apparaissent se mêlent à un délire d'influence, le patient ayant l'impression que ces hallucinations sont provoquées. Les expériences hallucinatoires ont un caractère inhabituel et fantastique (possession diabolique, changement du sexe, métamorphose du corps).

Les thèmes de grandeur reçoivent des dimensions fabuleuses – filiations surnaturelles, fortunes formidables, identification avec les personnalités politiques ou avec Dieu, ou des pouvoirs surnaturels. Les thèmes de persécution gardent le même caractère mégalomane : des complots immenses, l'hostilité des forces surnaturelles, des tortures indescriptibles. La productivité délirante est énorme et la pensée a un caractère paralogique (il n'y a pas de contradiction, *a priori* tout est admis). Le temps et l'espace perdent leurs dimensions réelles, arrivant à des dimensions cosmiques. Les troubles de mémoire quantitatifs et qualitatifs apparaissent fréquemment.

Toutefois, l'aspect surprenant est la bonne adaptation des sujets à la réalité : ils semblent vivre dans deux mondes parallèles, qui ne se gênent pas.

L'évolution de cette psychose est lente et progressive. Quelque fois, après des dizaines d'années de maladie, un appauvrissement du délire peut être constaté ;

celui-ci devient plus stéréotypé, plus anémique, il reste une simple jonglerie d'idées, un squelette du délire d'autrefois.[550]

La question de la responsabilité pénale

La littérature spécialisée[551] considère toutes les personnes affectées par la paraphrénie, à partir des éléments psychiatriques caractéristiques, comme étant incapables d'avoir du discernement et donc irresponsables.

§6. **Les troubles psychotiques dus à la consommation de l'alcool** apparaissent très souvent dans le cadre des conflits armés, car les personnes traumatisées essaient d'utiliser les effets d'obnubilation de la mémoire produits par l'alcool en tant que forme de faire face aux expériences stressantes. Ces maladies sont incluses par la « Classification internationale des maladies - 10ème édition» dans la catégorie des troubles psychotiques, comprenant l'hallucination alcoolique, la jalousie alcoolique, la paranoïa alcoolique et la psychose alcoolique. Ceux-ci constituent un groupe de phénomènes psychotiques qui apparaissent durant ou à la suite de la consommation des produits psycho-actifs. Ces troubles se caractérisent par des hallucinations vives (typiquement auditives mais souvent aussi sensorielles), de fausses identifications, des délires ou des idées de référence (de type paranoïde ou de persécution), des troubles psychomotrices (excitation ou stupeur) et un affect normal qui peut varier de la peur intense jusqu'à l'extase. Le plan sensoriel est clair, d'habitude, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation du champ de la conscience (bien que la sévérité de la confusion ne soit pas sérieuse). La rémission partielle peut avoir lieu pendant un mois et celle totale - pendant six mois.[552]

A. L'hallucination alcoolique (l'hallucination Wernicke) consiste dans l'apparition des hallucinations auditives très persistantes, qui portent des dialogues à la troisième personne, sur un fond clair de la conscience, ayant le plus souvent un

---

550 GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 503-505.

551 DĂNESCU, Gh., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1973, p. 196.

552 OMS. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998, p. 97.

contenu injurieux, désagréable ou contradictoire pour le patient. Ces phénomènes surviennent chez les consommateurs chroniques d'alcool (ayant au moins 10 ans d'excès éthylique) après une réduction brusque de la dose d'alcool et ils peuvent se remettre pendant quelques jours. Le délire secondaire est faiblement structuré. Après la fin de l'épisode psychotique, le fond de clarté de la conscience détermine le rappel des hallucinations, des idées délirantes et de l'état thymique.

Le début des hallucinations survient d'habitude le soir, après un excès éthylique, sous la forme des hallucinations auditives élémentaires, très difficilement à distinguer des illusions. Pendant la crise, le patient est agité, même agressif, jusqu'au suicide, ou parfois il peut s'enfuir pour se sauver des menaces délirantes-hallucinantes.

Les hallucinations auditives et verbales apparaissent fréquemment pendant la nuit et représentent le symptôme dominant, ayant un contenu hostile, injurieux, menaçant, en parlant du sujet à la troisième personne, pouvant être accompagnées par des phénomènes d'automatisme mental. Les hallucinations visuelles sont moins intenses et plus rares. Elles sont accompagnées d'une anxiété très intense, le fond de la conscience étant d'habitude clair et le sujet étant bien orienté. Une obnubilation légère est parfois constatée. Après la crise, le patient se rappelle toutes les expériences hallucinatoires sans aucune amnésie lacunaire. Le délire secondaire est faiblement structuré, en notant des idées de persécution ou de poursuite. Il y a aussi des évolutions moins favorables, avec la tendance de chronicisation des hallucinations auditives, quand le diagnostique différentiel avec la schizophrénie s'impose.

Les délires alcooliques chroniques, qui constituent un group de psychoses délirantes chroniques chez les consommateurs chroniques d'alcool, ont les formes cliniques suivantes : le délire de jalousie, le délire hallucinogène chronique et les syndromes schyzophréniformes.

B. Le début du *délire de jalousie* s'installe après une étape onirique qui n'est pas obligatoire. Ce délire est souvent très étendu, pouvant devenir complètement absurde. Les réactions ultérieures violentes y sont fréquentes. C'est un délire assez systématisé, au mécanisme interprétatif.

C. Le début du *délire hallucinogène chronique* (la paranoïa hallucinogène chronique - après Kraepelin) peut être insidieux ou brusque, après un épisode onirique. Pendant la crise sont remarquées les hallucinations ou pseudo-hallucinations très vives, surtout auditives-verbales, où le sujet entend des voix ou des dialogues sur soi-même ou sur les événements extérieures. Les hallucinations visuelles sont rares, le sujet étant quand même un peu anxieux, et il peut écouter les hallucinations auditives sans participer d'une manière comportementale et affective, le thème délirant étant la jalousie.

D. *Les syndromes schyzophréniformes* s'installent progressivement, après un délire onirique aigu ou sous-aigu. Ils peuvent se manifester sous la forme d'un syndrome dissociatif schyzophréniforme, ayant l'un des mécanismes suivants : soit la schizophrénie latente (selon Bleuler), relevée par l'alcool, soit la psychose schyzophréniforme de l'alcoolique.

La « Classification internationale des maladies – 10ème édition » mentionne *l'intoxication aiguë,* qui inclut aussi l'ivresse aiguë dans la catégorie de l'alcoolisme et la définit en tant qu'un état transitoire qui suit à l'administration de l'alcool ou d'autres substances psycho-actives, ayant comme résultat des troubles dans le champ de la conscience, de la cognition, de la perception, du comportement et des autres fonctions et réponses physiologiques. Ce diagnostique doit figurer comme élément principal seulement dans les cas où l'intoxication s'installe sans la présence des problèmes durables liés à la consommation de l'alcool ou des drogues.

L'intoxication aiguë dépend de la dose de substance. On remarque des exceptions à cette règle dans le cas des sujets ayant des affections organiques aiguës au niveau rénal ou hépatique, à cause desquelles ils peuvent manifester des réactions toxiques exagérées à la suite des doses mineures, car la substance toxique est insuffisamment métabolisée ou éliminée.

L'intoxication aiguë est un phénomène transitoire. Son intensité diminue en temps et ses effets disparaissent dans l'absence de la consommation ultérieure de la drogue ou de l'alcool. Ainsi, la rémission est complète, sauf le cas où des lésions tissulaires ou des complications sont apparues.

Les symptômes de l'intoxication ne reflètent pas nécessairement les effets primaires de la substance utilisée. L'alcool peut générer différents types d'effets selon la dose. Ainsi en doses modérées, l'alcool peut avoir des effets apparemment

stimulateurs sur le comportement, aux doses plus élevées il peut rendre le patient agité et agressif et aux doses fortes il peut induire une sédation claire.

E. *L'intoxication pathologique (l'ivresse pathologique*) s'applique seulement à l'alcool. Cette affection est manifestée par le début brusque avec un comportement violent et agressif, qui n'est pas typique au patient dans l'absence de l'alcool et qui apparait très rapidement après la consommation d'une quantité qui ne provoque pas l'intoxication pour la majorité de la population.

L'ivresse pathologique est une forme clinique de psychose alcoolique aiguë, caractérisée par un trouble de conscience de type crépusculaire, qui arrive après l'ingestion d'une petite quantité d'alcool par certains sujets ayant une sensibilité particulière ou une prédisposition à l'encéphalopathie. Cet état psychopathologique confère l'abolition du discernement pour les actes commis dans cet état, ce qui est très important dans la perspective médico-légale. Dans les situations compliquées du point de vue judiciaire, le diagnostique est établi par une commission psychiatrique médico-légale, dans l'hôpital, après des investigations cliniques et de laboratoire. Cette affection est annoncée par un trouble de conscience de type crépusculaire avec amnésie et des changements neuro-métaboliques et viscéraux, évaluées par la corrélation des investigations para-cliniques.

D'habitude, il ne s'agit pas d'un sujet qui abuse de l'alcool, mais d'une personne qui en consomme peu et accidentellement. Le sujet se comporte d'abord normalement, et après, un trouble massif de conscience de type crépusculaire s'installe progressivement, pendant lequel il se comporte comme un automate dangereux, manifestant une affectivité négative, de l'agitation, de la désorientation, avec des illusions et des hallucinations visuelles. Dans cet état il entre en conflit avec les proches, devenant violent et agressif. Cette affection est favorisée par les états de tension psychique, de colère, par les conditions climatiques, tels le froid ou la chaleur excessive. Les personnes les plus prédisposées à l'ivresse sur le fond pathologique sont les épileptiques, les traumatisés cérébraux, les schizophréniques et les alcooliques chroniques.

La crise peut durer de quelques minutes jusqu'à quelques heures, pendant lesquelles le patient peut commettre des actes antisociaux (des agressions, des crimes ou même le suicide). Parfois, l'épisode crépusculaire est suivi par un sommeil profond, au réveil le sujet ressentant une amnésie totale de l'épisode consommé, un

détail très important pour préciser le diagnostique. Quelquefois, le patient se souvient vaguement des fragments d'expériences délirantes-hallucinogènes, mais il reste étonné de ses propres gestes, qu'il ne reconnaît pas et qu'il regrette. Dans la situation de l'ivresse pathologique il s'agit de la réaction d'un cerveau normal à une petite quantité d'alcool, tandis que l'ivresse simple est la réaction d'un cerveau normal à des quantités de plus en plus grandes d'alcool.[553]

F. *Le trouble psychotique résiduelle avec le début tardif* est une affection liée à la consommation d'alcool ou des substances psycho-actives, pendant laquelle les changements qui se manifestent dans la sphère de la cognition, de l'affect, de la personnalité et du comportement persistent au delà de l'action des effets directement liés à la consommation des substances psycho-actives.

Le début du trouble doit être lié étroitement à la consommation de la drogue. Les cas où le début du trouble apparaît plus tard après l'épisode de la consommation de la drogue peuvent être encadrés dans cette catégorie seulement s'il y a une preuve claire pour attribuer l'état du sujet à l'un des effets résiduels de la drogue. Le trouble doit représenter un changement ou une exagération marquée de l'état antérieure, normal, de fonctionnalité. Le trouble doit persister pour une période assez longue, pendant laquelle les effets directs de la drogue sont considérés responsables pour les actions du sujet. La démence induite par l'alcool ou par les substances psycho-actives n'est pas toujours irréversible ; après une période suffisamment longue d'abstinence complète, les fonctions intellectuelles et la mémoire peuvent s'améliorer.

G. *Le syndrome amnésique* (dans lequel la « Classification internationale des maladies – 10ème édition » inclue la psychose Korsakov ou le syndrome Korsakov induit par l'alcool ou par d'autres substances psycho-actives) est un syndrome caractérisé par une altération sévère et chronique de la mémoire récente ; la mémoire tardive est seulement parfois altérée, pendant que l'évocation immédiate est intacte. La désorientation temporelle et de la chronologie des événements sont évidentes, le sujet ayant des difficultés évidentes à apprendre quelque chose de

---

553 PIROZYNSKI, T., CHIRIŢĂ, V., BOIŞTEANU, P. *Manual de psihiatrie*. Iaşi : Institutul de Medicină şi Farmacie, 1991, p. 231 - 232.

nouveau. La confabulation n'est pas toujours pressente, mais elle peut être très marquée. Les autres fonctions cognitives sont bien conservées, mais les défauts amnésiques sont plus intenses que d'autres perturbations.

Les exigences principales pour ce diagnostique sont : l'endommagement de la mémoire, surtout celle récente, manifesté par la difficulté d'apprendre de nouvelles informations, l'absence du déficit de l'évocation immédiate, la détérioration du champ de la conscience et l'affaiblissement cognitif généralisé. La présence des preuves de la consommation chronique des doses élevées d'alcool ou d'autres substances psycho-actives est nécessaire. On peut noter souvent des changements de la personnalité, ayant l'apparence d'une apathie ou de la perte de l'initiative, avec une tendance d'auto-négligence, mais ces phénomènes ne sont pas considérés comme exigences du diagnostique.

H. *La psychose poly-névritique alcoolique Korsakov* est un syndrome confusionnel apparu sur le fond d'une imprégnation alcoolique chronique, pendant lequel les manifestations prédominantes sont l'amnésie de fixation (antérograde), les fausses reconnaissances, la confabulation, à cause desquelles est signalée la présence de la polynévrite. Les éléments définitoires sont l'amnésie de la fixation, la confabulation, l'état confusionnel et la polynévrite toxique dégénérative, surtout aux membres inférieurs.

Le début est similaire à tout autre état confusionnel, impliquant de la céphalée, de l'insomnie, de l'apathie, de la dépression, symptômes associés aux signes de polynévrite ; tous ces symptômes apparaissent chez un sujet aux signes d'imprégnation alcoolique chronique. Parfois, l'affection est précédée par un délire alcoolique. Pendant la crise, le sujet est asthénique et présente les signes de l'insuffisance hépatique. Le symptôme dominant est l'amnésie de fixation, qui détermine la désorientation temporo-spatiale, allo- et auto- psychique et la fabulation mobile. La fabulation, qui aide souvent à compenser l'amnésie, peut être ajustée aisément, d'une manière plausible, provoquée par les questions des autres.

La mémoire d'évocation peut être intacte ou mêlée à des fabulations et à de fausses reconnaissances, étant insuffisamment intégrée chronologiquement. Parfois, les troubles de la mémoire sont plus sévères, le sujet présentant l'amnésie antéro-rétrograde. L'état affectif est euphorique, détaché, le sujet n'étant pas conscient de ses troubles de mémoire. Les troubles somatiques sont ceux du syndrome

d'imprégnation alcoolique chronique, dominés par la polynévrite éthylique. Dans les phases plus avancées, des hypœsthésies, des paralysies (de la paraplégie locale symétrique douloureuse), de l'ataxie et des troubles trophiques peuvent être constatés.

Dans les cas favorables, la rémission a lieu en 3-6 mois, avec des séquelles neurologiques. Dans les cas avec une évolution défavorable, l'affection peut se développer vers la démence globale irréversible.

La question de la responsabilité pénale

Les personnes affectées par les psychoses alcooliques sont habituellement déclarées irresponsables par les commissions d'expertise médico-légale, à cause de leurs effets de diminution du le discernement du malade. Mais ces cas d'affections psychiques graves ne doivent pas être confondus avec l'état d'ivresse simple. Quand l'ivresse simple est auto-provoquée, spécialement au but de commettre une infraction, cet état représente en général une circonstance aggravante dans les législations pénales européennes.

§7. **Les psychoses chroniques épileptiques** peuvent constituer une difficulté pour le diagnostique nosologique, par le manque de crises paroxystiques pour de longues périodes de temps et par la présence des troubles psychiques qui peuvent garder les éléments du caractère et de la personnalité épileptique, mais avec le développement des états psychotiques alternatives ou des hallucinations délirantes similaires à la schizophrénie. Parce que la pathogénie des psychoses chroniques en épilepsie n'est pas encore claire, on peut distinguer les deux types suivantes : les psychoses chroniques épileptiques (représentant une manifestation de l'épilepsie) et les psychoses chroniques chez les malades d'épilepsie (qui représentent l'association entre d'autres genres de psychoses – maniaco-dépressives, schizophréniques - et l'épilepsie).[554]

Les troubles psychiques chroniques sont rares et l'épileptique adulte qui suit un traitement correct a une vie presque normale, sauf les précautions imposées par la possibilité de l'apparition des crises. Les épilepsies avec le début pendant

---

554 PIROZYNSKI, T., CHIRIŢĂ, V., BOIŞTEANU, P. *Manual de psihiatrie*. Iaşi : Institutul de Medicină şi Farmacie, 1991, p. 267.

l'enfance ajoutent à la symptomatologie classique les changements dues à la médication administrée longtemps et à des relations socio-familiales dénaturées, dominées par des tensions ou même interrompues. Le développement de la personnalité est dénaturé par la manière particulière dans laquelle le malade vit son affection.

Ainsi, les psychoses chroniques qui peuvent s'associer à l'épilepsie sont les délires chroniques systématisés, surtout avec des thèmes religieux, ayant comme début les états crépusculaires expérimentés comme des illuminations mystiques. La schizophrénie est rarement associée à ces troubles, mais il y a une symptomatologie de type délirant-hallucinatoire et la tendance vers le fantastique avec tout l'ensemble des signes discordants.[555]

Les infractions commises par les épileptiques et la question de la responsabilité pénale

Sous l'influence de l'état pathologique des psychoses épileptiques, associées aux hallucinations impératives et aux délires mystiques, des violences graves peuvent être commises, comme, par exemple, l'homicide avec motivation délirante ou hallucinatoire, contre n'importe quelle personne (car souvent les hallucinations commandent les actions du malade). Les actes sont commis sans préméditation, étant l'expression des attaques brusques, féroces, à nombreux coups, accompagnés par des décharges motrices sous la forme de raptus ; d'ici surgit l'expression « l'épileptique tue un cadavre ».

Dans ces cas, la dissimulation de l'acte criminel, les regrets et les remords pour l'acte commis et souvent l'amnésie des faits commis peuvent manquer. La bradypsychie et la persévérance de l'épileptique, en contraste avec ses dispositions labiles, produisent de véritables crises aigues de perte du control comportemental. L'adhérence au concret, l'inertie du jugement, les difficultés de détachement et l'état psychique déterminent l'épileptique de retenir pour longtemps les traumas auxquels il a été exposé (par exemple, l'humiliation) et le conduisent à se venger plus tard.[556]

---

555 GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 310 - 311.

556 SCRIPCARU, Gh. *Medicină legală*. Bucureşti : Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A., 1993, p. 368.

Quand les épileptiques ont des troubles psychiques permanents, ou des états confusionnels ou hallucinatoires, ils seront déclarés irresponsables. Si le malade a des accès habituels ou des équivalences aux troubles psychiques spécifiques à l'épilepsie (irascibilité, impulsivité), des circonstances atténuantes peuvent être accordées, à la condition que le fait ne soit pas prémédité et ne serve pas des intérêts matériels, personnels ou d'autre type. Donc, il faut faire la différence entre les psychoses épileptiques et les troubles de personnalité (de comportement) causés par l'épilepsie.

*§8. **Discussion***

Il résulte des pages antérieures qu'il y a des cas où les personnes affectées par des psychoses, qui commettent des infractions ne répondent pas pénalement. C'est-à-dire, à cause de l'état avancé de maladie psychique, ils n'ont pas de discernement dans le moment de l'acte criminel et donc ne peuvent pas être considérés coupables. Dans ces cas, des mesures de sécurité et médicales sont prises envers les malades, sans punir effectivement aucune personne. Les vrais coupables dans ces cas, pour les psychoses déterminées par les traumas de guerre, sont en fait ceux qui ont causé l'apparition de la maladie mentale, en d'autres mots, ceux qui ont violé le droit à la santé mentale de la personne en cause. Selon le cas, ces auteurs « indirects » de l'infraction sont les uns qui ont torturé la personne même ou ses proches, qui ont violé ou qui ont commis toute forme de traitement inhumain ou dégradant, en désaccord aux normes de droit de l'Homme ou de droit humanitaire. Ces auteurs indirects ne sont pas tenus responsables par la loi pénale, mais il faudrait qu'au moins ils soient jugés pour les actes initiaux, qui ont d'abord causé la violation du droit à la santé mentale. Il est donc illustré la manière dont un crime initial est de nature à causer une avalanche d'infractions ultérieures, quand une valeur sociale si importante, tel le droit à la santé mentale, est violée.

Dans le cas des psychoses, la décision sur la responsabilité pénale en ce qui concerne un acte commis par un malade n'est pas facile. Même s'il y a des règles, qui ont été présentées dans les pages antérieures, chaque cas doit être analysé de manière séparée, avec toutes ses circonstances particulières. Dans la section suivante on présentera la modalité par laquelle les experts légistes et psychiatres

arrivent à établir le degré de discernement et la responsabilité des personnes affectées par des psychoses, qui ont commis des actes antisociaux.

Section 3. Etablir la responsabilité juridique des criminels affectés par les traumatismes de la guerre : l'expertise psychiatrique médico-légale

La relation entre la justice pénale et les systèmes de santé mentale n'est pas seulement une question théorique, mais elle a été une question « chaude » du point de vue politique. Il y a eu un important débat public sur cette relation, en particulier sur le transfert des personnes de la justice pénale au système de la santé mentale, sur le traitement qui se substitue à la peine (la médicalisation de la déviance) et l'incarcération inappropriée des malades mentaux dans le système de justice pénale (la criminalisation de la maladie mentale).[557]

L'expertise judiciaire a été définie en tant que moyen probatoire grâce auquel on informe les organes judiciaires sur l'opinion des spécialistes concernant les circonstances spécifiques dont l'élucidation a besoin de connaissances particulières. A travers l'expertise, les faits sont clarifiés, à la suite d'une activité de recherche complète du cas, en utilisant des données de spécialité, par des experts spécialisés désignés par les organes judiciaires.

L'utilisation de l'expertise comme moyen de preuve est habituellement facultative, les exceptions étant prévues par les législations nationales dans la matière de la procédure pénale, qui établissent les cas où l'expertise est obligatoire. Ces situations visent, par exemple, les cas des meurtres particulièrement graves, quand l'organe de poursuite pénale ou l'instance a des doutes sur l'état psychique de l'accusé, de même que dans les cas où les causes de la mort n'ont pas été établies suite à une constatation médico-légale antérieure. L'organe compétent (l'organe de poursuite pénale ou le tribunal) va demander dans les deux premiers cas une expertise psychiatrique médico-légale dans une institution sanitaire spécialisée. Les mêmes expertises sont obligatoires aussi dans le cas des personnes mineures. Dans ce cas, l'expertise est usuellement demandée par un acte procédural officiel et les experts ont à leur disposition tous les renseignements nécessaires. L'expert fera personnellement le travail dans le délai prévu, ne divulguera pas les renseignements

---

[557] LISKA, A.E., MARKOWITZ, F.E., BRIDGES WHALEY, R., BELLAIR, P. Modeling the Relationship between the Criminal Justice and Mental Health Systems. *The American Journal of Sociology*, 1999, 104(6), 1744-1775.

et il sera de bonne foi dans la réalisation de l'expertise. Toute mauvaise foi est susceptible d'être sanctionnée par les autorités pénales compétentes. Ainsi, la loi sanctionne le fait de l'expert d'introduire délibérément des données fausses ou d'omettre des données qui pourraient élucider le cas.

La responsabilité comprend la totalité des particularités psychiques de l'individu qui le rend capable de comprendre la liberté et la nécessité de ses actions, corrélées avec les lois de la société et la capacité d'apprécier les conséquences de ses actes quand il agit contre ces éléments.

L'expertise psychiatrique médico-légale représente une activité de recherche scientifique effectuée dans des conditions particulières et qui engage pleinement la compétence de deux spécialités médicales distinctes : la psychiatrie, dont l'objet principal est la psychopathologie et l'hygiène mentale, et la médecine légale, qui assure l'assistance socio-juridique en expliquant la conduite antisociale des malades présentant des troubles psychiques et en fournissant les critères médico-légaux de la responsabilité.

Les expertises effectuées dans les causes pénales doivent répondre aux objectifs généraux suivants :

- si la personne expertisée présente ou non des troubles psychiques en général, dans quel cadre nosologique et quel est le diagnostic de l'état actuel ;
- l'exclusion de la simulation ou de la dissimulation d'une affection psychique ;
- quels sont les traits de personnalité du sujet qui rappellent des troubles psychiques et quel rapport existe entre ces troubles et une certaine prédisposition générale vers les actes antisociaux et vers les éléments constitutifs de l'infraction ;
- quelle est la capacité de discernement critique, exprimée par des critères médicaux, en tant qu'expression du niveau de conscience au moment de l'examen et si, par conséquent, le sujet peut être enquêté et jugé ;
- quelle a été la capacité de discernement au moment où le sujet a commis l'infraction, par la reconstitution bio-psycho-pathologique des éventuels troubles ou changements psychiques à ce moment-là et la motivation du fait dans sa détermination (le lien et le rapport de causalité) ;
- des appréciations visant le pronostic de l'évolution des éventuels troubles psychiques et du degré de danger actuel et général (potentiel criminel et antisocial) ;

- l'orientation du contenu des mesures coercitives, éducatives et de sécurité médicale qui s'imposent au présent, pour la prévention, le traitement et la réinsertion sociale du sujet soumis à l'expertise.

Si l'organe de poursuite pénale ou le tribunal constate que l'expertise n'est pas complète, il exige un supplément d'expertise, fait par les mêmes experts ou par d'autres. Quand les organes pénaux manifestent des doutes concernant l'exactitude des conclusions du rapport d'expertise, ils peuvent demander une nouvelle expertise. Le supplément d'expertise ou la nouvelle expertise implique le respect des mêmes obligations de la part des experts.

Tout doute judiciaire qui découle de la gravité de l'acte commis, de la discordance entre l'acte et le comportement ultérieur du sujet (par exemple, l'absence de remords), du caractère isolé de l'acte par rapport au comportement antérieur du sujet, des antécédents évoqués du comportement du sujet pendant l'enquête, sera résolu seulement par une expertise psychiatrique médico-légale qui mettra en évidence trois éléments majeurs :

- l'identification du diagnostic de maladie psychique ou l'attestation de l'absence des troubles psychiques à la date de l'examen ;
- le degré de discernement du sujet dans le moment de l'acte imputé par rapport à la maladie psychique ;
- les mesures médico-sociales et médico-pédagogiques qui rendront plus facile la rémission du comportement pathologique.

Après avoir effectué l'expertise, un rapport écrit est rédigé et déposé à l'organe de poursuite pénale ou au tribunal qui avait demandé l'expertise. Le rapport contiendra une partie introductive, une partie descriptive de fond (l'examen psychique), la synthèse des observations et les conclusions de l'expertise.

Dans la partie introductive de l'expertise sont présentés l'histoire des actes, l'attitude antérieure et ultérieure du sujet envers les actes, le comportement de la victime, une synthèse de la fiche d'observation, si le patient avait été hospitalisé, les conduites anormales de celui-ci pendant l'arrestation et l'examen préliminaire, l'analyse des documents médicaux et les renseignements obtenus suite à l'enquête sociale.

La partie descriptive du fond (l'examen psychique) comprendra les données significatives concernant les antécédents d'ordre médical, psychologique et social ; la description de la symptomatologie présente, selon les processus cognitifs,

affectifs, volitifs et instinctuels ; la présentation du diagnostic à l'état présent et l'évaluation du discernement dans le cas où celui-ci est affecté ; les critères psychopathologiques qui ont modifié la conscience et le discernement lors du crime, l'évolution et les résultats des examens para-cliniques pendant la période de l'hospitalisation ou d'arrêt.

Dans la partie finale, qui présente la synthèse des observations et les conclusions de l'expertise, sont précisés : le diagnostic de fond et celui de l'état présent, les traits essentiels de la personnalité du sujet expertisé ainsi que son comportement, exprimés par le diagnostic, l'état évolutif des troubles et les mesures recommandées par la commission d'expertise. Dans la même section il sera aussi précisé si le sujet représente un danger social et les éventuelles mesures préventives proposées. Il faut aussi expliquer s'il y a un lien de causalité entre les troubles psychiques et le crime commis et si les troubles psychopathologiques altèrent les niveaux de la conscience et implicitement le discernement, en respectant la classification suivante :

- *le discernement conservé* au moment de l'acte commis, équivalant à la responsabilité ou la conservation de la capacité psychique;
- *le discernement diminué,* correspondant au maintient de la responsabilité, mais avec la diminution de la capacité psychique d'apprécier les faits et leurs conséquences, la diminution de la capacité d'exprimer librement sa volonté et son consentement, l'accroissement de la suggestibilité, du degré de dépendance, etc.
- *le discernement absent (aboli),* situation équivalente à l'état d'irresponsabilité.[558]

Le diagnostic de maladie psychique, selon les normes procédurales et surtout en l'absence d'antécédents de la maladie, sera mis suite à l'hospitalisation du malade et à la rédaction de la fiche d'observation. Le diagnostic s'établie selon la sémiologie psychiatrique (examen clinique, observation - souvent prolongée et avec des explorations complémentaires). Il faut mentionner que les investigations complémentaires ne peuvent pas décider en dehors d'un examen clinique, parce que souvent elles peuvent évoquer une lésion neurologique qui n'affecte pas les fonctions psychiques. Ainsi, par exemple, la présence de certains éléments

---

[558] Ministerul Justitiei, Direcţia de Reintegrare Socială şi Supraveghere. *Ghid de bune practici. Manual de practici în domeniul reintegrării sociale şi supravegherii*. An. III. 9/2004, Bucureşti : Ed. Oscar Print, 2004, p. 317- 321.

spécifiques aux troubles comitiales, dans l'absence de ces troubles psychiques, ne va pas disculper le sujet de ses actes. Dans certains cas, ces explorations peuvent être normales chez les malades souffrant de troubles psychiques graves. Les explorations complémentaires (surtout psychologiques, psychométriques, encéphalographiques, pneumoencéphalographiques, etc.) seront interprétées avec précaution, seulement dans le contexte des résultats de l'examen clinique. L'expertise psychiatrique médico-légale rejoint ainsi toute la nosologie psychiatrique, en commençant à l'état de psychose, jusqu'aux états marginaux, exceptionnels ou qui visent l'intégrité psychique.

Les étapes de l'expertise psychiatrique médico-légale de l'adulte seront présentées dans ce qui suit. Ainsi, le criminel, même mineur, sera soumis à un examen médico-légal, psychologique et psychiatrique, pendant lequel on tiendra compte de la manière dont il répond aux questions et de la motivation de son acte. S'il n'est pas interrogé tout de suite, ses discussions avec l'avocat de la défense, avec le personnel du milieu de détention ou avec ceux qui se trouvent en dehors, pourront changer radicalement sa conduite. On peut assister aussi, parfois, à la superposition des éléments réactifs, qui peuvent rendre impossible l'examen clinique. En dehors de l'examen, les organes d'investigation peuvent recevoir des données précieuses sur la manière du déroulement de l'enquête, sur la recommandation de continuer ou non cette enquête, ou si le sujet a besoin d'un traitement ou d'hospitalisation.

La première expertise psychiatrique médico-légale est la plus importante et elle est fondée sur l'examen complet. Cet examen sera ultérieurement répété et tout le dossier de la cause doit être étudié.

Les traits pathologiques de l'inculpé, telles les hallucinations, le délire, les idées de persécution ou l'ivresse pathologique seront mis en évidence, s'il y a le cas. Tout le passé pathologique de l'inculpé sera étudié, ayant comme point de départ les documents médicaux existants (ou les fiches d'observation des hôpitaux où il avait été hospitalisé) ; il sera mis aussi en observation pour savoir s'il ne s'agit pas du début d'une maladie, d'un état réactif, ou d'une simulation.

D'autres renseignements seront demandés sur l'état du sujet avant d'avoir commis l'infraction, sur son comportement en famille et au travail. Toutes ces données doivent être analysées attentivement, parce que certains délinquants ont des conduites différentes, selon l'environnement où ils se trouvent. Le dossier de la

cause sera étudié, tandis que les conclusions doivent être formulées avec beaucoup de réserve, pour qu'elles ne soient ni dépourvu de fondement, ni erronées, étant responsables de l'avenir de la personne expertisée.

Après avoir analysé le cas, les conclusions seront rédigées, qui doivent prouver si la personne expertisée présente une maladie psychique et si celle-ci altère la conscience ou le discernement. Il sera précisé si les faits commis sont ou non liés du point de vue causal à la symptomatologie de la maladie et la responsabilité du sujet sera établie, par rapport au crime commis.

Pendant l'expertise, parfois, il est facile d'établir le manque de discernement chez les malades atteints de psychoses graves, mais des difficultés interviennent dans le cas de ceux qui présentent de l'instabilité, de l'hyperactivité, de la labilité psychique, ceux qui sont dépourvus du sens de proportions, incapables de doser leur réponse au niveau des stimuli de circonstance.

La discussion du cas a une importance majeure. Pendant la discussion il faut insister surtout sur certains éléments tels l'intention, la motivation, le mobile, les mesures de défense, en cherchant une corrélation scientifique entre la maladie et l'acte, de même qu'établir la forme de manifestation de la maladie.

Surtout dans le cas des mineurs, après l'expertise est effectuée, les mesures sociales préventives sont recommandées, en proposant l'hospitalisation, la surveillance et le traitement régulier. La nature de ces mesures dépend de la nocivité du comportement pathologique et varie entre la garde à vue de l'enfant à la famille et à l'école, jusqu'à la rééducation dans une institution spécialisée. De toute façon, une expertise, par son caractère scientifique et étique, ne provoquera pas une souffrance là où il n'y en a pas, vu les risques sociaux, humains et professionnels résultant de la maladie psychique.

Il faut tenir compte aussi des risques légaux impliqués pour l'experte. D'une part, on n'évitera pas de déclarer une souffrance psychique, vu les risques pour le malade même, pour l'entourage et pour les interrelations sociales. D'autre part, les erreurs de diagnostique peuvent avoir des conséquences néfastes. La légalité de l'expertise pourrait être garantie seulement par un examen compétent, par le rapport permanent à l'état présent, à la manière dont l'acte a été commis et aux antécédents du malade, minutieusement et objectivement présentés.[559]

---

[559] SCRIPCARU, Gh. *Medicină legală*. Bucureşti : Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A., 1993, p.

363- 365.

Section 4. Etude du cas d'une solution alternative pour le traitement des anciens combattants : les tribunaux spéciaux séparés. Evaluation critique et proposition de la meilleure méthode à cette fin

La prédisposition accrue vers la criminalité des personnes souffrant de troubles psychiques a été démontrée par beaucoup d'études. Dans les années 1970, certains auteurs ont observé que les taux d'arrestation des personnes touchées de troubles psychiques étaient les mêmes ou supérieures à ceux du reste de la population et l'excédent a été particulièrement prononcé dans la catégorie des crimes violents ou contre l'intégrité physique de la personne.[560] La force et la cohérence de l'association entre le statut de malade mental et les taux d'arrestation dans les études des années 1980 ont conduit à la conclusion que l'association est causale[561]. La psychose active est souvent prétendue d'être le mécanisme qui produit cet effet de causalité. Les preuves à l'appui de ce point de vue proviennent de deux types de recherche. Premièrement, deux études approfondies des délinquants malades mentaux ont affirmé que beaucoup de crimes commis par ces individus étaient motivés par des hallucinations et des délires[562]. Les sujets ont été interrogés et des recherches ont été conduites pour savoir si les actes criminels ont été directement ou indirectement motivés par le trouble mental. Ces études ont conclu que de nombreux actes criminels des malades mentaux - 20%, selon Taylor et Gunn (1985) et 38 % selon Hafner et Boker - ont été exclusivement motivés par des idées délirantes ou des hallucinations et que beaucoup d'autres ont été indirectement influencés par ces symptômes (Taylor et Gunn ont estimé un supplémentaire de 62 %, Hafner et Boker - 33 %). Deuxièmement, les études sur le comportement violent dans les hôpitaux psychiatriques ont conclu que la violence se

---

560 RABKIN, J. Criminal Behavior of Discharged Mental Patients. *Psychological Bulletin*, 1979, 86(1), 1-27.

561 SOSOWSKY, L. More on Crime Among the Mentally Ill. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143(10), 1325-1326.

562 TAYLOR, P., GUNN, J. Violence and Psychosis. I. Risk of Violence Among Psychotic Men. *British Medical Journal*, 1984, 288(6435), 1945-1949; HAFNER, H., BOKER, W. *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders*. Cambridge : Cambridge University Press, 1982.

produit pendant les phases actives de la psychose[563]. De tels résultats ont conduit une équipe d'examinateurs à conclure que la fréquence des incidents violents tend à refléter le cours de la psychose aiguë et est positivement corrélée à la sévérité des symptômes psychotiques.[564]

Dans son livre sur les sans-abri, le psychiatre E. Fuller Torrey (1988) écrit que « les malades mentaux, en provenance des hôpitaux psychiatriques et laissés, par erreur, dans la société, sans traitement ou sans postcure, sont responsables d'un nombre croissant d'actes de violence ».[565] Il a conclu que « si le public devient pleinement conscient de la fréquence à laquelle les malades mentaux ayant des antécédents de comportement violent sont libérés des prisons et des hôpitaux, sans le traitement continue obligatoire, il y aura une révolte de masse dirigé vers les avocats, les juges et les psychiatres, qui sont responsables de cette situation »[566].

Dans les lignes suivantes sera discuté le cas des personnes qui ont commencé à souffrir d'une maladie mentale, après être impliquées dans des hostilités qui ont eu lieu loin de leur pays, tels les combattants professionnels, qui, après le conflit, rentrent chez eux et doivent se réadapter à la situation de paix. Dans les Etats-Unis, par exemple, les anciens combattants qui ont survécu après avoir vu des choses indescriptibles, reviennent de la guerre en essayant de s'adapter à la vie civile, à l'aide des soutiens et des ressources qui, malheureusement, sont insuffisantes. Les études[567] mentionnent qu'entre 20 et 50 % des vétérans d'Irak et d'Afghanistan souffrent du syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux. 50 %[568] des anciens combattants, qui sont affectés par le syndrome de

---

563 CRAIG, T. An Epidemiologic Study of Problems Associated with Violence Among Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139(10), 1262-6; PLANANSKY, K., JOHNSTON, R. Homicidal Aggression in Schizophrenic Men. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 1977, 55(1), 65-73.

564 KRAKOWSKI, M.J., VOLAVKA, B.D. Psychopathology and Violence: A Review of the Literature. *Comprehensive Psychiatry*, 1986, 27(2), 131-48.

565 FULLER, T.E. *Nowhere to Go*. New York : Harper and Row, 1988, p. 17.

566 FULLER, T.E. *Nowhere to Go*. New York : Harper and Row, 1988, p. 16.

567 LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/.

568 LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/.

stress post-traumatique ou par la dépression majeure ne cherchent pas de soins de santé mentale et ceux qui sont pris en charge par les médecins ne reçoivent pas toujours le type de soins dont ils ont besoin. La conséquence de ces défaillances systémiques dans les Etats-Unis est un nombre accru de cas de viol, d'agression, de toxicomanie et d'autres actes criminels, qui peuvent amener les anciens combattants devant la justice pénale. Le ministère américain des affaires des vétérans estime que les anciens combattants représentent 10 % des personnes ayant un casier judiciaire.

Les anciens combattants se retrouvent également, de manière disproportionnée, parmi les sans-abri du pays. Le même ministère estime qu'il y a 131 000 anciens combattants sans abri chaque nuit. (Un sur 10 anciens combattants sans abri âgés de moins de 45 ans est une femme, souvent avec un enfant.)[569] Aux Etats-Unis, les personnes sans-abri accumulent rapidement des amendes et des citations pour des infractions triviales, comme, par exemple dormir en public, et l'incapacité de payer ces amendes entraînera un dossier administratif qui rendra presque impossible le fait de trouver un logement et un emploi.

Une possible solution pour aborder d'une manière spécialisée le problème des infractions commises par les personnes affectées par traumas de guerre a été trouvée aux Etats-Unis, où ont été institués les tribunaux spécialisés pour les vétérans. La solution est toutefois partielle : d'une part, elle s'adresse seulement aux militaires de profession et non pas à toutes les catégories de personnes affectées de traumas de guerre ; d'autre part, les tribunaux en cause s'occupent seulement des criminels qui ont commis des crimes sans utiliser de la violence.

Le premier tribunal pour les anciens combattants a été créé à Buffalo, New York, en janvier 2008, par le juge Robert Russell. Son programme était basé sur le principe des différents tribunaux pour la résolution des problèmes du pays, allant des tribunaux spécialisés pour les consommateurs de drogues (créés en 1989), ceux pour la santé mentale et les tribunaux pour la violence domestique. Les tribunaux pour les consommateurs de drogues, par exemple, intègrent le traitement avec la gestion des cas par le système de justice et la surveillance des participants. Les

---

569 http://www.endhomelessness.org/content/article/detail/1401, cité par LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence: The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

études montrent que ces tribunaux ont diminué les taux de récidive ainsi que le coût de l'incarcération.[570] Dans un témoignage récent devant le Comité de la Chambre des Anciens Combattants des Etats Unis, le juge Robert Russell a déclaré que son programme met ensemble des anciens combattants coupables de crimes non violents ou de délits mineurs, avec des mentors volontaires, vétérans eux-mêmes, et les oblige à respecter un horaire strict de programmes de réadaptation et de comparutions devant le tribunal. 120 anciens combattants sont inscrits dans le programme de Buffalo et 90 % des personnes l'ont fini avec succès. Le taux de récidive est nul. Depuis l'expérience de Buffalo, 22 d'autres villes et comtés ont créé leurs propres tribunaux pour les anciens combattants, sur le même modèle.[571]

Que ces tribunaux servent en fait les délinquants violents ou seulement les non-violents est déjà un problème épineux pour les législateurs et les juges. Le tribunal de Buffalo, par exemple, s'occupe principalement des délits non-violents. Mais cela ne peut pas résoudre les problèmes très graves résultant des autres infractions commises par des anciennes combattants. Un exemple d'un tel crime, toujours sur le territoire américain, a eu lieu à Colorado Springs, où, selon un article sur les tribunaux des anciens combattants[572], 15 anciens membres des forces armées ont été arrêtés dans le cas d'une douzaine de meurtres au cours des cinq dernières années. Ce sont des hommes qui n'ont jamais été impliqués dans le système de justice pénale dans leur vie, mais qui sont rentrés de la guerre en tant que des personnes profondément différentes.

Selon certaines opinions des spécialistes en psychiatrie, c'est une erreur de priver les vétérans qui ont commis les délits les plus violents de la cour proposée aux anciens combattants dans le système de Colorado: « Les délinquants violents ont besoin d'aide plus que n'importe qui […]. Les compétences apprises par ces

---

570 LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

571 LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

572 LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

personnes pour suivre au combat sont des compétences qui représentent un risque à la maison. Ils sont formés pour réagir instantanément à une menace, parce que, sinon, les gens meurent. »[573] Alors que le procès de la création des tribunaux spécialisés pour les anciens combattants continue, une question qui mérite d'être approfondie est de savoir comment il est logique d'offrir des services spéciaux à ceux qui ont le moins à perdre, en privant de services spéciaux ceux qui ont les pires problèmes.

Toutefois, l'initiative de créer une catégorie pénale unique de criminels, basée sur le statut d'anciens combattants, a aussi des adversaires. Par exemple, Mark Silverstein, expert juridique de Colorado, a soulevé des objections similaires à l'initiative de la cour des anciens combattants de sa région, en expliquant que la catégorie juridique d'« ancien combattant » est à la fois trop large et trop étroite, en incluant en même temps les vétérans de Vietnam et de la seconde guerre mondiale, qui ont des expériences très différentes, tout en excluant les personnes sans statut de vétéran, qui souffrent aussi du syndrome des stress post-traumatique, mais qui ne sont pas admisses dans le système de tribunaux spéciaux. Il se demande, « est –ce que le système de justice pénale doit prendre en compte le syndrome de stress post-traumatique qui provient du service militaire et ignorer la même affection quand elle provient de différentes expériences de vie, néanmoins horribles? ».[574] De la même manière, Lee Rowland, de l'Union américaine des libertés civiles de Nevada, s'est opposé à la proposition d'avoir un tribunal des anciens combattants au niveau de l'Etat, car ce système fournira « un laissez-passer automatique et gratuit, basé sur le statut de militaire, à certains droits de la défense pénale dont les autres personnes ne peuvent pas en bénéficier. »[575]

---

573 ALVAREZ, R., psychothérapeute du programme Wounded Warrior de Fort Carson, cité par LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

574 SILVERSTEIN, M., cité par LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

575 ROWLAND, L., cité par LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158.

Peut-être que la conclusion inévitable est ici une que personne ne veut dire à haute voix : il a été observé pendant des années que le traitement fonctionne mieux que l'incarcération, quand il s'agit de criminels ayant des problèmes de santé mentale et de drogues. Une surveillance étroite est une solution meilleure que renvoyer les citoyens les plus vulnérables à la dérive ou les jeter dans les prisons surpeuplées, avec des ressources insuffisantes. Personne ne dirait que les anciens combattants ne méritent pas un traitement spécial pour leur service courageux. Mais le fait que les tribunaux des anciens combattants semblent fonctionner aussi bien suggère une leçon plus fondamentale sur la correction de ce qui est détérioré dans le système de justice pénale. Il existe, bien sûr, le problème s'il est opportun d'aller sur la voie de la création d'une « première » et d'une « deuxième » classe du système judiciaire criminel et si nous pouvons vraiment tirer une ligne de démarcation entre le traitement judiciaire spéciale pour les anciens combattants et les autres criminels. Ce ne sont pas des questions politiques faciles, mais aussi des problèmes juridiques épineux.

Même si ce système a prouvé d'avoir de bons résultats, l'auteur de cette thèse ne considère pas que le traitement séparé en justice des traumatisés de guerre soit une solution viable et équitable dans ce cas. La création des tribunaux alternatifs pour les combattants ne semble qu'une forme de diviser l'acte de la justice selon une discrimination qui n'est pas basée sur des permisses vérifiées. Par la suite, nous justifierons cette affirmation.

Premièrement, les combattants ne sont pas les seules personnes affectées psychologiquement par la guerre. La population civile, les réfugiées, les familles des décédés ou des disparus peuvent souffrir des traumas même plus sévères. De la même manière, il n'est pas nécessaire que tous les anciens combattants soient traumatisés dans le conflit. Il y a des personnes avec de très bons mécanismes de défense et d'adaptation psychologique, qui réussissent à ne pas contracter aucune maladie psychique pendant le combat. Il y en a aussi d'autres, plus fortunées, qui ne sont pas soumises aux circonstances extrêmement stressantes et, par conséquence, n'ont pas de raisons de développer des troubles mentaux. La décision d'être jugé dans des conditions spéciales devrait être prise après un examen de chacun des cas, de même pour les combattants que pour toutes les autres personnes qui, d'une manière ou d'autre, ont été affectées par la guerre.

Deuxièmement, comme il a été présenté dans les sections sur les troubles de la personnalité et les psychoses, il n'est pas nécessaire que le discernement soit absent chaque fois qu'une infraction est commise par une personne souffrant d'une maladie mentale. Dans le cas de troubles de la personnalité, les auteurs des crimes sont conscients et, par conséquence, responsables pour leurs actes. Dans la situation d'un malade psychotique, son discernement peut être absent ou diminué dans de différents degrés. Ainsi, partir de la prémisse que tous les anciens participants à la guerre souffrent des troubles qui affectent le discernement et la responsabilité pénale s'avère une démarche dangereuse, de nature à empêcher le but final de la justice.

Une meilleure solution dans ce contexte serait le jugement de ces personnes dans le même système de justice et l'emploi de l'expertise médico-légale psychiatrique dans chacun des cas où il apparaît un risque du trouble mental. Dans les pays affectés par des conflits, les troubles psychiques associés à la guerre pourraient toucher une grande partie de la population, donc une séparation des tribunaux ne servirait à rien. Il pourrait exister aussi des personnes qui refusent d'accepter leur condition pathologique, même avec le risque d'obtenir une peine plus sévère. La formation des magistrats spécialisés dans le domaine des traumas de guerre serait une mesure efficace, mais non pour traiter plus favorablement les criminels affectés par le conflit, mais pour pouvoir identifier plus vite les cas où on a besoin d'une expertise médico-légale psychiatrique pour clarifier les circonstances de l'acte antisocial.

C'est vrai que pour les troubles psychiques causés par les traumas de guerre, la personne appelée devant la justice est, avant tout, une victime, qui a subi une violation de son droit à la santé mentale. Mais la loi pénale, dans tous les juridictions des pays européens, ne fait pas la distinction entre les modalités par lesquelles le trouble mental de l'inculpait a été acquis. Nous considérons que c'est l'approche correcte, car il ne serait équitable de différencier, par exemple, entre un trouble causé par le stress du combat et un autre causé par une agression extrêmement violente en temps de paix, le résultat étant le même dans les deux cas.

Mais, avant toute discussion sur la modalité d'aborder les criminels affectés par des traumas de guerre, la législation nécessaire doit être mise en place pour pouvoir actionner en justice les auteurs des violations qui ont causé les troubles mentaux des victimes, transformées ultérieurement en criminels. On a aussi besoin

de dispositions législatives claires et efficaces pour prévenir les violations du droit à la santé mentale de nature à conduire à toutes ces graves conséquences, telles que l'auteur a proposé dans la première partie de cette thèse.

Conclusions de la seconde partie

La seconde partie de la thèse a permis d'analyser la manière selon laquelle se produisent les violations du droit à la santé mentale pendant les conflits armés et a mis en avant les lourdes conséquences qui en découlent. L'objectif principal de cette partie était de démontrer la gravité des effets d'une telle violation afin de souligner la nécessité de prendre des mesures efficaces pour éliminer ces conséquences néfastes.

Nous avons tout d'abord identifié les troubles psychiques susceptibles d'apparaître en temps de guerre et établi leur lien avec les conditions spécifiques du conflit qui engendra un stress extrême ou prolongé, conduisant au développement de traumas. Les violations graves des droits de l'Homme sont souvent la source de ces troubles psychiques ; en fait, la violation persistante de tout droit est de nature à produire des traumas psychiques. Cela démontre la relation étroite qu'il existe entre ce droit fondamental à la santé mentale et l'ensemble des droits de l'Homme. Dans un deuxième temps, nous avons expliqué le mécanisme d'apparition des traumas de guerre en démontrant la manière de défense du cerveau qui, face à une situation dépassant les limites supportables en termes de stress et d'émotions négatives, mettra en place des réactions qu'il considère adaptées, mais cataloguées comme pathologiques par la médecine.

Après avoir clarifié la genèse des traumas psychiques dus aux conflits armés, l'analyse a porté sur les conséquences des troubles mentaux sur l'individu et les collectivités. Les études de cas présentées dans cette seconde partie ont permis d'illustrer les manifestations anormales que la situation de guerre peut provoquer sur des collectivités entières sur le long terme. A la fin du premier titre, nous avons analysé l'impact du rôle de témoin en justice sur la victime des violations du droit à la santé mentale. L'objectif de cette section était d'établir une série de précautions nécessaires pour qu'une personne traumatisée par les crimes auxquels elle a été confrontée ne le soit pas davantage en témoignant et en se souvenant des chocs subis. Il était important de déterminer, également, si, dans l'éventualité d'une rétraumatisation, ce risque serait toutefois minimisé au niveau psychologique par la force réparatrice de l'acte de témoignage. Le résultat de la recherche donne des indications sur la valeur thérapeutique pour le témoin, qui doit, bien sûr, pouvoir

bénéficier de l'assistance soutenue et continue de psychologues et de psychiatres. Qui plus est, le témoignage est de nature à produire des effets macro sociaux dans la communauté de la victime, qui représente la voix de tous ceux qui ont souffert à cause des injustices de guerre.

La seconde moitié de la partie finale est entièrement dédiée aux crimes commis suite à des traumas acquis pendant les conflits armés. L'objectif premier de ce titre était de démontrer le phénomène d'augmentation du niveau de criminalité après la guerre, d'en expliquer les causes et ainsi de proposer une nouvelle théorie. L'un des autres objectifs de ce titre était de voir dans quelle mesure les diverses catégories de troubles psychiques influencent le discernement et la responsabilité pénale des criminels affectés par des traumatismes de guerre. Dans un dernier temps, nous avons décidé d'étudier une solution inédite qui a été mise en place pour juger les anciens combattants devenus criminels et d'indiquer la méthode optimale pour traiter le cas de criminels affectés par des maladies mentales.

Le titre II de la seconde partie a débuté avec la présentation des aspects généraux de la personnalité et de la vie psychique du criminel, pour approfondir ensuite les principaux éléments liés aux troubles mentaux, qui peuvent affecter les personnes ayant subi les expériences traumatisantes d'un conflit armé. Les symptômes des principaux traumatismes qui peuvent affecter les criminels ont été décrits, ainsi que leur impact sur le discernement et les méthodes utilisées par l'expertise psychiatrique médico-légale pour les identifier.

Afin d'expliquer la croissance du nombre d'infractions après un conflit, nous avons étudié les théories actuelles qui essaient d'expliquer les fluctuations des taux de criminalité pendant et après la guerre, en approfondissant les modalités de variation des facteurs qui déterminent la conduite criminelle au cours d'un conflit armé. Après avoir étudié les théories susmentionnées et après avoir vérifié leur validité, une théorie nouvelle a été avancée pour expliquer les causes de la variation du taux de criminalité dans le cadre des conflits armés. Il a été ainsi prouvé que les traumas psychiques contractés à cause du volume excessif de stress vécu par les participants au conflit - les combattants, mais également les habitants de la région affectée par le conflit – déterminent la croissance du nombre d'infractions commises sur ce territoire. Le mécanisme par lequel ce phénomène se produit implique tous les facteurs conduisant à la genèse de la personnalité du criminel : l'aliénation, la frustration, l'inadaptation (qui atteignent leur paroxysme pendant un conflit armé), de

même que l'apprentissage des comportements violents. Par conséquence, la guerre « prépare » le terrain psychologique pour l'apparition des troubles psychiques, généralement incurables.

Même s'ils constituent un objet d'étude de la psychiatrie, les troubles mentaux jouent également un rôle majeur dans la criminologie en tant qu'élément dans l'étude de la personnalité des délinquants et du phénomène criminel au sens large, quand l'infraction commise est une conséquence ou une manifestation du trouble mental. Ainsi, la délinquance pathologique est également un sujet de recherche pour la criminologie, la médecine légale et la psychiatrie.

La délinquance, dans un sens général, concerne tous les faites qui découlent de la violation des règlements juridiques. La recherche dans le domaine de la délinquance peut être conduite en explorant la personnalité de l'auteur d'une faute imputable, ou, par une approche extensive et interdisciplinaire, se concentrant sur le phénomène communautaire, dans son ensemble de relations.

La délinquance pathologique comprend donc l'exploration psychopathologique de la personne présentant des troubles mentaux, en tant qu'auteur des comportements aberrants qui contredisent les dispositions légales, et, en même temps, les relations développées par la pathologie mentale par rapport à la vie et aux activités sociales.

Dans l'étude de la délinquance pathologique, sont identifiés divers syndromes psychopathologiques et typologies comportementales à caractère pénal qui ont des éléments de motivation pathologique (meurtres, vols, violences, délits relatifs à la vie sexuelle, etc.). Nous avons établi le lien évident entre la maladie mentale et la délinquance par le biais de l'action facilitatrice des facteurs environnementaux négatifs générés par la guerre, qui déterminent des manques d'adaptation et des carences de comportement.

La maladie mentale et le patient, par la perturbation du comportement, de la personnalité et de l'ensemble du système des relations sociales, ne sont pas identifiés à la délinquance ou aux conduites antisociales en général. À cet égard, à travers son étude des formes du comportement antisocial, la criminologie révèle le contenu polymorphe de la délinquance et généralise l'étude des facteurs étiologiques et des circonstances concrètes qui représentent le contenu du phénomène de l'anti-socialité. Cette partie se concentre sur les formes d'expression de la délinquance quand elle est intensifiée ou causée par les troubles mentaux.

Parmi les facteurs qui entraînent le comportement antisocial se trouvent aussi les facteurs subjectifs, propres à une personne et à son système d'attitudes et de relations. Ces attitudes peuvent aller de la limite de la normalité aux perturbations manifestes de la conscience et jusqu'aux particularités de la nosologie psychiatrique. L'expertise médico-légale psychiatrique évalue en quelle mesure la maladie joue un rôle dans les crimes des personnes souffrant de troubles de la personnalité (en particulier de la personnalité de type antisocial, mais aussi de la personnalité histrionique, paranoïaque, etc.), de schizophrénie, d'alcoolisme, de psychose délirante, de psychose maniaco-dépressive, d'épilepsie, etc. Dans tous ces cas, le rôle très important de l'assistance médicale et psychiatrique doit être bien reconnu, notamment grâce à l'application de mesures de sécurité de nature médicale, présentes dans les législations pénales des pays européens. La mise en œuvre efficace de ces mesures aide significativement les personnes affectées par de tels troubles à ne pas basculer dans la criminalité et permet aussi de réduire le taux de récidives. La corrélation criminologique simpliste entre la maladie ou une autre forme de trouble mental et la délinquance peut conduire à la tendance négative de « biologisation » ou de « psychiatrisation » de la délinquance et des actes antisociaux, ce qui est de nature à diminuer la responsabilité de la personne pour les actes qu'elle a commis même dans un état normal de santé dans lequel elle est capable d'exercer toutes les formes d'activité de la vie sociale.

En général, les troubles mentaux qui surviennent dans une communauté en temps de paix ne conduisent pas nécessairement les malades psychiques à commettre des infractions, mais, dans le cas des traumatismes psychiques survenus à la suite d'un conflit armé, des problèmes différents apparaissent. Il y a ainsi une accumulation de facteurs exogènes qui conduisent à l'apparition du comportement criminel. Conformément à l'opinion du personnel de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, les règles sociales changent pendant la guerre.[576] Les gens ont des nouveaux modèles de conduite criminelle et, à cause de la violence largement répandue, ont la sensation que les infractions se commettent très facilement. Il n'y a plus de barrières légales et, par la présence massive des armes, ils ont beaucoup de moyens à leur disposition

[576] Entretien réalisé par l'auteur avec les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, Haye, 8 février 2010.

pour se lancer dans des actes criminels. Ils ont tendance à trouver normal de faire souffrir les autres et se développe alors dans la communauté une tolérance pour certains types de crimes. Tous ces facteurs sont de nature à diriger sur la voie de la criminalité les personnes affectées par la circonstance déstabilisante des troubles psychiques.

Le droit pénal des pays européens (et non seulement) établit expressément la circonstance de l'irresponsabilité parmi les causes qui suppriment le caractère criminel d'un acte. Ainsi, le fait sanctionné par la loi pénale ne constitue pas une infraction si l'auteur, dans le moment de l'action, ne pouvait pas se rendre compte de ses actions ou inactions, à cause de son aliénation mentale ou pour d'autres causes. Le sens donné au concept d'aliéné mental dans ces législations est le sens accepté par la psychiatrie, de perte de la capacité de communication et d'entretenir des relations interpersonnelles par un comportement qui ne peut être assumé et autocontrôlé, ce qui correspond à la définition commune de « malade mental ».

Si, dans le cas des troubles mentaux graves (les psychoses en général, les formes sévères de démence et d'oligophrénie), les critères médicaux pour définir l'incapacité mentale comprennent l'irresponsabilité pénale. Dans les états psychiques à la limite de la normalité, ces critères sont corrélés afin de déterminer le niveau minimum de conscience qui permette de considérer la personne responsable des actes commis. Du point de vue médical, la responsabilité, en tant que prémisse de la culpabilité pénale, signifie la capacité d'une personne à comprendre les actes commis, de même que sa capacité à contrôler son acte. L'irresponsabilité à caractère psychopathologique définit l'incapacité de discernement et de maîtrise des propres faits, commis avec des motivations maladives et sans la prévision ou la compréhension de leurs conséquences négatives.

L'existence du discernement au moment des faits est déterminée en fonction de l'âge, du rapport social protégé par la norme pénale et violée par le criminel, de la causalité entre l'acte et son résultat, de la personnalité du délinquant et de son attitude relative à l'acte. Ces critères représentent des éléments clés de l'expertise psychiatrique médico-légale.

Les législations et la pratique judiciaire utilisent plusieurs termes pour exprimer la notion d'irresponsabilité à caractère pathologique : la démence, l'aliénation, l'inconscience. En s'appuyant sur l'étude des critères scientifiques, l'expertise médico-légale psychiatrique évalue le discernement comme expression

intégrale, complexe et dynamique de l'état de conscience d'une personne au moment où elle a commis les faits que lui sont imputables. L'évaluation du discernement étudie la totalité des activités psychiques permettant l'appréhension des faits et de ses propres actes, de même que la compréhension de leurs contenus et des conséquences en découlant.

Le discernement est ainsi le critère de la normalité dans les relations d'une personne avec son environnement social. Il devient, à la fois, un critère objectif, le but de l'expertise psychiatrique médico-légale étant son évaluation.

La responsabilité pénale est une institution juridique basée sur des critères multidisciplinaires d'évaluation et son évaluation fait partie des responsabilités des organes judiciaires, qui, dans les situations encadrées par la loi, peuvent exiger des preuves médicale, fournies par une autorité compétente, sous la forme de l'expertise psychiatrique médico-légale. Le but de l'expertise est alors l'étude du discernement de la personne sur les actes commis. La corrélation finale entre l'analyse des experts et d'autres aspects juridiques liés cas sera effectuée par les organes judiciaires, qui détermineront la responsabilité pénale du délinquant.

L'expertise médico-légale psychiatrique de l'inculpé fournit aussi les propositions de mise en œuvre de mesures de sécurité de nature médicale, pour l'empêcher de commettre d'autres actes pénaux, la psychiatrie judiciaire étant la plus capable d'indiquer les mesures de prévention des maladies, de même que l'origine des actes commis par les patients.

Etant donné que les troubles mentaux peuvent modifier le statut juridique de l'individu, la psychiatrie est associée aux sciences juridiques afin de parvenir à une meilleure et juste application des lois et des mesures de protection des malades mentaux.

Ainsi, même si les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas criminellement responsables pour cause d'absence du discernement, les actes antisociaux qu'elles commettent sont importants non seulement statistiquement, mais aussi pour leurs conséquences, souvent très graves, sur les valeurs sociales protégées par le droit pénal. Les questions liées à certains troubles psychiatriques qui, par leur nature, favorisent le développement de comportements antisociaux devront également être prises en compte pour envisager la prévention et l'amélioration, généralement possibles si les troubles sont détectés à temps.

D'autre part, il est nécessaire de se rappeler que les personnes touchées par les troubles mentaux, irresponsables au moment des crimes, ont besoin premièrement de soins et d'un traitement immédiat. Par conséquent, il est donc conseillé que les professionnels en situation d'agir et de constater en premier une infraction possèdent des connaissances minimales sur les manifestations possibles des différents troubles mentaux, afin de pouvoir saisir les institutions compétentes. Il est très important que les praticiens du droit (et spécialement les personnes travaillant pour les organes de poursuite pénale, mais aussi les juges et les avocats) aient des connaissances sur les notions de base concernant la nature des troubles mentaux des personnes avec lesquelles ils entrent en contact dans le cadre de leur profession. Ces connaissances spécialisées les aideront à détecter sans délai les individus qui souffrent de déficiences mentales et qui présentent un potentiel de danger social, et leurs seront utiles pour prendre les mesures adéquates à chaque cas.

Conclusion

Cette thèse a pour objectif d'analyser le droit à la santé mentale dans le contexte exceptionnel des conflits armés, de signaler les conséquences des violations de ce droit et de trouver des solutions pour mieux protéger cette valeur humaine primordiale.

La santé mentale est l'un des plus vulnérables attributs de l'individu et l'un des droits le plus facilement à violer. De nombreuses violations des droits de l'Homme sont de nature à nuire, dans une mesure plus ou moins importante, à la santé psychique de la personne. Plus la violation est grave, plus le préjudice du droit à la santé mentale est important. La victime n'est pas uniquement la personne qui subit directement la violation du droit à la santé mentale. Par exemple, devoir témoigner des actes de torture est de nature à produire des traumas psychiques irréversibles sur le témoin, sans que la santé physique, ou ses autres droits soient affectés d'une manière ou d'une autre.

Une des situations pendant lesquelles le droit à la santé mentale a le plus à souffrir est représentée par le conflit armé contemporain. Il y a une palette vaste de troubles psychiques irréversibles causés par les violations des droits, qui sont spécifiques aux conflits armés. Ces maladies ont des effets dramatiques sur les personnes affectées, marquant de manière définitive leurs vies et causant des graves souffrances.

La première partie de la thèse est consacrée au cadre législatif destiné à la protection du droit à la santé mentale dans le contexte des conflits armés et vise à évaluer l'efficacité de ses dispositions, de même que les questions liées à sa mise en œuvre. Après avoir défini les personnes qui sont protégées, la sphère des sujets tenus à respecter l'obligation de protéger le droit à la santé mentale est explorée. La conclusion de l'analyse relève une pluralité d'acteurs qui doivent être garants de ce droit, imposant, pour conséquence, la nécessité de mettre en place des dispositions légales s'adressant à tous les participants au conflit.

L'étude de cas sur la guerre en Bosnie Herzégovine a servi à illustrer la situation où les normes du droit humanitaire sont presque totalement ignorées et à analyser les facteurs qui poussent les acteurs impliqués dans le conflit à respecter ou non les dispositions légales. Le concept de criminel de guerre a été expliqué à

travers une étude sur la jurisprudence du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie dans le domaine de la participation dans une entreprise criminelle, qui a souligné les progrès réalisés par cette instance dans le droit pénal international.

Une partie importante de l'analyse a été consacrée à l'évaluation des aspects liés à la protection du droit à la santé mentale durant les conflits armés dans les Conventions de Genève de 1949 et le Statut de la Cour Pénale Internationale. L'analyse a montré les carences de ces textes, qui semblent justement ignorer la protection de ce droit. Ont été également signalées les difficultés majeures d'identification des malades mentaux lors du conflit et d'application des dispositions des Conventions de Genève dans le cas des combattants qui souffrent d'un trouble psychique : ce trouble peut les empêcher de déposer les armes, ce qui est la première condition pour bénéficier de la protection octroyée par le statut de prisonniers de guerre.

Pour essayer de combler, au moins partiellement, les lacunes des instruments juridiques internationaux en ce qui concerne la protection de ce droit, une solution a été proposée visant à établir la place importante du droit à la santé mentale et à mieux le protéger. Cette solution consiste en amender les instruments juridiques internationaux en la matière par une nouvelle disposition qui incrimine distinctement les violations du droit à la santé mentale pendant la guerre.

Dans les communautés qui ont vécu des guerres de longue durée, le risque que la population soit affectée par des traumatismes dus au conflit augmente proportionnellement à sa durée. Même si les collectivités réagissent de manière différente dans ce type de situation, il n'en est pas moins vrai que la suite des événements peut évoluer d'une manière très défavorable. Cette thèse a démontré qu'il est possible que les traumas de guerre soient transmis aux nouvelles générations, sous la forme de la « contagion psychologique », avec, pour conséquence, un changement des standards et de la perception de la normalité. Dans beaucoup de cas, cette nouvelle perception de la réalité peut faire échouer le rétablissement de la paix, malgré les efforts des tiers impliqués (le gouvernement, les forces de maintien de la paix, etc.).

Dans la situation de témoignage devant une cour de justice, le malade est confronté aux conséquences subjectives des troubles psychiques causés par les crimes subis ou aperçus. Dans ce cas, le suivi permanent des psychologues et des psychiatres est impérativement nécessaire pour éviter de traumatiser de nouveau le

témoin vulnérable. Si la condition d'un suivi permanent professionnel et adéquat est respectée, l'acte de témoignage peut même s'avérer une expérience à valeur thérapeutique pour la personne en cause, ainsi que pour sa communauté, marquée aussi par des blessures de la guerre.

Une croissance du nombre d'infractions commises a été constatée après les conflits armés intenses ou prolongés. L'explication avancée dans la thèse pour ce phénomène souligne le rôle décisif de l'augmentation des traumas psychiques causés par la guerre, en combinaison avec d'autres causes de nature psychologique (parmi lesquelles on peut noter l'apprentissage du comportement criminel, la hausse du niveau de frustration, l'aliénation et l'incapacité de s'adapter aux nouvelles conditions sociales).

Toutefois, les criminels souffrant de traumatismes suite au conflit soulèvent des questions difficiles liées à leur responsabilité juridique. Etablir si l'acte criminel a été commis avec discernement ou non n'est pas une démarche facile, mais il a été démontre dans cette thèse que la méthode la plus adéquate pour évaluer la responsabilité du criminel au moment des faits est l'expertise médico-légale psychiatrique. La proposition de juger les anciens combattants séparément du système commun de justice, solution choisi dans certains pays, a été aussi étudiée. Il en a résulté qu'elle n'est ni correcte, ni efficace et que l'expertise médico-légale psychiatrique reste la meilleure modalité pour évaluer les criminels aux comportements pathologiques.

Recommandations à caractère politique et juridique

Suite à l'analyse du concept juridique de droit à la santé mentale et des circonstances spécifiques de la guerre, un objectif important de cette thèse est de proposer des lignes d'action pour une meilleure protection de cette valeur humaine.

Les guerres produisent trop fréquemment des blessures profondes dans les sociétés et beaucoup de personnes souffrent à cause de traumatismes physiques et psychologiques. La consolidation de la paix et la reconstruction dans les communautés affectées par des conflits armés dépend largement de la réintégration effective de la population traumatisée dans des nouveaux cadres normatifs sains. La prise en considération des effets provoqués par le conflit armé sur la santé mentale de la population est absolument indispensable pour la reconstruction de la société

après la guerre, pour le succès des efforts de réconciliation post-conflit, de même que pour le maintien de la paix. Les effets de longue durée, subis par un nombre important de membres d'une collectivité, peuvent avoir de graves conséquences macro sociales, sur la forme de la transmission transgénérationnelle et de la possible perpétuation de l'état conflictuel dans la région. Toutes les solutions pour le maintien de la paix et pour la reconstruction sociale et institutionnelle doivent donc impérativement, tenir compte de la santé mentale de la population et viser à l'améliorer. Les méthodes spécifiques de la psychiatrie et de la psychologie doivent être utilisées à cette fin et des efforts pour éliminer le stigmate associé aux maladies mentales et pour promouvoir le respect des droits de l'Homme doivent être encore faits.

A moins que les inégalités et les injustices qui sont à l'origine du conflit soient diminuées ou supprimées, de nouveaux cycles de violence sont susceptibles de se produire. La mémoire humaine est souvent plus lente que les accords officiels. La reconstruction peut prendre des années, avant que les communautés détruites par les conflits civils ne soient en mesure de récupérer. La reconnaissance publique des violations des droits de l'Homme et la le prise de responsabilité sont cruciales pour inhiber la répétition cyclique de la violence et pour permettre à la population affectée par le conflit de récupérer.

Aussi important que la reconstruction de la société sur des bases saines, est le besoin d'une recherche plus avancée sur les implications des troubles psychiques dans l'augmentation du taux de la criminalité après la guerre. Le but serait alors d'éliminer le plus possible les conséquences criminelles des maladies psychiques. La responsabilité du criminel prouvant un comportement pathologique ne doit pas être présumée, mais analysée judicieusement, par la méthode de l'expertise médico-légale psychiatrique.

La législation sur la santé mentale est essentielle pour satisfaire la nécessité d'être juste envers les personnes qui ont commis un crime sous l'effet d'un trouble mental et pour prévenir la maltraitance des malades mentaux qui sont impliqués dans le système de la justice pénale. La plupart des lois reconnaissent que les personnes qui n'ont pas eu le contrôle de leurs actions au moment de l'infraction à cause d'un trouble mental, ou, qui sont incapables de comprendre leur participation à une procédure judiciaire à cause de la maladie mentale, exigent des garanties procédurales durant le procès et de l'annonce de la peine. Cependant, la question de

la manière dans laquelle ces individus sont traités n'est pas souvent abordée dans la loi ou mène, à la fois, à des abus des droits du malade.

Beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux sont poursuivies et emprisonnées, souvent pour des infractions relativement mineures. La législation sur la santé mentale peut transférer les malades mentaux du système de justice pénale vers le système de soins de santé mentale. La législation devrait permettre un tel transfert à tous les stades de la procédure pénale - au moment où la personne est arrêtée et détenue par la police, pendant toute la durée des enquêtes et même quand elle a commencé à exécuter la peine.

Le problème de la difficulté d'identifier les personnes souffrant de maladies psychiques pendant la guerre doit être abordé de manière pragmatique et organisée. Pour que les traumas soient plus facilement identifiés par les non-spécialistes en contact avec les traumatisés, plus de psychiatres et de psychologues sont nécessaires dans les situations de conflit, ainsi qu'une diffusion intensive d'informations. Ces informations sur les manifestations des troubles mentaux causés par le stress de combat doivent être largement disséminées, mais seulement à travers des messages positivement protecteurs, afin d'éviter la création de stigmas et d'étiquettes. Le danger de stéréotypes négatifs sur les troubles mentaux peut avoir des conséquences très nuisibles, de nature à déterminer les personnes à cacher leurs maladies et à éviter le traitement qui atténuerait leurs souffrances. Le stigma peut empêcher les personnes de chercher de l'aide spécialisée, au moment où elles se rendent compte de souffrir d'un trouble psychique, par peur de ne pas être étiquetées. L'argument pour lutter contre le stigma associé aux maladies mentales est que la victime n'est pas coupable du traumatisme souffert ; au contraire, celle-ci a le droit à un traitement médical adéquat et à une vie normale au sein de la société.

Les lacunes des traités internationaux concernant la protection du droit à la santé mentale permettent la violation du bien-être psychique sans imposer la moindre sanction. La modification des instruments juridiques du droit humanitaire et du droit pénal international est une condition essentielle pour la protection - au moins minimale - du droit à la santé mentale. Ce droit doit être reconnu en tant que tel et doit être inséré dans les dispositions des traités internationaux qui abordent la question des conflits armés. Les violations du droit à la santé mentale doivent être prises en compte par toutes les juridictions et doivent être inscrites expressément dans les législations pénales nationales et dans les instruments juridiques

internationaux. Un article explicite et séparé, visant exclusivement la protection de ce droit, pourrait être formulé de la manière suivante : « Il serait considéré un crime de guerre l'acte ou l'omission qui ont causé, de manière directe ou indirecte, un traumatisme (ou un trouble) psychique pour une ou plusieurs personnes. » Une telle disposition contribuera à une meilleure visibilité et protection du droit à la santé mentale.

L'obligation de protéger ce droit incombe à tous les participants au conflit. Elle doit être illustrée dans tous les documents juridiques et politiques abordant la question de la guerre. De même, tous les sujets responsables d'assurer le respect du droit à la santé mentale doivent être indiqués expressément dans le document juridique ou politique en question.

La juridiction pour les violations des dispositions du droit humanitaire devrait être assumée par tous les Etats et premièrement par ceux sur qui ont enregistré des crimes de guerre sur leur territoire. Cette approche est de nature à aider d'une manière significative le processus de la reconstruction après le conflit et de la réconciliation avec le passé.

Il persiste toujours le problème de l'application des normes de droit humanitaire et des droits de l'Homme par les participants au conflit. Pour essayer d'éviter les crimes futurs, l'éducation sous les auspices des valeurs des droits de l'Homme doit être promue au niveau de tous les Etats du monde. La population civile, de même que les militaires doivent intérioriser la nécessité de respecter et de protéger toutes les valeurs humaines. La guerre doit être réservée aux militaires ; l'intervention des civils, les tactiques de guérilla ou asymétriques doivent être éliminées complètement. Les personnes avec un passé criminel ne doivent pas être munies d'armes et intégrées dans le combat. De même, l'idéologisation et le caractère « total » de la guerre devraient être éliminés complètement, en popularisant les conséquences tragiques survenues dans l'histoire à cause de l'intervention de ces éléments.

Dans l'histoire de l'humanité, un événement a des conséquences au-delà de lui-même, dans la mesure où il devient une image qui donne ensuite la forme et le cadre de l'action ultérieure. Ainsi, des tragédies humaines sont provoquées et de nouvelles guerres sont produites, justifiées et expliquées par la guerre antérieure. Malheureusement, dans les communautés affectées, les conflits armés et leurs effets représentent un reflet continu et permanent des paysages politiques et

personnels. Même après leur fin, ils continuent à résonner dans les vies de ceux qui ont participé au combat et dans la société dans son ensemble. Les troubles mentaux causés par les conflits armés, sous tous les noms qui leur ont été donnés, nous racontent l'absurdité de notre époque, d'une maladie chronique et historique propre à l'espèce humaine, qui a gardé de ses guerres une multitude de mauvais souvenirs qu'elle aimerait pouvoir oublier.

Cette thèse ne prétend pas avoir traité d'une manière exhaustive les aspects liés au droit à la santé mentale dans le contexte des conflits armés. Son but est de mettre en lumière certaines questions épineuses et, en même temps, trop négligées par la littérature spécialisée, dans la perspective d'ouvrir une voie pour des recherches ultérieures sur ce sujet essentiel pour le bien-être de l'humanité.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. text revision, 3eme ed., Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. IVe, (DSM-IV), Washington, DC : American Psychiatric Press, 1994

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000

ANTONESCU L. *Vademcum în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1985, p. 194; 279; 310-311; 468-472; 503-505

ARENDT, H. *Responsibility and Judgment*. New York : ed. Jerome Kohn, Schocken Books, 2003, p.295

BAR-ON, D. *Fear and Hope: Three Generations of the Holocaust*. Cambridge, (Massachusetts USA) : Harvard University Press, 1995

BENNETT C. *Yugoslavia's Bloody Collapse*. New York : University Press, 1995, p. 165

BOGDAN, T. A. *Probleme de psihologie judiciară*. Bucureşti : Ed. Ştiinţifică, 1973

BONADEO, A. *Mark of the Beast: Death and Degradation in the Literature of the Great War*. Lexington, (Kentuky USA) : University Press of Kentucky, 1989, p. 19-23, 26, et 146

BOUGAREL, X. *Bosnie: Anatomie d'un Conflit*. Paris : Editions La Decouverte, 1996

BRANZEI, P., CHIRITA, V., BOISTEANU, P., COSMOVICI, N., ASTARASTOAE, V., CHIRITA, R. *Elemente de semiologie psihiatrică şi psihodiagnostic*. Iaşi : Ed. Psihomnia, 1995, p. 164 – 167

British Medical Association. *Medicine betrayed: The participation of doctors in human rights abuses*. London : Zed Books, 1992

BROWNING, C.R. *Ordinary Men: Reserve Police Battalion 101 and the Final Solution in Poland.* New York : Harper COLLINS, 1998

BUFORD, B. Among *the Thugs: The Experience, and the Seduction, of Crowd Violence*. New York : W.W. Norton & Co. 1991

CLAPHAM, A. *Human Rights Obligations of Non-State Actors*. Oxford : Oxford University Press, 2006

COSER, L.A. *The Functions of Social Conflict*. New York : Free Press, 1956

CRU J.N. *Témoins. Essai d'analyse et de critique des souvenirs de combattants édité en français de 1915 a 1928*. Paris : Ed. Les Etincelles, 1929

DĂNESCU, Gh., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. Bucureşti : Ed. Medicală, 1973, p. 195-198; 210-212

DARROW, C. *Crime: Its Causes and Treatment*. New York: Crowell, 1922, p. 218

DAS, V. KLEINMAN A., RAMPELE, M., REINOLDS, P. *Violence and Subjectivity*. Berkeley : University of California Press, 2000

DE MAN, H. *The Remaking of a Mind: A Soldier's Thoughts on War and Reconstruction*. New York : Charles Scribner's Sons, 1919

DEUTSCH, K.W. *The Analysis of International Relations.* Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, 1968

EDWARDS, B., STURGESS, W. *How to be Happy*. London : BBC Education, 1996

ENGELBRECHT, H.C. *Revolt against War*. New York : Dodd, Mead & Co, 1937

FINLAY, D.J., HOLSTI, O.R. FAGEN, R.R. *Enemies in Politics*. Chicago : Rand McNally, 1967

FIRESTONE, D. *Serb Lawmaker Is Called Vicious Killer*. St. Louis : Post-Dispatch, 1993

FRELICK, R. *The Khmer Rouge of Africa: Mozambique, its killing fields*. Washington, DC, 1989

FRIEDMANN, C. *Psihiatrie.* Constanţa : Ed. Ex Ponto, 2000

FULLER, T.E. *Nowhere to Go*. New York : Harper and Row, 1988

GASSIN, R. *Criminologie*. Paris : précis Dalloz, seconde édition, 1990

GIBBS, P.H. *Realities of War*. London : ed. W. Heinemann, 1920

GLENNY M. *The Balkans: Nationalism, War and the Great Powers, 1804–1999*. New York: Viking Press, 2000

GOLDSTEIN J. *Console and Classify: The Emergence of the French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge : Cambridge University Press, 1987.

GORGOS, C., TUDOSE, C., TUDOSE, F., BOTEZAT, I., ANTONESCU, L. *Vademcum în psihiatrie.* Bucureşti : Ed. Medicală, 1985

GOULD, W.L., BARKUN, M. *International Law and the Social Sciences*. Princeton : Princeton University Press, 1970

GRAHAM, S. *The Challenge of the Dead*. London : Cassell, 1921, p. 121

HAFNER, H., BOKER, W. *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders*. Cambridge : Cambridge University Press, 1982

HALL B. The *Impossible Country: A Journey Through the Last Days of Yugoslavia*. London : Secker & Warburg, 1994

HAMON, A.F. MIALL, B., GEDDES P. *Lessons of the World War (1919)*. Whitefish, Montana : Kessinger Publishing, 2010, p. 355

HENRY, A.F., SHORT, J.F, Jr. *Suicide and Homicide: Some Economic, Sociological, and Psychological Aspects of Aggression*. Glencoe Illinois : Free Press, 1954

HODGKINSON, P.E., STEWART, M. *Coping with catastrophe: a handbook of disaster management*. New York : Routledge, 1991, p. 10-14

IACOBUŢĂ, I.A. *Criminologie.* Iaşi : Ed. Junimea, 2002, p. 185

JUDAH, T. *The Serbs: History, Myth and the Destruction of Yugoslavia*. New Haven and London : Yale University Press, 1997, p. 186-187; 233; 241

JUNG, D. (ed). *Shadow Globalization, Ethnic Conflicts, and New Wars: A Political Economy of Intrastate Wars*. London : Routledge, 2003, p. 47-69

KAPLAN, R. *Balkan Ghosts: A Journey Through History*. New York : St. Martin's Press, 1993, p. 86-95

KATZ, F.E. *Ordinary People and Extraordinary Evil: A Report on the Beguilings of Evil*. Albany : State University of New York Press, 1993, p.115-119

KENT, S.K. *Making Peace: The Reconstruction of Gender in Interwar Britain*. Princeton, New Jersey : Princeton University Press, 1993, p. 4; 97-113

KLINEBERG O*. Social psychology.* New York: H. Holt and Company, 1948

KRAEPELIN E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipzig : Verlag von Johann Ambrosius Barth 1913, p. 566-583

LANCASTER R.N. *Life is Hard: Machismo, Danger, and the Intimacy of Power in Nicaragua*. Berkeley : University of California Press, 1992, p. 186-1202

LEAVITT, L.A., FOX, N.A., (eds). *The Psychological Effects of War and Violence on Children*. Hillsdale, New Jersey : Lewis Erlbaum Associates, 1993, p.131-142

LERI, A. *Shell-Shock, Commotional and Emotional Aspects*. London : University of London Press, 1919, p. 123-130

LOWELL, A.L. *Public Opinion in War and Peace.* Cambridge : Harvard University Press, 1926, p. 259-260; 299

LUCK, E.C. The Enforcement of Humanitarian Norms and the Politics of Ambivalence. In: Chesterman, S. (ed.), *Civilians in War.* International Peace Academy, London : 2001, p. 205-6

LUNDEN, W.A. *Crimes and Criminals*. Ames, Iowa : Iowa State University Press, 1967, p. 77 – 97

LUNDEN, W.A. *War and Delinquency*. Ames, Iowa : The Art Press, 1963, p. 112-127

MANNHEIM, H. *Comparative Criminology*. London : Routledge and Kegan Paul, 1965. p. 88-96

MANNHEIM, H. *Group Problems in Crime and Punishment*. London : Routledge and Kegan Paul, 1955, p.89-106

MANNHEIM, H. *War and Crime*. London, Watts, 1941, p. 112; 131

MASTERMAN, C.E.G. *England after War: A Study*. London : Hodder and Stoughton Ltd, 1922, p. 177-196

MERON T. *Human Rights in Internal Strife: Their International Protection*. Cambridge : Grotius Publications, 1987, p. 52

MILGRAM, S. *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York : Harper&Row, 1974, p. 169-178

Ministerul Justitiei, Direcţia de Reintegrare Socială şi Supraveghere. *Ghid de bune practici. Manual de practici în domeniul reintegrăirii sociale şi supravegherii*. An. III. 9/2004, Bucureşti : Ed. Oscar Print, 2004, p. 317- 321

MITROFAN N., ZDRENGHEA V., BUTOI, T. *Psihologie judiciară*. Bucureşti : Casa de Editură şi Presă «Şansa» S.R.L., 1992, p. 349

MUELLER, J. *The Remnants of War*. Ithaca : Cornell University Press, 2004, p. 253

NORDSTROM, C., MARTIN, J. (eds). *The Paths to Domination, Resistance and Terror*. Berkeley : University of California Press, 1992, p. 66-71

O'BRIEN, T. *The Things They Carried*. Boston : Houghton Mifflin, 1990, p. 89

ORGANIZAŢIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂŢII. *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic.* Bucuresti : Ed. ALL, 1998

PAMFIL, E., OGODESCU, D. *Nevrozele*. Timişoara : Ed. Facla, 1974, p. 43-44

PINATEL, J. *Traité de droit pénal et de criminologie*. Tome III, *Criminologie*. Paris : Dalloz, 1963, p. 475

PIROZYNSKI, T., CHIRIŢĂ, V., BOIŞTEANU, P. *Manual de psihiatrie.* Iaşi : Institutul de Medicină şi Farmacie, 1991, p. 164-166

POLLAK, D. *The Criminality of Women*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1950, p.87

RIEFF, D. *Slaughterhouse: Bosnia and the Failure of the West*. New York : Simon and Schuster, 1995. p. 66

SADOCK B.J. SADOCK V.A., EDMONSON J.C., MANLEY M.R.S., PERRY R., *KAPLAN & SADOCK Manual de buzunar de psihiatrie clinică.* ed. III, Bucuresti : Ed. Medicală, 2001, p. 163-165;168-169; 191

SADOWSKI, Y.M., *Myth of Global Chaos*. Washington, DC : Brookings Institution Press, 1998, p. 133

SANDOZ, Y., SWINARSKI C., ZIMMERMAN, B. (eds). *Commentary on the Additional Protocols to the Geneva Conventions.* Geneva : ICRC/Martinus Nijhoff Publishers, 1987, p. 1348

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley : University of California Press, 1992, 452-498

SCHWARTZ M. *Schwartz' Textbook of Physical Diagnostic: History and Examination*. 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders, 1994, p. 132-141

SCRIPCARU, Gh. *Medicină legală*. Bucureşti : Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A., 1993, p. 363-368

SCRIPCARU, Gh., SCRIPCARU, C. *Medicină legală*. Iaşi : Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă “MOLDOVA”, Ed. Cugetarea, 1996., p. 401-403

SHAY J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York : Simon&Schuster, 1994, p. 115-127

SHEPHARD, B. *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 2001, p. 89-101

SIMMA, B. *Das Reziprozitatselement im Zustandekommen volkerrechtlicher Vertrage*. Berlin : Duncker & Humblot., 1972, p. 37-52

SIVARD, R.L. *World military and social expenditures*. Washington, DC : World Priorities, 1989.

SOROKIN, P. *Contemporary Sociological Theories*. New York : Harper, 1928, p.340-344

SOROKIN, P. *The Sociology of Revolution.* Philadelphia : Lippincourt, 1925, p. 139-146

STĂNOIU, R.M. *Introducere în criminologie*. Bucureşti : Ed. Academiei Române, 1989, p. 145

STEIN, D.J. *Cognitive Science and the Unconscious*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1997, 118-120

SUMNER, W. G., *Folkways: A Study of the Sociological Importance of Usages, Manners, Customs, Mores and Morals*. Boston : Ginn and Co, 1906, p.12

SUTHERLAND E.H. CRESSEY D.R. *Principles of Criminology.* Chicago: Lippincourt, 1960, p. 208-209

TARDE, G. *Penal Philosophy*. Boston : Little, Brown, and Co, 1912, p.205-211

TROTTER, W. *Instincts of the Herd in Peace and War*. London : Filiquarian Publishing LLC/Qontro, 1953. p. 192-193; 197

UNGUREANU, A. *Prelegeri de criminologie*. Iaşi : Fundaţia pentru Cultură şi Ştiinţă "MOLDOVA" Iaşi, Ed. CUGETAREA, 1999, p. 200

URSA, V. *Criminologie.* Bucureşti, Ed. Ştiinţifică şi enciclopedică 1985, p. 176

VOINEA, M., DUMITRESCU, F. *Psiho-sociologie judiciară*. Bucureşti : Ed. Silvy, 1999, p. 29-49

VOLKOV, V. *Violent Entrepreneurs: The Use of Force in the Making of Russian Capitalism*. Ithaca : Cornell University Press, 2002, p. 201

VON HENTIG, H. *Crime: Causes and Conditions*. New York : McGraw-Hill, 1947, p. 132-137

WALZER, M. *Just and Unjust Wars*. New York: Basic Books, 1977, p. 152-159

WECTER, D. *When Johnny Comes Marching Home*. Cambridge Massachusetts : Houghton Mifflin Co 1944, p 70; 422-435

WEINSTEIN J.M. *Inside Rebellion: The Politics of Insurgent Violence*. New York : Cambridge University Press, 2007. p. 402

WOLFGANG, M., FERRACUTI, F. *The Subculture of Violence*. New York: Tavistock, 1967, p.62-68

WOODWARD, S.L. *Balkan Tragedy - Chaos and Dissolution after the Cold War.* Washington, D.C : The Brookings Institution, 1995, p. 249

ZUBKOVA, E. Iu. *Obshchestvo i reformy.* 1945-1964. Moscou: Rossiia molodaia, 1993, p.19

Chapitre dans un ouvrage imprimé

BAXTER R.R. Jus in Bello Interno: The Present and the Future Law. In : MOORE J.N. (ed), *Law and Civil War in the Modern World*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1974

BOHLEBER, W. The Development of Trauma Theory in Psychoanalysis. In : VARVIN, S., ŠTAJNER-POPOVIC, T., (eds.), *Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma*. Belgrade: International Aid Network, 2002

BOUGAREL, X. Bosnia and Herzegovina-State and Communitarianism. In: DYKER, D.A., VEJVODA, I. (ed), *Yugoslavia and After*. New York : Addison-Wesley Longman, 1996

DAS, V. The Act of Witnessing: Violence, Poisonous Knowledge, and Subjectivity. In: DAS, V., KLEINMAN, A., RAMPHELE, M., REYNOLDS, P. (eds), *Violence and Subjectivity*. Berkeley : University of California Press, 2000

DEUTSCH, K. W. The probability of international law. In: DEUTSCH, K.W., HOFFMAN, St. (eds). *The Relevance of International Law*. Cambridge, Massachusetts: Schenkmann Publishing Co 1968

GALINDO VÉLEZ, F. Consideraciones sobre la Detereminación de la Condición de Refugiado. In : NAMIHAS, S. (coord.), *Derecho Internacional ed los Refugiados*. Buenos Aires : Fondo Editorial 2001

GAMPEL, Y. Reflections on the Prevalence of the Uncanny. in Social Violence. In: ROBBEN, A.C.G.M., SUAREZ-OROZCO, M.M. (eds), *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. New York : Cambridge University Press, 2000

GASSER, H-P. International humanitarian law. In: HAUG, H., *Humanity for All*. Henry Dunant Institute/Paul Haupt, Berna/Stuttgart/Viena, 1993

ILIC, Z. Psychological Preparation of Torture Victims as Witnesses toward the Prevention of Retraumatisation. In SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*. Belgrade : IAN Belgrade, 2004

KLUFT, R.P. Dissociative Identity Disorder. In : MICHELSON, L., RAY, W. (eds), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*. New York : Plenum Press, 1996

LUCK, E.C. The Enforcement of Humanitarian Norms and the Politics of Ambivalence. In: CHESTERMAN S. (ed), *Civilians in War*. Colorado : Lynne Rienner, 2001, p.197-218

MCFARLANE, A. The severity of the trauma: issues about its role in post-traumatic stress disorder. In : KLEBER, R., FIGLEY, C., GERSONS, B. (eds), *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum, 1995

MERON, T. The Normative Impact on International Law of the International Tribunal for Former Yugoslavia. In : MERON T. *War Crimes Law Comes of Age*. Oxford: Clarendon Press, 1998

MOSES, R., COHEN, R. An Israeli View. In MOSES, R. (ed). *Persistent Shadows of the Holocaust: The Meaning to Those Not Directly Affected*. Madison, CT: International Universities Press, 1993

RADZINOWICZ, L. Economic pressures. In: RADZINOWICZ, L., WOLFGANG, M.E. (eds), *Crime and Justice*. vol. I: *The Criminal in Society*. New York: Basic Books, 1971

SIKAVICA, S. The Collapse of Tito's Army. In: UDOVICKI, J., RIDGEWAY, J. (eds), *Yugoslavia's Ethnic Nightmare.* New York : Lawrence Hill, 1995

SIMPSON, M.A. Bitter Waters: Effects on Children of the Stresses of Unrest and Oppression. In : WILSON, J.P., RAPHAEL, B. (eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome*. New York : Plenum Press, 1993

SIMPSON, M. Traumatic Stress and the Bruising of the Soul. The Effects of Torture and Coercive Interrogation. In: WILSON, J.P. RAPHAEL, B. (eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York : Plenum Press, 1993

SOLKOFF, N. The Holocaust: Survivors and their Children. In : BASOGLU, M. (ed), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

SOMNIER, F., VESTI, P., KASTRUP, M., GENEFKE, I.K. Psycho-social consequences of torture: Current knowledge and evidence. In : BASOGLU, M. (ed), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

SPERDUTI, G. Responsibility of States for Activities of Private Law Persons. In : BERNHARDT R. (ed), *Encyclopedia of Public International Law*. Instalment 10, Amsterdam : North-Holland Publishing Company, 1987

ŠPIRIC, Ž., KNEŽEVIC, G. The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In : SPIRIC, Z., KNEZEVIC, G., JOVIC, V., OPACIC, G. (eds.), *Torture in war: consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience. Belgrade* : IAN Belgrade, 2004

SUMMERFIELD, D. The Social Experience of War and Some Issues for the Humanitarian Field. In : BRACKEN, P.J., PETTY, C. (eds), *Rethinking the Trauma of War*. London : SCF, 1998

SUTHERLAND, E. Crime. In : OGBURN, W.F. (ed), *American Society in Wartime*. Chicago: University of Chicago Press, 1943

TANTER, R. International war and domestic turmoil: some contemporary evidence. In : GRAHAM, H. D., GURR, T. (eds), *The History of Violence in America*. New York, Praeger, 1969

VAN DER KOLK, B.A. Trauma and Memory. In : VAN DER KOLK, B.A., MCFARLANE, A., WEISAETH, L. (eds), *Traumatic Stress - The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York : The Guilford Press, 1996;

VAN DER KOLK, B.A. The Body Keeps the Score: Approaches to the Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. In : VAN DER KOLK, B.A., Mcfarlane, A., WEISAETH, L. (eds.), *Traumatic Stress - The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York : The Guilford Press, 1996

VASIĆ, M. The Yugoslav Army and the Post-Yugoslav Armies. In : DYKER, D.A., VEJVODA, I. (eds), *Yugoslavia and After - A Study in Fragmentation, Despair and Rebirth*. New York : Addison-Wesley Longman, 1996

VIKRAM P., MUTAMBIRWA J., NHIWATIWA S. Stressed, depressed or bewitched? A perspective on mental health, culture and religion. In: EADE D. (ed), *Development for health*: Selected articles from *Development in Practice*, Oxford, England, Oxfam, 1997, p.40-48

VOLKAN V., ITZKOWITZ, N. Modern Greek and Turkish Identities and the Psychodynamics of Greek-Turkish Relations. In : ROBBEN, A.C.G.M., SUAREZ-OROZCO, M. (eds), *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000

Ouvrages électroniques

AMBROSE, J. Traumatic Grief: What We Need to Know as Trauma Respondents. consulté le 7 julliet 2009, disponible à l'adresse http://www.restoringconnections.ca/assets/pdf/ambrose_traumatic_grief.pdf

FERENCZI, S., ABRAHAM, K., SIMMEL, E., JONES, E., FREUD S. *Psychoanalysis and the War Neurosis*. The International Psycho-Analytical Library, 2:1-59. London, Vienna, New York : The International Psycho-Analytic Press, 1921 consulté le 22 juillet 2008 a l'adresse http://www.pep-web.org/document.php?id=ipl.002.0000a

Rapports imprimés

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Summary of the Traumatic Stress Literature*. 2004, disponible à l'adresse www.acpmh.unimelb.edu.au, consulté le 16.08.2008

BASSIOUNI, C., *Final Report of the United Nations Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780 (1992).* United Nations, New York, 1994

Conseil économique et social des Nations Unies. *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint* – Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, E/CN.4/2004/49

Gosudartvennyi Arkhiv Goroda Sankt-Peterburga (GAGSPb), 9156/4/321,14-15, rapport sur les origines neurologiques de l'hypertension chez les survivants des blocus; principal signataire Prof. I. Ia. Razdol'skii

HETHERINGTON, T., CHALMERS, W. *War Crimes: Report of the War Crimes Inquiry*, 1989, CMND 744

KILPATRICK, D. G., TIDWELL, R. P. *Victims' Rights and Services in South Carolina: The Dream, The Law, the Reality. Final Report*. Justice Assistance Act Grant No. 86-024, 1989
Charleston, South Carolina: Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina,1989.

KULKA, R., SCHLENGER W., FAIRBANK J., HOUGH R., JORDAN B., MARMAR C. WEISS, D. *National Vietnam Veterans Readjustment study: Description, current status and initial PTSD prevalence estimates. Final report*. Washington DC: Veterans Administrations, 1988

Minimum Humanitarian Standards: Analytical Report of the Secretary-General Submitted pursuant to Commission of Human Rights resolution 1997/21. Document de l'ONU E/CN.4/1998/87

Rapport du Secrétaire général en application de la résolution 53/35 de l'Assemblée générale. *La Chute de Srebrenia.* Document de l'ONU A/54/549 (Novembre 15, 1999)

Rapport du Secrétaire Général de l'ONU. *Respect for Human Rights in Armed Conflicts.* Document ONU A/7720, 1969

Rapport du Secrétaire Général de l'ONU. *Respect for Human Rights in Armed Conflicts*, Document de l'ONU A/8052, 1970

Report of a Mission dispatched by the Secretary-General to inquire into the situation of prisoners of war in the Islamic Republic of Iran and the Republic of Iraq (1985). Document ONU S/16962

Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shellshock'. London: HMSO, 1922

UN Experts, Final Report, United Nations Security Council. *Final Report of the Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780* (1992), Document de l'ONU no. S/1994/674, 27 mai 1994

United Nations Security Council Commission Of Experts. Final Report of the United Nations Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780, Annex III. *The military structure, strategy and tactics of the warring factions*. Annex III.A: Special Forces, 28 décembre 1994, consulté le 7 juin 2011 disponible à l'adresse http://www.ess.uwe.ac.uk/comexpert/ANX/.

United Nations Security Council. *Final Report of the Commission of Experts Established Pursuant to Security Council Resolution 780* (1992), document de l'ONU no. S/1994/674, 27 mai 1994

Textes juridiques

Convention relative aux droits de l'enfant, New York, 20 novembre 1989

Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne. 12 août 1949

Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre. 12 août 1949

Principles of International Law Recognized in the Charter of the Nuremberg Tribunal and in the Judgment of the Tribunal. 1950

Statut de la Cour Pénale Internationale. Rome, 17 juillet 1998

Documents politiques

Charte des Nations Unies, San Francisco, 26 juin 1945

Comité international de la Croix-Rouge. *Convention (I) de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne*. 12 août 1949. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=365&t=com, consulté le 27.09.2009

Comité international de la Croix-Rouge. *Convention (III) de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre.* 12 août 1949. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=375&t=com, consulté le 29.09.2009

Comité international de la Croix-Rouge*. Convention (IV) de Genève de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.* 12 août 1949. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=380&t=com, consulté le 11.10.2009

Comité international de la Croix-Rouge. *Protocole additionnel (II) aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II).* 8 juin 1977. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/COM/475-760008?OpenDocument, consulté le 3.10.2009

Comité international de la Croix-Rouge. *Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I).* 8 juin 1977. Commentaires, disponible à l'adresse: http://www.icrc.org/dih.nsf/WebList?ReadForm&id=470&t=com, consulté le 29.09.2009

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1946

Déclaration d'Ottawa sur la sante des enfants. Ottawa, 1998

Déclaration des droits du déficient, AG Rés. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) à 93, ONU Doc. A/8429 (1971)

Déclaration sur la promotion de la santé, Jakarta, 1997

Déclaration universelle des droits de l'Homme, Paris, 10 décembre 1948

Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse – World Health Organization, Mental Health Care Law. *Ten Basic Principles*, Geneva, 1996

Document de l'ONU S/PRST/1999/6

International Law Commission of the United Nations. *Commentaries on the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts.* General Assembly, 56eme période de sessions, Supplement no. 10, document de l'ONU A/56/10

La resolution de la Commission des droits de l'Homme 1997/41, 11 avril 1997

La résolution de la Sous-commission des droits de l'Homme, 1997/39, 28 août 1997

La résolution de l'Assemblée Générale de l'ONU 2444, la session 23. Document de l'ONU A/7218 (1969)

La résolution du Conseil de Sécurité de l'ONU no. 237 (1967)

La résolution du Parlement Européen no. 954 de 29.01.1991 sur le conflit du Golfe

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. *L'Observation générale no. 3 (1990) sur la nature des obligations des Etats-Parties et l'Observation générale no. 14*

Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons, *Advisory Opinion.* 1996 ICJ Rep. 226

Les projets d'articles provisoires adoptés par le Comité de rédaction de la Commission du droit international. A/CN.4/L.569, 4 août 1998

Office of Crime Statistics, Attorney General's Department South Australia. *Victims & Criminal Justice.* Adelaide,1990

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. *The Right to Health.* Fact Sheet No. 31, 2008

OMS, *Déclaration d'Alma-Ata.* Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS 6-12 Septembre 1978

Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé. AG Rés. 46/119, 46 GAOR Supp. (No. 49) à 189, ONU Doc. A/46/49 (1991)

Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies no. 46/119 (1991)

Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 827 (1993)

Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 837 (1993) du 6.06.1993

Résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies no. 955 (1994)

Russian Centre for the Preservation and Study of Documents of Contemporary History (RTsKhIDNI), Document 89/11/1

U.S. Department of Healtha Human Services - Substance Abuse & Mental Health Services Administration, Promotion and Prevention in Mental Health. *Strengthening*

Parenting and Enhancing Child Resilience. consulté le 7 juin 2011, disponible à l'adresse mentalhealth.samhsa.gov/cre/ch1_scope.asp,

United Nations Economic and Social Council. *The right to the highest attainable standard of health*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)

United Nations War Crimes Commission. *Law Reports of Trial of War Criminals,* London, 1947–1949

World Conference on Human Rights, *Declaration and Programme of Action.* Vienna, 1993

World Health Organisation. *The ICD-10 – Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO : 1992

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva : WHO 1993

World Health Organization. *Mental Health Atlas: 2005.* Geneva : 2005

World Health Organization, *Mental health: strengthening our response.* Fact sheet No 220, Septembre 2010

World Health Organization. *World Report on Violence and Health.* Geneva : WHO 2002

Jurisprudence

International Court of Justice, Case concerning the application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide (Bosnia and Herzegovina v. Serbia and Montenegro), Judgment, 26.02.2007

La décision dans l'affaire sur les activités militaires et paramilitaires menées au Nicaragua et contre l'Etat de Nicaragua, CIJ Recueil 1986

Le Procureur v. Delalić, no. IT-96-21-T, La décision de 16.11.1998

Le Procureur v. Furundžija, no. IT-95-17/1-T, La décision de 10.12.1998

Le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, Le Procureur c / Dusko Tadic, Décision sur la requête de la défense d'appel interlocutoire sur la compétence, 2/10/1995, ILM, vol. 35, 1996

Procureur vs. Delalić, no. IT-96-21-T, La décision de 16.11.1998

Prosecutor v Krnojelac, Judgement, Case No. IT-97-25, T. Ch. II, 15 mars 2002

Prosecutor v. Blaskic, Judgement, Case No. IT-95-14, T Ch. I, 3 mars 2000

Prosecutor v. Delalic et al. (Celebici Case), Judgement, Case No. IT-96-21-T, T. Ch. IIqtr, 16 Nov. 1998

Prosecutor v. Delalic et al. (Celebici Case), Judgement, Case No. IT-96-21, App. Ch., 20 février 2001

Prosecutor v. Furundzija, Judgement, Case No. IT-95-14/1-T, T. Ch. II, 10 décembre 1998

Prosecutor v. Kordic and Cerkez, Judgement, Case No. IT-95-14/2, T. Ch. II, 26 février 2001

Prosecutor v. Krstic, Judgement, Case No. IT-98-33, T. Ch. I, 2 août 2001

Prosecutor v. Kupreskic et al., Judgement, Case No. IT-95-16, 14 Jan. 2001

Prosecutor v. Kvocka et al., Judgement, Case No. IT-98-30/1, T. Ch. I, 2 nov. 2001.

Prosecutor v. Mucic et al., Judgement on Sentence Appeal, Case No. IT-96-21, 8 avril 2003

Prosecutor v. Radoslav Brdanin and Momir Talic, Decision on Form Further Amended Indictment and Prosecution Application to Amended Indictment and Prosecution Application to Amend, Case No. IT-99-36-PT, 26 juin 2001.

Prosecutor v. Tadic, Judgement, Case No. IT-94-1-A, App. Ch., 15 juillet 1999

Prosecutor v. Tadic, Opinion and Judgement, Case No. IT-94-1-Y, T. Ch. II, 7 mai 1997

Travaux universitaires

QUESADA, J. *Contested lives, contested territories: an ethnography of polarization, distress, and suffering in Post-Sandinista Nicaragua*. Thèse de dissertation à l'Université de Californie, San Francisco, 1994

Articles de périodiques imprimés

ABBOTT, E. Crime and the War. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1918, 9, 32-45

ABBOTT, E. The Civil War and the crime wave of 1865-70. *Social Service Review*, 1927, 1, 212-234

ABRESCH, W. A Human Rights Law of Internal Armed Conflict: The European Court of Human Rights in Chechnya. *The European Journal of International Law,* 2005, 16(4), 741- 767

ALDRICH, G.H. Human Rights and Armed Conflict: Conflicting Views. *The American Journal of International Law*, 1973, 67(5), 141-168

ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51

ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976 41(6), 937-963

AUGUST, L.R., GIANOLA, B.A. Symptoms of War Trauma Induced Psychiatric Disorders: Southeast Asian Refugees and Vietnam Veterans. *International Migration Review,* 1987, 21(3), 820- 32

BASOGLU, M., PAKER, M., OZMEN, E., TASDEMIR, O., SAHIN, D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272(5), 357-63

BECKHAM, J.C., BRAXTON, L.C., KUDLER, H.S., FELDMAN, M.E., LYTLE, B.L., PALMER, S. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profiles of Vietnam Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Their Children. *Journal of Clinical Psychology*, 1997, 53(8):847-52

BOON, S., DRAIJER, N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150(3):489-94

BORGER, J. The President's Secret Henchmen. *Guardian Weekly*, 16 février 1997, p.8

BOULANGER, G., KADUSHIN, C., RINDSKOPF, D., JULIANO, M.A. Post traumatic stress disorder: a valid diagnosis? *American Psychologist*, 1983, 38(6), 649-682

BOULANGER, G. Conditions Affecting the Appearance and Maintenance of Traumatic Stress Reactions Among Vietnam Veterans., thèse doctorale non publiée, Department of Psychology, Columbia University, 1981. In: KADUSHIN, C. Mental Health and the Interpersonal Environment: A Reexamination of Some Effects of Social Structure on Mental Health. *American Sociological Review*, 1983, 48(2), 188-198

BRACKEN P, GILLER J., SUMMERFIELD D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40(8), 1073-82

BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48(3), 216-22

BRUNDTLAND, G.H. Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102(3), 159-61

Bundesministerium fur Landesverteidigung. Truppenfuhrung, (1965), cité par MERON, T. International Criminalization of Internal Atrocities. *The American Journal of International Law*, 1995, 89(3), 554-77

BURNS, J.F. Gangs in Sarajevo Worry Diplomats. *New York Times*, 4 octobre 1993, p. A3

CARD, J.J. Epidemiology of PTSD in a National Cohort of Vietnam Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 1987, 43(1), 6-17

CARDOZO, B.L., BILUKHA O.O., CRAWFORD C.A., SHAIKH I., WOLFE M.I., GERBER M.L., ANDERSON M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 575-84

CIENFUEGOS, A., MONELLI C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1983, 53(1), 43-51

CIGAR, N. The Serbo-Croatian War, 1991: Political and Military Dimensions. *Journal of Strategic Studies*, 1993, 16, 297–338

COLLIER, P., HOEFFLER, A. Greed and grievance in civil war. *Oxford Economic Papers*, 2004, 56 563-95

CRAIG, T. An Epidemiologic Study of Problems Associated with Violence Among Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139(10), 1262-6

DALY, R.J. Compensation and rehabilitation of victims of torture: an example of preventive psychiatry. *Danish Medical Bulletin*, 1980, 27(5), 245-8

DAMASIO A.R. Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain. London : Picador, 1995, p. 40, In : TALBOTT, J.E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54

DAVIS, R. Impact Statements Not Having Much Effect. *NOVA Newsletter*, 1992, 16(2), 15-44

DE JONG, J.T., KOMPROE, I.H., VAN OMMEREN, M., EL MASRI, M., ARAYA, M., KHALED, N., VAN DE PUT, W., SOMASUNDARAM, D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286(5), 555-62

DE JONG, K., FORD, N., KLEBER, R. Mental health care for refugees from Kosovo: the experience of Médecins Sans Frontieres. *Lancet*, 1999, 353, 1616-1617

DEAHL, M. Psychological debriefing: controversy and challenge. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34(6):929-39

DEAN, E Jr. *We Will All Be Lost and Destroyed: Posttraumatic Stress Disorder and the Civil War. Civil War History, XXXVII* (1991), p. 138-153, In : TALBOTT, J.E Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-54

DESJARLAIS, R., KLEINMAN, A. Violence and Well-Being. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(8), 1143-5

DICKSON-GÓMEZ, J. The Sound of Braking Dogs: Violence and Terror among Salvadoran Families in the Postwar. *Medical Anthropology Quarterly*, 2002, 16(4):415-38

DUBOIS, V., TONGLET, R., HOYOIS, P., SUNBAUNAT, K., ROUSSAUX, J. P., HAUFF, E. Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2004, 50(2), 174-85

Entretien avec Valentina Karlovna Myager et Nina Pavlovna Vyanchakova, 20 octobre 1997. In : MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55

Entretien réalisé à Belgrade par Samuel Tanner en mars 2006 avec un militant des droits de l'Homme du Centre de droit humanitaire de Belgrade. In: TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287

EXNER, F. *Krieg und Kriminalitat in Oesterreich*. Vienna : Holder-Pichler-Tempsky, 1927, In : ARCHER, D., GARTNER, R. Violent Acts and Violent Times: A Comparative Approach to Postwar Homicide Rates. *American Sociological Review*, 1976, 41 (6), 937-963

FARIAS E. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1991, 15(2):167-92

FREI, D. The Regulation of warfare: A Paradigm for the Legal Approach to the Control of International Conflict. *The Journal of Conflict Resolution*, 1974, 18(4), 620-633

GARBARINO, J., KOSTELNY, K, DUBROW, N. What Children Can Tell Us about Living in Danger. *American Psychologist*, 1991, 46(4), 376-83

GELINAS, D. The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 1983, 46(4), 312-32

General Delih, Sarajevo, 8 julliet 2002, cité par ANDREAS, P. The Clandestine Political Economy of War and Peace in Bosnia. *International Studies Quarterly*, 2004, 48(1), 29-51

GLOVER, H. Survival Guilt and the Vietnam Veteran. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172(7), 393-7

GOLEMAN D. Behind the Veil of Thought: Advances in Research. *The New York Times*, 13 Juin 1995

GORST-UNSWORTH, C., GOLDENBERG, E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, 90-94

GREEN, L. Fear as a Way of Life. *Cultural Anthropology*, 1994, 9, 227–256

GUNDERSON J.G. The search for a schizotype. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40(1), 15-22

GUTIERREZ POSSE, H.D.T. The relationship between international humanitarian law and the international criminal tribunals. *International Review of the Red Cross*, 2006, 88(861), 65-86

HENIGSBERG, N., FOLNEGOVIC-SMALC, V., MORO, L. Stressor characteristics and post - traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. *Croatian Medical Journal*, 2001, 42(5), 543-5

HONDIUS, A.J., VAN WILLIGEN, L.H., KLEIJN, W.C., VAN DER PLOEG, H.M. Health problems among Latin - American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 2000, 13(4):619-34

HORWITZ, T. Balkan Death Trip: Scenes from a Futile War. *Harper's Magazine* 1993, March, p.35-45

HUNTINGTON, S. P. The Clash of Civilizations? *Foreign Affairs*, 1993, Été, 29-48

JOHNSON J.T. Maintaining the Protection of Non-Combatants. *Journal of Peace Research,* 2000, 37(4), 421-448

KELLY, D.P. Delivering Legal Services to Victims: An Evaluation and Prescription. *Justice System Journal*, 1984, 9, 62–85

KENDLER, K.S., BULIK, K.M., SILBERG, J., MYERS, J., PRESCOTT, C.A. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57(10), 953-9

KESSLER, R.C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52(12), 1048-60

KIDD, R.F., CHAJET, E.F. Why Victims Fail to Report? The Psychology of Criminal Victimization. *Journal of Social Issues*, 1984, 40, 35-50

KRAKOWSKI, M.J., VOLAVKA, B.D. Psychopathology and Violence: A Review of the Literature. *Comprehensive Psychiatry*, 1986, 27(2), 131-48

KUCUKALIC, A., BRAVO-MEHMEDBASIC, A., MASIC, I. Torture as a medico-psychological and social problem. *Medicinski Arhiv*, 2003, 57(2):105-8

LAWRENCE, J. Forging a Peaceable Kingdom: War, Violence, and Fear of Brutalization in Post-First World War Britain. *The Journal of Modern History*, 2003, 75(3), 557-589

LEED, E. Fateful Memories: Industrialized War and Traumatic Neuroses. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 85-100

LIFTON, R. J. The veterans return. *New York Times*, 8 novembre 1970, p. 32

LIN, E., CARTER W., KLEINMAN A. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *American Journal of Public Health*, 1985, 75(9):1080-4

LISKA, A.E., MARKOWITZ, F.E., BRIDGES WHALEY, R., BELLAIR, P. Modeling the Relationship between the Criminal Justice and Mental Health Systems. *The American Journal of Sociology*, 1999, 104(6), 1744-1775

MANTELL, D.M., PILISUK M. Soldiers in and after Vietnam. *Journal of Social Issues*, 1973, 31(4), 67-80

MEERTENS, D., STOLLER, R. Facing Destruction, Rebuilding Life: Gender and the Internally Displaced in Colombia. *Latin American Perspectives*, 2001, 28(1), 132-148

MERON T. The Humanization of Humanitarian Law. *The American Journal of International Law*, 2000, 94(2), 239-278

MERRIDALE, C. The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia. *Journal of Contemporary History*, 2000, 35(1), 39-55

MOLLICA, R., MCINNES, K., PHAM, T., SMITH FAWZI, M., MURPHY, E. LIN, L. The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in

Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Nerovus and Mental Disease*, 1998, 186(9), 543-553

MOLLICA, R.F., CASPI-YAVIN, Y. Measuring torture and torture-related symptoms. *Psychological Assessment*, 1991, 3(4), 581-587

MOLLICA, R.F., CUI, X., MCINNES, K., MASSAGLI, M.P. Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2002, 190(3), 158-166

MOMARTIN, S., SILOVE, D., MANICAVASAGAR, V., STEEL, Z. Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(5), 775-781

MÖSSNER, J. M. Privatpersonen als Verursacher völkerrechtlicher Delikte *eitschrift für ausländisches und öffentliches Recht und Völkerrecht*, 1985, 45, 232

MUELLER, J. The Banality of "Ethnic War". *International Security*, 2000, 25(1), 42-70

NIEDERLAND, W. Psychiatric Disorders among Persecution Victims. A Contribution to the Understanding of Concentration Camp Pathology and its After-Effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1964, 139, 458-474

NJENGA, F.G., NICHOLLS, P.J., NYAMAI, C., KIGAMWA, P., DAVIDSON, J.R.T. Post-traumatic stress after terrorist attack: Psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi: Naturalistic study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 328-333

NORDSTROM, C. Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 103-121

NYGREN, A. Violent Conflicts and Threatened Lives: Nicaraguan Experiences of Wartime Displacement and Postwar Distress. *Journal of Latin American Studies*, 2003, 35, 367-393

PHAM, P.N., WEINSTEIN, H.M., LONGMAN, T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda - Implications for attitudes toward justice and reconciliation. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 602-612

PLANANSKY, K., JOHNSTON, R. Homicidal Aggression in Schizophrenic Men. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 1977, 55(1), 65-73

PUGH, M. Postwar Political Economy in Bosnia and Herzegovina: The Spoils of Peace. *Global Governance*, 2002, 8(4), 467-482

QUESADA, J. Suffering Child: An Embodiment of War and Its Aftermath in Post-Sandinista Nicaragua. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1), 51-73

RABKIN, J. Criminal Behavior of Discharged Mental Patients. *Psychological Bulletin*, 1979, 86(1), 1-27

RAPHAEL, B., MELDRUM, L., MCFARLANE, A. Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 1995, 310(6993), 1479-1480

ROY-BYRNE, P.P., RUSSO, J., MICHELSON, E., ZATZICK, D., PITMAN, R.K., BERLINER, L. Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting to the acute emergency department setting: Implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depression and Anxiety*, 2004, 19(2), 77-84

SASSÒLI, M., OLSON, L. M. The judgment of the ICTY Appeals Chamber on the merits in the Tadic case. *International Review of the Red Cross*, 2000, 82(839), 733-769

SCHOLTE, W. F. et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 585-593

SHRESTHA, N.M., SHARMA, B., VAN OMMEREN, M., REGMI, S., MAKAJU, R., KOMPROE, I., SHRESTHA, G.B., DE JONG, J.T. Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(5), 443-448

SILOVE, D., STEEL, Z., MCGORRY, P., MILES, V., DROBNY, J. The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43(1), 49-55

SOSOWSKY, L. More on Crime Among the Mentally Ill. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143(10), 1325-1326

STEINMETZ, C.H.D. Coping with a serious crime: Self-help and outside help. *Victimology,* 1984, 9(3-4), 324-343

SUDETIC C. A Wild East Revival in Serbian-Held Croatia. *New York Times*, September 21, 1992, p. A6

SUMMERFIELD, D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 2001, 322(7278), 95-98

SUMMERFIELD, D. Raising the dead: war, reparation and the politics of memory. *British Medical Journal*, 1995, 311(7003), 495-497

SUMMERFIELD D. The Psychosocial Effects of Conflicts in the Third World. *Development in Practice,* 1991, 1(3), 159-173

SUTKER, P.B., WINSTEAD, D.K., GALINA, Z.H., ALLAIN, A.N. Assessment of Long-Term Psychosocial Sequelae Among POW Survivors of the Korean Conflict. *Journal of Personality Assessment*, 1990, 54(1-2), 170-180

SYMONDS, M. The "Second Injury" To Victims of Violent Acts. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2010, 70, 34–41

TALBOTT, J. E. Soldiers, Psychiatrists, and Combat Trauma. *Journal of Interdisciplinary History*, 1997, 27(3), 437-454

TANNER, S. The mass crimes in the former Yugoslavia: participation, punishment and prevention? *International Review of The Red Cross*, 2008, 90(870), 273-287

TAYLOR, P., GUNN, J. Violence and Psychosis. I. Risk of Violence Among Psychotic Men. *British Medical Journal*, 1984, 288(6435), 1945-1949

THURER D. The “failed State” and international law. International Review of the Red Cross, 1999, 81(836), 731–761

KOMLENOVII, U., VASIC, M. Dosije: Ratni Profiteri. *Vreme (Belgrade)*, 27 septémbre 1993, p.23-24

VAN DER KOLK, B.A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1(5), 253-265

VAN DER KOLK, B. A. The Compulsion to Repeat the Trauma. Re-enactment, Revictimization and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12(2), 389-411

VAN KAMPEN, M., WATSON C.G., TILLESKJOR C., KUCALA T., VASSAR P. The Definition of Posttraumatic Stress Disorder in Alcoholic Vietnam Veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986, 174(3), 137-144

VAN OMMEREN, M., SHARMA, B., SHARMA, G., KOMPROE, I., CARDENA, E., DE JONG, J. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese

refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(5), 415-421

WAGNER, N. The development of the grave breaches regime and of individual criminal responsibility by the International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia. *International Review of The Red Cross*, 2003, 85(850), 351-383

WARNKE, P. C., FORMAN, B., HART, F. A., FARER, T., MACCRATE, R., KOMER, R., WEISS, P. Implementing the Rules of War: Training, Command and Enforcement. *The American Journal of International Law*, 1972, 66(4), 183-205

WESTLEY, W.A. The escalation of violence through legitimation. *Annals of American Academy of Political and Social Sciences*, 1966, 364(1), 120-126

ZIMBARDO, P.G., HANEY, C., BANKS, C., JAFFE, D. The Mind Is a Formidable Jailer. *New York Times Magazine*, 8 April 1973, p.38-60

VIKRAM, P., MUTAMBIRWA, J., NHIWATIWA, S. Stressed, depressed or bewitched? A perspective on mental health, culture and religion. *Development in Practice*, 1995, 5(3), 216-224

Articles de périodiques électroniques

ALVAREZ, R., psychothérapeute du programme Wounded Warrior de Fort Carson, cité par LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans? In : Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court. 2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/, consulté le 5.11.2010

Cercle des Droits – Module 14, Le Droit à la santé, consulté le 12.02.2009, disponible a l'adresse http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/IHRIP/frenchcircle/M-14.htm

Le rôle des juridictions nationales. Publié sur la page internet de La documentation française, disponible à l'adresse http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/justice-penale-internationale/juridictions-nationales.shtml. consulté le 24.05.2011

LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, consulté le 5.11.2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/,

RAPHAEL, B., *The Victim the Trauma & Justice*. consulté le 14.12.2009, disponible à l'adresse www.justice.net.au/publications/mc_book/victim.pdf

ROWLAND, L., In: LITHWICK, D., A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans?. Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/, consulté le 5.11.2010

SANTARELLI, N. C. Non-state actors' human rights obligations and responsibility under International Law. disponible à l'adresse www.reei.org, consulté le 10.10.2009

SILVERSTEIN, M., In : LITHWICK, D. A Separate Peace. Specialized courts for war veterans work wonders. But why stop at veterans? dans Slate, Jurisprudence : The law, lawyers, and the court, 2010, disponible à l'adresse http://www.slate.com/id/2244158/, consulté le 5.11.2010

SMITH, D., Trends and Causes of Armed Conflict. Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, 2004 disponible à l'adresse http://www.berghof-handbook.net/documents/publications/smith_handbook.pdf consulté le 10.10.2009

SUMMERFIELD, D. War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 2000, disponible à l'adresse

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7255_321/ai_64189520/print, consulté le 18.03.2008

Communication dans un congrès

PARSONS, C. The influence of war on crime. In Proceedings of the American Correctional Association, 1917

BAXTER, R.R. Some Existing Problems of Humanitarian Law. In The Concept of International Armed Conflict: Further Outlook 1, 2 (Proceedings of the International Symposium on Humanitarian Law) Bruxelles, 1974

Autres

Entretien réalisé par l'auteur avec les membres de l'équipe de la Section d'aide aux victimes et aux témoins du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie, Haye, 8 février 2010

Parliamentary Debates, série 5eme, vol. 130 (Commons) cols. 656-67, 664-65 et 672, 1909 - 1943

Press Release, Trial Chamber, "Radislav Krstic becomes the first person to be convicted of genocide at the ICTY and is sentenced to 46 years imprisonment", 2 August 2001, OF/P.I.S./609e.

Laura GRĂDINARIU

LE DROIT À LA SANTÉ MENTALE DANS LE CADRE DES CONFLITS ARMÉS

Résumé

La thèse identifie les lacunes et les défauts de mise en œuvre des instruments juridiques internationaux applicables dans le contexte des conflits armés (les Conventions de Genève de 1949 et le Statut de la Cour Pénale Internationale) en ce qui concerne la question de la protection du droit à la santé mentale. Une solution pour une meilleure protection de ce droit est proposée, visant à amender les instruments juridiques internationaux en la matière par une nouvelle disposition qui incrimine distinctement les violations du droit à la santé mentale pendant la guerre.

La recherche met en évidence la gravité des conséquences de la violation du droit à la santé mentale dans le cadre des conflits armés, en montrant le lien de causalité entre les traumas produits par ces conflits, l'apparition de troubles psychiques, la modification des standards de la normalité dans une collectivité et la prédisposition accrue à des comportements antisociaux. La thèse avance une hypothèse qui explique l'augmentation des taux de criminalité après la guerre par le rôle des traumas psychiques de la population suite aux conflits armés.

Mots-clés : santé mentale, conflit armé, troubles psychiques, trauma de guerre, criminalité

Résumé en anglais

The thesis identifies the gaps and shortcomings regarding the implementation of international legal instruments applicable in the context of armed conflict (the Geneva Conventions of 1949 and the Statute of the International Criminal Court) in what concerns the protection of the right to mental health. A solution for a better protection of this right is proposed, consisting in amending the relevant international legal instruments with a distinct new provision criminalizing the violations of the right to mental health during armed conflicts.

The research highlights the serious consequences of violating the right to mental health during wartime, showing the causal link between the trauma produced by the conflict, the development of mental disorders, the changes of the "normality" standards of communities and the increased occurrence of antisocial behavior. The thesis proposes a hypothesis that explains the amplification of crime rates after the war by the influence of the psychological trauma suffered by the respective population, as a consequence of armed conflict.

Mots-clés : mental health, armed conflict, mental disorders, war trauma, criminality