

LA VICTIME DE CRIME

contre l'humanité

S. BORNSTEIN*, G. LOPEZ**

► Les génocides sont un fait d'actualité brûlante dans de nombreux points du monde.

► Les conséquences des crimes nazis sont la forme clinique de référence qui comprend de nombreuses variantes.

► Le Tribunal Militaire International de Nuremberg, institué par l'accord de Londres du 8 octobre 1945,

a défini trois types de crimes entraînant une responsabilité individuelle :

► crimes contre la paix ;

► crimes de guerre ;

► crimes contre l'humanité.

► Pour le psychiatre, il convient d'évaluer et d'étudier

la psychodynamique des acteurs,

l'importance des troubles spécifiques immédiats

et différés des déportés et de leurs enfants.

► Problématique des bourreaux et (surtout) de leur descendance.

Les crimes contre l'humanité

Les crimes perpétrés par le régime nazi et ses alliés en constituent la référence fondamentale par l'ampleur et la systématisation des méthodes employées : assassinats, extermination, réduction en esclavage, déportation, actes inhumains contre les populations civiles, persécutions pour des motifs politiques, raciaux, sociaux, qu'ils soient en violation ou non avec le Droit interne du pays.

Cependant, le génocide, la déportation massive, les enlèvements, les disparitions, les tortures, les prises d'otages appartiennent, hélas, à l'histoire de l'humanité. Parmi les exemples récents citons le Tibet (1 200 000 morts), le Rwanda (1 000 000 morts), la Bosnie (200 000 morts, 3 millions de personnes déplacées), le Cambodge, le Soudan, etc.

Il s'agit d'actes portant atteinte aux droits et à la dignité des personnes ou de groupes humains. Par extension les victimes de crimes contre l'humanité sont non seulement les communautés persécutées (arméniens, juifs, gitans, homosexuels), mais aussi les opposants à la politique hégémonique et répressive des agresseurs (résistants torturés, assassinés).

• La problématique du bourreau

Bien qu'il existe quelques sadiques ou pervers vrais, notamment chez les médecins tortionnaires, le plus souvent les bourreaux sont des hommes ordinaires, pris dans une dynamique groupale de gens très quelconques, dont les enfants se sentiront parfois plus concernés. Ceci pose le problème de la différence entre responsabilité individuelle et collective, celui de l'idéologie et du processus de leadérisation (procès K. Barbie, 1986). Les diverses questions sont celles de la réhabilitation, de la réparation sociale des victimes, des pensions, du châtiement du coupable, de la mémoire collective qui doit permettre de lutter contre le crime du silence ou pis du révisionnisme.

Clinique

On décrit deux grands groupes de victimes, les déportés et les enfants survivants qui, actuellement, ont largement atteints l'âge adulte. On distingue les prisonniers, les résistants, les déportés, et les personnes qui se sont cachées du fait des persécutions.

Les différentes descriptions cliniques restent

TABLEAU I : SITUATIONS RENCONTRÉES

AVANT
Avant d'être interpellées, les victimes sont dans une position d'être traquées, fuyantes, en proie à une vive angoisse. Elles souffrent de malnutrition, de troubles du sommeil et de l'hygiène.
PENDANT
<p>L'arrestation Elle constitue un rebond majeur de l'angoisse sur un terrain déjà miné par le stress. Le risque mortel est au premier plan et les révélations lors des tortures ou le silence sont une épreuve terrifiante (squeez).</p> <p>La déportation Elle, due à des raisons "sociales", politiques ou des faits de résistance, les spoliations, les viols déterminent une atteinte identitaire pouvant aller à des réactions caractérielles, à des épisodes délirants, des états dépressifs plus ou moins typiques avec équivalents suicidaires. Peu ont survécu aux expériences médico-chirurgicales.</p>
APRES
<p>La libération Après, la libération ne permet jamais de vraie cicatrisation affective. La surmortalité sur les cinq ans est considérable. Les somatisations, les syndromes asthéniques avec dystimie neuro-végétative, la règle, avec une fragilisation aux infections, maladies contagieuses, rhumatismales, etc. On a décrit un syndrome de culpabilité du survivant en dehors de toute référence mélancoliforme donc très spécifique, et bien sûr de nombreuses formes cliniques apparentées à la névrose traumatique. Les enfants survivants ou lié aux déportés sont aussi concernés.</p>

valables pour les victimes de massacres dans l'ex-Yougoslavie, l'Asie, l'Afrique.

• Les déportés

Pour les déportés se pose un certain nombre de problèmes concernant ce que l'on a appelé les *displaced persons* au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale.

- *Le syndrome de Targowla*

Les troubles que présentent les déportés peuvent être continus ou différés.

On a décrit un *syndrome spécifique* des camps de concentration qui portent divers noms, nous retiendrons celui de Targowla qui comporte à la fois : asthénie, troubles neurovégétatifs, troubles psycho-intellectuels portant sur la concentration, l'attention et la mémoire, irritabilité, anxiété, cauchemars, troubles fonctionnels, dépression, et sénescence prématurée exposant le sujet à toutes sortes d'affections dégénératives et infectieuses.

- *Le syndrome du survivant*

D'une manière générale, après la guerre, la majorité des survivants adultes ont présenté un syndrome dépressif qui persiste chez certains.

A côté du *syndrome de Targowla*, on a décrit un syndrome du survivant qui a une particula-

rité importante. La symptomatologie (1) consiste en flashes, en deuil pathologique, en culpabilité énorme avec des troubles à type d'irritabilité, troubles psychosomatiques, anhédonie, temps figé.

Il arrive parfois que deux survivants se marient entre eux, et même dans le cas d'un tableau asymptomatique, il existe une vulnérabilité particulière à la dépression, et parfois des manifestations paradoxales.

Cas clinique

M.K. est né en 1922 à Lodz (Pologne), de nationalité française depuis 1947, marié, deux filles.

Lors des dix années de son exercice professionnel, il a tenu une boutique de confection, auparavant il avait été rapiécier à domicile pour des entreprises du Sentier.

Alors qu'il était encore polonais, il a été déporté de France à Auschwitz 3, c'est-à-dire à Bunamonovitz ; il porte le tatouage 167...

Il arrivait d'un convoi en provenance de Drancy, où il a séjourné deux semaines vers la fin de l'année 1943.

Il a passé un an et demi à Bunamonovitz jusqu'à sa libération du fait de l'avance des Russes en Haute-Silésie. Il a été évacué sur

Buchenwald, une autre partie des déportés a été massacrée sur place. Il s'est évadé lors d'un transport dans la région de Gleiwitz, il s'est caché dans la forêt. Recueilli et traité par les Russes pour gelures des pieds au deuxième degré, il est resté localement tandis que ses camarades d'évasion étaient rapatriés sur Marseille via Odessa.

Ses parents, père et mère, déportés ne sont pas revenus, arrêtés lors de la rafle du Vel'd'hiv. Quant à lui, il s'était caché en chantier forestier avec 70 jeunes hommes dans le Maine-et-Loire, pour éviter Drancy..., mais le groupe sera intercepté en novembre 1943 et conduit à Auschwitz. Les plus aptes physiquement seront sélectionnés pour le travail au camp de Bunamonovitz pour l'entreprise IG Farben.

Arrivé en France en 1925, le jeune K. avait suivi l'école maternelle et toutes les autres classes. Son père était ouvrier relieur (*buchbinder*), la mère ouvrière casquettière et il était leur enfant unique. Il va se révéler un enfant moyen, "pas une lumière" interrompant sa scolarité en cours complémentaire à l'âge de 15 ans, puis il a été apprenti en métallurgie.

Avant la guerre le jeune K. jouissait d'une très bonne santé. Sportif et athlétique, il avait développé sa musculature en travaillant dans la forêt. A 20 ans, il pesait 70kg pour 1,67m et il avait l'allure d'un boxeur pour avoir été bûcheron.

Il a continué à souffrir des séquelles des durs traitements qui lui furent infligés directement et indirectement lors de son évasion périlleuse :

- rhumatismes vertébraux, cervicaux, dorsaux, lombaires, polyarthrose, discarthrose diffuse, uncarthrose ;
- troubles digestifs, gastralgies, colite, diarrhée ;
- séquelles de pleurésie gauche, bronchite chronique asthmatiforme.

Le syndrome asthénique, malgré le traitement, n'a fait que s'amplifier, à type de fatigue physique et intellectuelle, se traduisant par des troubles mnésiques, recherche du mot, troubles de l'attention, de la concentration idéique, connotations anxio-dépressives, hypermnésie émotionnelle diurne, instabilité, culpabilité des survivants. L'état général n'a cessé de se dégrader : hémorroïdes, rectorragies, conjonctivite, édenture (haut et bas), rhinopharyngites, troubles vaso-moteurs (syndrome de Raynaud), syncopes vagues brèves, acou-

phènes à type de bourdonnements, troubles circulatoires des membres inférieurs à type de varices des jambes, œdèmes des chevilles, dermite ocre.

Troubles urinaires, cystalgies, dysurie, polakiurie.

Sur le plan neuropsychique, il existe donc une notable aggravation dominée par l'angoisse et l'hyperémotivité, avec constitution de nombreux comportements phobiques concernant les transports publics et le bruit. Son sommeil est de médiocre qualité, envahi de reviviscences dès qu'il est dans l'obscurité ; il est aussi sujet à des pleurs, attaques de panique, péjoration du vécu en pensant à ses proches qui ne sont pas revenus.

Ainsi, M.K., ancien déporté, en dépit de la sauvegarde d'une vie sociale relativement préservée et favorable par ailleurs, a continué de souffrir physiquement et moralement des conséquences de sa déportation. Il n'a probablement connu sa survie que par le fait qu'il était un bel athlète aux muscles durcis par le travail de bûcheron.

- Les facteurs de survie

Ils seront fonction de l'environnement et de la chance, mais ils dépendent aussi d'une personnalité forte, autonome, d'un bon idéal du Moi, de la force des motivations, du sens de la fraternité, de l'âge (ni trop jeune ni trop vieux), et enfin de la qualification professionnelle.

• Enfants survivants

- Caractéristiques

Ayant survécu à la période dépressive et à des altérations somatiques, ces enfants ont une cicatrice indélébile aisément repérable.

Leur jeune âge est un facteur d'aggravation symptomatique, mais paradoxalement de réussite professionnelle ultérieure.

- Typologie

Il en existe deux types :

- les enfants survivants qui ont eux-mêmes été victimes de toutes ces manifestations ;
- les enfants nés chez des survivants après la période critique.

Ces enfants sont l'objet d'un intense investissement émotionnel et ils présenteront par la suite une incapacité à moduler des réponses, en se trouvant de facto dans une atmosphère reconstruite. Ils sont la proie d'affects d'anxiété et d'agressivité à l'instar de la vie dans les camps.

Dans ce cortège anxiodépressif, les troubles d'identification parfois en rapport avec le silence des parents concernant la période de la déportation, peut être une source d'ambiguïté.

Le plus souvent, ils souffrent d'hypermnésie répétitive, de nervosité, de tendances anxiodépressives avec cauchemars, troubles du sommeil, céphalées, plaintes somatiques et ils restent instables sur le plan émotionnel, avec difficultés de concentration et anhédonie.

Deux enfants survivants

Il s'agit d'un petit garçon et de l'une de ses sœurs, alors bébé, d'origine polonaise, confiés à leur grande sœur. Le père était un petit artisan, vernisseur au tampon qui durant l'Occupation, se croyant seul et menacé, part pour la Zone Libre en 1942. Il sera arrêté à Gurs et transféré à Drancy, déporté en mars 1943 à Maidanak (Pologne) près d'Auschwitz dont il ne reviendra pas. La mère est restée seule avec ses enfants dans le onzième arrondissement. Avertis de la rafle par un inspecteur, ils déménagent de justesse pour un taudis, dans une cité depuis rasée. C'était un endroit abominable, qui avait été bombardé lors de la guerre de 1914-1918, encombré de gravats, sans eau, où ils survivent dans des conditions épouvantables d'alimentation et d'hygiène.

Le frère

Il est confié à une nourrice dans la région parisienne sous la responsabilité de sa sœur aînée. Il est agité, affamé et malgré son très jeune âge, il vit déjà ces événements comme une sorte de perte de sa dignité d'humain.

Affublés de patronymes français, les petits juifs regroupés par le COSOR, rue Lamarck, sont envoyés en convois vers des lieux plus sûrs, très peu arriveront, car arraisonnés par les forces occupationnelles.

Avec sa sœur aînée, il aboutit à un placement dans les Deux-Sèvres tandis que le bébé est placé dans une famille bien différente. Lui et son aînée, sont dans une famille de paysans peu chaleureux, mais en vie.

Il vivra dans un état d'angoisse abandonnique, soumis aux privations et au manque d'affection.

Ils n'ont pas de nouvelles de leur mère et crai-

gnent le pire. Il retrouve sa mère en 1945, laquelle très blonde, a pu être épargnée ; elle a survécu dans le taudis où la famille se resserre jusqu'en 1948. L'eau est gelée, on s'éclaire au gaz.

Il a ce mot terrible : "Je n'ai pas eu d'enfance".

Du fait des privations, il a connu de nombreux problèmes digestifs qui ont perduré, deux infections vésiculaires conduisant à une cholecystectomie (deux interventions) amaigrissement de dix kilos sur obésité liée au gavage secondaire par la mère, calcul d'une glande salivaire ayant nécessité une intervention.

Il conserve des souvenirs oppressants, des tourments moraux où, petit bonhomme, il devait travailler dur, aller au champ, s'occuper des bêtes avec une maigre pitance et l'absence d'espoir, couché sur une paille.

Son registre d'angoisse est resté élevé avec pantophobie, peur du sang, de la violence, des coups ; l'angoisse abandonnique est toujours présente qui lui a fait attendre de revoir sa mère des années durant puis en vain le retour du père. Son sommeil reste léger, peuplé de cauchemars.

Il persiste chez ce patient : des souvenirs douloureux de sa période d'exclusion, une scolarité gâchée avec adultisme précoce, une fragilité abandonnique, un registre élevé d'angoisse phobique, des troubles du sommeil, une vulnérabilité psychosomatique et des rituels de gavage dans son éducation trop protectrice envers ses propres enfants.

La sœur

Tout autre est l'aventure de sa sœur, alors encore bébé. Celle-ci paradoxalement sauva la vie de sa mère car on ne prenait pas les femmes ayant des enfants de moins de deux ans. Mais la mère connut les affres de la clandestinité et malgré le péril, elle confia ses enfants à une passeuse mal connue, sans grand espoir de les revoir.

Dans des conditions extrêmement dangereuses, la sœur aînée, qui n'avait pas douze ans, traversa la ligne de démarcation avec le bébé dans ses bras, lequel par ses cris incessants, risquait de faire repérer le groupe. Seuls les supplications et les menaces de la sœur aînée d'ameuter les gardes, sauvèrent l'enfant que le groupe voulait étouffer pour sa sauvegarde.

Cette histoire, sans cesse racontée, fait partie

de la fantasmagorie de la famille et du roman de la vie de Sarah, qui se compliqua du fait de son adoption de fait par sa famille d'accueil, avec laquelle elle tissa des liens affectifs tels qu'elle rejeta sa mère à la Libération.

Ainsi se créa une névrose quasi expérimentale avec un clivage identificatoire de sa personnalité, comportant d'une part des élans naturels envers ses parents adoptifs et une démarche de dévotion artificielle envers sa mère biologique. Par ailleurs, elle considérait le fait d'être juive comme une véritable punition.

Cette problématique a enclenché une surtension émotionnelle avec des crises d'angoisse dépersonnalisante, des difficultés d'endormissement, un sommeil agité, des crises de boulimie, en rapport avec cette culpabilité intense qui la poursuivit.

• Conduite à tenir

Du point de vue traitement, celui-ci va se heurter au **problème du silence**, déjà évoqué. En effet, les victimes ont très souvent des difficultés à exprimer leur souffrance profonde.

On peut avoir recours à la chimiothérapie, à la psychothérapie. Il existe des centres spécifiques de traitement. Des recherches en ce qui concerne la médecine de catastrophes sont entreprises, notamment par WISMIC. Le problème du processus de réparation comporte une dimension sociale, juridique, ainsi par l'entretien de la mémoire collective par des centres mémoriaux, des commémorations, des distinctions comme celles des justes, ou des plantations de forêt "symboliques", dans le but de passer du silence à la parole.

La prévention passe par la diffusion de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Il est nécessaire d'apprécier les situations à risques en alertant les autorités et les Organisations non gouvernementales (ONG) qui jouent un rôle particulier dans la formation des médecins, des juristes, et dans l'instauration de recherches cliniques, thérapeutiques et juridiques.

Bibliographie

- Albalan F. *Les conséquences de la déportation*. Mémoire CES Psychiatrie, Bordeaux, 1987, 301 p.
- Brunswic H. *Notre action*. Travail de l'Association nationale des médecins déportés et internés, 59 rue Vergniaud, 75013 Paris.
- Moutin P., Schweitzer M. *Crime contre l'humanité, du silence à la parole*. PUG, Grenoble, 1994.
- Weill M. *Camps de la mort : 50 ans après*. Abstract Neuro et Psy n°120, 1994.