

Crédibilité et expertise psychiatrique

Bernard Lachaux, Laetitia Michaud, Constant Houssou, Daniel Gautiez

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2008/9 Volume 84**, PAGES 853 À 860
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2008.0401

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-853?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

À PROPOS DE...

Crédibilité et expertise psychiatrique

Bernard Lachaux , Laetitia Michaud , Constant Houssou, Daniel Gautiez

RÉSUMÉ

La place de l'expertise psychiatrique dans les procédures judiciaires a été récemment remise en cause à la suite de la tragique « affaire d'Outreau ». Dans le cadre de l'expertise de crédibilité des victimes, l'expert reste un auxiliaire de la justice et donne un avis prudent. Il doit être compréhensible et accessible pour renseigner les juges et éventuellement les jurés sur des connaissances spécifiques médicales et psychologiques que ces derniers ne possèdent pas. Il est interrogé sur la crédibilité d'une personne et non pas sur la véracité de ses déclarations. Il doit évaluer si les pathologies éventuellement présentées sont compatibles avec les faits allégués, ou s'il peut y avoir exagération ou simulation pour l'octroi d'avantages ou par désir de nuire à quelqu'un. L'expert ne doit pas oublier que sa légitimité est basée sur ses compétences professionnelles, c'est-à-dire ici pour les médecins, sur la clinique. Il répond davantage sur la personnalité de la victime, la cohérence de son discours, sa suggestibilité, voire sa pathologie, que sur sa crédibilité. Il pourra s'aider, dans les cas les plus difficiles et afin de rédiger ses conclusions, de tests psychométriques, confrontés à la clinique. Actuellement sa désignation reste floue. Elle prend place dans un processus décisionnel, et se fait par une personne indépendante de lui. Il pourrait être intéressant de rediscuter les critères de nomination et la procédure à suivre. Ainsi il pourrait être exigé, de la part de l'expert, une formation plus solide et une expérience clinique variée, aussi bien en matière de psychiatrie, de criminologie, de victimologie, ou en réparation du dommage corporel. On pourrait imaginer un tirage au sort parmi tous ces experts compétents, ou la désignation par un collègue qui répartit de façon équitable toutes les expertises. Enfin il paraîtrait normal, afin d'obtenir des expertises de qualité, de revoir la rémunération de celles-ci, actuellement peu attractives.

Mots clés : expertise psychiatrique, nosologie, simulation, victime, mythomanie, formation professionnelle

ABSTRACT

Credibility and psychiatric expert opinion. The place of the psychiatric expert's opinion in lawful procedures was recently questioned following "The Outreau case", which was tragic. Within the compass of expert evidence of credibility of victims, the expert remains an auxiliary to the legal system and is supposed to give a cautious advice. He must be comprehensible and accessible so as to inform the judges and even members of juries on specific medical and psychological knowledge that they do not possess. He is requested as to the credibility of a person and not as to the truth of his declarations. He must assess whether the pathologies presented are compatible with the facts put forward, or if there might be exaggeration or simulation in order to gain advantages or through the desire to harm someone. An expert must not forget that his legitimacy is based on his professional competence, in other words, in the case of a medical doctor, on his clinical knowledge. He speaks more about the personality of the victim, the coherence of his discourse, his suggestibility, or even his pathology, than about his credibility. In the most difficult cases, the expert can confront psychometric tests with clinical observation in order to come to his conclusions. Currently, the way an expert is appointed is unclear. His appointment occurs according to decision-making conducted by an independent body. It could be interesting to review the nomination criteria and the procedure. To be an expert could require a more solid training and more wide-ranging clinical background, in terms of psychiatry, of criminology, of victimology, or of personal injury compensation. One could imagine decision-making by drawing lots from a whole group of competent experts, or appointment by a collegial system which would equitably dispatch the expertise assignments to be performed. Lastly, in order to increase the quality of expert medical evidences carried out, it seems obvious to increase the remuneration of expert evidence which is presently not very attractive.

Key words: psychiatric expert opinion, nosology, simulation, victim, mythomania, professional training

Hôpital Paul-Guiraud, 54, avenue de la République, 94800 Villejuif
<bernard.lachaux@ch-pgv.fr>
<laetitia.michaud@ch-pgv.fr>

Tirés à part : B. Lachaux, L. Michaud

RESUMEN

Credibilidad y peritaje psiquiátrico. A causa del trágico « caso Outreau » se ha criticado recientemente el papel del peritaje psiquiátrico en los procedimientos judiciales. En lo referente al peritaje de la credibilidad de las víctimas el perito no es más que un auxiliar de la justicia que da una opinión prudente. El informe pericial debe ser comprensible y accesible para informar a los jueces y eventualmente a los miembros del jurado, sobre conocimientos específicos de medicina y psicología que estos no poseen. El perito debe dictaminar sobre la credibilidad de una persona y no acerca de la veracidad de sus declaraciones. Debe evaluar si las patologías eventualmente presentes son compatibles con los hechos alegados, o si puede existir una exageración o simulación con el objetivo de obtener algo o dañar a alguien. El perito no debe olvidar que su legitimidad está basada en sus competencias profesionales, en el caso de los médicos en la clínica. Por ello su opinión está basada más en la personalidad de la víctima, en la coherencia de su discurso, en su sugestibilidad y en su eventual patología que en su credibilidad. En los casos más difíciles, podrá confrontar la clínica a los test psicométricos antes de redactar su informe. El modo de designación del perito no está claro. Entra dentro de un proceso decisional y viene determinado por una persona independiente de él. Sería interesante reconsiderar los criterios de designación y los procedimientos que deberían seguirse. Se podría exigir que el perito tuviese una formación más sólida y una amplia experiencia clínica, tanto en materia de psiquiatría, criminología, victimología y en peritaje médico. La designación se podría hacer por sorteo entre dichos peritos competentes o bien una designación por parte de un colega que reparta de forma equitativa todos los peritajes. Sin olvidar que para obtener informes judiciales de calidad sería normal que se revalorizada una remuneración actualmente poco atractiva.

Palabras clave : peritaje psiquiátrico, nosología, simulación, víctima, mitomanía, formación profesional

Introduction

« L'affaire d'Outreau », terminée par un procès aux assises de Saint-Omer (Pas-de-Calais), le 4 mai 2004 puis, par un procès en appel à Paris, en novembre 2005, a suscité une profonde remise en cause de la procédure judiciaire française. Les pouvoirs importants du juge d'instruction, le non-respect de la présomption d'innocence, le recours à l'emprisonnement préventif y ont été dénoncés. Mais cette affaire, à bien des égards tragique, a été l'occasion d'une mise sur la sellette des expertises et des experts. Au-delà de la célèbre phrase : « *Pour un prix de femme de ménage... on a une expertise de femme de ménage* », formule énoncée par un des experts impliqués dans cette longue et douloureuse procédure, c'est bien concernant la place de l'expertise, notamment psychiatrique, dans les procédures judiciaires, qu'une des questions est posée.

Cette tragédie fut l'occasion de mieux mesurer à quel point notre système judiciaire français reste basé, en particulier dans le domaine criminel, sur une procédure « *inquisitoriale* » qui privilégie encore, tant implicitement qu'explicitement, dans la logique de sa construction, la conviction sur l'analyse rationnelle et l'aveu sur les preuves. Accepter de comprendre cette logique, c'est mieux en comprendre le déroulement et mieux intégrer comment les particularités de chacun des acteurs peuvent influencer sur le cours parfois tragique des événements.

Mais dans cet ensemble notre légitimité se limitera au champ médical, et plus spécifiquement, dans cet article, à celui de l'expertise. Aborder l'expertise c'est rappeler qu'elle correspond à un domaine précis. Dans un contexte judiciaire, la fonction même de l'expertise est d'aider en les

éclairant la procédure et la décision judiciaire. L'existence d'un processus décisionnel judiciaire est donc la condition préalable à toute désignation d'expert.

C'est pourquoi il convient d'abord de différencier et d'articuler deux concepts différents et complémentaires : le concept médical d'expert concernant un professionnel particulièrement compétent, reconnu par ses pairs ; et le concept juridique d'expert, concernant un professionnel désigné dans le cadre d'une procédure judiciaire. Si avoir des compétences peut prédisposer à être désigné comme expert, ce ne sont pas les seules compétences qui imposent le choix de l'autorité judiciaire.

En médecine, l'expertise comprend deux aspects, comme pour tout professionnel dans un domaine d'activité où il existe une expertise : d'abord la compétence de la personne et ensuite l'absence de consensus ou l'existence d'un consensus dans son champ médical d'activité. En présence d'un consensus l'expertise devient prévisible et modélisable, ne laissant qu'une marge réduite à l'expert car il existe alors des références fortes ; en l'absence d'un tel consensus, l'expertise devient imprévisible et inmodélisable, laissant alors une grande part aux choix de l'expert, dans un contexte flou et non consensuel.

Au plan judiciaire, la désignation d'un expert, correspond à trois conditions cumulatives :

- elle prend place dans un processus décisionnel,
- elle est faite par une personne indépendante de l'expert,
- elle correspond à une procédure explicitement prévue.

Ce ne sont pas tant ces conditions qui sont à discuter que les critères qui les définissent et la façon dont ils sont utilisés.

Quelques éléments pour mieux situer le problème de la crédibilité en expertise

Le psychiatre expert est un acteur de la procédure. La tradition héritière du XIX^e siècle et du fameux article 64 du Code pénal de 1810 a longtemps cantonné l'essentiel de la demande du magistrat instructeur sur l'éventuelle irresponsabilité juridique induite par la maladie mentale de l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime. Mais le XX^e siècle a vu l'expert psychiatre sollicité pour des missions de plus en plus diversifiées, tant en termes de contexte que de questions posées. La prise en compte des plaignants et des victimes a conduit à poser la question de la crédibilité. Or, pas plus que pour l'évaluation de la dangerosité, l'expert ne dispose pour évaluer la crédibilité d'autre chose que des impressions cliniques éminemment subjectives.

Le rôle de l'expert est de déterminer la présence ou l'absence de pathologie de type délire, mythomanie, affabulation, insuffisance intellectuelle, ou conviction passionnelle.

En l'absence de ces facteurs pathologiques, clairement identifiés et décrits cliniquement, la victime présumée est crédible au sens médico-légal, mais aucune conclusion ne peut être portée en ce qui concerne la vérité judiciaire. On peut souffrir d'une pathologie et avoir été authentiquement agressé, ou ne pas souffrir d'une pathologie mentale et mentir pour des motifs non pathologiques, mais délibérément faux.

En cas d'agressions sexuelles, cette vérité judiciaire est d'autant plus difficile à établir que les éléments matériels sont souvent précaires voire inexistant [1]. Le juge peut alors soit implorer la présomption d'innocence et ne rien faire, au mépris des droits de la victime, soit transmettre l'établissement de la preuve à l'expertise, alors qu'il appartient à lui seul de décider si les faits sont établis ou non, en s'appuyant sur différents éléments dont les expertises.

En réparation juridique du dommage corporelle l'expert est sollicité pour évaluer un éventuel préjudice subi. Une amplification des symptômes post-traumatiques sera suspectée lors d'une discordance entre les doléances exprimées par la victime et les résultats des évaluations somatiques réalisées [3].

Une particularité du procès pénal français est de se dérouler en une seule phase (culpabilité et jugement). Cela oblige l'expert à se prononcer sur cette question avant même que les faits ne soient établis.

Par ailleurs, un dommage suppose une pathologie séquellaire avec diminution de la capacité physiologique [1]. En matière d'agression sexuelle, il arrive souvent que le médecin constate une évolution non pathologique, où la victime est parvenue à se reconstruire. Ce n'est alors pas à lui de se positionner comme indemniseur du « préjudice viol » en accordant des taux d'incapacité permanente partielle (IPP), en fonction de sa propre représentation de

l'agression sexuelle mais bien à la société et donc au juge de déterminer sa valeur.

Dans un tel contexte, certains experts refusent de répondre à la question de la crédibilité, se considérant comme spécialistes de la maladie mentale, de la psychopathologie de la personnalité, mais non du témoignage.

D'autres répondent sur la crédibilité en général, analysant certaines structures de personnalité où sont présentes des fabulations ou de la mythomanie (dynamique hystérisiforme avec inauthenticité, manipulation et mythomanie, profil psychopathique avec tonalité hystérisiforme marquée etc.).

D'autres encore répondent à la crédibilité quant au fond, soit de façon indirecte, décrivant le retentissement clinique ou psychologique et indiquant ensuite que ces éléments sont parfois retrouvés dans les suites d'agression, soit en portant des considérations psychologiques sur le témoignage en lui-même.

Il faut savoir qu'en droit français, l'examen de la crédibilité n'est ni obligatoire, ni prévu par les textes. La loi du 17 juin 1998 n'en fait aucune mention. Ce terme n'apparaît que dans la circulaire d'application du ministère de la Justice, en date du 20 avril 1999.

L'agression sexuelle et le viol sont les seuls délits ou crimes pour lesquels des expertises de crédibilité sont demandées. La conférence de consensus de 2007 concernant les conséquences des maltraitances sexuelles [1] suggère de renoncer à ces examens, non seulement illusoire, mais également causes d'une discrimination, puisqu'ils ne concernent que les victimes, et notamment les femmes et les enfants.

Pour revenir à la clinique : quelques définitions

Quand on parle de crédibilité, il est important de préciser le sens des termes de mythomanie, mensonge, fabulation, affabulation, confabulation, simulation et sursimulation.

La simulation est une production volontaire, dans un but utilitaire, des symptômes d'une maladie ; la sursimulation est une majoration d'une maladie réelle ; quant au mensonge il s'agit d'une affirmation contraire à la réalité des faits, avec l'intention de tromper. On peut distinguer le mensonge utilitaire qui vise un avantage ou évite un désagrément, le mensonge compensatoire qui vise une image que le sujet croit inaccessible ou perdue, les mensonges répétés de la mythomanie, souvent contradictoires, à la différence du menteur qui cherche plutôt à éviter soigneusement ses contradictions en se limitant avec prudence.

La confabulation correspond à un récit imaginaire exprimant une compensation d'un déficit mnésique passé ou présent ; la fabulation est un réaménagement de la réalité de façon plus ou moins ordonnée par rapport à la fiction choisie, dans un but de compensation, de prestige, pour

nuire ou sous l'effet d'une impulsion habituelle (dans la mythomanie). L'affabulation décrit un récit fabuleux organisé en trame romanesque structurée.

La simulation

Si on copie c'est pour tromper autrui et en tirer profit. Dans un tel projet, la simulation de la maladie n'a d'intérêt que pour obtenir des avantages ou pour s'exempter d'obligations.

Par leur ignorance en matière clinique, les simulateurs cherchent souvent à reproduire ce qu'ils ont observé dans la vie courante comme l'image la plus marquante d'une pathologie avérée et/ou invalidante.

La notion de simulation interpelle l'ensemble du corps médical pour obtenir de lui les prescriptions qui se transforment directement en avantages secondaires dont le médecin est le grand dispensateur. Le médecin est devenu en moins d'un demi-siècle un dispensateur officiel d'avantages sociaux (arrêt de travail, indemnités journalières et autres, certificats pour des assurances, des écoles ou des associations sportives ou non), dont le nombre et l'importance n'ont fait que croître. En termes de conséquences, ces nouvelles fonctions ont eu une influence sur l'image du médecin auprès des citoyens. En effet, il est difficile d'être à la fois celui qui soulage, sans intérêt à être trompé et celui qui octroie des bénéfices sociaux. La relation médecin-malade qu'un tel contexte induit est préjudiciable. Plus que de savoir dépister une fois pour toute la personnalité de base de divers patients aptes à développer par leur manipulation intéressée une ou plusieurs conduites de simulation, l'expert devra décider des influences respectives entre une pathologie revendiquée et des avantages secondaires matériels qui en résultent.

En pratique, il est assez aisé d'écarter les conduites de simulation de pathologies psychiatriques graves comme la schizophrénie.

Cela est plus difficile devant un syndrome dépressif, diagnostic généralisé et vulgarisé avec la diffusion des classifications et la possibilité d'un traitement sans effet indésirable majeur (notamment la classe pharmacologique des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine).

La mythomanie

La notion de mythomanie est née avec Dupré au début du vingtième siècle, dans son étude médico-légale intitulée *Étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides* [4].

Selon lui il s'agit « d'une tendance constitutionnelle qui pousse certaines catégories d'individus à mentir, à simuler, et à inventer, par l'activité pathologique de l'imagination créatrice, des fables et des situations dépourvues de réalité objective ». Le « mythomane » est pour lui un déséquilibré, constitutionnellement atteint d'une tare morbide. Il se différencie encore de l'aliéné qui altère la vérité dans son délire [14].

Pour Dupré même « si la mythomanie est, par définition, un état pathologique, une tare morbide, il est cependant une période de la vie où elle représente un état physiologique et résulte de l'exercice normal des fonctions psychiques. Cette période de la vie est celle de l'enfance, non seulement de l'homme, mais de l'humanité ». Les facultés psychiques d'un enfant jusqu'à la puberté, quoique normales, sont encore imparfaites. Ce n'est qu'après maturation, par l'effet de l'éducation et de l'expérience qu'il pourra contrôler pleinement son imagination, réguler ses perceptions et exercer sa mémoire. Son esprit deviendra critique, capable de jugement.

Fabuler revient à créer des romans d'aventures où l'enfant se donne la place du héros, à laquelle il adhère par autosuggestion. Beaucoup d'enfants sont poussés à fabuler pour satisfaire une sorte d'impulsivité narrative. Or il y a deux sortes d'activité mythique : celle des tempéraments vifs et des esprits imaginatifs, où priment les créations romanesques et celle des tempéraments apathiques et des esprits négatifs, caractérisée par le goût du mensonge et de la dissimulation.

Chez l'adulte, on évoque ce symptôme dans des entités classiques comme par exemple dans les personnalités psychopathiques, mais aussi dans les complications de l'alcoolisme dont le syndrome psychopolynévritique de Korsakoff, dans les paraphrénies confabulantes, dans divers processus comme l'hystérie ou encore dans des syndromes quasiment journalistiques comme le syndrome de Münchenhausen dans lequel se manifeste une invention complexe de pathologie. Cependant la clinique psychiatrique ne donne pas une grande valeur à ce concept flou : la mythomanie n'apparaît qu'une seule fois dans une définition extraite du *Glossaire psychiatrique* [6]. Elle ne possède pas en elle-même une densité sémiologique, syndromique ou nosologique suffisante pour avoir du poids.

Problème de l'hystérie

Dans les cas de majoration inconsciente, la conversion hystérique conserve une place privilégiée.

Elle se manifeste de façon spectaculaire, dans le but d'attirer le regard de l'autre, généralement après un temps de latence plus ou moins prolongé après le choc émotionnel ou le traumatisme. Cela survient plus volontiers chez les simples commotionnés ou traumatisés légers. Dans ce cadre, il peut s'agir de symptômes moteurs ou psychiques. Les troubles moteurs reproduisent la représentation d'une paralysie ou d'une anesthésie, sans aucun signe d'organicité. Les troubles psychiques sont essentiellement une amnésie rétrograde évocatrice ou une amnésie antérograde. Il convient devant un tel tableau de faire un examen neurologique et psychiatrique soigneux, afin d'éliminer une affection neurologique ou l'expression déficitaire de pathologies psychiatriques telle que la dépression ou la névrose obsessionnelle.

Très en vogue à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, la pathologie hystérique a aujourd'hui quasiment disparu des classifications. Les médecins multiplient les examens complémentaires, admettant de moins en moins d'être mis en échec et craignant une sanction judiciaire. La méconnaissance de la souffrance névrotique n'est pas sans conséquence, car cette dernière évolue vers la création de symptômes pseudo-organiques lorsqu'elle n'est pas prise en charge. La revendication floue et imprécise du début devient une croyance réelle, inébranlable, quasi-déirante, parce que la souffrance devient majeure. Ainsi, après l'hystérie affirmée, c'est « l'hystérie dépassée » [17], où la répartition des rôles est acquise et figée. Le patient devient progressivement dépendant du médecin et de la médecine.

On est devant une maladie iatrogène [5, 13] en ce sens que le patient se raccroche à son diagnostic médical somatique et ne veut plus aborder sa problématique médicale psychique. La situation est alors dans une impasse. La dimension névrotique de la souffrance ayant été négligée, celle-ci est renforcée, de même que son expression somatique.

L'expertise de crédibilité d'une victime

Un arrêt de la Cour suprême fédérale allemande, la Bundesgerichtshof (BGH) de 1999 propose une méthodologie très stricte concernant les expertises de crédibilité. Tout d'abord, il ne s'agit pas d'établir si une personne est crédible mais si une déclaration est crédible [12].

L'état des faits sera nié jusqu'à ce que cette négation ne soit plus conciliable avec les faits relevés. Puis l'expert se demandera de quelle manière le mensonge supposé peut s'expliquer, de quelle manière il a surgi dans l'esprit de la supposée victime : suggestion, autosuggestion, désir de nuire à quelqu'un, désir de se conformer à l'attente (au désir) d'un autre, amalgame effectué avec des « vécus parallèles » qui ont abouti à une vérité subjective du sujet par déplacement et condensation, déformation progressive des faits par l'incorporation d'informations nouvelles acquises au cours des entretiens successifs portant sur l'événement en cause (entretiens avec les parents, camarades, instituteurs, police, etc.). Ensuite il analysera les « indices de réalité », par exemple la cohérence logique du récit, la richesse des détails concernant en particulier le ressenti, les liaisons temps-espace, la description de détails peu habituels et de processus psychiques, les éventuels éléments relatés à la décharge de l'accusé (cette particularité sera en principe absente chez le menteur), etc. Enfin, il devra évaluer aussi la personnalité et les compétences du sujet : intelligence, capacité de mémorisation, capacité d'expression, capacité à construire des fictions, logique, connaissances réelles dans le domaine concerné (par exemple la sexualité, etc.).

Au terme de ces évaluations, une conclusion prudente s'impose. L'expert n'est pas juge. Il est censé éclairer le

juge là où celui-ci ne possède pas de connaissances spécifiques. Il est un auxiliaire de justice et donne un avis prudent, sans plus.

La BGH note aussi qu'en cas de suggestion, le récit du témoin ne se distinguera pas facilement de celui d'une véritable victime puisque la suggestion est devenue la vérité du sujet.

Les pathologies rencontrées lors d'expertises de victimes peuvent être de deux types [17] :

- il peut s'agir de déficits neurophysiologiques touchant le langage, la mémoire, l'attention, le raisonnement, de troubles frontaux ;
- ou de pathologies psychiatriques telles que la névrose, la dépression ou la psychose, sachant les psychoses vraies sont rarement d'origine traumatique.

Dans le cadre de la pathologie névrotique on différencie la « névrose de frayeur » (ou « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD) selon le DSM), et la « névrose post-traumatique » [2].

Le PTSD, est une pathologie psychiatrique entièrement due, donc imputable, au traumatisme. Dans ce cas, il n'y a pas de personnalité vulnérable préalable. Le traumatisme psychique est soudain et violent, associé à un vécu de mort imminente en situation d'impuissance. Les symptômes vont apparaître après un temps de latence plus ou moins long. La menace soudaine a pu entraîner des troubles psychiques aigus d'ordre névrotique (anxieux, émotif, thymique) ou psychotiques qui ont rapidement rétrocedé. Il n'y a parfois aucun trouble initial. Les symptômes spécifiques consistent en des activités répétitives diurnes à type de réactions de sursaut (intéressant tout ou une partie du corps lors de stimuli sensoriels soudains de la vie courante), et des cauchemars stéréotypés où le patient revit la scène traumatique initiale. On parle de syndrome de répétition. La personnalité peut se réorganiser sur un mode de dépendance affective qui devient un mode de relation privilégié avec l'environnement et autrui. Des symptômes non spécifiques (attaques de panique, accidents conversifs, phobies, manifestations obsessionnelles) prennent parfois le devant de la scène. Les complications psychiatriques sont nombreuses (conduites addictives, épisodes dépressifs, plaintes hypocondriaques, désinsertion socioprofessionnelle).

Les « états anxio-dépressifs post-traumatiques » (anciennes « névroses post-traumatiques »), surviennent quant à eux sur une personnalité vulnérable préalable, le plus souvent de nature hystérique, phobique ou paranoïaque. La cause est, en général, un traumatisme assez banal.

Deux caractéristiques sont à souligner : d'une part, une augmentation et une complexification des symptômes au cours du temps, d'autre part la présence de symptômes de nature anxio-dépressive.

Craignant de ne pouvoir faire comprendre sa souffrance, d'autant plus en expertise, la victime aura tendance à amplifier les différents maux qu'elle ressent.

L'intensité de l'attitude de surcharge anxieuse, inconsciente et involontaire, pourrait même être un indicateur de la sévérité des troubles anxieux. De même, dans les cas de dépression réactionnelle à des blessures narcissiques ou à des situations de perte d'objet, on peut retrouver la même dramatisation des troubles mentionnés.

La structure sous-jacente de la personnalité peut conditionner non seulement les réactions aux événements stressants, mais aussi le type d'investissement du sujet, le conduisant à privilégier et à survaloriser les bénéfices concrets à retirer d'une situation traumatique. C'est le cas notamment des structures psychopathiques ou paranoïaques. Un psychotique sera en revanche incapable de simuler : cette conduite nécessite un investissement pervers de la manipulation et donc la capacité à différencier le Moi du non-Moi [3].

La psychométrie : un outil complémentaire

Pour corroborer les données de l'examen clinique, le bilan psychométrique constitue un complément qui permettra d'objectiver d'éventuels troubles cognitifs ou psychoaffectifs et leur répercussion sur le fonctionnement psychosocial et professionnel [3, 18].

De tels renseignements confrontés avec les caractéristiques de la personnalité de base peuvent permettre de mieux cerner le fonctionnement psychique, relationnel et la perturbation induite par le traumatisme.

L'expert pourra alors mieux apprécier le préjudice subi et l'imputabilité des troubles à l'événement causal.

Parmi les questionnaires, l'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota (M.M.P.I.2) [8] est sans aucun doute celui le plus utilisé au monde, explorant très largement les multiples aspects de l'individu. Ses échelles de validité permettent de repérer près de 90 % de tentative de falsification dans le sens défavorable : l'échelle de validité F rend compte de la tendance à répondre de façon atypique ; l'échelle K évalue l'attitude du sujet vis-à-vis de ses propres symptômes ; l'échelle F, plus récente, permet de différencier les patients psychiatriques des sujets qui simulent des troubles graves.

Dans la conférence de consensus concernant les conséquences des maltraitances sexuelles [11], de nombreux outils d'évaluation sont cités, dont la plupart permettent de mettre en évidence certains troubles qu'un examen clinique bref risque de souvent méconnaître. On peut citer le Structured Clinical Interview for DSM (SCID, 1990) qui permet d'investiguer la comorbidité psychiatrique et les troubles de la personnalité ou le General Health Questionnaire 28 (Bolognini *et al.* 1989) qui apparaît très pertinent dans l'évaluation prospective du retentissement psychologique des victimes d'agressions sexuelles, ou encore le Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), bon outil de

repérage du PTSD pour des enfants entre 8 et 16 ans et le Beck Depression Inventory (BDI), questionnaire le plus utilisé dans les populations adultes pour mesurer l'intensité de la dépression.

Parmi les tests projectifs, le thematic apperception test (TAT) ou le Rorschach en système intégré (RSI) sont les plus connus.

Concernant le RSI, les avis divergent.

Les articles les plus récents montrent qu'il est possible de repérer les simulateurs [4]. Ces derniers ont généralement plus de références personnelles et donnent plus fréquemment des réponses morbides, même lorsqu'il s'agit de bonnes formes ; les troubles sont amplifiés [7, 9].

Il faut cependant prendre en compte que, dans ces études, les volontaires qui simulent n'ont peut-être pas recours aux mêmes stratégies que des personnes ayant un quelconque intérêt à simuler.

À côté des tests de personnalité, les tests cognitifs ont également leurs utilités (test de Rey, épreuves cliniques, jeu de Kim, etc.).

Lors d'un manque de sincérité, les performances ne s'améliorent pas lors d'épreuves plus aisées.

Enfin, les tests cognitifs soulignent l'influence de la labilité émotionnelle sur les performances et permettent de déceler les plaintes cognitives suggestibles, anxieuses ou dépressives [10, 16].

Les spécificités de la crédibilité en matière de témoignages d'enfant

Le rapport de l'audition publique sur l'expertise pénale, organisée par la Fédération française de psychiatrie les 25 et 26 janvier 2007, consacre un paragraphe au cas des expertises des mineurs victimes de violences sexuelles [15].

Il propose d'abandonner l'expertise de crédibilité et de la remplacer par le modèle d'expertise diffusé par la circulaire CRIM/AP n° 05-10/E1-02-05- 2005.

L'enfant victime est avant tout un enfant souffrant avant d'être un enfant plaignant.

Une expertise précoce doit être favorisée et réalisée à la demande du Procureur de la République ou sur réquisition dans une unité médico-judiciaire (loi du 17 juin 1998). L'enregistrement audiovisuel initial de l'enfant victime est systématisé depuis le 1er juillet 1999. Il permet de limiter le caractère particulièrement éprouvant de ces moments de la procédure et d'éviter au mineur de répéter à maintes reprises ce qu'il a vécu. En outre il a le droit au cours des auditions, des confrontations, mais aussi durant l'enquête, d'être accompagné d'une personne de son choix [1].

L'expert restera prudent quant à certaines techniques utilisées (interprétation des dessins de l'enfant, utilisation des poupées sexuées).

Il évaluera la personnalité de l'enfant, la qualité de ses relations affectives avec l'entourage et la compétence édu-

cative des parents. Il tentera de répondre à la question de la crédibilité de l'enfant, appréciera le retentissement psychologique voire psychiatrique des faits présumés ou avérés, et établira si ce retentissement rend nécessaire ou non des traitements et des soins appropriés.

Le problème de la crédibilité chez l'enfant est très délicat. Il s'agit plutôt de poser la question en termes de suggestibilité. On ne peut écouter un enfant en ayant comme objectif de savoir si ses propos correspondent à des faits réellement vécus ou non. L'expert est d'abord un clinicien qui s'intéresse à la vérité subjective de l'enfant. L'examen clinique de l'enfant permettra de constater que sa vie imaginaire est particulièrement féconde et envahit son espace psychique, sans pour autant dire que les faits allégués sont sans fondements.

La compétence des experts

Les expertises civiles et pénales requièrent des compétences professionnelles jusqu'à présent négligées (notamment dans des domaines comme l'injonction thérapeutique des délinquants sexuels, la réparation juridique du dommage corporel, la rétention postpénale).

En France, les critères de nomination sont flous [1] : le candidat doit « exercer ou avoir exercé pendant un temps suffisant une profession ou une activité en rapport avec sa spécialité » et « avoir exercé cette profession ou cette activité dans des conditions ayant pu conférer une suffisante qualification » (décret du 31 décembre 1974). C'est la justice qui décide, en collaboration avec des représentants des experts dans des conditions pas toujours claires.

De plus l'exercice comme expert devrait imposer une formation complémentaire à l'expertise dans ces dimensions criminologiques, victimologiques, et de réparation juridique du dommage corporel. L'expérience clinique est une condition nécessaire mais pas suffisante. Ne devraient être désignés que des praticiens qui exercent réellement l'activité spécifique à propos de laquelle ils sont sollicités (problème qui se pose particulièrement en pédopsychiatrie). Par ailleurs, une formation complémentaire théorique et pratique à l'expertise est nécessaire en complément de l'expérience et l'exercice clinique.

Étayer un savoir sur des travaux d'autodidacte, baser son raisonnement sur une psychologie simplifiée et sur des formations universitaires pauvres en expérience clinique est une approximation qui éclairera faiblement la décision judiciaire ; une confusion qui influera négativement sur la décision judiciaire, conduisant parfois jusqu'au drame, comme dans l'affaire d'Outreau.

Nous ne saurions finir sans évoquer, faute de pouvoir les approfondir ici, des questions non moins importantes qui s'ajoutent à celle de la formation des experts de plus en plus évoquée [16]. Le prix de l'expertise est une question importante car son faible montant au pénal fait de cet exercice une activité annexe pour les psychiatres du secteur public et

écarte de fait la grande majorité des psychiatres du secteur privé : cette activité n'est pas suffisamment rentable, les experts s'orientent alors plus vers le secteur civil mieux rémunéré.

Par ailleurs, si l'accent a été mis sur la relation entre l'expert et le sujet expertisé, il y a aussi à analyser celle entre l'ordonnateur de l'expertise et l'expert désigné.

Conclusion

L'expertise de crédibilité d'une victime est une tâche difficile. Elle a pour objectif d'aider la justice à comprendre une affaire, mais ne peut en aucun cas se substituer à l'instruction et à la recherche de preuves concrètes.

L'expert sera très prudent lors de la rédaction de son rapport et surtout très clair, afin d'être parfaitement compris par des jurés et des juges totalement ignorants en matière de psychiatrie. Il déterminera la structure de la victime, en précisant si ce type de personnalité est plus à même de manipuler, simuler, ou d'amplifier des symptômes. Enfin dans des dossiers complexes, il pourra s'aider de tests psychométriques, en les confrontant à la clinique.

Dans le cas d'expertises de mineurs, la parole a été redonnée à ces jeunes présumés victimes, trop longtemps ignorés du fait de leur immaturité. Il ne faut cependant pas tomber dans l'excès inverse et rester très critique quant à leurs déclarations. L'enfant est quelqu'un de très suggestible, parfois doué d'un fort pouvoir d'imagination qu'il faut savoir évaluer.

Tout cela requiert des compétences professionnelles jusqu'à présent négligées.

Il devrait être exigé de la part des spécialistes psychiatres plusieurs qualifications, dont un diplôme officiel d'expert et une expérience clinique mixte, à la fois intra et extrahospitalières, publique et privée.

Comprendre la souffrance humaine ne s'improvise pas. Les critères de nomination des experts actuellement très flous et peu formalisés devraient être reconsidérés. L'expertise ne doit rien renier de ses origines historiques ; mais celle du XXI^e siècle doit savoir évoluer avec la médecine du XXI^e siècle et se réapproprier ses exigences et ses moyens tant cliniques que paracliniques.

Références

1. Cordier B, Giraudier C, Brousse M. Quelles sont, en fonction des différents types d'expertises, les questions auxquelles l'expert est amené à répondre et quelles peuvent en être les implications pour la prise en charge médicale ? Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie, 6-7 novembre 2003.
2. Delfieu JM. Dépressions traumatiques et post-traumatiques. *Experts* 2007 ; 76 : 40-6.

3. De Mol J. Approche psychométrique de la simulation en expertise. *Rev Belg Dommage Corpor Med Leg* 2003 ; 30(2) : 61-7.
4. Dupré E. La mythomanie. Étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides. *Bull Med* 1905 ; 23 : 263-8.
5. Ferrey G. L'imparfait du subjectif. *Rev Belg Dommage Corpor Med Leg* 2003 ; 30(2) : 69-82.
6. Fineltain L. *Glossaire psychiatrique*. Paris : Frison-Roche, 2000.
7. Frueh BC, Kinder BN. The Susceptibility of the Rorschach Inkblot Test to Malingering of Combat-Related PTSD. *J Personality Assess* 1994 ; 62(2) : 280-98.
8. Guelfi JD, Rouillon F. In : *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2007 : 107-45.
9. Husain O, Merceron C, Rossel F. *Psychopathologie et polysémie. Etudes différentielles à travers le Rorschach et le T.A.T.* Lausanne : Payot, 2001.
10. Jean Jean C, Fournier A, Labat J, Dufaure P. *L'exploration par les tests mentaux des troubles névrotiques dans le syndrome post-commotionnel. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Bruxelles.* 1969.
11. Jehel L, Dayan J. Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie. 6-7 Novembre 2003.
12. Kanitzer M. L'expertise psychologique en Allemagne : l'expertise de « crédibilité ». *Frdm* 2006.
13. Lefort G, Oughourlian JM. Chronicisation et iatrogénie hospitalière en matière de pathologie somatique. Psychiatrie et aspects modernes de la médecine. *Confrontations Psychiatr* 1979 ; 17 : 43-57.
14. Le Maléfan P. Dupré, père de l'enfant menteur appelé aussi mythomane ou trouble des conduites au temps de la doctrine des institutions. *Evol Psychiatr* 2006 ; 71 : 447-69.
15. Ministère de la Santé et des Solidarités-Paris. Recommandations de la commission d'audition. Audition publique. Expertise psychiatrique pénale. 25-26 janvier 2007.
16. Paulhan I, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M. Les méthodes d'évaluation de l'anxiété. *Confrontations Psychiatriques* 1995 ; 36 : 261-72.
17. Steinbach G. Imputabilité, simulation et iatrogénie. *Rev Belg Dommage Corpor Med Leg* 2003 ; 30(2) : 83-91.
18. Steinbach G. Du bon usage des tests. *Rev Fr Dommage Corpor* 1996 ; 22(4) : 407-10.