Christophe MILECAN

Licencié en Psychologie Clinique

Consultant à l'Unité d'Expertises Médico-Psychologiques du CHU Brugmann

Service de Psychiatrie, CHU Brugmann, 4 Place Van Gehuchten, 1020 Bruxelles

Mots clés : Expertise psycho-légale – examen psychologique – batterie psychométrique

I. INTRODUCTION

L'expertise psycho-légale recouvre l'ensemble des missions confiées au spécialiste psychiatre ou psychologue ayant pour but d'éclairer le tribunal. Il s'agit d'un avis technique demandé dans le cadre d'une procédure judiciaire. Les conclusions de l'expert psychiatre ou psychologue retranscrites dans un rapport d'expertise n'ont aucun caractère contraignant et ne lient donc pas le juge.

Les enjeux sont majeurs : incarcération ou internement psychiatrique, évaluation de la dangerosité sociale d'un accusé, établissement d'un pronostic et d'éventuelles modalités thérapeutiques, incapacité de travail, nature, intensité et imputabilité de troubles psychiques, octroi d'une rente d'invalidité, capacité d'un individu à gérer ses biens de manière autonome...

D'une manière générale, on attend de l'expert psychologue qu'il puisse déterminer la nature et l'intensité des troubles psychiques présentés par un sujet. Il s'agit d'une démarche diagnostique. Les résultats et les conclusions de l'évaluation psychologique, consignés dans un rapport d'examen psychologique, seront ensuite transmis à l'expert psychiatre ou directement au juge.

II. L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE AVEC BATTERIE PSYCHOMETRIQUE

Partie importante de l'examen psychologique, l'évaluation psychométrique, abordant le sujet sous l'angle de ses performances, se donne comme objectif de quantifier le degré de sévérité de ses dysfonctionnements. Il permet d'évaluer et de classer le sujet examiné par rapport à son groupe de référence. Cette comparaison statistique s'effectue sur base de normes qui prennent en considération l'âge, le genre, le niveau socio-professionnel... Ces normes peuvent être répertoriés soit sous forme de moyennes et d'écart-types, soit sous forme de quartiles, déciles ou centiles. Classiquement, des performances non pathologiques se situent entre -1 et +1 écart-type par rapport à la moyenne.¹

La question de l'évaluation pose celle des critères diagnostiques et donc des références. Le référentiel le plus utilisé en psychiatrie est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM-IV).² Il s'agit d'un outil diagnostique créé dans une perspective de standardisation. Il ne recouvre toutefois pas l'ensemble du champ de la nosologie psychiatrique, notamment post-traumatique.

Dans le champ qui nous occupe, c'est-à-dire au tribunal du travail, les questions clés soumises à l'expert psychologue sont les suivantes :

1. mise en évidence d'éventuels troubles psychopathologiques au sens large (troubles du comportement, du caractère, du jugement, de l'humeur, troubles cognitifs, dysfonctionnement neuropsychologique...),
2. évaluation de leur intensité et de leur répercussion sur la capacité de travail,
3. étude de l'imputabilité des manifestations psychopathologiques observées,
4. mise en évidence d'une éventuelle prédisposition ou d'un état antérieur.

L'indemnisation « la plus juste possible » de troubles psychiques, implique la capacité de décrire les troubles psychiques de façon qualitative mais aussi quantitative en utilisant des indicateurs précis : tests cognitifs, épreuves projectives, échelles d'évaluation, questionnaires de personnalité...

Les mesures réalisées par ces outils psychométriques, quelle que soit la quantité de chiffres qu'ils proposent, n'ont de valeur que si des règles précises ont été respectées lors de leur élaboration et s'ils sont utilisés dans le respect des consignes qui les accompagnent. D'une façon générale, les épreuves psychométriques retenues par l'expert doivent satisfaire aux conditions métrologiques indispensables que sont la validité, la fidélité et la sensibilité.³

Mais, de manière tout aussi fondamentale, l'examen psychométrique n'a de sens que lorsqu'il est intégré à un examen clinique semi-directif approfondi communément appelé «examen mental». La batterie de tests proposée au sujet (évaluation du niveau intellectuel, de la personnalité, du fonctionnement cognitif...) s'intègre dans une approche globale qui se fixe comme objectif de cerner le plus précisément possible la nature et l'intensité des troubles psychiques présentés. L'entretien clinique semi-directif permet au sujet de s'exprimer selon deux modalités distinctes, un mode spontané où on lui offre la possibilité d'énoncer ses plaintes, son vécu subjectif (actuel et passé) et un mode dirigé, correspondant à un temps d'interrogatoire, qui doit permettre au clinicien de recueillir les données anamnestiques et la symptomatologie, tant psychique que somatique, présentée par le sujet. C'est la combinaison des informations recueillies par l'entretien clinique et les résultats obtenus aux différents tests qui va permettre au clinicien d'établir un diagnostic précis des troubles présentés par le sujet et de son fonctionnement psychique dans son ensemble. Dans cette démarche, l'entretien clinique semi-directif occupe une place prépondérante. Par l'écoute et le recueil systématique des plaintes, il est l'élément central sur lequel viendront se greffer les résultats de l'examen psychométrique. Ceux-ci, simplement répertoriés hors contexte, ne peuvent avoir la moindre pertinence et ne permettent aucune conclusion valable. Ils doivent être confrontés et intégrés aux données recueillies lors de l'examen mental.

Se pose alors la question de l'interprétation des résultats. Il s'agit d'un temps d'interrogation et de réflexion essentiel. En effet, comme un même profil de performances peut s'inscrire dans des cadres diagnostiques différents, les résultats aux tests, sans prise en considération de leur contexte, c'est-à-dire de la clinique, n'ont aucun sens. A titre d'illustration, prenons le cas du diagnostic différentiel démence-dépression. Il n'est pas rare de voir des évaluations neuropsychologiques évoquer, uniquement sur base des résultats obtenus, un état démentiel sans s'interroger sur l'existence d'une éventuelle symptomatologie dépressive qui pourrait fort bien, par un manque d'investissement, une fatigabilité, une lenteur psychomotrice, un manque d'intérêt porté à la situation d'examen, des troubles attentionnels... expliquer le tableau déficitaire observé.

Dans le même ordre d'idées, l'interprétation des résultats tiendra compte de l'écart éventuel par rapport aux limites de la normalité mais aussi de l'attitude du sujet au cours du testing (majoration des troubles due à une surenchère, attitude défensive de minimisation des troubles psychiques...).

D'une manière générale, les résultats obtenus par l'examen psychométrique devront toujours être interprétés en fonction de la clinique.

Classiquement, on distingue deux types d'évaluation psychométrique : l'évaluation cognitive et l'évaluation psycho-affective.

1. Capacité de l'outil à évaluer ce qu'il est censé évaluer

2. Correspond à la notion de reproductibilité que doivent avoir les résultats obtenus. Toutes les conditions externes étant égales, la répétition d'une mesure chez le même sujet doit donner le même résultat.

3. Finesse discriminative de l'outil d'évaluation

A. EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS

LES GRANDS CAS DE FIGURE

1. Les syndromes post-commotionnels et crânio-cervicaux

Dans de tels syndromes, l'évocation de difficultés attentionnelles, de pertes de mémoire et d'une fatigabilité anormale est classique. Ces plaintes cognitives se doivent d'être objectivées par un bilan neuropsychologique, essentiellement centré sur les tests attentionnels et mnésiques, permettant d'apprécier la réalité comme l'intensité des troubles allégués.

2. Lésions corticales

Il s'agit d'évaluer les séquelles neuropsychologiques associées à des lésions cérébrales. Dans un tel cas de figure, le bilan neuropsychologique prend tout son sens. En effet, il n'est pas rare de constater que l'étendue de la lésion cérébrale n'est guère corrélée avec l'importance du déficit neuropsychologique. Mais l'inverse est vrai aussi. C'est la raison pour laquelle l'investigation psychométrique aura à préciser le type de déficit neuropsychologique observé (via l'évaluation du langage, des praxies, des gnosies, des fonctions exécutives, des capacités attentionnelles et mnésiques...) mais surtout l'intensité de ce dernier, c'est-à-dire son caractère invalidant ou non. OSSON et BEAUNE (3) insistent d'ailleurs sur l'importance du bilan neuropsychologique en tant « qu'élément clé de l'expertise » après un trauma crânien sévère au même titre que l'examen neurologique. Cette évaluation neuropsychologique sera préférée à l'approche plus globale de l'intelligence (examens de type QI) dont les résultats sont souvent ininterprétables, sauf en cas d'arriération mentale avérée. Dans le même ordre d'idées, DUMOND, FAYOL et LEGER (4) estiment « qu'une évaluation intellectuelle globale (WAIS) est peu sensible aux difficultés réelles des blessés, centrées sur les troubles de la mémoire et de l'apprentissage, la compétence communicative, le ralentissement des activités mentales »

Les résultats de l'examen neuropsychologique doivent être confrontés aux données neuroradiologiques recueillies par les techniques d'imagerie médicale. Dans la plupart des cas de sujets cérébrólésés, les troubles cognitifs s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome psycho-organique en général ou d'un syndrome frontal en particulier. Chez un sujet frontal, totalement indifférent à ses troubles, ne se plaignant de rien, les troubles cognitifs peuvent passer inaperçu. Et pourtant, ils peuvent être bien invalidants. Il apparaît donc particulièrement judicieux de réaliser un bilan neuropsychologique approfondi lorsqu'un trouble frontal est suspecté.

3. Les aspects cognitifs des troubles psychiatriques, sans atteinte physique

a) Les troubles asthéo-dépressivo-anxieux. Dans de telles affections, les plaintes attentionnelles et mnésiques sont fréquentes. A nouveau, ces plaintes cognitives doivent d'être objectivées par un bilan précis et complet permettant d'apprécier la réalité et l'intensité des troubles allégués.

b) Les états de stress post-traumatiques sont susceptibles de se développer après des événements de vie pénibles et stressants tels que des attentats, agressions, viols, catastrophes naturelles, accidents... Au sein de cette entité clinique, dont l'élément diagnostic central est l'existence d'un syndrome de répétition, les répercussions cognitives ne sont pas à négliger et se doivent dès lors d'être investiguées.

B. EVALUATION PSYCHO-AFFECTIVE

L'évaluation psycho-affective se donne comme objectif de mettre en évidence d'éventuels troubles du caractère, du comportement, du jugement et de l'humeur et d'en mesurer leur intensité. Le référentiel le plus utilisé en psychiatrie est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM-IV. DUMOND, FAYOL et LEGER (4) font remarquer de manière fort pertinente que l'utilisation du DSM IV, sous son apparente facilité d'accès, ne dispense pas le clinicien de disposer d'une solide formation en psychopathologie.

L'objectivation des troubles psycho-affectifs se fait par l'intermédiaire d'échelles d'évaluation, de questionnaires de personnalité et d'épreuves projectives. En expertise, l'utilisation d'échelles spécifiquement psychiatriques est encore trop souvent négligée.

1. Les échelles d'évaluation

Les échelles d'évaluation recherchent la présence, l'intensité et/ou la fréquence de comportements ou de symptômes déterminés : anxiété (Echelle d'anxiété de Hamilton, Inventaire d'anxiété de Beck...), dépression (Echelle de dépression de Hamilton, échelle de dépression de Montgomery et Asberg, Inventaire de dépression de Beck...) phobies (Echelle des peurs, Questionnaire des peurs...), symptômes de type état de stress post-traumatique (Echelle de l'impact de l'événement de Horowitz, CAPS...), symptomatologie psychotique (BPRS, PANSS...)...

Ces échelles d'évaluation permettent d'obtenir une information plus rigoureuse sur la présence de manifestations psychopathologiques ainsi qu'une mesure psychométrique de leur intensité.

2. Les questionnaires de personnalité

Les questionnaires de personnalité (MMPI, Questionnaire de Personnalité de Eysenck, Questionnaire de personnalité TCI de Cloninger, Questionnaire de Cattell...) servent à explorer les traits de caractère et les aspects affectifs d'un sujet. Le plus utilisé dans la pratique clinique comme dans la recherche est le MMPI (5). Le questionnaire de personnalité MMPI va nous renseigner sur l'aspect pathologique ou non du profil de personnalité présenté par le sujet lors de l'examen, à la manière d'une photo ou d'un instantané. Reproductible, sans efforts d'apprentissage, ce questionnaire de personnalité permettra de comparer des photos successives de l'état psycho-affectif d'un individu au gré de l'évolution clinique.

3. Les tests projectifs

Les tests projectifs se caractérisent par l'ambiguïté du matériel et la liberté des réponses. Ces tests reposent sur le mécanisme de projection. Un stimulus sensoriel ambigu, flou, vague, est proposé au sujet. Ce stimulus l'incite à projeter des éléments de sa réalité intérieure qui lui sont propres et qui pourront par la suite être interprétés. Parmi les épreuves projectives, le Psychodiagnostic de Rorschach s'avère utile dans l'établissement d'un diagnostic de personnalité.

III. CONCLUSION

La confrontation du bilan psychométrique avec l'examen mental permettra de corroborer ou non les symptômes allégués (tant cognitifs que psycho-affectifs), de déterminer la nature et l'intensité des troubles présentés. Se posera également la question d'une éventuelle surcharge, voire d'une simulation consciente et volontaire. L'expert devra s'interroger sur l'existence d'un état antérieur.

L'examen de contrôle, dont l'utilité n'est pas à négliger, devra permettre d'apprécier l'évolution des troubles cognitifs et/ou psycho-affectifs sous l'effet des traitements entrepris.

C'est en procédant de la sorte qu'on en arrivera à pouvoir répondre à la question essentielle de nombreuses expertises en droit du travail : l'imputabilité des troubles, c'est-à-dire en définitive « réparer tout le dommage mais rien que le dommage »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. De Lansheere G. « *Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation* » Paris. PUF. 1979
2. American Psychiatric Association-DSM-IV. « *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* », 4^e édition (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D Guelfi et al, Masson, Paris, 1996, 1056 pages.
3. Osson D., Beaune, D. « *Le bilan neuropsychologique dans l'expertise du lésé crânio-cérébral grave* » Revue française du dommage corporel. 1993-4. 391-404.
4. Dumond J.J., Fayol, P., Léger, J.M., « *Troubles psychiques des traumatisés crâniens* » Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-520-A-10.
5. Debray Q., Granger, B., Azais, F. « *Psychopathologie de l'adulte* » (2^{ème} éd.) Masson, Paris, 2001.