

LES INVENTAIRES DE PERSONNALITÉ MMPI/MMPI-2 ET LES DIAGNOSTICS CLINIQUES RÉTROSPECTIFS

THE MMPI/MMPI-2 PERSONALITY INVENTORIES AND RETROSPECTIVE CLINICAL DIAGNOSIS

Michel Parisien

Volume 43, Number 2, 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1092115ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1092115ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Parisien, M. (2022). LES INVENTAIRES DE PERSONNALITÉ MMPI/MMPI-2 ET LES DIAGNOSTICS CLINIQUES RÉTROSPECTIFS. *Revue québécoise de psychologie*, 43(2), 201–210. <https://doi.org/10.7202/1092115ar>

Article abstract

The results of an MMPI / MMPI-2 could only describe the clinical condition at the time of assessment. It is not permissible straightaway to extrapolate a retrospective interpretation from the outset. However, psychological assessments resort to the use of MMPI / MMPI-2 results to make a definitive statement on the prior personality of the client examined. This article intends to take stock of such abusive practices that are done to the detriment of a client by invoking without a solid basis an emotional origin rather than a somato-organic origin.

LES INVENTAIRES DE PERSONNALITÉ MMPI/MMPI-2 ET LES DIAGNOSTICS CLINIQUES RÉTROSPECTIFS

THE MMPI/MMPI-2 PERSONALITY INVENTORIES AND RETROSPECTIVE CLINICAL
DIAGNOSIS

Michel Parisien¹
Pratique privée (Montréal)

INTRODUCTION

On constate régulièrement dans des expertises psychologiques le recours à l'utilisation de résultats à certains inventaires de personnalité, en particulier les MMPI/MMPI-2², pour se prononcer de façon péremptoire sur la personnalité *antérieure* au moment de l'examen. On parlera dans certains contextes cliniques (*p. ex.* neuropsychologiques) de personnalité prémorbide à l'événement ayant déclenché la demande d'évaluation.

Concernant les MMPI/MMPI-2, certains experts psychologues se permettent d'utiliser les résultats de façon inappropriée sur le plan professionnel et déontologique, en cédant à l'accroc ci-haut mentionné. Ainsi, devant des plaintes somatiques et cognitives, une interprétation psychodynamique de certains résultats peut facilement s'avérer incorrecte et fautive, sur la base même de la littérature scientifique disponible. Les résultats d'un MMPI/MMPI-2 n'ont toujours pu que décrire la condition clinique au moment de l'évaluation. Il est donc imprudent et non-éthique d'interpréter psychologiquement un événement passé par un test d'aujourd'hui.

Ainsi, à propos de résultats contemporains du MMPI/MMPI-2, on ne peut à partir d'un code-type³ comme 1-3/3-1 (*Hs-Hy/Hy-Hs*), appliquer une interprétation de ce code-type en supposant l'existence passée (*c.-à-d.* avant l'événement dont il est question) d'un refoulement ou d'un déni des émotions au niveau inconscient et ainsi, par exemple, prôner un diagnostic

1. Adresse de correspondance : 6205, rue Mignault, Montréal (Québec), H1M 1Y9. Téléphone : 514-255-5217. Courriel : m.parisien.psy@gmail.com
2. Le MMPI-2-RF et ses échelles *RC* sont ici exclus du débat, parce leur approche psychométrique théorique-factorielle est complètement étrangère à l'approche psychométrique empirique des MMPI/MMPI-2. Le sigle *MMPI-2-RF* constitue un emprunt légal (voir les éditeurs University of Minnesota Press), mais illégitime du sigle *MMPI-2* (sigle représentant un attrait commercial important). Les échelles *RC* et leur « *MMPI-2-RF* » ne remplissent pas leur promesse de validité (Butcher et al., 2015; Friedman et al., 2015; Greene, 2011; Ranson et al., 2009; Ruchenne, 2019. Voir également Parisien, 2021a, 2021b).
3. Au MMPI-2, un code-type correspond aux chiffres d'identification des deux échelles dont la cote *T* (moyenne de 50 et écart-type de 10) excède 65. Le 1er chiffre représente l'échelle la plus élevée, chaque échelle étant codée. Ici, par exemple, *Hs* dénote Hypochondrie et *Hy*, Hystérie.

Diagnostics rétrospectifs

de « trouble somatoforme », plutôt que de constater la réaction psychologique suite à un événement contemporain. Selon une telle hypothèse psychodynamique, l'événement antérieur (un accident, par exemple) aurait été l'occasion attendue par le système psychique pour exprimer les malaises en empruntant une voie enfin disponible. Ainsi, l'événement représenterait l'expression opportune d'un mal-être.

À tort, d'éventuelles séquelles cognitives d'un événement antérieur deviennent donc ici une hypothèse non retenue. Ce choix professionnel implique nécessairement qu'avant l'événement antérieur, des résultats (virtuels) au MMPI/MMPI-2 auraient à ce moment déjà révélé le processus psychodynamique décrit ci-dessus. Or, des résultats au MMPI/MMPI-2 obtenus à un moment donné, décrivent plutôt la condition clinique de ce moment, soit habituellement (dans un contexte d'expertise) celle datant après l'événement, et non pas nécessairement la condition clinique du répondant telle qu'elle était dans le passé avant l'événement. Ici, nous nous permettons de citer l'hypothétique cas suivant :

Dans un dossier psycholégal neuropsychologique, deux expertises s'affrontent : la première présentant des résultats normaux; la seconde présentant certains résultats significatifs de désordres cognitifs. Dans les deux expertises, on relève chez le sujet une collaboration authentique sans attitude de simulation.

La personne expertisée a, six ans auparavant, été victime d'une chute avec choc à la tête. Elle a été alors incapable de se relever sans l'aide d'autrui. Étourdie et nauséuse, elle s'est finalement rendue chez son médecin de famille qu'elle consultait depuis longtemps, et qui diagnostiqua une commotion cérébrale et une entorse cervicale. Plusieurs documents médicaux présents au dossier, qui proviennent de la partie redevable de cet accident, ne se sont souciés que de l'aspect « entorse cervicale », ignorant l'aspect « commotion cérébrale ».

La victime souffre depuis le choc de migraines récurrentes très sévères. Elle consulte un neurologue spécialiste des céphalées, qui pose le diagnostic de « céphalée post-traumatique chronique » depuis la chute. Il décrit la cause comme un « traumatisme cervical haut provoquant une céphalée de type cervicogénique ».

Chez le sujet, on observe en sus une fatigue continuelle et des difficultés d'attention et de concentration. La personne doit constamment faire des listes pour se souvenir. À la maison, elle range mal les choses, se cogne fréquemment contre les cadres de porte. Au travail, elle s'avère incapable d'accomplir ses tâches plus de 15 minutes.

Sur le plan scolaire, le sujet a toujours obtenu du succès, fréquentant les classes « enrichies ». Au moment de l'accident, il terminait une maîtrise universitaire. Un relevé de notes indique une moyenne de réussite élevée. Il a par la suite tenté de compléter sa maîtrise, sans succès.

La première expertise présente les résultats d'un MMPI-2 administré bien après l'accident, avec au profil clinique une configuration 1-3-2(*Hs-Hy-D*), où 1 et 3 sont élevés, alors que 2 avoisine un score T de 65 (la limite de tolérance). Une telle configuration est classique et bénéficie d'interprétations psychodynamiques hypothétiques élaborées, et ce, depuis de nombreuses années. Elle soulève l'hypothèse d'une structure défensive ténue, mais de nature chronique, à laquelle le clinicien se réfère en tant que « défenses de conversion ». À la lumière de cette hypothèse, il s'agirait d'une structure défensive qui lutte contre une source actuelle de détresse. Dans le cas comme ici d'un contexte post-traumatique impliquant un choc craniocervical, l'interprétation clinique s'avère certainement complexe. Greene (2011) écrit à ce sujet : « ... les élévations sur les échelles 1 et 3 ne peuvent pas être utilisées de manière fiable pour distinguer les troubles fonctionnels vs la maladie physique réelle » (p. 175).

Nonobstant ce débat, la première expertise opte résolument pour une interprétation psychodynamique des troubles somatoformes, lesquels seraient une manifestation externe d'émotions refoulées, sous la gouverne des mécanismes de défense du sujet. L'accident traumatique lui-même serait associé à ces émotions : la chute dénoncée comme cause des malaises physiques ne serait en fin de compte qu'un « acte manqué » commandé par l'indisposition psychique de longue date du sujet, une opportunité d'exprimer un malaise interne.

Pour les membres de la Commission décisionnelle, cette interprétation produit l'effet d'un *Deus ex machina*. Les commissaires n'ont d'oreilles que pour l'expert de la première expertise, décidant que le sujet s'imagine avoir des troubles physiques et cognitifs qu'il n'a pas.

Dans le domaine de l'expertise psychologique, qui plus est psycholégale, l'expert devrait éviter de se prononcer sur la psychopathologie antérieure à la passation du test actuel, à moins d'être en mesure de justifier celle-ci de façon documentée, objective et avec certitude. Sinon, cela pourrait se faire au détriment du client ou de la cliente.

STABILITÉ TEMPORELLE DU MMPI

Les échelles du MMPI⁴ apparaissent, dans la littérature scientifique⁵, d'une stabilité temporelle comparable aux autres mesures de personnalité existantes. Il est généralement reconnu que plusieurs traits de personnalité

-
4. Il est important ici de faire le point sur le MMPI, parce que la force majeure du MMPI-2 actuel réside dans sa continuité avec le MMPI. D'un instrument à l'autre, il n'y a que des changements mineurs, alors que les similarités sont considérables. De sorte que les stratégies empiriques du MMPI s'appliquent *de facto* au MMPI-2 (Nichols, 2011).
 5. Voir: Duckworth et Anderson, 1986; Farr et Martin, 1988; Friedman et al., 1989; Graham, J.R., 1987; Greene, 1991.

Diagnostiques rétrospectifs

peuvent changer chez un individu, même dans un intervalle de temps relativement court. Pour ce qui est du MMPI de populations normales, les différents indices de fidélité test-retest typiques tournent autour de *0,80-0,85* (intervalle d'une journée ou moins), de *0,70-0,80* (intervalle d'une à deux semaines), de *0,35-0,45* (intervalle d'un an ou plus). Il semble donc que, après une année, la fidélité temporelle a considérablement chuté, ce qui conforte l'hypothèse que plusieurs traits de personnalité mesurés peuvent varier considérablement avec le temps.

Quant aux résultats du MMPI envisagés comme « profil clinique » (*pic* unique, *paire* d'échelles ou *triade* d'échelles), la recherche suggère qu'environ la moitié des sujets présentent le même *pic* entre deux administrations; un quart à un tiers la même *paire*; et environ le quart la même *triade*. Bien sûr, la fidélité temporelle du profil clinique est plus élevée lorsque l'intervalle est court, et plus faible lorsque l'intervalle excède six mois.

Sur le plan clinique, plusieurs auteurs désignent certaines échelles du MMPI comme plus stables, et certaines autres comme plus variables. Ainsi, concernant les échelles de validité : l'échelle *L* (Mensonge) varie considérablement d'une fois à l'autre; l'échelle *F* (Infréquence) présente des indices de fidélité à peine acceptables; alors que l'échelle *K* (Correction) démontre une stabilité satisfaisante. Quant aux échelles cliniques, celles qui ont la réputation de fluctuer sont: *D* (Dépression), *Hy* (Hystérie) et *Ma* (Hypomanie). Ainsi, le niveau de l'échelle *D* tend à décroître lors d'un retest, cela même sans intervention ni traitement. Les échelles *Pd* (Déviance psychopathique) et *Pa* (Paranoïa) sont vues comme n'ayant qu'une stabilité passable. Par contre, les plaintes somatiques (*Hs* : Hypochondrie) perdurent dans le temps. Il en est de même du niveau d'anxiété (*Pt* : Psychasthénie) ainsi que de l'échelle *Sc* (Schizophrénie). Quant aux deux échelles non psychopathologiques du profil MMPI, soit Masculinité-Féminité (*M-f*) et Introversion sociale (*Si*), elles semblent représenter des traits relativement fixes chez l'individu.

Nonobstant la relative fidélité temporelle de certaines échelles, la littérature clinique ne cesse de souligner l'importance de l'influence contextuelle. Par exemple, une paire 2-7 (Dépression-Psychasthénie) peut représenter le résultat de difficultés actuelles (insatisfaction au travail, conflits conjugaux, etc.), plutôt qu'une condition chronique et de longues dates. Autre exemple, une paire 8-9 (Schizophrénie-Hypomanie) n'indique pas nécessairement, chez un adolescent, un état de panique face à une crise d'identité; elle pourrait être aussi la manifestation d'une intoxication récente, d'un trauma craniocérébral, etc.

La diversité des réactions individuelles évolutives est également un facteur à ne pas négliger. Dans le cas d'un trauma craniocérébral par exemple, on a longtemps pensé que l'échelle *Ma* (Hypomanie) représentait la conséquence typique d'un tel trauma. Bien qu'au début, plusieurs de ces cas présentent des comportements hyperactifs et impulsifs, on ne peut exclure des réactions dépressives, des réactions d'apathie ou de retrait, ou encore des traits en apparence psychotiques, soit immédiatement après le trauma, soit au cours du temps. Il existe aussi des cas où on ne constate aucune affection émotionnelle apparente, sans que soient exclues certaines manifestations particulières plus tardives.

Il est donc important de tenir compte qu'un profil clinique obtenu au MMPI/MMPI-2 ne puisse être interprété par le clinicien, sans que ce dernier n'ait d'abord analysé minutieusement le fonctionnement et les comportements actuels du répondant. Car ce profil reflète vraisemblablement cette actualité.

DU MMPI AU MMPI-2

Les données de stabilité temporelle n'ont guère changé, du MMPI au MMPI-2.⁶ Graham (2000)⁷ écrit à cet égard :

Il faut reconnaître que de nombreux attributs et symptômes de la personnalité changent sur des périodes relativement courtes » (p. 194).
« Pour les échantillons normaux, les coefficients de fidélité test-retest pour des intervalles courts étaient relativement élevés et comparables aux coefficients d'autres tests de personnalité. Pour des intervalles plus longs, les coefficients étaient considérablement inférieurs. Les données pour les patients psychiatriques étaient très similaires à celles des échantillons non cliniques (p.195).

En raison de la continuité entre les instruments d'origine et ceux révisés, on peut supposer que la stabilité des configurations MMPI-2 est très similaire à celle des configurations du MMPI d'origine⁸ (p. 196).

Quant à Greene (2011, pages 166-167), il écrit :

... les cliniciens doivent être prudents lorsqu'ils font des prédictions à long terme à partir d'une seule administration du MMPI-2. Il semble que, même si des codes-types à deux points bien définis⁹ soient nécessaires, il est plus probable qu'improbable que la personne aura un autre code-type à

6. Il serait fastidieux de répéter pour le MMPI-2 des chiffres qui s'apparentent à ceux présentés plus haut pour le MMPI. On pourra consulter au besoin Greene (2011).

7. Il existe depuis des rééditions datées de 2006 et de 2012.

8. Traduction libre, ainsi qu'il en est des traductions qui suivent.

9. Un code-type est dit « bien défini » si les échelles qui le définissent présentent une différence d'au moins 5 unités (T) avec le niveau T de l'échelle suivante (Greene, 2011, p. 154).

Diagnostiques rétrospectifs

deux points la prochaine fois que le MMPI-2 sera administré. Si le code-type n'est pas bien défini, la personne aura un code-type à deux points différents trois fois sur quatre.

Les cliniciens peuvent être portés à croire que des diagnostics spécifiques sont associés à certains types de codes. Malheureusement, il y a plus d'hétérogénéité dans le diagnostic psychiatrique au sein d'un code-type donné, que les cliniciens ne pourraient s'y attendre. Le clinicien constatera que l'hétérogénéité des diagnostics psychiatriques est caractéristique de tous les codes-types. Greene (1988) a résumé la fréquence à laquelle divers codes-types ont été trouvés dans des groupes diagnostiques spécifiques, et il a observé la relation attendue entre les codes-types et les groupes diagnostiques. Cependant, les types de codes les plus fréquents dans ces groupes se produisaient moins de 20 % du temps. Il est également apparu qu'à mesure que la taille des échantillons augmentait, la diversité des performances au sein d'un groupe de diagnostic spécifique augmentait plutôt que diminuait.

Le clinicien devrait consulter les différents chapitres de Greene (1988) pour examiner les performances du MMPI au sein de groupes diagnostiques spécifiques.

En somme, il faut retenir ce qu'écrivait Greene en 2011 : « Toute interprétation de MMPI-2 doit être comprise comme reflétant la façon dont la personne rapporte son comportement et ses symptômes à ce moment-là. »¹⁰

LA DÉMARCATIION ENTRE L'ORIGINE SOMATO-ORGANIQUE ET L'ORIGINE ÉMOTIONNELLE

La littérature établit explicitement que le MMPI/MMPI-2 ne peut être utilisé pour faire la part entre les deux hypothèses, l'une reposant sur une origine somato-organique du comportement, l'autre reposant sur une origine émotionnelle (cf. : diagnostic de « trouble somatoforme »)¹¹.

La description clinique des résultats obtenus au MMPI-2 doit d'abord se comprendre comme un résultat de l'événement déclencheur et de sa suite, reflétant comment la personne rend compte de son comportement et de ses symptômes au moment où elle répond au test.

Or, une allégation erronée de certains experts comme quoi les résultats au MMPI/MMPI-2 démontreraient la présence d'un « trouble somatoforme » potentiel attendant l'occasion d'éclorre, les amène à une

10. Voir aussi Parisien, 2014, page 308.

11. À propos du diagnostic de « trouble somatoforme », il faut remarquer que le Dr Allen Frances, éditeur du DSM-IV, a fortement contesté le fait que ce diagnostic ait été conservé au DSM-5 (voir Lane, 2013; voir aussi Dimsdale, 2011).

prise de position extrême et sans nuance, à savoir que le client (ou la cliente) aurait complètement imaginé ses troubles physiques et cognitifs. Cela entraîne à des interprétations telles que celle-ci : « En fait, madame (monsieur) s'imagine avoir des troubles cognitifs qu'elle (il) n'a pas ».

Il est fortement hasardeux de s'inspirer aveuglément de configurations classiques telles que 1-3-2 (*Hs-Hy-D*) comme un « v » de conversion¹² ou un « v » psychosomatique (Greene, 2011, p.119). L'interprétation classique d'une telle configuration équivaudrait à une conversion d'un problème de personnalité stressant, en problèmes plus rationnellement ou socialement acceptables, donc une conversion de problèmes psychologiques en symptômes physiques. Une telle interprétation classique ne s'applique pas nécessairement, en particulier dans les dossiers d'expertise où elle se révèle trompeuse et parfois préjudiciable au client (ou à la cliente).

CE QUE DIT EN SUS LA LITTÉRATURE CLINIQUE

Dans Arbisi et Butcher (2004, pages 573-574), on peut lire :

... les tentatives pour développer des échelles MMPI qui différencient avec précision les individus ayant de véritables plaintes somato-organiques, de ceux qui présentent des plaintes somatiques avec une superposition émotionnelle ou fonctionnelle, ont généralement échoué et l'utilisation du MMPI-2 pour prédire s'il existe une base physique de la plainte a été déconseillée (Keller et Butcher, 1991; Love et Peck, 1987; Rosen, Frymoyer et Clements, 1980).

L'incapacité d'identifier les variables de la personnalité et d'élaborer des directives d'interprétation, pour l'interprétation du MMPI-2 dans ces cas, est en grande partie due à la difficulté de démêler la cause et l'effet des facteurs psychologiques ou émotionnels, dans la susceptibilité à la maladie et le rétablissement face à la maladie. Par exemple, bien qu'un grand pourcentage de patients souffrant de douleur chronique et de maladie grave présentent des élévations sur les échelles cliniques MMPI/MMPI-2 suggérant une préoccupation somatique, il est difficile de déterminer si ces élévations contribuent au résultat du signalement de la douleur ou de la maladie elle-même (Vendrig, 2000).

Dans Nichols (2011, page 115), on peut lire :

L'élévation sur l'échelle 3(*Hy*) n'exclut pas une maladie physique. Les études de suivi des patients diagnostiqués d'un trouble de conversion ont

12. Un V de conversion classique au MMPI/MMPI-2 correspond à la forme en V du tracé de profil aux échelles 1(*Hs*), 2(*D*) et 3(*Hy*), où l'échelle *D* (la 2^e) se situe au niveau le plus bas des trois échelles, soit un T ≤ 65, alors que les deux autres échelles (la 1^{ère} et la 3^e, soit *Hs* et *Hy*) se situent significativement plus haut (T ~ 75-80+).

Diagnostiques rétrospectifs

généralement trouvé des taux élevés de pathologie organique (voir, par exemple, Merskey, 1995; Halligan, Bass et Marshall, 2001).

Et dans Greene (2011, pages 174-175), on lit :

Les clients avec les codes-types 1-3/3-1 se retrouvent fréquemment en milieu clinique, voire très fréquemment en milieu médical. Lorsque les échelles 1 (Hypochondrie ou *Hs*) et 3 (Hystérie ou *Hy*) sont égales ou supérieures à une cote T de 65 au MMPI-2, et que les échelles 1 et 3 sont supérieures de 10 points à l'échelle 2 (Dépression ou *D*), ce profil représente la conversion *V* classique (chapitre 4, p. 127). En général, plus l'élévation de la conversion *V* est importante, plus les défenses sont rigides. Une conversion *V* au-dessus d'une cote T de 80 suggère qu'une grande partie des efforts est inefficace pour tenter de conjurer l'anxiété, en particulier si l'échelle *F* (Infréquence) est également élevée de manière significative.

L'élévation absolue de la conversion "*v*" n'est pas liée au fait qu'un diagnostic psychologique ou physique soit susceptible d'en être déduit (Schwartz et Krupp, 1971), bien que les personnes de plus de 40 ans soient davantage susceptibles de recevoir un diagnostic physique et les femmes plus jeunes un diagnostic psychologique (Schwartz, Osborne et Krupp, 1972). Par conséquent, les élévations sur les échelles 1 et 3 ne peuvent pas être utilisées de manière fiable pour distinguer les troubles fonctionnels vs la maladie physique réelle. Dans les deux cas, la personne utilise des symptômes somatiques pour éviter de penser ou de faire face à des problèmes psychologiques.

Le profil clinique d'un traumatisé craniocérébral est souvent le reflet de la conséquence émotionnelle et cognitive des déficits neuropsychologiques résultant du trauma. Ce profil est alors le témoin de la détresse du sujet face à sa perte cognitive, de sa façon de s'y accommoder, de son processus d'adaptation.

CONCLUSION

Certains experts psychologues se sont servis et se servent encore de l'inventaire de personnalité MMPI/MMPI-2 de façon inappropriée et fautive sur le plan professionnel. Ils extrapolent rétrospectivement sur la vie antérieure du client (ou de la cliente) le portrait psychologique obtenu plus tard, ce qui peut constituer une erreur fondamentale.

Ils utilisent ensuite cette interprétation rétrospective pour baser leur choix entre deux hypothèses diagnostiques, l'une reposant sur une origine somato-organique du comportement, l'autre sur une origine émotionnelle (cf. le diagnostic de « troubles somatoformes »). La littérature clinique établit clairement que le MMPI/MMPI-2 ne peut pas être utilisé dans cette perspective.

Ainsi, le cas échéant, les conséquences pour le client (ou la cliente) sont catastrophiques quant aux décisions ultérieures des instances concernées, tant cliniques que judiciaires. En plus d'impliquer l'utilisation à mauvais escient d'un instrument aussi respecté que le MMPI/MMPI-2 en pratique d'expertise psychologique, il s'agit d'un errement déontologique qui peut, en cas de litige, faire pencher la balance en faveur de l'une ou l'autre des parties, lorsque les résultats concernant les autres éléments du dossier sont sujets à des interprétations variées.

Ce type d'errement déontologique n'est pas nouveau et est susceptible de retombées importantes quant à la pratique professionnelle d'expertise clinique et psycholégale.

RÉFÉRENCES

- Arbisi, P. A. et Butcher, J. N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 571-595.
- Butcher, J. N., Hass, G. A., Greene, R. L. et Nelson, L. D. (2015). *Using the MMPI-2 in Forensic Assessment*. American Psychological Association.
- Dimsdale, J.E. (2011). Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders? *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3), 511-513.
- Duckworth, J. C. et Anderson, W. P. (1986). *MMPI interpretation manual for counselors and clinicians*. Accelerate development, inc.
- Farr, S. P. et Martin, P. W. (1988). Neuropsychological dysfunction. Dans R. L. Greene (dir.), *The MMPI: use with specific populations*. Grune et Stratton.
- Friedman, A. F., Webb, J. T. et Lewak, R. (1989). *Psychological assessment with the MMPI*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Friedman, A. F., Bolinsky, P. K., Levak, R. W. et Nichols, D. S. (2015). *Psychological assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF (3^e éd.)*. Routledge. Taylor et Francis Group.
- Graham, J.R. (1987). *The MMPI. A practical guide*. Oxford University Press.
- Graham, J.R. (2000). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology (3^e éd.)*. Oxford University Press.
- Greene, R. L. (1991). *The MMPI-2/MMPI: an interpretive manual*. Allyn et Bacon.
- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF. An interpretive manual*. Third edition. Allyn et Bacon.
- Lane, C. (2013, 8 février). DSM-5 has gone to press containing a major scientific gaffe. *Psychology Today*.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 assessment (2^e éd.)*. John Wiley et Sons, Inc.
- Parisien, M. (2014). Le MMPI et le MCMI en expertise psycholégale. Dans L. Brunet (éd.), *L'expertise psycholégale (2^e éd.)*. Presses de l'Université du Québec.
- Parisien, M. (2021a). Validité empirique versus validité factorielle dans les inventaires de personnalité : Le MMPI-2 et les échelles restructurées RC. *The Quantitative Methods for Psychology (TQMP)*, 17(2), 87-104.
- Parisien, M. (2021b). Empirical vs. Factorial validity in personality inventories. The MMPI-2 and the restructured RC scales. *The Quantitative Methods for Psychology (TQMP)*, 17(3), 329-344.
- Ranson, M. B., Nichols, D. S., Rouse, S. V. et Harrington, J. I. (2009). Changing or replacing an established psychological assessment standard: Issues, goals, and problems with special reference to recent developments in the MMPI-2. Dans J. N. Butcher (éd.), *Oxford Library of Psychology. Oxford Handbook of Personality Assessment* (p. 112-139). Oxford University Press.
- Ruchenne, D. (2019). *L'examen clinique de la personnalité avec le MMPI-2 et le MMPI-A. Fondement et méthode*. Préfacé par J. N. Butcher. Mardaga.

Diagnostiques rétrospectifs

RÉSUMÉ

Les résultats d'un MMPI/MMPI-2 n'ont toujours pu que décrire la condition clinique du répondant au moment de l'évaluation : il n'est pas permis d'en extrapoler d'emblée une interprétation rétrospective. Or, des expertises psychologiques recourent à l'utilisation de résultats au MMPI/MMPI-2 pour se prononcer de façon péremptoire sur la personnalité antérieure au moment de l'examen. Le présent article entend faire le point sur de telles pratiques abusives qui se font au détriment de ce sujet, en invoquant sans base solide, une origine émotionnelle plutôt qu'une origine somato-organique.

MOTS CLÉS

expertise psycholégale, erreurs déontologiques, diagnostic cliniques rétrospectifs, stabilité temporelle du MMPI/MMPI-2, origine somato-organique vs émotionnelle des résultats

ABSTRACT

The results of an MMPI / MMPI-2 could only describe the clinical condition at the time of assessment. It is not permissible straightaway to extrapolate a retrospective interpretation from the outset. However, psychological assessments resort to the use of MMPI / MMPI-2 results to make a definitive statement on the prior personality of the client examined. This article intends to take stock of such abusive practices that are done to the detriment of a client by invoking without a solid basis an emotional origin rather than a somato-organic origin.

KEY WORDS

psycho-legal expertise, ethical errors, retrospective clinical diagnoses, temporal stability of the MMPI/MMPI-2, somato-organic vs emotional origin of the results
