

Caractéristiques cliniques de la simulation en situation expertale pénale : étude de série de cas

Clinical presentations of malingering in pretrial forensic assessment. A serial case study

Zoubir Benmebarek

Service de psychiatrie, EHS
psychiatrique El Madher, Batna
– Algérie

Correspondance à :
Zoubir BENMEBAREK
zoubirbenmeb@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2015.2202>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Introduction : L'expertise psychiatrique pénale représente un moment crucial pour simuler des troubles mentaux afin d'échapper aux sanctions. Le but de cette étude est de décrire la fréquence des cas de simulation chez des prévenus, leurs présentations cliniques ainsi que les moyens de détection utilisés. **Méthode :** Nous avons réalisés une analyse rétrospective des rapports d'expertises psychiatriques présentielles faits durant la période 2006-2015 pour des individus incarcérés. Les informations ont été recueillies du dossier du détenu, de l'examen psychiatrique, de l'interrogatoire des gardiens de prison ainsi que du dossier d'instruction. **Résultats :** Sur 71 dossiers examinés, 14 (19,1 %) étaient des simulateurs. Tous étaient des hommes, 64 % étaient célibataires et sans profession. L'âge moyen était de 34,8 ans. Les antécédents psychiatriques étaient retrouvés dans 28,5% des cas et les habitudes toxiques chez 57%. La plupart des examinés (85%) étaient inculpés pour des crimes et 4 d'entre eux étaient des récidivistes. Les symptômes cliniques étaient : un manque de coopération (100 %) ; des troubles mnésiques (85%), un mutisme (14%), des maniérismes (14%) et des troubles hallucinatoires (14%). Des symptômes anxieux et dépressifs étaient retrouvés dans 28% des cas. Aucun n'a présenté de délire. Lors de l'examen psychiatrique, 71 % des simulateurs étaient sous prescription médicale de psychotropes. Trois cas présentaient des signes évidents de personnalité antisociale. Des informations collatérales ont été nécessaires pour confirmer le diagnostic chez 9 cas (dans 4 cas par les gardiens de prison ; dans 3 cas par le juge d'instruction et dans 2 cas par consultation du dossier médical). Aucun test psychométrique n'a été réalisé vu leur indisponibilité. **Conclusion :** La simulation est fréquente lors des expertises psychiatriques ; ses symptômes sont variés et hétérogènes et ses signes non spécifiques. L'expérience clinique est primordiale dans la détection mais il est toujours nécessaire de recueillir des informations collatérales. Les tests psychométriques devront être utilisés systématiquement pour améliorer la validité du diagnostic.

Mots-clés : Expertise psychiatrique pénale, simulation, signes cliniques, détection.

ABSTRACT

Background: Forensic pretrial assessment offers an opportunity for malingering with the aim of being considered legally insane. Clinical features of malingering are various and unpecific. The aim of this study is to describe the clinical presentations of malingering in forensic context and its detection strategies. **Method:** We conducted a retrospective analysis of pretrial forensic reports for detainees achieved between 2006 and 2015. **Results:** Out of 71 defendants, 14 (19.1%) were considered malingering. All were men, 64% were unmarried and unemployed, and the mean age was 34.8 years. One third (28.5%) had a psychiatric history and 54% were addicted. The majority (84%) was indicted for criminal cases and 4 were recidivists. The main clinical features of malingering were uncooperativeness (100%); memory loss (85%), mutism (14%), hallucinations (14%) and manierism (14%). During the assessment 71% were taking psychotropic medications and 3 defendants presented an antisocial personality disorder. To detect malingering collateral information was gathered in 9 cases (in 4 cases from warders and correctional records, in 3 cases from arrest records and from examining magistrate and in 2 cases from mental health records). Psychometric tests were not available. **Conclusion:** Malingering is a frequent condition during pretrial assessment. Given the heterogeneity of symptoms, expertise of the clinician alongside with collateral information remains the cornerstone of assessing and detecting malingering. The use of psychometric tests should be routinely used to enhance the diagnosis validity.

Key Words: Forensic assessment, malingering, clinical symptoms, detection.

العلامات السريرية لإدعاء المرض أثناء إجراء الخبرة العقلية الجزائية. دراسات حالات.

المخلص

تمهيد: تهدف الدراسة إلى وصف أعراض وخصائص التمارض أثناء الفحص النفسي في إطار الخبرة العقلية الجزائية والتي يصبو المتهم من خلال إدعاء المرض إلى نفي المسؤولية الجزائية عنه وبالتالي الإفلات من العقاب. **المنهجية:** دراسة إسترجاعية لتقارير الخبرات العقلية التي أجريت لمتهمين موقوفين من سنة 2006 إلى سنة 2015. أُخذت المعلومات من ثانيا الفحص النفسي و من الملف الطبي للمسجون، كم تم جمع معلومات من حراس السجن و من بعض قضاة التحقيق. **النتائج:** من مجموع 71 مفعوض تم اعتبار 14 منهم (19,1%) حالة تمارض. كل العينة كانوا رجال وأغلبهم (64%) عزاب وبدون مهنة، كان متوسط العمر 34,8 سنة. ثلث المتمارضين (28,5%) لديهم تاريخ مرضي نفسي و 57% منهم لديهم سوابق إدمان. أغلبية المتهمين موقوفين في قضايا جنائية (85%) وأربعة حالات إنتكاسيون. الأعراض السريرية التي أظهرها المتمارضون كانت رفض التجاوب مع الفحص (100%) واضطرابات الذاكرة (85%) و الخرس (14%) و التصنع (14%) و الهلاسات (14%). كان 71 % من المفعوضين يتناولون دواء مهدئ أثناء إجراء الخبرة و 3 حالات (21%) لديهم شخصية معادية للمجتمع. وتم أخذ معلومات جانبية في 9 حالات لإتمام التقرير (في 4 حالات من حراس السجن وفي 3 حالات من قضاة التحقيق في وتم معاينة الملف الطبي في حالتين). ولم يتم إجراء اي قياس نفسي لعدم توفر هذه القياسات. **الخلاصة:** يكثر حدوث التمارض أثناء إجراء الخبرة العقلية وأعراضه متنوعة و غير محددة. تلعب تجربة الطبيب دورا محوريا في الكشف عن التمارض إضافة إلى الآراء المستقاة من جهات أخرى لها علاقة بالمفعوض. و يجب استعمال المقاييس النفسية الخاصة بالتمارض لتحسين صلاحية و مصداقية التشخيص.

الكلمات المفتاحية: الخبرة العقلية الجزائية، التمارض، العلامات السريرية، الكشف.

Pour citer l'article :

Benmebarek Z.
Caractéristiques cliniques de
la simulation en situation
expertale pénale : étude de
série de cas. Batna J Med Sci
2015;2(2):112-116.
<https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2015.2202>

INTRODUCTION

Le psychiatre exerçant dans le contexte médico légal est régulièrement confronté aux cas de simulation où le sujet espère gagner des bénéfices secondaires, essentiellement obtenir un non-lieu pour cause de troubles mentaux. D'ailleurs le DSM IV (*diagnostic and statistical manual of mental diseases*) estime qu'une simulation doit être fortement suspectée en présence d'un contexte médico légal [1]. L'expertise psychiatrique pénale, qui est une des facettes de ce contexte légal, représente une situation privilégiée et une condition tentante pour simuler des troubles mentaux car sur ses conclusions se décide la responsabilité pénale de l'accusé. Les présentations cliniques de la simulation sont très variées et il n'y a pas de consensus ou des critères cliniques établis [2,3]. Chaque simulateur compose son tableau d'après son tempérament, ses ressources intellectuelles ou imaginatives et sa capacité de résistance [4] et même selon son environnement socioculturel [5]. La simulation est un phénomène qui semble exister dans toutes les cultures et les sociétés [6] car les buts qui la motivent sont partagés par tous les humains. Depuis le siècle dernier, plusieurs études ont été consacrées à la description de la simulation et la façon de la démasquer. En Algérie, le psychiatre Antoine Porot s'est intéressé aux aspects de la simulation dès la première guerre mondiale d'abord parmi les conscrits militaires puis parmi les criminels de droit commun [4]. Depuis ce temps, peu d'intérêt a été réservé à ce phénomène et même l'étude exhaustive de Touari *et al.* sur la pathologie mentale et l'expertise psychiatrique n'indique pas des cas de simulations parmi les sujets expertisés [7]. Le but de cet article est de décrire, à travers une étude de série de cas, les présentations cliniques de la simulation, les artifices des simulateurs et de les comparer éventuellement à ceux retrouvés dans la littérature. Enfin, des recommandations seront proposées pour une conduite pratique devant des cas de simulation.

MÉTHODES

Les sujets inclus dans l'étude sont des inculpés vus en prison lors des expertises psychiatriques pénales présentencielles réalisées durant la période allant de 2006 à 2015. Au total 71 inculpés (69 hommes et 2 femmes) ont été vus dont 14 cas ont été considérés comme des simulateurs. Les données sociodémographiques et cliniques ont été collectées du dossier du détenu et complétées par l'examen psychiatrique; d'autres informations ont été recueillies auprès des gardiens de prison, des codétenus ou des juges d'instruction et des dossiers médicaux dans les cas où ces dossiers étaient accessibles.

RÉSULTATS

Données sociodémographiques (tableau 1)

Les simulateurs représentaient 19,1 % (N=14) du total des expertisés. Tous (100 %) étaient des hommes dont la moyenne d'âge est de 34,8 ans; la plupart étaient célibataires (64%) et sans profession (64%). Les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez quatre détenus :

- Un suivi pour une schizophrénie déficitaire depuis 1996 ;
- Un suivi pour troubles du comportement dont la nature n'a pas été précisée et aurait reçu des traitements neuroleptiques pendant quelques mois ;
- Un troisième fût hospitalisé dans un service de psychiatrie pour une cure de désintoxication ;
- Le dernier était suivi en ambulatoire pour une addiction.

Les antécédents toxiques étaient présents chez 57% des cas essentiellement une poly-toxicomanie (cannabis et psychotropes) et 4 cas n'avaient aucune prise toxique. Les antécédents judiciaires étaient retrouvés chez 4 cas.

Tableau 1. Données socio démographiques et motif d'inculpation

N°	Sexe	Age	Statut	Profession	Inculpation
1	H	50	Marié	Commerçant	Faux et usage de faux
2	H	32	Célibataire	Sans	Vol qualifié
3	H	38	Célibataire	Sans	Vente de drogue
4	H	26	Célibataire	Sans	Vol qualifié Association de malfaiteurs
5	H	28	Célibataire	Sans	Trafic de drogue
6	H	33	Célibataire	Sans	Vol qualifié et association de malfaiteurs
7	H	55	Marié	Agriculteur	Tentative d'homicide volontaire
8	H	30	Célibataire	Sans	Tentative d'homicide volontaire
9	H	22	Célibataire	Sans	Homicide volontaire
10	H	46	Marié	Commerçant	Homicide volontaire
11	H	31	Célibataire	Sans	Tentative d'homicide volontaire
12	H	29	Célibataire	Sans	Tentative d'homicide volontaire
13	H	23	Célibataire	Sans	Tentative d'homicide volontaire
14	H	45	Marié	Commerçant	Fraude fiscale

Motifs d'inculpation

Onze inculpés (85%) sont incarcérés pour des crimes portant surtout une atteinte à l'intégrité corporelle (homicide volontaire et tentative d'homicide) et trois pour des délits (vente de drogue et fraude fiscale).

Présentations cliniques (tableau 2)

A- Manque de coopération (100 %) : Tous les détenus ont fait preuve d'un manque de coopération évident lors de l'entretien comme le refus de saluer le médecin, l'évitement du contact visuel, le fait de garder la tête en bas durant tout l'entretien, s'asseoir en position latérale ou tourner le dos au médecin, répondre après un temps de latence élevé ou éviter de répondre à certaines questions simples.

B- Troubles mnésiques (85%) : Les troubles mnésiques s'expriment soit par des réponses type je ne sais pas ou j'ai oublié, soit plus fréquemment par des réponses erronées sur des éléments biographiques (âge, niveau d'instruction, profession...). Souvent le détenu revient sur des questions auxquelles il a déjà répondu pour donner une autre réponse ou donner des informations contradictoires. Aucun sujet n'a voulu évoquer les circonstances du crime ou du délit malgré l'insistance de l'examineur.

Tableau 2. Présentations cliniques

Symptômes	% (N)
Manque de coopération	100 % (14)
Troubles mnésiques	85 % (12)
Symptômes anxieux et dépressifs	28% (4)
Mutisme	14% (2)
Hallucinations	14%(2)
Maniérisme	14%(2)

C- Mutisme (14%) : Deux cas ont présenté un mutisme total. Ce mutisme était isolé et ne s'accompagnait pas d'autres signes catatoniques ou mélancoliques et les conduites instinctuelles étaient conservées (alimentation, sommeil).

D- Hallucinations (14%) : Deux inculpés ont allégué des troubles perceptifs dont un est entré dans la salle d'examen en parlant à lui-même à haute voix et en feignant parler à une personne à côté de lui. Ces hallucinations sont rapportées spontanément sans insistance de la part de l'examineur mais leur description reste pauvre et imprécise et ne s'accompagne pas de délire ni de troubles comportementaux.

E- Maniérisme, comportement bizarre et théâtral (14%) : C'est surtout un comportement exagéré, saugrenu, inadapté et sans but. Deux détenus ont usé de ce type de comportement comme par exemple se jeter par terre dès l'entrée au bureau, tourner en rond sans cesse, se tortiller, faire des mouvements saccadés, des grimaces....

F- Négligence de l'hygiène corporelle (7%) : Un détenu a cessé de se laver et de se doucher et par moments urinait et déféquait sur lui-même.

G- Symptômes anxieux et dépressifs (28%) : Ces signes sont apparus après l'incarcération surtout pour les détenus primaires et dont la présentation clinique était majorée au cours de l'entretien.

La prescription médicamenteuse

La plupart des détenus (71%) ont développé des symptômes et/ou des troubles comportementaux ayant nécessité une prescription médicamenteuse. Les médicaments étaient prescrits selon les symptômes présentés ; on y retrouve des antipsychotiques, des antidépresseurs et des anxiolytiques.

Les troubles de la personnalité

Une personnalité pathologique antisociale a été diagnostiquée chez trois cas au vu des antécédents et de la biographie relevés lors de l'entretien.

Les moyens de détection de la simulation

Le jugement clinique était l'élément principal sur lequel s'est basée la suspicion de la simulation. Le manque de coopération attire déjà l'attention par sa présentation et son caractère inapproprié ; ce refus de contact est perçu comme un processus actif intentionnel, contrôlé et maîtrisé. Ce type de relation ne correspond pas à celui retrouvé dans certains troubles psychiatriques qui peuvent éventuellement générer ce type de contact. L'analyse du dossier relève, paradoxalement, que durant les entretiens psychiatriques et psychologiques antérieurs la présentation clinique était totalement différente de ce qui était constaté lors de l'expertise.

Le recueil d'informations auprès de tierces personnes était le deuxième élément qui a levé le doute sur le diagnostic. Dans cette série, les gardiens de salle ont fourni des informations précieuses sur le comportement quotidien de quatre détenus et surtout sur la séquence d'apparition des symptômes, leur durabilité et leurs fluctuations dans le temps (Par exemple à l'incarcération ils étaient normaux et ne présentaient aucun symptôme ou anomalie particulière ou ils ont été surpris discuter normalement avec des codétenus, ou encore leur comportement dans la salle ne différait pas de celui des autres détenus...). Dans trois cas des informations détaillées sur le crime ou le délit et sur les dépositions du détenu juste après son arrestation ont été demandés du juge d'instruction et ont aidé à clarifier les choses et à analyser les symptômes dans leur contexte. La disponibilité du dossier médical a permis de vérifier le diagnostic psychiatrique chez deux détenus au vu des leurs antécédents mais aussi de

superposer la présentation clinique habituelle (en dehors du contexte de l'expertise) avec celle retrouvée lors de l'examen pour détecter une sursimulation . Les codétenus ont été questionnés sur deux cas mais leurs informations ont été considérées avec prudence car ils ont habituellement tendance à majorer les symptômes et à se solidariser avec leurs camarades de prison.

Tests psychométriques

Aucun test psychométrique n'a été réalisé vu leur indisponibilité.

DISCUSSION

Si le DSM définit la simulation comme la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures, il n'en fournit pas des critères diagnostiques de ce trouble [1]. Tout au plus il décrit le cadre dans lequel la suspicion de la simulation sera justifiée et susceptible d'être l'objet d'un examen clinique. Cette difficulté à cerner la clinique de la simulation a été déjà remarquée par différents auteurs qui ont proposés des classifications qui sont restées non consensuelles [2, 4, 8, 9]. Car « les avenues empruntées par les simulateurs sont si variées, leurs moyens si ingénieux, qu'il est vain de s'en défoncer à corps perdu dans la description des fraudes et dans l'infinité des méthodes de détection qui répondent à tant d'ingéniosité » [10]. La simulation est un diagnostic d'exclusion et simulation et maladie mentale ne sont pas mutuellement exclusives. Pour porter le diagnostic il est primordial, non seulement l'élimination d'authentiques maladies mentales, mais aussi le recueil d'informations collatérales auprès de tierces personnes [11,12].

On ne connaît pas l'incidence exacte de la simulation dans le contexte légal surtout en phase expertale [13] mais certains chiffres avancés vont de 4,5% (Rogers cité dans [12]) à 17,4 % [14] voire même 19% [15]. Dans notre échantillon, le contexte médico-légal et le manque de coopération au cours de l'entretien ont été les premiers éléments sur lesquelles la simulation a été suspectée. Il faut savoir que le contexte médicolégal est un terme qui englobe plusieurs situations (examen lors de l'arrestation, évaluation psychiatrique durant l'incarcération, avis spécialisé pour des symptômes psychiatriques...) dont l'expertise psychiatrique est un de ses aspects. Le manque de coopération traduit une attitude défensive de l'inculpé qui ne sait pas comment se comporter correctement au cours d'une évaluation psychiatrique pour paraître malade aux yeux de l'expert ; il pense que moins il parle et moins il agit plus sème le doute dans l'esprit de l'examineur. Le manque de coopération peut aussi être retrouvé dans de vraies maladies mentales telles la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions [16]. Dans ce cas, ce refus d'entrer en contact avec le médecin s'accompagne d'autres symptômes psychotiques ou thymiques ce qui n'était pas le cas dans cet échantillon car aucun trouble psychiatrique vrai n'a été remarqué.

Pour les autres symptômes, notons la fréquence des symptômes négatifs et des troubles cognitifs (troubles mnésiques, semi-mutisme, réponses fausses...) et la rareté des signes positifs. On ne note pas une simulation des états d'agitation ni de graves troubles du comportement. Deux personnes ont présenté des hallucinations où les individus prétendument atteints s'empressaient de les rapporter spontanément sans pouvoir les décrire en détails ou

esquivaient les questions sur la nature de ces hallucinations, ceci confortait la nature simulée des troubles perceptifs [2,17].

Aucun détenu n'avait présenté de délire en raison probablement de la conception de la folie chez ces détenus et le manque de culture psychiatrique sur la nature de la maladie mentale car on mime ce qu'on connaît [2]. Dans l'imaginaire collectif, le malade mental est celui qui se comporte bizarrement et dont le langage est incompréhensible et intelligible. Le maniérisme qui est un comportement saugrenu et inadapté est une autre forme de conception de la folie perçue par la société ce qui pousse certains à présenter ce genre d'attitude. Le mutisme présenté par deux détenus était isolé, atypique, sans signes mélancoliques, catatoniques ou conversifs et s'était installé après l'incarcération. Aucune amélioration du symptôme n'était obtenue malgré plusieurs séquences de traitements antipsychotiques et antidépresseurs prescrits par des psychiatres. Classiquement, le mutisme peut survenir avec ou sans signes de catatonie dans la schizophrénie ou les troubles thymiques [18] ou conversifs [19]. Dans ce cas il s'inscrit dans le tableau clinique auquel il est rattaché dans son mode d'installation, son évolution mais aussi sa réponse au traitement.

La comparaison avec certaines études sur la simulation retrouve des similitudes sur certaines présentations cliniques de notre échantillon et des différences concernant les signes positifs (hallucinations, délire). Dans l'étude de Cornell, les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont les hallucinations auditives (79%), un comportement exagéré outrancier (62%), des réponses absurdes (28%), des troubles mnésiques (26%) et idées persécutives (26%) [13]. Dans une synthèse d'autres études [2, 11, 12,17], il apparaît que les symptômes positifs (hallucinations, délire) sont plus simulés que les symptômes négatifs et la désorganisation du discours porte plus sur le contenu que sur la forme. Les réponses approximatives à des questions simples qu'un vrai malade mental aurait répondu correctement sont des symptômes fréquemment retrouvés. On y retrouve aussi des troubles déficitaires intellectuels, un refus de décrire les symptômes, et des symptômes très variés ne correspondant à aucune maladie mentale connue. La catatonie et le mutisme sont plus difficiles à simuler et à maintenir sur une longue période [18]. Fréquemment, on simule la psychose, le retard mental, l'amnésie et les troubles cognitifs car ce sont des pathologies déresponsabilisantes [20,21].

La demande importante de traitement psychotrope est due à une sursimulation d'un vrai trouble de l'adaptation, car la prise régulière d'un quelconque traitement supposerait l'existence d'une vraie maladie mentale chronique. En plus il est bien établi qu'en dehors du contexte légal et surtout expertal les médecins hésitent et même rechignent à diagnostiquer la simulation et ont tendance à traiter tout symptôme signalé sans trop s'attarder sur la nature affectée ou non du symptôme. L'approche est radicalement différente entre un examen à visée thérapeutique et à visée évaluation des capacités mentales et du discernement [17, 19,22].

Comme décrit ailleurs on ne retrouve pas de lien entre un trouble de la personnalité antisociale et simulation [19,22] ni vraisemblablement de lien entre la gravité de l'offense et la simulation qui reste une notion controversée entre ceux qui y voient un lien [13], et ceux pour qui ce n'est pas le crime qui fait le simulateur [10].

Une fois la simulation suspectée il s'agit de suivre une stratégie qui a pour but de démasquer les artifices du

simulateur et de les mettre en échec. Ceci permet de conforter le diagnostic à défaut d'en avoir la certitude. L'examen psychiatrique soigneux et bien préparé est la pierre angulaire de la détection de la simulation [15] durant lequel des stratégies de détection sont recommandées [6, 17, 19,23] et dont nous citerons quelques unes utilisées :

- La suspicion de simulation n'a pas été communiquée au détenu et l'entretien s'est poursuivi comme dans une situation clinique habituelle.
- Les questions ouvertes ont été préférées aux questions fermées.
- La durée de l'entretien a été plus prolongée pour créer une fatigue qui ferait disparaître le symptôme simulé.
- Aucune suggestion n'a été fournie et une attention particulière était réservée à l'observation du comportement non verbal.
- Le recueil des informations auprès des gardiens sur le comportement en prison et du juge d'instruction sur le comportement au moment des faits ont permis d'éliminer par recoupement d'informations une pathologie psychiatrique avérée et de confirmer par là la simulation.

À l'issue de l'expertise tous ces détenus ont été déclarés responsables de leurs actes au moment des faits. Aucun test psychométrique n'a été réalisé alors qu'en théorie il en existe plusieurs et il est admis qu'un jugement clinique ne suffit pas pour détecter tous les cas de simulations [11,12,17,24,25]. Parmi les tests proposés MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*); SIRS (*Structured Interview of Reported Symptoms*) ; M-FAST (*Miller Forensic Assessment Symptoms Test*); VSVT (*Victoria Symptom Validity Test*); PIY (*Personality Inventory for Youth*) ; SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*). Mais l'utilisation de ces instruments nécessite une validation et un étalonnage sur la population autochtone et une adaptation au contexte culturel.

Limites de l'étude

Le nombre limité des sujets expertisés est dû au fait que l'auteur n'est pas un expert assermenté et donc il est souvent désigné en deuxième intention pour des surexpertises ou des expertises collégiales. Cet élément pourrait constituer en lui-même un biais de sélection car ce type d'expertise est ordonné pour des détenus dont la première expertise n'avait pas convaincu le juge ou qu'un autre avis était nécessaire pour trancher entre deux expertises contradictoires. En plus, certaines données anamnestiques et criminologiques restent incomplètes malgré les tentatives de réunir le maximum d'informations sur les sujets expertisés.

CONCLUSION

La simulation reste fréquente en expertise psychiatrique pénale présentencielle vu les enjeux importants qui en découlent. La présentation clinique continue à échapper à toute classification et il n'y a pas de différences notables entre les symptômes présentés dans le passé et ceux présentés actuellement, ni entre ceux présentés dans des pays appartenant à des cultures différentes. La confirmation d'une simulation reste complexe du fait de l'absence de critères valides externes permettant de la différencier d'une vraie maladie mentale. Devant l'absence de tests psychométriques adaptés et fiables, l'expérience du clinicien est primordiale pour la détection. Recueillir et consigner les informations sur le détenu à tous les niveaux de l'instruction et relever son

comportement durant l'incarcération sont les éléments qui peuvent trancher dans les cas complexes. Pour ce faire il est important d'assurer à l'expert à la fois la formation nécessaire mais aussi l'accès facile et systématique à toutes les informations nécessaires.

Déclaration d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV. Paris: Masson; 1996.
- Resnick PJ, Knoll J. Faking it how to detect malingered psychosis. *Current psychiatry* 2005; 4(11): 13-25.
- Cornel D G, Hawk G L. Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*. 1989;13(4): 375-383.
- Porot A. Manuel alphabétique de psychiatrie. 7ème Ed. Paris: PUF;1996.
- Witzum E, Grinshpoon A, Margolin J, Kron S. The erroneous diagnosis of malingering in a military setting. *Mil Med*.1996;161(4):225-9.
- Duffy S. Malingering psychological symptoms: an empirical review. Disponible sur <http://psychology.illinoisstate.edu/cc/Comps/Duffy-Malingering.pdf>. Consulté le 03/11/2013
- 7-Touari M, Merdji Y, Bensmail B. Pathologie mentale et expertise psychiatrique. Résultats préliminaires d'une enquête portant sur 24 ans. In Bensmail B, ed. *La psychiatrie aujourd'hui*. Alger: OPU, 1993; p. 267-274.
- Rogers R. Development of a new classification model of malingering. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990;18(3): 323-333.
- Rogers R, Sewel K W, Goldstein A M. explanatory models of malingering: a prototypical analysis. *Law and Human Behavior*. 1994;18(5): 543-552.
- Bornstein S. Simulation et psychiatrie. *Entretiens psychiatriques*. 1966;12 :118-156. Disponible sur [sergebornstein.free.fr /articles/entretiens_psy12-simulation_psychiatrie12](http://sergebornstein.free.fr/articles/entretiens_psy12-simulation_psychiatrie12). Consulté le 28/11/2013.
- Adetunji B and al. Detection and management of malingering in a clinical setting. *Primary psychiatry*.2006;13(1):61-69.
- Conroy MA, Kwartner PP. Malingering - APCJ - Applied Psychology in Criminal Justice. 2006; 2(3): 29-51. Disponible sur www.apcj.org/documents/2_3_Malingering.pdf. Consulté le 30/10/2008.
- Cornel D G, Hawk Gary L. Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*. 1989;13(4): 375-383.
- Rogers R, Vitacco M J. Forensic assessment of malingering and related response styles. In Van Dorsten B, ed. *Forensic psychology from classroom to courtroom*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2002; p. 83-104.
- Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 2014;383:1422-1432.
- Rogers R, Shuman D W. *Fundamentals of forensic practice mental health and criminal law*. New York: Springer; 2005.
- Resnick P J. Malingering. In Rosner. R, ed. *Principles and practice of forensic psychiatry* 2ndEd. London: Hodderand Arnold, 2003; p.543-554.
- Resnick PJ, Knoll IV JL. Malingered psychosis in Rogers R, ed. *Clinical assessment of malingering and deception* third edition. New York: The Guilford Press, 2008; p.51-68.
- Harris M A. The Malingering of Psychotic Disorders. *Jefferson journal of psychiatry*. 2000; 15(1): 12-24. Disponible sur <http://jdc.jefferson.edu/jeffjpsychiatry/vol15/iss1/7>. Consulté le 1/11/ 2013.
- Le Bourgeois III HW, John W. Thompson JrJW, William Black F. Malingering. In Simon RI and Gold LH, ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry SecondEdition*. Washington: Americanpsychiatric publishing Inc, 2010; p. 453-481.
- Schretlen DJ. The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorders. *Clinical Psychology Review*.1988;8: 451-476.
- Cima M, Nijman H, MerckelbachH, Kremer K, Hollnack S. Claims of crime-related amnesia in forensic patients. *Int J Law Psychiatry*.2004; 27(3):215-21.
- McCaffrey R J, Weber M.A clinical approach to evaluating malingering in forensic neuropsychological evaluations. *Revista Espanola de Neuropsicologia*1999; 2(3):21-26. Disponible sur [urdialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2006595.pdf](http://unirioja.es/descarga/articulo/2006595.pdf). Consulté le 03/11/2013.
- Blavier A. Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise : vers une meilleure compréhension du processus de victimologie. *L'évolutionpsychiatrique*.2011; 76: 345-349.
- Faust D. Forensic assessment. In: Bellack AS, Hersen M, editors. *Comprehensive clinical psychology*, vol. 4.Oxford: Elsevier Science, 1998; p. 563-99

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

