

DISSIMULATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES PAR UNE EXPRESSION SOMATIQUE

CONCEALMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS BY SOMATIC EXPRESSION

Par **François DANET***

MOTS-CLÉS

Dissimulation, Troubles psychiatriques, Expression somatique, Expertise psychiatrique, Dommage corporel.

KEYWORDS

Concealment, Psychiatric disorders, Somatic expression, Expert psychiatric assessment, Physical injury.

Cet article s'inscrit dans la logique de l'expertise psychiatrique, et notamment de l'expertise du dommage corporel. Il interroge de ce fait la place de l'évaluation des troubles psychiatriques au sein de l'évaluation plus globale du dommage corporel, qu'on pourrait d'ailleurs nommer « Dommage Médical ». Afin de comprendre ce qu'on peut enten-

dre par la dissimulation non intentionnelle des troubles psychiatriques par une expression somatique, cet article abordera trois points successifs :

- La comparaison de la sémiologie psychiatrique et de la sémiologie somatique, leurs différences et leurs points communs.
- Les conséquences de ces différences et points communs sur l'évaluation du dommage corporel, psychiatrique ou somatique.
- Des exemples de dissimulation de troubles psychiatriques par une expression somatique, qu'il faut différencier de la question de la simulation, qui est intentionnelle.

I. LA COMPARAISON DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET DE LA SÉMIOLOGIE SOMATIQUE

Il faut tout d'abord rappeler que l'expertise constitue l'une des quatre légitimités de la médecine que sont la recherche, la prévention, l'expertise et le soin. Le soin s'articule autour de la pensée clinique telle qu'elle a été élaborée au XVIII^e siècle et telle qu'est concrétisée au XIX^e siècle lors de l'essor de la médecine et de la construction des hôpitaux modernes. Le développement des segments de la profession médicale, vulgarisés sous le vocable de spécialités médicales, est sou-

* Psychiatre, Médecin Légiste,
Ecole de Psychologues Praticiens, 71 rue Molière, 69003 Lyon,
France – francoisdanet@orange.fr

tenu par une démarche scientifique dénommée démarche clinique, consistant à transformer des plaintes (de patients profanes) en signes, regroupés dans un second temps dans un syndrome lié à une physiopathologie, qui trouve sa source dans une ou plusieurs étiologies, qu'il est possible de traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause. Cette démarche clinique confère également un pronostic à la pathologie en cause, c'est-à-dire une prédiction médicale concernant le développement futur de l'état du patient, et les chances éventuelles de guérison. La guérison se définit alors par la disparition des symptômes associée à la disparition et/ou la cicatrisation des lésions, alors que tout traitement a été interrompu, et au-delà une guérison plus globale qui comprendrait la restitution *ad integrum* des lésions et la disparition de tout signe, qu'il soit fonctionnel, biologique ou anatomique. Par exemple, le « mal de tête » (plainte), quand il est identifié par le médecin comme une douleur violente et tenace de la tête, devient une céphalée (signe). Associé à des vomissements ou nausées, des troubles de la vigilance et une évolution vers l'obnubilation ou le coma, il constitue le « syndrome d'hypertension intracrânienne », dont la physiopathologie est l'augmentation du volume du contenu de la boîte crânienne confronté à l'inextensibilité du contenant. Ses principales étiologies sont la tumeur primitive ou secondaire, l'abcès et l'encéphalite, dont les traitements peuvent être la cure de la tumeur, l'exérèse de l'abcès ou le traitement anti-infectieux de l'encéphalite. Dans tous les cas, le patient atteint de « mal de tête », « céphalée » et « syndrome d'hypertension intracrânienne » relève du registre de la neurologie, même si un avis voire un traitement peuvent nécessiter un spécialiste d'un autre segment : neurochirurgien ou infectiologue par exemple. *A contrario*, s'il est attesté que la céphalée est associée à une diplopie monoculaire, des éblouissements, une vision imprécise à toutes les distances, un allongement des lignes verticales ou horizontales et une confusion de lettres proches comme H et N, avec une physiopathologie constituée par un vice de réfraction tel que l'œil donne une image différente selon ses différents axes, et comme étiologie une anomalie de courbure de la cornée, le patient relève de l'ophtalmologie car il est astigmat. Le traitement est la chirurgie réfractive ou le port de lunettes ou de lentilles toriques, c'est-à-dire n'ayant pas la même puissance pour les différents méridiens.

Comme ces exemples le démontrent, l'étiologie de la pathologie en question détermine la « case » où va être placé le malade dans le dispositif médical et hospitalier. En outre, quand un médecin fait l'hypothèse d'une étiologie, il peut vérifier cette hypothèse par des examens complémentaires, notamment biologiques ou d'imageries. Les spécialités médicales sont segmentées en fonction des organes et des fonctions physiologiques auxquels elles se rattachent, et s'appuient sur

les sciences de la vie, notamment la biologie et l'anatomie. De ce fait, dans un contexte où la profession médicale se subdivise en fonction des organes et fonctions physiologiques que ses professionnels soignent, la psychiatrie constitue l'une des exceptions à cette logique, dans la mesure où le psychisme n'est pas un organe, et la pensée n'est pas au sens strict une fonction physiologique. La psychiatrie ne peut donc pas être réduite à une sous-discipline de la neurologie, au sein de laquelle le psychisme ne serait qu'une « partie » du cerveau et la pensée l'une des expressions des activités cérébrales.

Dans la démarche clinique psychiatrique, que l'on pourrait appeler psychopathologie, la logique d'objectivation est similaire, à savoir celle qui consiste à recueillir des plaintes, les transformer en signes, les regrouper en syndromes, et les relier à une étiologie par l'intermédiaire de la psychopathologie. Il y a toutefois deux différences :

- On ne peut pas vérifier l'hypothèse étiologique par un examen complémentaire biologique ou d'imagerie.
- Dans ce contexte, la démarche diagnostique est strictement clinique et ne peut en aucun cas être uniquement validée par une fidélité inter-juges, c'est-à-dire par une similarité de diagnostic entre plusieurs professionnels. Un psychiatre peut en effet émettre une hypothèse diagnostique valide alors que plusieurs de ses confrères émettent une hypothèse de diagnostic erroné.

II. LES CONSÉQUENCES DES DIFFÉRENCES ET POINTS COMMUNS ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LES AUTRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES SUR L'ÉVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL

Si l'on se tourne vers le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, on constate qu'il reprend la subdivision en organes, en y incluant la psychiatrie, comme si cette profession médicale était une spécialité comme les autres, c'est-à-dire comme si le psychisme était un organe comme les autres et la pensée une fonction physiologique comme les autres, au motif que les signes cliniques psychiatriques ont une dimension objective, par exemple l'amaigrissement, la logorrhée, le mutisme ou la micrographie.

Il existe une autre conséquence des différences entre l'évaluation diagnostique somatique et psychiatrique, il s'agit de l'état antérieur. En comparant les barèmes psychiatrique et somatique, on constate que le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité psychiatrique comporte des taux de déficit fonctionnel permanent assez faibles. Par exemple, une limitation de la flexion du genou et un syndrome dépressif sévère peuvent conduire au même taux de déficit fonctionnel

permanent de 20 %. Pourtant, dans le second cas, il est fort probable que l'état clinique de l'intéressé sera incompatible avec une vie personnelle et professionnelle construite, alors que dans le premier cas la limitation de son activité personnelle et professionnelle ne sera pas considérable.

Dans ce contexte, il est vraisemblable que la faiblesse des taux psychiatriques soit liée au fait que, même en l'absence d'état antérieur, le patient soit considéré comme porteur d'une personnalité comportant une prédisposition à l'éclosion de troubles dépressifs et anxieux postérieurs à l'événement ayant entraîné les troubles psychotraumatiques.

III. EXEMPLES DE DISSIMULATION DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES PAR UNE EXPRESSION SOMATIQUE

Trois vignettes cliniques peuvent éclairer sur la façon dont des troubles psychiatriques peuvent être dissimulés par une expression somatique, tout en permettant de différencier la question de la simulation de celle de la dissimulation.

III.1. Marc

Nous nous tournerons tout d'abord vers le cas de Marc, âgé de 45 ans, qui se présente à mon cabinet accompagné d'un chien-guide pour aveugle et portant des lunettes noires. C'est un Juge des Enfants qui a ordonné l'expertise de Marc, qui a eu un enfant avec une femme dans le cadre d'une relation maritale très brève, qu'il n'a quasiment jamais vu, dans la mesure où chaque visite de l'enfant a conduit à des conduites étranges voire dangereuses de la part de Marc. La mission ne comporte aucune question sur les capacités éducatives de Marc, mais demande essentiellement de décrire son état clinique somatique et psychiatrique et de préconiser les soins adéquats.

Marc bénéficie d'une allocation aux adultes handicapés depuis 2005, du fait d'une maladie de Behçet, et il n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique. Il se comporte comme un non-voyant et est accompagné de proches, qui restent dans la salle d'attente durant l'examen psychiatrique. L'intégralité des pièces qui sont fournies mettent en évidence que Marc ne présente ni cécité objectivée, ni maladie de Behçet. Les pièces et l'examen psychiatrique mettent en évidence que le récit biographique de Marc est le plus souvent flou, approximatif et lacunaire, envahi par une désorganisation psychique et une diffuence majeure. Il fait état de nombreux antécédents médicaux, d'une maladie de Behçet, mais aussi de deux accidents vasculaires cérébraux, dix-sept épisodes de phlébites et un infarc-

tus du myocarde. La quasi-intégralité de ses antécédents est infirmée par les pièces médicales, à l'exception de la pose d'un stent sur l'artère interventriculaire antérieure moyenne du fait d'un antécédent d'infarctus du myocarde postérieur à l'allégation de perte de l'acuité visuelle dix ans auparavant.

L'examen psychiatrique met également en évidence une pensée perturbée par des ralentissements et par des phénomènes de persévération ou de répétitions stéréotypées des mêmes idées. Ses propos sont parasités par des ruptures de sens, des contaminations d'une idée par une autre, et par une diffuence qui rend progressivement ses propos de plus en plus incompréhensibles. Ses facultés d'attention et de concentration sont relâchées et variables d'un moment à l'autre, ce qui participe au flou de sa pensée, en l'empêchant de limiter son champ d'attention. Son expression émotionnelle est dominée par le vécu persécutoire. En parallèle de sa très forte désorganisation psychique, son examen psychiatrique comporte un récit globalement flou, approximatif et très lacunaire.

Son examen psychiatrique met en évidence de graves troubles de la personnalité, et notamment l'ancrage sur une esthésie persécutoire majeure, ce qui le rend incapable de percevoir la gravité de ses troubles psychiatriques, dans un contexte d'anosognosie psychiatrique. La question du trouble factice se pose, c'est-à-dire d'une simulation d'une maladie, dans la mesure où Marc ne fournit pas, lors de l'examen psychiatrique d'expertise, de pièces probantes en faveur d'une maladie de Behçet et de ses conséquences. On ne peut toutefois pas écarter l'hypothèse d'une pathologie délirante qui le conduirait à la conviction d'être atteint des maladies qu'il allègue présenter. Dans ce contexte, la mise en avant de la cécité, peut être le symptôme de l'existence d'un état délirant.

III.2. Fabrice

Fabrice est âgé de 32 ans. Il m'est adressé par un médecin expert désigné par une compagnie d'assurances, afin que je lui donne un avis sapiteur psychiatrique. La mission consiste à l'examiner, pour obtenir des renseignements médicaux sur l'histoire de sa pathologie actuelle, faire part des constatations médicales en indiquant la justification de l'interruption de son activité professionnelle et de la mise en invalidité 2^e catégorie, fixer une date de consolidation médico-légale, et indiquer le taux d'incapacité fonctionnelle selon le barème de droit commun qui pourrait également être envisagé.

Fabrice se présente accompagné de son ex-épouse Stéphanie à la convocation d'expertise. Il est incapable d'échanger d'un point de vue verbal, et par conséquent les rares éléments biographiques transmis au cours de l'examen psychiatrique sont fournis par Stéphanie. Les propos de cette dernière sont parasités

par les sons prononcés par Fabrice, qui sont de trois sortes : le mot « *chut* », des chuintements, et des cris. Selon les propos de Stéphanie, Fabrice est titulaire d'un CAP de menuiserie, et a travaillé pendant plusieurs années en tant que cariste, sans difficulté notable. De leur union sont nés deux enfants de 7 et 5 ans. Son époux et elle ont il y a 4 ans d'un commun accord. La séparation est consécutive d'une mésentente, et n'a été occasionnée par aucun trouble du comportement, épisode de violence ou conduite éthyl-lique. Avant l'an dernier, Fabrice ne présentait aucun antécédent médical, psychiatrique ou judiciaire. Stéphanie indique qu'après la séparation, Fabrice a été hébergé de façon alternative chez sa mère et chez des amis. Il voyait ses enfants au domicile de son ex-épouse, mais ne les a jamais hébergés dans un domicile autonome. Il y a un an sont apparus des troubles dépressifs, qui l'ont conduit à une impossibilité de travailler. Stéphanie décrit cet épisode dépressif de son ex-époux par les signes cliniques suivants : clinophilie, inversion du rythme veille/sommeil, douleur morale, anhédonie, asthénie, et difficultés d'endormissement. Selon ses propos, l'état clinique de Fabrice s'est spontanément amélioré, notamment concernant la clinophilie, l'inversion du rythme veille/sommeil, et l'insomnie, mais en parallèle de cette amélioration, Fabrice a développé des troubles du langage et des troubles moteurs. Il est devenu en effet incapable d'échanger d'un point de vue verbal, s'est montré complètement dépendant dans les tâches de la vie quotidienne, et a présenté des troubles du comporte-ment.

Au cours de l'examen psychiatrique, Fabrice présente tout d'abord une ambivalence volitionnelle au moment de rentrer dans mon cabinet, dans une forme de réticence pour marcher en avant, car il voulait à la fois avancer et reculer. Il tapote plusieurs sièges avec ses mains avant d'accepter de s'asseoir sur le siège que je lui présente. Il ne répond à aucune de mes questions de façon verbale. Quand nous échangeons avec son épouse, il présente des impulsions verbales, sous la forme du mot « *chut* », de chuintements et de cris. Ces impulsions verbales, sous la forme d'émissions brutales et incoercibles des éléments cités, gênent l'échange que nous avons avec son ex-épouse, mais ont également une dimension théâtrale.

La symptomatologie de Fabrice est marquée par des troubles dissociatifs de la motricité. Il présente en effet des mouvements anormaux, principalement du bras droit, qui consistent à taper du poing dans le vide, comme s'il tapait sur une table imaginaire. Ces troubles moteurs sont récurrents et incoercibles, et alternent avec les impulsions verbales, mais aussi avec des moments au cours desquels il s'endort. Il faut souligner que la dimension théâtrale de ses troubles moteurs oscille avec une forme d'indifférence, notable quand il s'endort. Afin de faire le diagnostic de troubles dissociatifs de la motricité, il est nécessaire d'éli-

miner des troubles épileptiques. Dans le cas présent, les troubles moteurs n'ont aucune caractéristique de troubles épileptiques.

Dans le contexte actuel, Fabrice est fortement dépendant de son Stéphanie, chez qui il est hébergé, et qui s'acquitte pour lui de toutes les tâches inhérentes à sa vie quotidienne, et notamment la toilette et l'habil-lage. Cela témoigne d'une dépendance affective assez caractéristique des troubles dissociatifs, également dénommés troubles hystériques de conversion. Les psychiatres sollicités par Stéphanie pour prendre en charge Fabrice lui ont proposé de l'hospitaliser, ce qu'il a toujours refusé. Son épouse exprime un senti-ment de culpabilité, à l'idée de signer la demande d'hospitalisation sous contrainte qu'ont proposés les psychiatres en question. En outre, la situation de dépendance affective de Fabrice vis-à-vis de Stéphanie constitue un bénéfice secondaire à sa pathologie névrotique et participe à la pérennisation de ses trou-bles. Le symptôme névrotique, ici de nature conver-sive, s'accompagne de bénéfices secondaires, qui sont toujours fonction des réactions de l'entourage. Dans le cas de Fabrice, les bénéfices secondaires de sa symp-tomatologie conver-sive ne se limitent pas à un intérêt accru ou à une indulgence de la part de Stéphanie, mais ils vont jusqu'à la situation extrême d'une pré-sence physique permanente et d'un évitement de toute responsabilité contraignante pour lui.

Stéphanie exprime des idées de culpabilité qui l'empê-chent d'accepter la proposition d'hospitalisation sous contrainte pour son époux, qui permettrait de mettre de la distance entre Fabrice et elle, et par conséquent de diminuer les bénéfices secondaires afin que la symptomatologie s'amenuise. Il est important de pré-ciser que la symptomatologie conver-sive de Fabrice, comme tout trouble psychiatrique de nature hysté-rique, s'inscrit dans un lien relationnel que le patient a co-construit avec son entourage, et plus particulière-ment son ex-épouse, qui par son acceptation de la dépendance affective vis-à-vis d'elle, renforce les béné-fices secondaires et donc la symptomatologie conver-sive de son époux. Dans ce cas précis, non seulement la symptomatologie somatique dissimule une patho-logie psychiatrique, mais elle est renforcée par l'atti-tude de son environnement relationnel, qui retarde par exemple la date de consolidation.

III.3. Daniel

Il y a dix ans, Daniel a été victime d'un accident de la voie publique. Son état clinique a été consolidé deux ans plus tard, mais il a sollicité le Tribunal en mettant en avant que son état clinique s'était aggravé, ce que la mission d'expertise me demande évaluer.

Daniel est âgé de 61 ans. Il décrit une enfance et une adolescence marquées par l'éthylisme de son père et par les violences verbales et physiques de sa mère.

Pourtant, il n'a jamais bénéficié d'un suivi éducatif et n'a jamais été placé, en famille d'accueil ou en foyer. Selon ses propos, ses frères et sœurs n'ont pas d'antécédents particuliers, d'un point de vue médical, psychiatrique ou judiciaire. Daniel a quitté ses parents à l'âge de 28 ans, et s'est marié avec une première épouse prénommée Carole d'un an sa cadette, qui était couturière. De cette union sont nés 3 enfants. En parallèle d'une activité professionnelle d'agent commercial, Daniel s'est investi en tant que pompier volontaire, et cette activité l'a conduit à nourrir une passion pour le secourisme, à passer un monitorat national de secourisme, puis à former des jeunes dans ce domaine. Après que sa première épouse l'a quitté, il s'est marié avec « une élève » prénommée Agathe, de 20 ans sa cadette, rencontrée dans le cadre de l'activité de secourisme. De cette union sont nés deux enfants. Les conjoints se sont séparés il y a un an « suite à mon problème de bras ». En effet, selon ses propos, « elle n'a pas supporté que je n'étais plus le sauveur et le costaud, et que je devienne un minable assis devant sa télévision ». Avant l'accident de la voie publique, Daniel présentait comme antécédent médical une appendicectomie et comme antécédent psychiatrique un syndrome dépressif sans idée ni tentative de suicide au décours de sa première séparation, ce qui avait conduit à une hospitalisation d'une dizaine de jours puis un suivi ambulatoire pendant environ six mois avec un traitement psychotrope. Concernant les circonstances de l'accident, Daniel a été percuté « par derrière » par une jeune conductrice, alors qu'il se rendait à son travail « en vélo » à 6 heures du matin. Il indique avoir « failli passer sous la voiture, eu très mal au bras, et eu peur d'être victime d'une atteinte de la vessie ». Les blessures et lésions résultant des faits étaient représentées par une fracture fermée de la tête radiale gauche associée à une atteinte de la branche sensitive antérieure du nerf radial. Aucune symptomatologie psychiatrique, notamment post-traumatique, n'avait été constatée par l'expert désigné, ce que confirme Daniel. La date de consolidation avait été fixée deux ans après l'accident, et les différents postes de préjudice avaient été évalués. Ces deux dernières années, Daniel a bénéficié de deux hospitalisations en clinique psychiatrique puis d'une brève hospitalisation sous contrainte en hôpital psychiatrique, dans un contexte de syndrome anxiodépressif assorti d'idées suicidaires. Lors de l'examen psychiatrique d'expertise, Daniel indique souffrir de son bras gauche, et il porte une écharpe en permanence depuis deux ans, alors que l'examen clinique du bras est normal. Il présente une tendance à l'isolement, une restriction alimentaire, des cauchemars, une esthésie persécutoire, des plaintes concernant son bras gauche, un sentiment d'abandon de la part du corps médical, un sentiment d'absence de reconnaissance sociale depuis l'interruption de son activité de pompier, et plus encore depuis le départ de sa deuxième épouse.

Actuellement, Daniel attribue ses troubles anxiodépressifs assortis d'idées suicidaires, qui ont notamment conduit aux hospitalisations à la clinique et au centre hospitalier psychiatrique, à l'accident d'il y a dix ans. En difficulté pour accepter sa situation de retraité, mais aussi le fait que sa deuxième épouse l'ait quitté, il attribue à cet accident les difficultés qu'il rencontre actuellement.

L'état anxiodépressif assorti d'idées suicidaires fluctuantes, qui ont notamment conduit aux hospitalisations psychiatriques, est la conséquence de l'histoire naturelle de la maladie anxieuse et dépressive de Daniel, ce d'autant qu'il présente une distorsion du jugement sous-tendue par le fait d'attribuer à cet accident de façon erronée la responsabilité de ses difficultés, notamment conjugales. Il faut souligner à cet égard qu'il avait présenté une première décompensation dépressive au départ de sa première épouse. En outre, l'état psychiatrique constaté ainsi que les troubles fonctionnels de son bras gauche, ne constituent pas un déficit fonctionnel supérieur à celui qui avait été fixé lors des précédents rapports d'expertises. Daniel ne présente donc pas d'aggravation de l'état médical et psychiatrique depuis la date de consolidation du fixée deux ans après l'accident.

Concernant Daniel, même s'il ne présentait pas de trouble de la personnalité objectivé avant l'accident, il faut toutefois souligner qu'il a fait l'objet de carences affectives durant l'enfance et l'adolescence, ce qui constitue un facteur favorisant de décompensation anxiodépressive à l'âge adulte, notamment en cas d'événement traumatogène. Même si ces éléments ne constituent pas un état antérieur psychiatrique, ils pèsent forcément sur les capacités de Daniel à se montrer résilient quand il est confronté à des situations fragilisantes, qu'il s'agisse d'un accident, d'une rupture conjugale, d'une mise à la retraite ou d'une baisse des capacités physiques. L'impotence fonctionnelle du bras gauche apparue au décours du départ de sa deuxième épouse n'est pas simulée par Daniel. Elle ne dissimule pas les troubles anxieux et dépressifs, mais elle s'intègre dans l'épisode anxiodépressif constaté, et n'est pas consécutif dans un lien de cause à effet absolu, direct et exclusif avec l'accident. Elle est aussi en lien avec la façon dont la deuxième épouse de Daniel a réagi à sa personnalité, tout d'abord dans un lien de protection d'un aîné qui avait été admiré, puis dans une réaction de rejet à l'égard d'un homme devenu irritable et trop fragile.

CONCLUSION

En conclusion, même si les sémiologies psychiatrique et somatique sont comparables par la démarche clinique d'objectivation des signes recueillis, elles com-

portent des différences notables, notamment du fait que le psychisme n'est pas un organe et la pensée n'est pas au sens strict une fonction physiologique. L'évaluation psychiatrique est uniquement clinique, et ne peut être confirmée ou infirmée par un examen biologique ou d'imagerie. En outre, des troubles psychiatriques peuvent se modifier considérablement en fonction de l'environnement personnel, voire médical et assuranciel. Dans ce contexte, l'évaluation de l'état psychiatrique doit prendre en compte des paramètres psychiques en lien avec la dimension relationnelle de la vie du patient, qui peut renforcer ou atténuer la symptomatologie, avec l'idée que même en l'absence d'état antérieur objectivé, des éléments de l'enfance et l'adolescence peuvent favoriser l'éclosion de troubles psychopathologiques à l'occasion d'un événement de vie traumatogène.

Comme le démontrent les vignettes cliniques de Marc, Fabrice et Daniel, une expression somatique peut masquer ou s'intégrer dans une pathologie psychiatrique, selon des modalités différentes. Dans le trouble factice, le patient simule une maladie de façon intentionnelle, même si son besoin de simuler trouve sa source dans des troubles de la personnalité voire dans une pathologie psychiatrique. Le cas de Marc est à cet égard instructif, car au vu de la gravité de ses troubles de la personnalité, il n'est pas exclu que son

allégation de cécité procède en partie de la simulation et en partie du délire. Dans le cas de Fabrice, les troubles d'apparence somatique sont l'expression de sa névrose hystérique, et leurs manifestations sont fortement dépendantes de la séduction qu'ils opèrent sur son environnement. Quant à Daniel, la réactivation de sa symptomatologie du bras s'intègre dans des troubles anxieux et dépressifs, qui trouvent leurs sources dans des événements extérieurs qu'il ne contrôle pas, dont la récente séparation conjugale et son vieillissement, mais aussi dans une vulnérabilité antérieure issue des carences affectives de l'enfance et l'adolescence, qui était auparavant masquée par son investissement de secouriste.

Au delà de la question de l'expertise psychiatrique, cet article vise à souligner que les deux étapes de la naissance de la psychiatrie qu'ont été la constitution de l'asile et le soin des névroses sur le mode ambulatoire, ont assuré aux psychiatres les éléments d'une identité professionnelle hétérogène. Toutefois, du fait que cette construction est survenue dans la période 1800-1950 où l'objectivation des organes et fonctions physiologiques est devenue le mode de pensée dominant en médecine, la psychiatrie constitue un champ conceptuel toujours exotique par rapport à celui de la médecine, marqué par des contours plus flous que le modèle biomédical qui se constituait alors. ■