UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
CÉLINE RICHER

L'ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE LA PERFORMANCE ET DES SYMPTÔMES EN NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE : SONDAGE SUR LES PRATIQUES ET LES CROYANCES DES NEUROPSYCHOLOGUES QUÉBÉCOIS.

JUILLET 2023

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. PS.)

Direction de recherche :

Geneviève Forest, Ph. D.	Université du Québec en Outaouais

Jury d'évaluation :

Mathieu Pilon, Ph. D.	Université de Sherbrooke
Dominique Lorrain, Ph. D.	Université de Sherbrooke

Ce mémoire doctoral est rédigé sous forme de mémoire par article, tel qu'il est stipulé dans les règles institutionnelles pour les mémoires et thèses par articles de l'Université de Sherbrooke et dans le règlement facultaire des études de 2e et 3e cycles de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Une approbation pour réaliser ce mémoire par article a été obtenue par le Département de psychologie et le Vice-décanat aux études supérieures et à la recherche. L'article a été accepté pour publication (preuve à l'Appendice A) dans la *Revue canadienne des sciences du comportement* et rédigé selon les normes éditoriales de cette revue. Le nom de la directrice de recherche apparaît comme co-auteure de l'article accepté pour publication.

Sommaire

Appuyé par une littérature scientifique rigoureuse et la publication de recommandations de pratique d'évaluation de la validité par les grandes associations américaines de neuropsychologues telles que la National Academy of Neuropsychology (NAN) et l'American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN), l'usage de tests de validité de la performance (TVP) et des symptômes (TVS) est désormais jugé requis pour toutes évaluations neuropsychologiques par une forte majorité de neuropsychologues américains. Depuis 2004, les données issues de sondages réalisés auprès de neuropsychologues américains témoignent d'une amélioration continue et cohérente avec les écrits scientifiques des croyances et des pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes. Toutefois, des sondages similaires réalisés à l'extérieur des États-Unis montrent que l'usage de TVP et de TVS serait peu répandu dans la pratique clinique courante des neuropsychologues et se limiterait surtout au contexte de l'expertise légale. À ce jour, on ne dispose d'aucune donnée sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes des neuropsychologues québécois. Cette étude descriptive comparative causale a pour objectif d'étudier les croyances et les pratiques actuelles de détection de la non-validité et d'administration des TVP et TVS des neuropsychologues québécois, puis de les comparer à celles des neuropsychologues américains. Il est aussi visé d'étudier les caractéristiques liées aux cliniciens et au contexte de pratique contribuant à une meilleure adhérence des neuropsychologues québécois aux recommandations de pratiques de la NAN et de l'AACN. Un sondage en ligne portant sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité a été diffusé à l'aide de listes de

distributions aux neuropsychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et aux candidats admissibles à la profession. Les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 113 participants montrent que les neuropsychologues québécois entretiennent des croyances erronées et utilisent à la fois peu les méthodes de détection subjectives et objectives dans leur pratique clinique comparativement aux neuropsychologues américains. De plus, les méthodes subjectives sont privilégiées aux méthodes objectives pour déterminer la validité des données neuropsychologiques. En outre, posséder des croyances cohérentes avec les faits scientifiques, une expertise légale, une clientèle formée d'adultes et d'aînés, des connaissances approfondies sur l'évaluation de la validité obtenues par le biais de formations hors université et de lectures pertinentes étaient associées à de meilleures pratiques. De ces résultats se dégage le constat que les neuropsychologues québécois manquent de connaissances à l'égard de l'enjeu de la validité de la performance et des symptômes et que cela nuit à l'évolution des pratiques de ceux-ci. Par conséquent, des stratégies concrètes doivent être mises en œuvre afin d'améliorer la diffusion des connaissances, notamment par le biais d'écrits en langue française par des experts québécois (p. ex. : déclaration de consensus, énoncé de positions), une amélioration de la formation universitaire, l'accès à des TVP et TVS validés auprès d'une population québécoise, ainsi qu'à des formations continues ciblant les besoins spécifiques des neuropsychologues québécois.

Table des matières

Sommaire iv

Remerciements viii

Introduction générale 1

Motivations sous-jacentes aux performances et symptômes non valides 4

Taux de base des performances aux tests neuropsychologiques non valides 6

L'importance de détecter la non-validité de la performance et des symptômes 7

Méthodes de détection de la non-validité de la performance et des symptômes 9

Méthodes de validité subjectives 9

Mesures de validité objectives 12

Recommandations de pratiques d'évaluation de la validité 16

Sondages sur les pratiques et les croyances 21

Variables influençant les pratiques liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes 24

Portrait de la pratique de la neuropsychologie au Québec 26

Pratiques et croyances d'évaluation de la validité des neuropsychologues québécois 27

Objectifs et hypothèses de la recherche 28

Hypothèses générales et spécifiques de l'étude 28

Contribution de l'auteure et présentation de l'article 30

Article : L'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois 32

Discussion générale 73

La formation initiale en neuropsychologie au Québec 76

L'accessibilité aux formations continues, aux écrits scientifiques et aux outils 79

Forces, limites et pistes pour la recherche future 85
Conclusion 87
Références 90
Appendice A : Preuve d'acceptation de l'article pour publication 99
Appendice B : Certificat d'éthique 101
Appendice C : Courriel de sollicitation 103
Appendice D : Formulaire d'information et de consentement 106
Appendice E : Sondage 110

Remerciements

L'idée originale pour ma question de recherche s'est installée progressivement dans le cadre de ma pratique clinique de neuropsychologue en psychiatrie, puis plus solidement lors de ma participation au congrès de l'AACN en 2017 à Boston aux États-Unis. C'est lors de ce congrès que j'ai constaté l'écart entre mon niveau de connaissance sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes et celles de mes collègues américains. Pr Geneviève Forest a généreusement accepté de m'accompagner dans mon travail de recherche, et avec l'excellence de son travail de direction et sa rigueur scientifique a permis de transformer ma question de recherche initiale en un réel projet de recherche bien étoffé. J'adresse donc naturellement mes remerciements à Geneviève qui m'a guidée, soutenue et motivée tout au long de ce projet. Merci, Geneviève, pour ta disponibilité, ton encadrement et ta générosité. Tes enseignements m'ont permis de mieux comprendre les rouages du travail de recherche et de la rédaction scientifique.

La réalisation de ce mémoire doctoral n'aurait pas été possible sans le soutien indéfectible de mes proches. Je désire tout d'abord remercier mon partenaire de vie, Brice Petitpa, qui m'a soutenue tout au long de ce projet par ses encouragements, sa présence bienveillante et son humour. Ta patience, ta disponibilité et ta générosité m'ont permis de mieux concilier mes responsabilités de mère, de neuropsychologue du réseau de la santé et d'étudiante au doctorat. Il me tarde de m'investir dans de nouveaux projets à tes côtés. Je remercie également mon fils Arnaud qui par sa présence, ses câlins et sa joie de vivre m'a permis de relativiser les défis rencontrés et de me recentrer sur l'essentiel. Merci à ma mère

Francine qui s'est montrée généreuse de son écoute, de son temps et de sa présence afin de me permettre de dégager du temps dans mon horaire pour rédiger. Je tiens également à remercier ma gestionnaire Jahel Ménard du CISSS de l'Outaouais pour son appui, ses encouragements et sa grande flexibilité en me permettant de réaménager mon horaire de travail pour mener mon projet d'études à terme.

Ce doctorat m'aura également donné la chance de rencontrer de nouveaux collègues et de développer de nouvelles amitiés. Chère cohorte 37, plus spécialement Amélie, Andrée, Hélène, Michèle, Michel, Lucciana et Nadia, ce parcours n'aurait pas été le même sans les fous rires partagés, les « roads trips » à Longueuil et nos fameuses séances de tomates du samedi matin. Ce fut un réel plaisir de poursuivre mes apprentissages cliniques et de recherche à vos côtés.

Finalement, je voudrais remercier monsieur Patrice Pelletier, psychologue et neuropsychologue, qui m'a généreusement partagé son expertise en acceptant de me superviser dans le cadre de mes internats. Par ses enseignements, ses conceptualisations et formulations cliniques, Patrice m'a permis d'accueillir la psychologue au sein de la neuropsychologue que je suis. Merci.

Introduction générale

La neuropsychologie est une science reconnue et appliquée s'appuyant sur le principe fondamental qu'il existe une relation entre le comportement d'un individu et le fonctionnement de son cerveau (Lezak et al., 2012). Une composante incontournable d'une évaluation neuropsychologique consiste en l'administration de tests cognitifs dans le but de dresser, analyser et interpréter le profil de performances obtenues. Pour ce faire, le neuropsychologue dispose d'un large inventaire d'outils standardisés lui permettant d'évaluer différentes fonctions cognitives (Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006). Les performances obtenues à ces tests cognitifs sont par la suite comparées à celles obtenues auprès d'une population normale similaire (p. ex. : de même sexe, groupe d'âge, niveau d'éducation et ethnicité) ou d'une population clinique similaire (p. ex. : souffrant de la même condition de santé) et permettent de déterminer ultimement la normalité ou la non-normalité du profil cognitif obtenu (Brooks et al., 2011).

Jusqu'à récemment, les cliniciens supposaient généralement que la grande majorité de leurs clients performaient au meilleur de leurs capacités aux épreuves psychométriques, à l'exception toutefois du contexte légal où l'existence de gains secondaires était réputée comme pouvant inciter à l'exagération ou la simulation de différents symptômes (Green & Merten, 2013). Par conséquent, en dehors du contexte légal, des scores anormaux aux tests neuropsychologiques étaient généralement interprétés comme des signes de dysfonctions cognitives authentiques. Depuis les trente dernières années, nous assistons à une explosion de la littérature scientifique portant sur l'impact d'un engagement insuffisant ou inadéquat

sur la validité de la performance aux épreuves neuropsychologiques, sur la prévalence du phénomène, ainsi que sur les méthodes de détection subjectives et objectives à préconiser (Martin et al., 2015). Alors que l'objectif initial de cette littérature était de contribuer à la détection de la simulation de troubles cognitifs en contexte d'expertises légales, l'objectif vise désormais une compréhension plus élargie du phénomène de la non-validité de la performance et des symptômes, et ce tant en contexte clinique qu'en contexte légal (Suchy, 2019). En lien avec cette littérature, on dispose de recommandations de pratiques portant sur l'évaluation de la validité, et plus particulièrement concernant l'usage de tests de validité de la performance (TVP) et de symptômes (TVS), émises par de grandes associations américaines de neuropsychologues (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009, Sweet et al. 2021). Actuellement, nous savons que les neuropsychologues américains adhèrent dans des proportions élevées aux recommandations de pratiques de ces organisations (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015; Schroeder et al., 2016; Young et al., 2016). Toutefois, nous ne possédons pas de données concernant les pratiques d'évaluation de la validité des neuropsychologues québécois.

Ainsi, l'objectif principal de la présente étude est d'étudier les croyances et les pratiques actuelles de détection de la non-validité et d'administration des TVP et TVS des neuropsychologues québécois. Pour répondre à cet objectif, une étude descriptive comparative causale a été effectuée à l'aide d'un sondage portant sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes ciblant les neuropsychologues québécois. Afin d'approfondir la problématique étudiée, les prochaines

sections de l'introduction générale font état des enjeux pertinents liés aux performances et symptômes non valides, détaillent les méthodes de détection de la validité, les recommandations de pratiques actuelles et les caractéristiques du clinicien et de sa pratique clinique favorisant l'usage des TVP et TVS et l'adhérence aux recommandations de pratiques. Le contexte de la pratique neuropsychologique au Québec est également présenté. Par la suite, les résultats de l'étude sont développés sous la forme d'un article scientifique. Finalement, une discussion générale permet d'approfondir les arguments développés dans le cadre de l'article et vise à fournir des pistes explicatives aux résultats obtenus.

Motivations sous-jacentes aux performances et symptômes non valides

En ce qui a trait aux motivations pouvant mener un individu à fournir des performances non valides et endosser des symptômes peu crédibles, il est bien documenté que différents facteurs externes et internes induisent des comportements allant de l'exagération non consciente, et sans intention malveillante, à la simulation franche (Rainville, 2020). La simulation est définie par la « *fabrication ou l'exagération volontaire de symptômes neurocognitifs, somatiques ou psychiatriques dans le but d'obtenir des gains matériaux ou des services, ou encore pour éviter des obligations formelles, des responsabilités ou des conséquences indésirables »* (Sherman et al., 2020). Tel que décrit dans les nouveaux critères multidimensionnels de simulation de Sherman et al. (2020), les facteurs externes dans le contexte de la simulation réfèrent d'une part à l'accès à un gain secondaire souhaitable (p. ex. : règlement financier, indemnisation, remplacement de

salaire, services, médication, etc.). Pour la clientèle pédiatrique, accéder à ou maintenir des accommodements académiques et des prestations gouvernementales sont des exemples de gains secondaires pouvant inciter un mineur, ou sous l'influence d'un parent, à exagérer ou simuler (Sweet et al., 2021). D'autre part, les facteurs externes réfèrent aussi à l'évitement d'une situation indésirable (p. ex.: conditions légales, service militaire, congédiement, expulsion d'une formation académique, retour dans une situation abusive, obligations quotidiennes, responsabilités, etc.) (Sherman et al., 2020). Pour la clientèle pédiatrique, éviter des travaux scolaires, des situations d'intimidation, ou encore retarder le retour au jeu pour un athlète sont des exemples où le mineur peut exagérer ou simuler afin de se soustraire à une situation indésirable (Sweet et al., 2021). En outre, il se dégage clairement de ces critères que la simulation ne se limite pas au seul contexte de l'expertise légale, mais peut également être retrouvé en contexte clinique.

Quant à eux, les facteurs internes renvoient davantage à des facteurs psychologiques tels gagner l'affection, la sympathie et l'attention d'autrui, en plus de viser le soulagement d'états psychologiques désagréables (p. ex. : culpabilité, anxiété et autres conflits internes) (Schroeder & Martin, 2021a). De plus, il demeure toujours la possibilité où l'évalué n'est tout simplement pas engagé envers le processus d'évaluation (p. ex. : apathie, désintérêt envers l'évaluation et les retombées), et en ce sens ne se mobilise pas adéquatement pour performer au meilleur de ses capacités.

Taux de base des performances aux tests neuropsychologiques non valides

De nombreuses études réalisées auprès d'une clientèle adulte ont tenté de déterminer les taux de base de la non-validité de la performance lors d'évaluations neuropsychologiques. Le taux de base réfère à la probabilité qu'une condition survienne et renseigne ainsi le clinicien quant à la probabilité d'obtenir des performances non valides selon les contextes, motifs de référence, milieux cliniques ou populations spécifiques (Gouvier, 1999). Ainsi, il est généralement accepté qu'un pourcentage non négligeable de clients obtiennent des performances non valides et non représentatives de leurs capacités cognitives réelles en présence de facteurs externes et pour des taux estimés à 40 % ± 10 %, et ce tant dans un contexte clinique que légal (Ardolf et al., 2007; Larrabee et al., 2009; Marshall et al., 2010; Martin & Schroeder, 2020; Mittenberg et al., 2002; Ruff et al., 2016; Sullivan et al., 2007). En l'absence de facteurs externes, la probabilité d'obtenir des performances non valides est réputée plus faible, mais varie tout de même de 5 à 22 % des évaluations neuropsychologiques (Martin & Schroeder, 2020; Wodushek & Domen, 2020).

Les neuropsychologues travaillant auprès d'enfants et d'adolescents ont longtemps affirmé que ceux-ci ne possédaient pas les capacités cognitives suffisantes pour exagérer ou simuler, notamment au niveau de la théorie de l'esprit, de la mémoire de travail et du contrôle inhibiteur, alors qu'en fait les comportements de tromperie pourraient être présents dès l'âge de trois ans et deviendraient plus sophistiqués vers l'adolescence (Kirkwood, 2015). Toutefois, comme détaillés dans la revue de littérature par Kirkwood (2015), les enfants et les adolescents obtiendraient des performances non valides aux

évaluations neuropsychologiques pour des taux de base estimés entre 1 % et 20 % selon les contextes cliniques, et où ces taux seraient plus élevés chez des enfants présentant des symptômes persistants suivant un traumatisme crânien léger. En outre, les études de Chafetz et al. (2007) et Chafetz (2008) rapportent qu'entre 26 à 60 % des mineurs évalués aux États-Unis afin de déterminer un statut d'invalidité et l'accès à des prestations financières gouvernementales obtiennent des performances invalides possiblement indicatives de simulation. Par conséquent, devant ces évidences, le neuropsychologue travaillant auprès des enfants et des adolescents se doit de reconnaître que le phénomène de la non-validité de la performance et des symptômes existe, connaître les contextes où elle se présente et mieux comprendre les motivations sous-jacentes à ces comportements (Ploetz et al., 2021).

L'importance de détecter la non-validité de la performance et des symptômes

La justesse des conclusions d'une évaluation neuropsychologique découle directement de la validité de la performance cognitive et des symptômes rapportés par le client (Bender & Frederick, 2018; Boone, 2013; Hirst et al., 2017). Par conséquent, l'interprétation d'un profil neuropsychologique, sans contrôler au préalable pour la validité des résultats, pourrait occasionner des erreurs d'interprétation, des diagnostics erronés, à recommander des examens ou des traitements inutiles (p. ex. : prescription d'une médication non requise, examen d'imagerie cérébrale) ainsi qu'à émettre des recommandations menant à des restrictions des activités de la vie quotidienne et des capacités à vivre de façon autonome (p. ex. : changement de milieu de vie, arrêt de la

conduite automobile) (Schroeder & Martin, 2021b). Ultimement, indiquer par exemple à un client qu'il a des atteintes graves, irréversibles et permanentes pourrait conduire à la chronicité de difficultés d'adaptation et entraver le traitement de conditions sous-jacentes (ex. : anxiété, manque de sommeil), un phénomène connu sous le nom d'effet iatrogénique (Iverson & Lange, 2012). Enfin, de telles erreurs pourraient également amener à remettre en doute la compétence du clinicien (Kirkwood, 2015).

Les risques de ne pas évaluer la validité de la performance et des symptômes touchent également la société à différents niveaux, soit par l'utilisation inappropriée des ressources des milieux de la santé, de l'éducation et des programmes gouvernementaux (Kirkwood, 2015). Par exemple, Chafetz et Underhill (2013) estiment à 20,02 milliards le coût associé à la simulation de troubles mentaux chez les adultes recevant une assurance invalidité de la sécurité sociale pour l'année 2011. Ce coût serait estimé à 2,13 milliards chez les enfants pour la même année (Chafetz, 2015). Dans un autre ordre d'idée, la validité de la performance et des symptômes obtenus par les participants à des études scientifiques étant rarement évaluée, certains auteurs se questionnent également sur l'effet de ces pratiques sur l'état des connaissances scientifiques lors d'études cliniques (Green & Merten, 2013; Kirkwood, 2015). L'étude de DeRight et Jorgensen (2015) appuie ces interrogations, alors que 12 % des étudiants ayant participé à une étude ont échoué à un test de validité de la performance visant à détecter un engagement non optimal, et que ceci était associé à de faibles performances obtenues à des épreuves psychométriques mesurant le fonctionnement cognitif à travers différents domaines.

Méthodes de détection de la non-validité de la performance et des symptômes

Il existe une abondante littérature scientifique portant sur les méthodes de détection de la non-validité en neuropsychologie, toutefois il semble que cette littérature soit surtout consommée par des neuropsychologues ayant une pratique professionnelle en expertise (Rainville, 2020). En effet, différentes méthodes ont été recommandées à travers ces écrits scientifiques afin d'assurer la validité des plaintes et des profils neuropsychologiques obtenus (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009; Larrabee, 2003; Slick et al., 1999). Ces méthodes peuvent se séparer en deux grandes catégories soient : les méthodes subjectives et les méthodes objectives.

Méthodes de validité subjectives

Les méthodes de validité subjectives visent l'identification d'incohérences, d'incompatibilités, de profils de dysfonctions cognitives ou de symptômes particuliers à même l'histoire de la présentation de la problématique, du portrait dressé par le client de ses difficultés et les performances obtenues aux épreuves cognitives et psychologiques (Martin et al., 2015). Ces méthodes s'appuient essentiellement sur un jugement clinique découlant de l'analyse et le recoupement de plusieurs observations qualitatives selon une approche qui n'est toutefois pas standardisée et pouvant être variable d'un professionnel à l'autre (Guilmette, 2013). Plus spécifiquement, le neuropsychologue peut s'appuyer, entre autres, sur les méthodes subjectives suivantes :

- Observations comportementales indicatives d'un faible engagement à un sous-test individuel.
- Contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés.
- Patron de déficits cognitifs incompatibles avec la condition.
- Sévérité de l'atteinte cognitive incompatible avec la condition.
- Symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique.
- Évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées.

Cependant, un petit nombre d'études a permis de soulever les risques de s'appuyer uniquement sur le jugement subjectif afin de déterminer la validité de la performance obtenue (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Faust et al., 1988; Faust et al., 1988; Heaton et al., 1978). À la fin des années 80, les résultats de deux études ont démontré que des enfants et des adolescents pouvaient déjouer le jugement clinique de neuropsychologues expérimentés (Faust et al., 1988; Faust et al., 1988). Plus précisément, il était demandé à des neuropsychologues de déterminer la normalité ou l'anormalité des résultats obtenus par des enfants et des adolescents auxquels on avait demandé préalablement d'abaisser légèrement leurs performances. Lorsque le clinicien identifiait le profil obtenu comme anormal, il devait préciser la cause parmi les choix suivants : dysfonctions corticales, simulation ou facteurs fonctionnels. Même s'ils étaient avertis qu'ils pouvaient être exposés à des dossiers de simulateurs, il fut démontré que la grande majorité des cliniciens

ont attribué le profil obtenu à des troubles cognitifs authentiques (dysfonctions corticales), et aucun n'avait suspecté la possibilité de simulation.

Une étude plus récente a voulu déterminer la capacité de neuropsychologues expérimentés (moyenne d'une dizaine d'années de pratique) à identifier la présence de résultats neuropsychologiques et de symptômes autorapportés non valides obtenus par des patients externes d'un hôpital, et ce sans l'aide de mesures de validité objectives (Dandachi-FitzGerald et al., 2017). Ainsi, il a été demandé à 31 neuropsychologues cliniciens de faire des prédictions quant à la possibilité que leurs clients échouent ou non un test de validité des symptômes (TVS) (c.-à-d. le *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) et un test de validité de la performance (TVP) (c.-à-d. l'*Amsterdam Short-Term Memory Test*) une fois leur évaluation complétée. Des mesures de validité objectives ont ensuite été administrées à 203 patients. Des 152 patients pour lesquels il avait été prédit que les résultats aux mesures de validité seraient normaux, 9,2 % ont échoué aux deux mesures de validité administrées. En contrepartie, des 51 patients pour lesquels il était anticipé que les résultats allaient être quelque peu problématiques, 68,6 % ont obtenu des scores adéquats aux deux mesures de validité administrées. Enfin, des 30 patients ayant échoué aux deux mesures de validité administrées, seuls 53,3 % furent adéquatement prédits par les cliniciens. Cette étude témoigne donc d'une faible concordance entre les prédictions des cliniciens et les résultats obtenus à des mesures de validité objectives. Plus précisément, le jugement subjectif des cliniciens quant à la présence d'un effort inadéquat ou adéquat n'était correct que dans 76 % des cas. Ainsi, les

auteurs suggèrent que l'ajout de mesures de validité objectives à la batterie du neuropsychologue pourrait permettre de corriger un jugement clinique potentiellement erroné (Dandachi-FitzGerald et al., 2017). La nécessité d'inclure des mesures de validité objectives pour appuyer les conclusions du clinicien n'élimine toutefois pas pour autant la pertinence d'utiliser les méthodes de validité subjectives, mais de façon conjointe avec les méthodes objectives (Guilmette, 2013; Heilbronner et al., 2009),

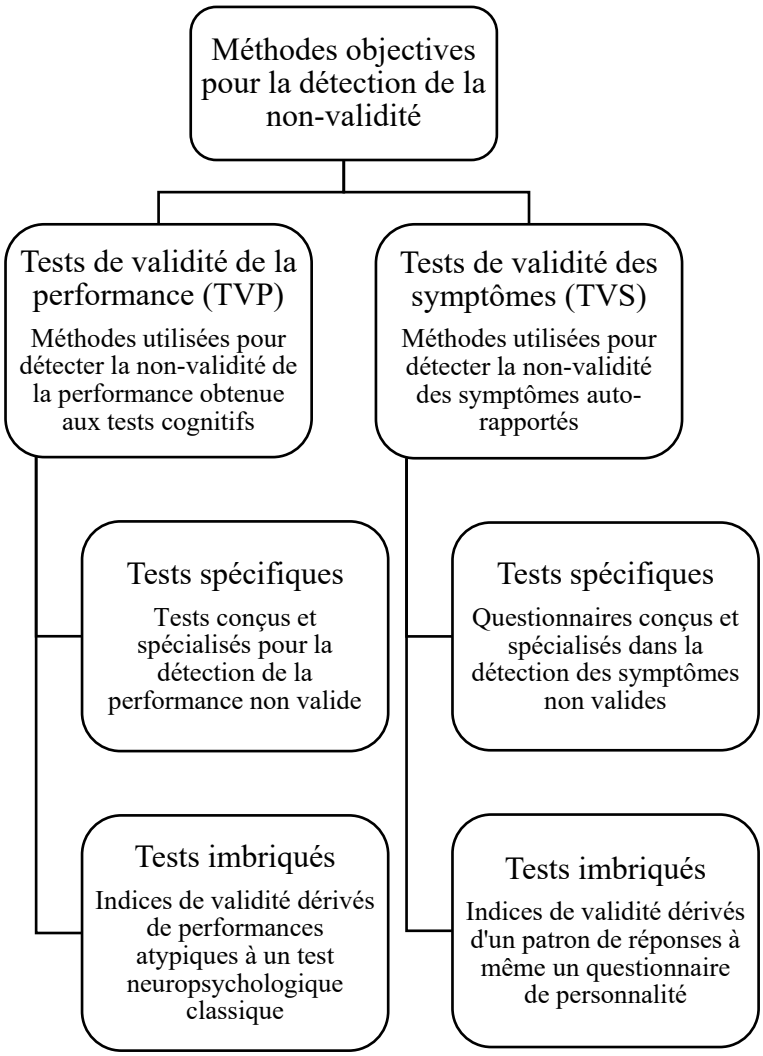
Mesures de validité objectives

Les méthodes de validité objectives font référence à ce qui est couramment appelé « tests d'effort ou de simulation » dans la pratique courante. Ces mesures standardisées de validité objective font l'objet d'une littérature scientifique abondante, variée et d'une très grande qualité portant sur l'efficacité de ces méthodes à détecter un effort ou un engagement inadéquat (Heilbronner et al., 2009). De nombreuses normes ont également été développées et publiées afin de guider le clinicien dans l'interprétation de ces mesures selon différentes populations cliniques (ex. : traumatisés crâniens, douleurs chroniques, troubles d'apprentissage, etc.).

Selon la terminologie de Larrabee (2012), le terme « mesure de validité objective » fait référence à la fois aux tests de validité des symptômes (TVS) et aux tests de validité de la performance (TVP). La figure 1 permet de schématiser les différentes méthodes objectives disponibles pour détecter la validité de la performance et des symptômes, ainsi que les tests associés à celles-ci. Les TVS sont des mesures objectives évaluant la validité

Figure 1

Terminologie associée aux méthodes objectives permettant de détecter la non-validité de la performance et des symptômes (adapté de Kirkwood, 2015).



des symptômes autorapportés à des questionnaires ou à des tests de personnalité et se déclinent en deux catégories. Tout d'abord, la première catégorie concerne les tests spécifiques (p. ex. : *Structured Inventory for Malingered Symptomatology*) développés

précisément pour mesurer la tendance à endosser des symptômes autorapportés cognitifs, physiques, affectifs et psychiatriques atypiques, et ce même pour des populations cliniques. La deuxième catégorie concerne les tests imbriqués, soient des échelles regroupant une constellation d'items tirés à même un questionnaire, et pour lesquelles des données sont disponibles pour aider le clinicien à apprécier la validité des réponses endossées par son client (p. ex. : échelles de validité de l'*Inventaire multiphasique de personnalité*). Ces échelles peuvent renseigner à la fois le clinicien sur la tendance de son client à se présenter sous un jour très favorable ou très défavorable, mais également au niveau du soin qu'il a accordé à répondre aux items (p. ex. : répondre de façon aléatoire vs cohérente) et de ses capacités à comprendre les items (Lippa, 2021). Le tableau 1 représente les TVS les plus fréquemment utilisés par les neuropsychologues américains selon les données recueillies par Martin et al. (2015).

Tableau 1

TVS les plus fréquemment utilisés par l'échantillon de Martin et al. (2015)

TVS spécifiques	TVS imbriqués
SIMS	MMPI-2-RF
MCI	MMPI-2
SIRS	PAI
M-FAST	MCMI-III

Note. Mesures présentées selon une fréquence d'utilisation de la plus élevée à la moins élevée. SIMS = Structured Inventory for Malingered Symptomatology; MCI = Memory Complaints Inventory; SIRS = Structured Interview of Reported Symptoms; M-FAST = Miller Forensic Assessment of Symptoms Test; MMPI-2-RF/MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form; PAI = Personality Assessment Inventory; MCMI-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory-III.

Quant à eux, les TVP sont des mesures objectives évaluant la validité de la performance obtenue aux épreuves mesurant des habiletés cognitives et se déclinent également en deux catégories. Les TVP spécifiques (p. ex. : *Test of Memory Malingering*) sont des outils développés précisément et uniquement pour la détection de la performance non valide. La majorité de ces tests sont construits selon un principe d'effet plancher en misant sur le fait qu'ils paraissent généralement plus difficiles qu'ils ne le sont en réalité (Bender & Frederick, 2018). Par exemple, un individu désirant simuler des troubles mnésiques aura tendance à surestimer la difficulté de la tâche et majorer ses difficultés à un point tel où ses performances seront nettement inférieures à celles obtenues par des individus souffrants d'authentiques atteintes cognitives et de niveau de sévérité significatif. En réalité, ces tests sont généralement peu sensibles aux troubles cognitifs ou psychologiques authentiques (p. ex. : traumatisme craniocérébral modéré à sévère, déficience intellectuelle, troubles psychiatriques), mais très sensibles à l'invalidité de la performance (Schroeder et al., 2021). De plus, le format en choix forcé généralement employé pour ce type de tâches permet d'obtenir une évidence franche de non-validité, notamment lorsque l'individu évalué obtient un score inférieur au niveau de la chance et qui se veut indicatif d'un effort délibéré à offrir une très faible performance (Bender & Frederick, 2018). En outre, les scores seuils de validité pour ces tests sont généralement facilement accessibles pour différentes populations cliniques et s'appuient sur une littérature scientifique bien validée (Soble et al., 2021).

La deuxième catégorie de TVP concerne les TVP imbriqués (p. ex. : choix forcé du California Verbal Learning Test), soient des mesures intégrées à même les tests neuropsychologiques classiques. Il est important de préciser que les TVP imbriqués n'ont pas été développés spécifiquement pour détecter la non-validité de la performance et mesurent à la fois des habiletés cognitives. Ils se veulent donc moins spécifiques que les TVP spécifiques à détecter un engagement non optimal, requièrent une plus grande prudence dans le choix des normes à sélectionner pour l'interprétation et il demeure toujours le risque de conclure de façon erronée à la non-validité alors que la performance obtenue découle d'une pathologie réelle (Soble et al., 2021). Les TVP imbriqués ont toutefois l'avantage de ne pas rajouter du temps à l'évaluation neuropsychologique, puisqu'aucun test additionnel n'est ajouté à la batterie prévue, et permettre d'évaluer la validité tout au long de l'évaluation (Boone, 2013). Le tableau 2 présente les TVP spécifiques et imbriqués les plus fréquemment utilisés par les neuropsychologues américains selon les données recueillies par Martin et al. (2015).

Recommandations de pratiques d'évaluation de la validité

La *National Academy of Neuropsychology* (NAN), ainsi que *l'American Academy of Clinical Neuropsychology* ont publié respectivement en 2005 et 2009 des recommandations sur les méthodes de détection de la non-validité de la performance et des symptômes afin d'uniformiser les pratiques et de les aligner avec la recherche empirique (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009). Dans un premier temps, ces deux organisations considèrent l'inclusion de mesures de validité objective comme une nécessité dans toutes

Tableau 2

TVP les plus fréquemment utilisés par l'échantillon de Martin et al. (2015)

TVP spécifiques	TVP imbriqués
TOMM	RDS
WMT	Choix forcé du CVLT-2
MTVS	Indices du FTT
Dot Counting Test	WCST – Failure to maintain set
Rey 15-item Test	RBANS Effort index
VSVT	WMS LM – score de reconnaissance
NV-MSVT	Figure complexe de Rey – équation d'effort
Word Choice Test	
b Test	

Note. Mesures présentées selon une fréquence d'utilisation de la plus élevée à la moins élevée. TOMM = Test of Memory Malingering; WMT = Word Memory Test; MTVS = Medical Symptom Validity Test; NV-MSVT = Non-Verbal Medical Symptom Validity Test; VSVT = Victoria Symptom Validity Test; RDS = Reliable Digit Span; CVLT-2 = California Verbal Learning Test-2nd Edition; FTT = Finger Tapping Task; WCST = Wisconsin Card Sorting Test; WMS LM = Wechsler Memory Scale Logical Memory.

évaluations neuropsychologiques. Cette recommandation et d'autant plus fermement reconfirmée par la mise à jour en 2021 de la déclaration de consensus de l'AACN, en plus d'en spécifier la nécessité tant pour le contexte clinique que légal (Sweet et al., 2021).

Ces deux associations ont également émis des recommandations de pratiques concernant les procédures entourant l'administration des TVP et TVS. Il est tout d'abord recommandé d'administrer plusieurs TVP ou TVS par évaluation neuropsychologique. D'une part, en sélectionnant des TVP couvrant des domaines cognitifs variés (p. ex. : fonctionnement intellectuel, mémoire, vitesse de traitement, attention/mémoire de travail, fonctionnement exécutif, etc.), ceci assurerait une meilleure détection de la non-validité de

la performance alors qu'elle peut toucher des domaines cognitifs différents d'un individu à l'autre (Sweet et al., 2021). D'autre part, l'administration de plusieurs TVP permettrait d'assurer la fiabilité des conclusions qui seront tirées des données obtenues. En effet, tel que rapporté par Sweet et al. (2021), l'échec à un seul TVP peut être retrouvé fréquemment chez des patients bien engagés dans le processus d'évaluation, alors que l'échec à plusieurs TVP ne l'est généralement pas. À titre indicatif, l'étude de Martin et al. (2015) révèle que les neuropsychologues américains travaillant majoritairement auprès d'une clientèle adulte administrent en moyenne 4,8 (ET = 2,00) TVP par évaluation en contexte clinique, et 6,3 (ET = 2,56) TVP en contexte légal.

Deuxièmement, tel que démontré par Boone (2009), et appuyé par la NAN (2005) et l'AACN (2009; 2021), il est aussi recommandé de répartir les TVP et les TVS tout au long de l'évaluation en raison des variations que peu présenter un client dans son niveau d'engagement et de motivation au sein d'une même séance, ainsi que d'une séance à l'autre. De plus, il est généralement recommandé d'administrer les TVP spécifiques en amont des tests cognitifs évaluant le même domaine cognitif, qu'un TVP soit administré très tôt en début d'évaluation, que les deux types de TVP soient utilisés (c.-à-d. : TVP spécifique et imbriqué), et que des TVP et des TVS soient administrés à chaque séance où des tests cognitifs et des questionnaires autorapportés sont prévus (Lippa, 2021).

Une troisième catégorie de recommandations entourant l'administration des TVP et TVS concerne l'importance d'encourager l'examiné à performer tout au long de

l'évaluation au meilleur de ses capacités, et à répondre le plus exactement possible aux mesures autorapportées, et ce avant même de débuter l'administration des épreuves psychométriques (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009). De plus, Bush et al. (2005) précisait dans l'énoncé de positions de la NAN, qu'il est également recommandé, à tout moment de l'évaluation, d'informer l'évalué qu'un effort à bien performer et à répondre honnêtement était requis si un manque d'engagement était suspecté. Ces mêmes auteurs indiquaient également qu'il était possible d'aviser explicitement le client que des TVP et des TVS seront administrés pour valider les résultats obtenus.

Toutefois, ces dernières recommandations semblent encore aujourd'hui matière à débat auprès de cliniciens et d'experts dans le domaine. En effet, comme résumé par Lippa (2018), certains auteurs estiment que de tels avertissements sont requis dans le cadre d'un consentement libre et éclairé et qu'ils augmentent la probabilité que le client performe au meilleur de ses capacités ; alors que d'autres considèrent que ceux-ci amèneront le client à modifier sa stratégie et rendre la détection de la non-validité plus complexe. Le sondage de pratiques et de croyances de Martin et al. (2015) illustre bien l'écart entre le niveau d'adhérence à certaines recommandations de pratique. En effet, alors qu'une forte majorité de neuropsychologues sondés (96,9 %) affirmaient encourager leurs clients à performer au meilleur de leurs capacités, 38,3 % disaient avertir leurs clients que des mesures objectives seraient administrées et 23,2 % donnaient une rétroaction immédiate de performer au meilleur de leurs capacités si des performances non valides étaient suspectées. Dans leur mise à jour de déclaration de consensus en 2021, l'AACN appuie la recommandation

d'encourager le client à performer au meilleur de leurs capacités, toutefois ils ne se positionnent pas explicitement en faveur ou défaveur des pratiques visant à avertir de la présence de TVP et de TVP ou de confronter le client si des performances non valides sont suspectées. Cependant, ils précisent que les encouragements fournis aux clients ne devraient pas s'éloigner des consignes d'administration généralement retrouvées au sein de tests cognitifs ou questionnaires standardisés, et qu'informer spécifiquement que des mesures objectives seront administrées pourrait rendre la détection de la non-validité plus complexe (Sweet et al., 2021).

Quatrièmement, il est recommandé de rapporter les conclusions de l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes dans les communications professionnelles. En effet, conclure à la non-validité de la performance et/ou des symptômes est recommandé lorsque le clinicien possède des évidences claires issues de TVP et de TVS, d'autant plus lorsque cette analyse est réalisée conjointement avec l'inclusion des méthodes subjectives (Sweet et al., 2021). De plus, une telle conclusion informe qu'il n'est pas possible d'utiliser les données issues de l'évaluation neuropsychologique pour orienter le diagnostic, clarifier les causes et l'étendue des attentes, ainsi que pour collaborer à l'élaboration d'un plan de traitement (Bush et al., 2005).

Enfin, il est fortement recommandé d'ajuster le choix des TVP et des TVS pour chaque évaluation neuropsychologique puisque, comme détaillée précédemment, la probabilité d'obtenir des performances invalides varie selon les contextes, motifs de

référence, milieux cliniques ou populations spécifiques. Par conséquent, l'usage d'une batterie fixe de TVP et de TVS n'est pas recommandé (Heilbronner et al., 2009). Les recommandations plus spécifiques concernant l'interprétation des résultats obtenus aux TVP et TVS, notamment en lien avec les facteurs à prendre en considération ou lorsque plusieurs mesures sont administrées au sein d'une même évaluation, ne seront pas abordées dans le cadre du présent mémoire.

Sondages sur les pratiques et les croyances

Suite au sondage de Slick et al. (2004) sur les pratiques d'experts quant à la détection de la simulation, un intérêt de plus en plus grand, surtout présent aux États-Unis, porte sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues face à l'évaluation de la validité des performances et des symptômes en neuropsychologie. Depuis 2004, une dizaine de sondages a été publiée sur les croyances et les pratiques des neuropsychologues cliniciens à l'égard des méthodes de détection de la non-validité.

Un des premiers sondages effectués spécifiquement auprès de neuropsychologues a été réalisé en 2007 par Sharland et Gfeller. Ce sondage a révélé que 55 % des neuropsychologues américains administraient souvent ou toujours un TVP ou un TVS, contre 16 % qui n'en administraient jamais ou rarement. De plus, cette étude a montré qu'une majorité de neuropsychologues accordait plus d'importance à leur jugement subjectif qu'aux mesures de validité objectives afin de déterminer la validité de la performance. Un peu moins de dix ans plus tard, le sondage de Martin et al. (2015), réalisé

essentiellement auprès de neuropsychologues américains, mettait en évidence des changements significatifs dans les pratiques et les croyances quant à l'utilisation des mesures de validité objectives. Ainsi, selon ce sondage, les TVS et les TVP étaient désormais utilisés régulièrement (c.-à-d., souvent ou toujours) par approximativement 92 % des neuropsychologues. Également, les mesures de validité objectives étaient considérées comme plus fiables que le jugement clinique par 89 % des neuropsychologues. En outre, un sondage de pratiques et de croyances réalisé dans la foulée du sondage de Martin et al. (2015) auprès de neuropsychologues nord-américains et possédant une expertise en évaluation de la validité révélait des pratiques et des croyances plutôt similaires entre les experts et les cliniciens généralistes (Schroeder et al., 2016). Le sondage de Brooks et al. (2016) portant sur les pratiques d'évaluation de la validité chez une clientèle âgée de 18 ans et moins et réalisé auprès de neuropsychologues essentiellement américains, révélait que 92 % utilisaient au moins un TVS et 88 % au moins un TVP par évaluation.

Ces modifications dans les pratiques et les croyances des neuropsychologues américains pourraient possiblement être attribuables à la publication de lignes directrices par l'AACN et la NAN en 2005 et 2009, alors que les sondages plus récents tendent à suggérer une meilleure adhérence aux recommandations de pratiques de ces organisations (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015; Schroeder et al., 2016; Young et al., 2016). En effet, ces recommandations de pratique semblent avoir eu pour effet de bonifier la pratique clinique à l'égard des enjeux de la non-validité en neuropsychologie

clinique par une meilleure adéquation avec les données issues des études empiriques. Toutefois, Brooks et al. (2016) nous mettent en garde quant aux effets possibles des biais de sélection, alors que généralement seuls les neuropsychologues utilisant les mesures objectives participent à ces études. Il serait ainsi plus difficile de sonder les neuropsychologues n'utilisant pas ces méthodes objectives pour en dégager les croyances pouvant motiver ces comportements ou encore les pratiques alternatives employées. Enfin, un biais de désirabilité sociale doit également être considéré dans l'interprétation des données issues de ces sondages, alors que les participants pourraient avoir tendance à affirmer utiliser fréquemment les méthodes objectives dans leur pratique, alors qu'ils les utilisent peu dans la réalité.

En outre, les sondages révèlent que les recommandations et conclusions issues de la littérature scientifique ne semblent pas avoir été déployées pleinement dans la pratique clinique en neuropsychologie à l'extérieur des États-Unis. Par exemple, les études de Dandachi-FitzGerald et al. (2013) et McCarter et al. (2009) révèlent que le Royaume-Uni, la Norvège, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Finlande, l'Italie et le Danemark utilisent fréquemment des mesures de validité objectives dans 14 à 70 % des cas légaux, contre 6 à 30 % des cas cliniques. Ceci est très inférieur aux proportions rapportées dans le sondage de Martin et al. (2015), alors que 98 % des cliniciens travaillant en contexte légal et 56 % de ceux travaillant en contexte clinique considèrent comme obligatoire d'inclure des mesures objectives de détection de la non-validité. Ainsi, l'administration de TVS et TVP demeure largement favorisée dans les contextes légaux par les neuropsychologues

européens, alors qu'il a été montré à plusieurs reprises que la non-validité de la performance et des symptômes était également fréquente dans des contextes cliniques. De plus, la croyance à l'égard de la capacité du clinicien à déterminer la validité de la performance et des symptômes sans le recours à des mesures objectives serait encore très ancrée dans la pratique européenne (McCarter et al., 2009). En Océanie, un sondage réalisé auprès de neuropsychologues néo-zélandais a révélé que la majorité des répondants (56,9 %) utilisaient les TVP dans moins de 50 % de leurs évaluations (Barker-Collo & Fernando, 2015). L'étude récente de Uiterwijk et al. (2021), portant sur les pratiques et les croyances d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes réalisée auprès de neuropsychologues australiens, indique que la majorité des répondants (60 %) utilisaient les TVP dans moins de 50 % de leurs évaluations cliniques et s'appuyaient plus fréquemment sur les méthodes subjectives qu'objectives. Enfin, ces mêmes auteurs concluaient à l'urgence de développer des recommandations de pratiques pour l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes pour les neuropsychologues australiens.

Variables influençant les pratiques liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes

Brooks et al. (2016) se sont intéressés aux caractéristiques des cliniciens qui favorisent l'usage des TVS et des TVP. Ainsi, il semble qu'être membre certifié d'une association professionnelle en psychologie, être de sexe masculin, pratiquer auprès d'une clientèle adulte et posséder une expérience en évaluation psycholégale sont des variables associées à l'administration d'un plus grand nombre de TVP et/ou TVS (Brooks et al.,

2016). Martin et al. (2015) corroborent en partie ces résultats. Ils ont en effet montré que les cliniciens, dont la pratique clinique s'effectuait majoritairement dans un contexte d'expertise psycholégale, accordaient un poids plus important aux résultats issus des mesures objectives que leurs impressions cliniques subjectives. Ils avaient aussi tendance à commenter de façon explicite dans leurs rapports la présence de simulation ou d'exagération. Les résultats de l'étude de Martin et al. (2015) montrent également que plus les cliniciens consomment de la littérature sur la validité de la performance et des symptômes, plus ils rapportent administrer des mesures de validité objectives dans leurs évaluations et plus ils perçoivent l'administration de ces outils comme obligatoire en contexte clinique. À l'inverse, moins les cliniciens consomment cette littérature, plus ils ont tendance à accorder d'importance à leurs impressions cliniques subjectives au détriment des mesures objectives (Martin et al., 2015).

Dans un même ordre d'idées, Hirst et al. (2017) se sont intéressés aux caractéristiques des cliniciens qui favorisent l'adhérence aux recommandations de pratique de la NAN et de l'AACN. Il se dégage de cette étude que les cliniciens ayant déclaré suivre l'ensemble des recommandations de la NAN et de l'AACN travaillent davantage auprès d'une clientèle adulte, sont membres certifiés d'une association de neuropsychologues, administrent deux fois plus de TVP, ont une proportion plus élevée de leur évaluation comprenant une mesure de validité et croient davantage que chaque évaluation neuropsychologique devrait contenir au moins une mesure de validité objective que ceux n'adhérant pas à l'ensemble des recommandations (Hirst et al., 2017).

Portrait de la pratique de la neuropsychologie au Québec

En 2006, il est devenu obligatoire de compléter un doctorat en psychologie afin d'obtenir l'autorisation de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) d'exercer la psychologie. Avant 2006, un diplôme de maîtrise permettait d'accéder au titre de psychologue. Selon les données fournies par l'OPQ, 68,4 % des psychologues pratiquant la neuropsychologie détenaient un doctorat en psychologie en date du 14 février 2020. De plus, depuis 2012, l'acte d'évaluation des troubles neuropsychologiques est désormais réservé aux psychologues ayant démontré qu'ils ont suivi avec succès une formation théorique et pratique spécialisée dans le domaine de la neuropsychologie (Éditeur officiel du Québec, 2022). Une attestation délivrée par l'OPQ est ainsi requise pour exercer l'évaluation des troubles neuropsychologiques au Québec.

Selon les données fournies l'OPQ, au 14 février 2020, 916 neuropsychologues étaient inscrits au tableau des membres et détenaient l'attestation pour exercer l'évaluation des troubles neuropsychologiques. De cette proportion, 21,7 % pratiquaient exclusivement en pratique privée, 41,7 % pour le compte d'un employeur (c.-à-d. : Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS), Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), milieux scolaires et fonction publique). Enfin, ils sont plus largement représentés dans les régions administratives de Montréal (30,1 %), Québec (15,3 %) et de la Montérégie (12,9 %).

Pratiques et croyances d'évaluation de la validité des neuropsychologues québécois

Bien qu'un certain nombre de neuropsychologues canadiens aient été sondés dans les sondages rapportés précédemment (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015; Rabin et al., 2005; Slick et al., 2004), ils sont généralement sous-représentés. Ceci est d'autant plus vrai pour les Québécois, car l'ensemble de ces sondages ont été réalisés auprès de cliniciens anglophones. De plus, les neuropsychologues canadiens sondés étaient généralement membres des grandes organisations de neuropsychologues comme la NAN et l'AACN, ce qui est plutôt rare pour les neuropsychologues québécois. Ces derniers ayant été nécessairement exposés aux recommandations de pratique émises par ces organisations, ceci peut avoir influencé fortement leurs pratiques, croyances et adhérence aux recommandations de ces organisations. Enfin, comme recommandé par Hirst et al., (2017), nos connaissances quant à l'adhérence aux recommandations de la NAN et de l'AACN doivent être approfondies auprès des neuropsychologues en provenance d'autres pays et exerçant dans une autre langue que l'anglais afin de mieux comprendre les croyances et les pratiques des neuropsychologues, dont notamment les neuropsychologues québécois, portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes.

À notre connaissance, aucun sondage n'a été réalisé auprès des neuropsychologues québécois, alors que les études antérieures ont surtout sondé les neuropsychologues nord-américains anglophones, anglo-saxons, allemands, finlandais, danois, norvégiens, italiens, hollandais, néo-zélandais et australiens. Des différences pouvant exister dans la formation des neuropsychologues québécois, de leurs milieux de pratique, de leur pratique en langue

française, nous sommes d'avis que les conclusions de ces sondages ne peuvent être généralisées à cette population. L'absence d'une telle étude auprès des neuropsychologues québécois nuit à notre avis à l'évolution des croyances, à l'amélioration des pratiques et à plus grande échelle à la qualité du travail clinique et à l'utilisation optimale des ressources des milieux de la santé, de l'éducation et des programmes gouvernementaux au Québec.

Objectifs et hypothèses de la recherche

Dans un premier temps, la présente étude a pour objectif de mesurer et comparer les pratiques et les croyances actuelles des neuropsychologues québécois à l'égard de l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes à celles des neuropsychologues américains. Dans un deuxième temps, l'étude vise à comparer l'adhérence aux recommandations de la NAN et de l'AACN au niveau des pratiques d'administration des TVP et des TVS des neuropsychologues québécois à celles des neuropsychologues américains. Enfin, cette étude a aussi pour objectif d'explorer et d'identifier les caractéristiques liées aux cliniciens et au contexte de pratique qui sont positivement associées à l'adhérence aux bonnes pratiques à l'égard de l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes.

Hypothèses générales et spécifiques de l'étude

Les hypothèses générales et spécifiques suivantes ont été vérifiées :

Hypothèse 1 (H1) : Les neuropsychologues québécois auront des **croyances** et des **pratiques** différentes des neuropsychologues américains concernant les mesures de validité objectives et subjectives.

- H1a) Le pourcentage de neuropsychologues québécois croyant que les méthodes de validité objectives sont plus précises que leurs impressions cliniques afin de déterminer l'invalidité des performances et des symptômes seront inférieurs aux neuropsychologues américains.
- H1b) Le pourcentage de clinicien québécois croyant que chaque évaluation neuropsychologique devrait contenir une mesure de validité objective sera inférieur au neuropsychologue américain.
- H1c) Les neuropsychologues québécois utiliseront plus fréquemment les méthodes subjectives pour détecter les performances et les symptômes non valides que les neuropsychologues américains.
- H1d) Les neuropsychologues québécois utiliseront moins fréquemment les méthodes objectives pour détecter les performances et les symptômes non valides que les neuropsychologues américains.

Hypothèse 2 (H2) : L'adhérence aux recommandations de pratiques stipulées par la NAN et l'AACN concernant l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes par les neuropsychologues québécois sera moindre que les neuropsychologues américains.

- H2a) Les neuropsychologues québécois auront un score d'adhérence total inférieur aux recommandations de pratiques recommandées par la NAN et l'AACN que les neuropsychologues américains.

Hypothèse 3 (H3) : Des caractéristiques particulières distingueront les neuropsychologues qui présentent un niveau d'adhérence élevé aux recommandations de pratiques de la NAN et de l'AACN de ceux qui présentent un niveau d'adhérence faible.

- H3a) Les neuropsychologues masculins, membres d'une association reconnue (ex. : Association québécoise des neuropsychologues ou Association canadienne de psychologie), ayant une pratique clinique auprès d'une clientèle adulte, possédant une expérience en expertise psycholégale et consommant de la littérature sur la validité auront un niveau d'adhérence supérieur aux recommandations de pratiques.

Contribution de l'auteure et présentation de l'article

Ce mémoire doctoral a été réalisé par Céline Richer, auteure principale et instigatrice de l'idée originale à la base de ce rapport de fin d'études doctorales. Ce travail de recherche a été réalisé sous la direction de Dre Geneviève Forest, Ph. D. Les deux auteures ont collaboré à la formulation de la question de recherche, la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, ainsi qu'à la rédaction du contenu de l'article scientifique.

L'article scientifique retrouvé dans le chapitre suivant présente une recension des écrits centrée sur les objectifs de l'étude, la méthodologie employée, l'analyse des données et une discussion des résultats obtenus y sont présentées. L'article a été accepté pour publication dans la *Revue canadienne des sciences du comportement* le 19 mai 2023 (voir

Appendice A). Celui-ci est présenté selon les normes de publications de l'APA 7e édition, tel qu'exigé par la revue à laquelle il a été soumis. Finalement, on retrouve en annexe de ce mémoire doctoral certains documents mentionnés dans l'article : le certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche des lettres et sciences humaines (voir Appendice B), le courriel de sollicitation à participer au projet de recherche (voir Appendice C), le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice D) et le sondage (voir Appendice E).

Article

L’évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois

L'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois

Céline Richer[1] et Geneviève Forest[2]

[1] Département de psychologie, Université de Sherbrooke

[2] Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Note des auteurs

Geneviève Forest https://orcid.org/0000-0001-7552-5571

Nous n'avons pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Geneviève Forest, Ph. D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, C.P. 1250, succursale Hull, Gatineau, Québec, Canada, J8X 3X7. Courriel : genevieve.forest@uqo.ca

© Association américaine de psychologie, 2023. Cet article n'est pas la copie officielle et peut ne pas reproduire exactement le document faisant autorité publié dans la revue APA. L'article final est disponible, dès sa publication, sur : https://doi.org/10.1037/cbs0000380

Sommaire

L'étude avait pour objectif de décrire les pratiques et croyances actuelles des neuropsychologues québécois liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes. Elle visait aussi à comparer les croyances, les méthodes de détection et l'adhésion aux recommandations de pratiques des neuropsychologues québécois à celles des neuropsychologues américains. Afin de mieux cibler les facteurs contribuant à une meilleure adhésion des neuropsychologues québécois aux recommandations de pratiques, les caractéristiques du clinicien et de sa pratique ont été explorées. Un sondage portant sur les pratiques et les croyances d'évaluation de la validité, complété par un échantillon de 113 neuropsychologues québécois, montre que ceux-ci entretiennent des croyances erronées et utilisent peu les méthodes de détection subjectives et objectives dans leur pratique clinique. Ceux les utilisant privilégient surtout les méthodes subjectives aux méthodes objectives. Les neuropsychologues ayant des croyances cohérentes avec les faits scientifiques, possédant de l'expérience en pratique d'expertise, travaillant auprès d'adultes et d'aînés et ayant approfondi leurs connaissances par le biais de formations hors université et de lectures pertinentes ont démontré de meilleures pratiques. On constate que les neuropsychologues québécois manquent de connaissances à l'égard de l'enjeu de la validité et que cela nuit à l'évolution des pratiques. Par conséquent, des stratégies concrètes doivent être mises en œuvre afin d'améliorer la diffusion des connaissances, notamment par le biais d'écrits (p. ex. consensus de pratiques, énoncé de positions), une amélioration de la formation universitaire et l'accès à des formations continues ciblant les besoins spécifiques des neuropsychologues québécois.

Mots clés : validité, évaluation, neuropsychologie, simulation, sondage.

Énoncé d'importance publique

Les neuropsychologues québécois accusent un retard au niveau des croyances et l'usage des pratiques recommandées d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes comparativement aux Américains. Ceci confirme l'importance de promouvoir la diffusion des connaissances scientifiques dans le domaine, une amélioration de la formation universitaire et l'accès à des formations continues ciblant les besoins spécifiques des neuropsychologues québécois.

L'évaluation de la validité de la performance en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois

La justesse des conclusions d'une évaluation neuropsychologique est indéniablement liée à la validité des résultats aux tests neuropsychologiques et psychologiques (Boone, 2013; Bush et al., 2005). Tel que détaillé par Schroeder et Martin (2021), l'interprétation de résultats psychométriques non valides peut conduire à des diagnostics erronés, à chroniciser des difficultés d'adaptation, à recommander des examens ou traitements inutiles, nuisibles et coûteux, à négliger le traitement de conditions sous-jacentes, ainsi qu'à mener à des restrictions des activités de la vie quotidienne et des capacités à vivre de façon autonome.

Il est bien documenté que différents facteurs externes et internes peuvent induire des comportements allant de l'exagération non consciente, et sans intention malveillante, à la simulation franche de symptômes ou difficultés aux tests (Rainville, 2020). Les facteurs externes incluent la recherche d'un gain secondaire souhaitable (p. ex. indemnisation, service, médication, accommodement scolaire, prestation gouvernementale) ou l'évitement d'une situation indésirable (p. ex. conditions légale, congédiement, responsabilité, travaux scolaires) (Sherman et al., 2020; Sweet et al. 2021). Les facteurs internes réfèrent à des motivations psychologiques telles obtenir l'affection, la sympathie et l'attention d'autrui ou le soulagement d'états désagréables (p. ex. culpabilité, anxiété, autres conflits internes) (Schroeder & Martin, 2021). La combinaison de ces facteurs à des motivations conscientes (tromperie de l'autre) ou inconscientes (tromperie de soi) peut donner lieu à des performances non valides.

Historiquement, les cliniciens avaient pour croyance que l'intuition clinique et le recoupement de plusieurs observations qualitatives (c.-à-d. les méthodes subjectives) étaient suffisants pour détecter la validité de la présentation neuropsychologique (Guilmette, 2013).

Depuis, la recherche a clairement démontré que le jugement clinique basé uniquement sur des méthodes subjectives est souvent inexact, et que l'ajout de mesures de validité objectives augmente la fiabilité du processus décisionnel (Dandachi-FitzGerald et al., 2017). Les méthodes de validité objectives font référence à ce qui a longtemps été appelé « tests d'effort ou de simulation ». Toutefois, ces termes sont tombés en désuétude puisqu'ils ne mesurent pas les concepts d'effort et de simulation, mais bien la validité des données obtenues à l'évaluation neuropsychologique. Désormais, l'usage des termes tests de validité de la performance (TVP) et des symptômes (TVS) est privilégié (Larrabee, 2012).

En 2005, la *National Academy of Neuropsychology* (NAN) a publié les recommandations d'experts portant sur les méthodes de détection de la validité de la performance et des symptômes et les pratiques à favoriser (Bush et al., 2005). Dans cette mouvance, l'*American Academy of Clinical Neuropsychology* (AACN) a publié en 2009 une déclaration de consensus visant à offrir une guidance sur les pratiques à préconiser et appuyée par la recherche empirique (Heilbronner et al., 2009). La mise à jour de cette déclaration de consensus en 2021 vient fermement reconfirmer la nécessité de recourir systématiquement à des mesures de validité objectives pour toutes évaluations neuropsychologiques, et ce, peu importe le contexte clinique ou légal (Sweet et al., 2021). Les recommandations de la NAN et de la AACN réfèrent à cinq grandes catégories de pratiques (Hirst et al., 2017), soient : (1) l'utilisation de plusieurs mesures de validité objectives au sein d'une même évaluation, (2) la répartition de ces mesures tout au long de l'évaluation, (3) les encouragements à performer au meilleur de ses capacités (4) la communication des conclusions de l'évaluation de la validité (5) l'ajustement de l'évaluation de la validité à la situation clinique. Bien que ces recommandations proviennent d'experts, certaines pratiques plus spécifiques (p. ex. confronter le client si des performances non valides sont

suspectées, mettre fin à l'évaluation si des performances non valides sont suspectées) ne font pas l'unanimité (Lippa, 2018, Martin et al., 2015). Par conséquent, ces recommandations ne sont en aucun cas une « recette » que le neuropsychologue peut se contenter d'appliquer de façon rigide sans tenir compte du contexte clinique.

Suivant la publication de ces recommandations, des changements significatifs et concrets ont été constatés chez les cliniciens dans leurs croyances et pratiques envers les TVP et les TVS. À titre d'exemple, alors que 61.3% des neuropsychologues américains sondés en 2007 par Sharland et Gfeller affirmaient utiliser souvent ou toujours des TVP spécifiques (c.-à-d. des outils développés spécifiquement pour la détection de la performance non valide), ils étaient désormais 91.8% en 2015 dans le sondage de Martin et al. (2015). Selon ces mêmes auteurs, la proportion de neuropsychologues utilisant souvent ou toujours des TVP imbriqués (c.-à-d. des mesures intégrées à même les tests neuropsychologiques classiques) est passée de 46.2% en 2007 à 92.1% en 2015. De plus, alors que les méthodes subjectives étaient favorisées aux méthodes objectives en 2007, l'usage fréquent des mesures objectives était désormais supérieur aux méthodes subjectives en 2015. En outre, la majorité des cliniciens américains croient désormais à la nécessité d'inclure des TVP et des TVS dans toutes évaluations cliniques et légales et que ces méthodes objectives sont plus fiables que les méthodes subjectives (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015, Schroeder et al., 2016).

Bien que les recommandations de la NAN et de l'AACN aient eu une influence positive et significative aux États-Unis, la portée de cette influence est limitée. Un sondage réalisé auprès de neuropsychologues européens (Norvège, Allemagne, Pays-Bas, Finlande, Italie et Danemark) révèle que l'usage fréquent de TVP spécifique (42.0%) et imbriqué (21.7%) y est beaucoup plus faible qu'aux États-Unis (Dandachi-FitzGerald et al., 2013). De plus, les méthodes subjectives y

demeuraient plus souvent utilisées que les méthodes objectives. Une autre étude a montré que des neuropsychologues britanniques avaient une faible adhésion à la nécessité d'administrer des mesures de validité objectives en contexte clinique, et seulement 16% d'entre eux les utilisaient pour guider leur décision quant à la validité du profil de résultats obtenus (McCarter et al., 2009).

Outre le fait de pratiquer aux États-Unis, des caractéristiques liées au clinicien et à la pratique clinique contribuent à l'adhésion aux recommandations de pratiques. À cet effet, Martin et al. (2015) ont montré que les neuropsychologues œuvrant majoritairement dans un contexte légal accordent un poids plus important aux résultats issus des méthodes objectives que ceux des méthodes subjectives dans leur processus décisionnel. Ces auteurs ont également montré que les neuropsychologues consommant un niveau élevé d'écrits portant sur la validité utilisent plus souvent les mesures objectives pour détecter la validité et perçoivent l'administration des TVP et TVS comme obligatoire en contexte clinique. Les travaux de Hirst et al. (2017) et Brooks et al. (2016) ont quant à eux montré que des caractéristiques telles que le sexe masculin, être membres certifiés d'un conseil de professionnels (c.-à-d. entité externe au milieu universitaire attestant de la compétence suivant un examen écrit et oral), travailler majoritairement auprès d'adultes et réaliser des mandats légaux sont associées à l'administration d'un nombre plus élevé de TVP et TVS, à une plus grande adhésion aux recommandations de pratiques et à une adhésion plus élevée à la croyance que chaque évaluation doit comprendre au moins une mesure objective.

Les neuropsychologues québécois sont faiblement représentés (c.-à-d. taux inférieurs à 2% des échantillons) dans les sondages publiés portant sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015). Il est aussi rare pour ceux-ci d'être membres de grandes associations de professionnels telles la NAN et l'AACN, limitant la diffusion de ces recommandations de pratiques. En outre, la pratique des

neuropsychologues québécois est limitée par l'accès à des outils moins nombreux traduits et validés en français. Compte tenu des particularités du contexte clinique québécois, une grande prudence est requise quant à la généralisation des données américaines et renforce la nécessité d'obtenir un portrait plus précis des pratiques et croyances liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes des neuropsychologues québécois.

Par le biais d'un sondage en ligne, l'objectif de la présente recherche visait à explorer les croyances et les pratiques portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes des neuropsychologues québécois et de les comparer à celles des neuropsychologues américains. L'étude avait également pour objectif de comparer les neuropsychologues québécois et américains sur le niveau d'adhésion aux pratiques d'administration des TVP et TVS recommandées par la NAN et de l'AACN. Enfin, cette étude avait pour objectif d'identifier les caractéristiques des cliniciens québécois qui utilisent davantage les TVP et les TVS ainsi qu'adhérant aux recommandations de la NAN et de l'AACN. De façon générale, il était attendu qu'il y aurait des différences entre les neuropsychologues québécois et américains, de telle sorte que les neuropsychologues québécois favoriseraient moins les méthodes objectives et plus les méthodes subjectives pour détecter la validité. En outre, il était attendu que les neuropsychologues québécois auraient une adhésion totale plus faible aux recommandations de pratiques que les neuropsychologues américains. Ensuite, les études recensées laissent croire que des caractéristiques particulières telles que le sexe, être membre certifié d'une association, l'âge de la clientèle, l'expertise psycholégale, la lecture d'écrits scientifiques sur le domaine et certaines croyances pourraient être associées à une utilisation plus élevée de TVP et TVS ainsi qu'à une adhésion plus élevée aux recommandations de la NAN et de l'AACN.

Méthodologie

Participants

Pour être admissibles à l'étude, les participants devaient être inscrits au tableau des membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), détenteurs d'une attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques délivrée par l'OPQ et activement impliqués dans une pratique clinique (c.-à-d. réaliser ou superviser en moyenne un minimum d'une évaluation neuropsychologique par mois). Les étudiants doctoraux d'un programme spécialisé en neuropsychologie, inscrits au registre des étudiants et candidats à l'admission de l'OPQ, étaient également admissibles. Ceux-ci devaient avoir complété l'ensemble de la formation théorique (c.-à-d. tous les cours) et pratique (c.-à-d. le minimum de 2300 heures exigées par l'OPQ, y compris 375 heures de contact direct avec une clientèle souffrant de troubles neuropsychologiques). Les participants devaient lire au préalable un formulaire d'information et de consentement. Le sondage était anonyme et la complétion du questionnaire en ligne constituait un consentement implicite libre et éclairé à participer. Les premières questions visaient à vérifier l'éligibilité des candidats selon les critères de sélection. Pour les participants retenus, il était obligatoire de fournir une réponse à l'ensemble des questions d'une section afin de pouvoir poursuivre vers une autre section du sondage. Le comité d'éthique de la recherche des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé cette recherche.

Instruments de mesure

Le sondage a été créé et diffusé à l'aide de la plateforme LimeSurvey™ (www.limesurvey.org). Avec l'autorisation des auteurs, des questions ont été sélectionnées à même les sondages de Martin et al. (2015), Brooks et al. (2016) et Hirst et al. (2017). Les items sélectionnés ont été traduits de l'anglais au français, le français étant la langue principale utilisée

par les neuropsychologues membres de l'OPQ. Des questions ont été modifiées et ajoutées afin de mieux s'adapter à la réalité de la pratique de la neuropsychologie au Québec. Le sondage prenait environ 20 minutes à compléter et comportait des questions où les participants sélectionnaient leurs réponses parmi un choix multiple ou sur des échelles dichotomiques (p. ex. oui ou non) et Likert. L'ordre des questions a été choisi afin de minimiser l'effet de désirabilité sociale, en questionnant en premier les pratiques (ce que je fais), puis les croyances (ce que je devrais faire). Le sondage était divisé en courtes pages de 5 ou 6 questions à la fois. Il n'était pas possible de revenir en arrière après avoir complété une page.

Excluant les questions ciblant les critères de sélection, le sondage contenait 30 questions. Les questions 1 à 15 portaient sur les caractéristiques sociodémographiques du clinicien et de sa pratique professionnelle. Les questions 16 à 27 portaient sur les pratiques d'évaluation de la validité et les croyances. Seuls les participants ayant indiqué administrer des mesures objectives étaient sondés sur leur adhésion aux recommandations de pratiques liées à ces méthodes. Les questions 28 à 30 portaient sur la formation obtenue sur l'évaluation de la validité, ainsi que sur l'intérêt porté à la littérature scientifique sur le sujet. Enfin, malgré l'ambiguïté du terme « effort insuffisant », il a été conservé dans la formulation de l'item 23 afin d'assurer une meilleure correspondance avec le sondage de Hirst et al. (2017) duquel a été tirée cette question.

Procédure

Le sondage a été accessible du 10 septembre au 15 décembre 2019. Un échantillonnage non aléatoire a été obtenu par le biais de l'envoi de courriels à des membres de listes de diffusion. Un courriel présentant les objectifs de l'étude, les critères d'inclusion et un lien vers le sondage a été envoyé par l'OPQ à ses membres, par les institutions d'enseignement universitaire à leurs doctorants en psychologie (Université de Sherbrooke, Université du Québec en

Outaouais, Université du Québec à Montréal, Université du Québec à Chicoutimi et Université Laval)[1] et par l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP) à ses membres étudiants. Le sondage a aussi été diffusé par le biais d'une annonce sur le site Facebook *neuropsyquébec* et des courriels ciblés ont été envoyés afin de maximiser le taux de participation. En guise de compensation financière, les participants pouvaient choisir de participer au tirage de l'une des cinq cartes VISA prépayées d'une valeur de 50$ chacune.

Analyse des données

Tout d'abord, une analyse de la distribution des données a été conduite afin de limiter les sources de biais. Les données aberrantes ont été corrigées selon une approche de winsorisation. Le taux de signification a été fixé à $p < .05$ pour l'ensemble des analyses et calculé selon une méthode de tests exacts. Des statistiques descriptives ont été collectées afin de détailler les caractéristiques sociodémographiques des participants et de leur pratique clinique. Afin de décrire les croyances et les pratiques de détection de la validité utilisées préférentiellement par l'échantillon, les fréquences ont été recueillies.

Dans le but de vérifier la première hypothèse selon laquelle les neuropsychologues québécois ont des croyances et des pratiques différentes des neuropsychologues américains, une série d'hypothèses spécifiques a été étudiée par le biais d'analyses statistiques inférentielles. Les échantillons nord-américains des études de Martin et al. (2015) et de Brooks et al. (2016) utilisés pour réaliser les analyses statistiques comparatives comportaient un petit pourcentage de neuropsychologues canadiens présumés anglophones, soit respectivement 7% et 9.6%. Ainsi, la grande proportion de ces échantillons était composée de neuropsychologues américains. En ce

[1] Certaines institutions d'enseignement exigeaient la certification éthique pour la transmission du courriel de sollicitation. Compte tenu des délais pour le traitement d'une demande de certificat éthique, nous n'avons pas pu faire appel à ces universités pour transmettre le courriel auprès des doctorants et doctorantes.

qui a trait à l'échantillon de Hirst et al. (2017), il a été possible d'isoler les données concernant les neuropsychologues américains pour réaliser les analyses comparatives. Dans ce contexte, et pour simplifier la présentation des données, le terme « neuropsychologues américains » sera désormais employé pour faire référence aux données tirées des échantillons de ces trois études. Tout d'abord, des tests d'indépendance du chi-carré ont été réalisés afin de comparer les *croyances* des neuropsychologues québécois et des neuropsychologues américains, en utilisant les données des études de Martin et al. (2015) et de Hirst et al. (2017).

Ensuite, des tests d'indépendance du chi-carré ont été réalisés sur les *pratiques* afin de comparer les proportions de neuropsychologues québécois et américains utilisant les méthodes de validité subjectives et objectives. Pour permettre les comparaisons avec les études de référence réalisées auprès de neuropsychologues américains, les données recueillies ont été séparées en deux groupes selon l'âge de la clientèle majoritairement vue par les neuropsychologues. Les pratiques des cliniciens québécois travaillant majoritairement auprès d'enfants et d'adolescents ont été comparées aux données de Brooks et al. (2016). Cette étude n'ayant pas mesuré la fréquence d'utilisation des méthodes de validité, mais plutôt si elles étaient utilisées ou non, il a été requis de recoder les variables dépendantes (c.-à-d. non = jamais ; oui = rarement, parfois, souvent, toujours). Les pratiques des cliniciens québécois évaluant majoritairement des adultes et des personnes âgées ont été comparées aux données de Martin et al. (2015). Dans ce cas-ci, l'échelle de type Likert était identique, mais tel que réalisé par Martin et al. (2015), les analyses ont porté uniquement sur le total des fréquences *souvent* et *toujours*.

La deuxième hypothèse sur l'*adhésion* aux recommandations de pratiques a été mesurée selon la méthodologie employée par Hirst et al. (2017). L'adhésion y est mesurée à partir de neuf questions, référant à des pratiques spécifiques de la NAN et de l'AACN portant sur

l'administration des mesures objectives et de la communication des résultats, puis regroupées en cinq grandes catégories de recommandations de pratiques. Pour chacune des neuf questions, Hirst et al. (2017) ont défini une réponse acceptable représentant l'adhésion à la pratique recommandée (voir tableau S1 dans le matériel supplémentaire pour le détail des items et réponses acceptables). Dès qu'une réponse acceptable est obtenue, un score maximal d'un point est donné pour la catégorie, et ce même si plus d'une réponse acceptable par catégorie est obtenue. Le score total d'adhésion peut donc varier de 0 à 5. La proportion de participants ayant obtenu un score total d'adhésion de 5 a été comparée à la proportion obtenue chez les neuropsychologues américains de l'étude de Hirst et al. (2017) par le biais d'un test d'indépendance du chi-carré. Des analyses descriptives et exploratoires pour chacune des neuf pratiques spécifiques ont été réalisées afin de comparer les neuropsychologues québécois et américains quant à l'endossement de pratiques spécifiques.

Finalement, afin de vérifier quelles sont les *caractéristiques* qui distinguent les neuropsychologues québécois présentant un niveau d'adhésion total aux pratiques recommandées, des tests d'indépendance du chi-carré ont été réalisés. Deux groupes ont été créés pour faire les analyses : un groupe présentant un score d'adhésion de 5 et un groupe présentant un score de 4 et moins. Les deux groupes ont ensuite été comparés sur les caractéristiques suivantes : sexe, âge de la clientèle majoritaire, expérience en expertise psycholégale neuropsychologique, lecture d'écrits scientifiques sur la validité, nombre de TVP et TVS dans la batterie neuropsychologique standard, pourcentage d'évaluations comprenant des mesures objectives et croyances telles que définies plus haut. Également, afin d'explorer des caractéristiques propres à notre échantillon, le niveau de scolarité, l'adhésion à l'AQNP, la formation obtenue sur la validité (universitaire et hors universitaire) ont également été explorés.

Des analyses supplémentaires ont été réalisées avec les caractéristiques du clinicien et de sa pratique professionnelle mentionnées ci-haut afin de dégager celles associées à l'administration d'un nombre plus élevé de mesures de validité objectives. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide de tests de U de Mann Whitney en raison de la distribution non normale de ces variables. Le logiciel SPSS version 28 a été utilisé pour l'ensemble des analyses.

Résultats

Description de l'échantillon

Les statistiques descriptives montrent que l'échantillon final est composé de 113 participants, dont 104 neuropsychologues membres de l'OPQ et 9 étudiants. Au moment de l'envoi du sondage, 916 psychologues détenteurs de l'attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques étaient inscrits au tableau de l'OPQ. Le taux de participation des neuropsychologues au sondage est ainsi estimé à 11,4 % pour cette catégorie de participants et se montre raisonnable et comparable aux taux rapportés (6 à 25%) dans des études similaires (Dandachi-FitzGerald et al., 2013; Hirst et al., 2017; McCarter et al., 2009; Sharland & Gfeller, 2007). L'échantillon se compose à 81.4% de femmes et 18.6% d'hommes. En ce qui a trait au niveau de scolarité, 70.8% sont détenteurs d'un doctorat, 21.2% d'une maîtrise et 8.0% sont des étudiants poursuivant une formation universitaire spécialisée en neuropsychologie et inscrits au registre de l'OPQ. Ces données, en plus de celles portant sur la répartition des participants selon la région administrative, sont représentatives des neuropsychologues québécois membres de l'OPQ (voir le tableau S2 dans le matériel supplémentaire pour le détail de ces informations).

Les statistiques descriptives portant sur les caractéristiques personnelles des participants révèlent qu'ils possèdent un nombre d'années d'expérience médian de 11 années, avec une forte majorité d'entre eux (90.3%) ayant complété leur formation dans un programme universitaire

comprenant un profil, une option ou une concentration en neuropsychologie. En outre, 31.9% des répondants affirment avoir reçu de la formation portant sur l'évaluation de la validité dans le cadre de leurs études universitaires et 62.8% hors milieu universitaire. Un peu plus de la moitié des répondants disent posséder de l'expérience dans d'autres activités professionnelles connexes tels la supervision (66%), la recherche (55.8%) et l'enseignement (57.3%). Seul un quart de l'échantillon (25.2%) dit posséder de l'expérience dans le domaine de l'expertise psycholégale neuropsychologique. Alors qu'une bonne proportion de neuropsychologues (86.2%) affirme avoir déjà lu de la littérature scientifique portant sur l'évaluation de la validité, 28.4% de ceux-ci indiquent cependant n'avoir lu aucun article dans les six derniers mois. Enfin, une forte proportion (81.4%) des participants sont membres de l'AQNP, soit une association ayant notamment pour mission d'étudier et promouvoir les meilleures pratiques au Québec.

Les statistiques descriptives portant sur les caractéristiques liées à la pratique clinique des répondants révèlent que la majorité (85%) réalise au plus une dizaine d'évaluations neuropsychologiques par mois. De plus, 78.2% des répondants disent consacrer la majorité de leur pratique clinique à l'évaluation neuropsychologique. Les répondants ont indiqué exercer à 25.5% exclusivement dans une pratique privée, à 35.5% exclusivement pour le compte d'un employeur et 39.1% rapportaient combiner les deux (pratique mixte). Par ailleurs, un peu plus de la moitié des répondants (58.9%) ont dit consacrer la majeure partie de leur temps à pratiquer au sein du réseau de la santé publique du Québec, contre 33.6% pour une pratique privée, 5.6% pour le milieu de l'enseignement et 0.02% pour d'autres secteurs.

Description des croyances et pratiques de détection de l'échantillon

Les statistiques descriptives concernant les croyances montrent tout d'abord que 76.6 % de l'échantillon se disait en accord avec la croyance que les méthodes de validité objectives sont

plus précises que les méthodes de validité subjectives. En outre, un peu moins de la moitié de l'échantillon, soit 41.5%, était en accord avec la croyance que toute évaluation neuropsychologique devrait contenir une mesure de validité objective.

Les statistiques descriptives présentées au Tableau 1 sur les pratiques de détection montrent que les méthodes subjectives sont plus fréquemment utilisées par les neuropsychologues québécois que les méthodes objectives. Plus précisément, selon les méthodes subjectives sondées, les totaux des proportions de neuropsychologues rapportant les utiliser souvent ou toujours varient d'environ 41 à 80%. Pour les différentes méthodes objectives, les totaux des proportions de neuropsychologues rapportant les utiliser souvent ou toujours sont tous inférieurs à 40%.

Des statistiques descriptives supplémentaires sur les mesures de validité objectives montrent que seulement 11.3% des neuropsychologues québécois administrent toujours des TVP et/ou des TVS, près de 40 % en administrent dans moins d'une évaluation sur dix et 15.5% n'administrent jamais de mesures objectives.

Différences dans les croyances entre les neuropsychologues québécois et américains

Les analyses statistiques inférentielles sur les croyances montrent des différences significatives entre les neuropsychologues québécois et les neuropsychologues américains. En ce qui a trait à la croyance que les méthodes de validité objectives sont plus précises que les méthodes subjectives afin de déterminer la non-validité des performances et des symptômes, les neuropsychologues québécois travaillant majoritairement auprès d'une clientèle adulte et âgée sont significativement moins nombreux (76.8%) que les neuropsychologues américains (89%) de l'échantillon de Martin et al. (2015) à endosser cette croyance ($\chi^2(1, N = 372) = 6.24, p = .013$). Cette donnée n'est pas disponible pour les neuropsychologues travaillant majoritairement auprès

d'une clientèle d'enfants et d'adolescents en raison de l'absence d'un échantillon comparatif dans la littérature.

En ce qui concerne la croyance que chaque évaluation neuropsychologique devrait contenir une mesure de validité objective, portant cette fois-ci sur l'ensemble de l'échantillon toutes clientèles confondues, les neuropsychologues québécois endossent cette croyance dans une proportion significativement plus faible (41.5%) que celle des neuropsychologues américains (70.7%) de l'échantillon de Hirst et al. (2017) ($\chi^2(1, N = 640) = 30.66, p < .001$).

Différences dans les pratiques de détection entre les neuropsychologues québécois et américains

Le Tableau 2 présente les résultats des analyses statistiques inférentielles comparant les pratiques d'utilisation (c.-à-d. oui ou non) des méthodes de validité subjectives et objectives des neuropsychologues québécois travaillant majoritairement auprès des enfants et des adolescents à celles des neuropsychologues américains tirées de l'étude de Brooks et al. (2016). Ainsi, les résultats des tests de chi-carré révèlent que pour les méthodes subjectives sondées, les neuropsychologues québécois sont significativement plus nombreux (95%) à utiliser les symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique comparativement aux neuropsychologues américains (79.4%). Au niveau des méthodes objectives, les données indiquent que les neuropsychologues québécois sont significativement plus nombreux (80.0%) que les neuropsychologues américains (60.3%) à utiliser les TVP imbriquées, alors qu'ils sont significativement moins nombreux (57.5%) que les neuropsychologues américains (73.7%) à utiliser des échelles de validité d'un test de personnalité (TVS). Par ailleurs, de façon générale, on constate que les neuropsychologues québécois exerçant auprès des enfants et des adolescents semblent utiliser au moins autant les mesures objectives (moyenne de 70.8%) que leurs

homologues américains (moyenne de 69.1%), alors qu'ils semblent un peu plus utiliser les méthodes subjectives (moyenne de 90.4%) que les neuropsychologues américains (moyenne de 82.3%).

Le Tableau 3 présente les résultats des tests de chi-carré comparant les pratiques des neuropsychologues québécois travaillant majoritairement auprès des adultes et des personnes âgées à leurs pairs américains. Ainsi, les données indiquent que même si une majorité de cliniciens québécois utilisent fréquemment des méthodes subjectives (moyenne de 67.2%), ils sont significativement moins nombreux que les cliniciens américains à utiliser chacune des méthodes subjectives sondées : l'incompatibilité de la sévérité de l'atteinte cognitive avec la condition, les contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés, le patron de déficits incompatibles avec la condition, les symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique et l'évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées. En comparaison, seulement le tiers des neuropsychologues québécois utilisent fréquemment les méthodes objectives (moyenne de 37.8 %) dans leur pratique, contre une moyenne de 82.7% pour les neuropsychologues américains. Les données indiquent plus spécifiquement qu'ils sont significativement moins nombreux que les cliniciens américains à utiliser les trois méthodes objectives sondées : résultats inférieurs aux scores seuils à des TVP spécifiques, résultats inférieurs aux scores seuils à des TVP imbriqués et résultats supérieurs aux scores seuils aux tests de validité des symptômes (TVS).

Adhésion aux recommandations de pratiques

La proportion de neuropsychologues québécois ayant obtenu un score d'adhésion total aux cinq catégories de pratique recommandée selon la méthode élaborée dans l'étude de Hirst et

al. (2017) a été comparée par le biais d'un test de chi-carré à celle de l'échantillon de neuropsychologues américains de cette même étude. Bien que le taux soit relativement bas, les résultats montrent que la proportion de neuropsychologues québécois ayant obtenu un score d'adhésion total est similaire (21%) à celle des neuropsychologues américains (24.7%) ($\chi^2(1, N = 518) = 0.52, p = .472$).

Le Tableau 4 présente les analyses statistiques inférentielles supplémentaires comparant les proportions d'adhésion à des pratiques spécifiques liées à l'évaluation de la validité des neuropsychologues québécois et des neuropsychologues américains. Ces tests de chi-carré montrent que les neuropsychologues québécois sont significativement moins nombreux (63.0%) que les neuropsychologues américains (82.4%) à espacer les tests de validité tout au long de leur évaluation. Ils sont aussi significativement moins nombreux (43.8%) que les neuropsychologues américains (57.0%) à conclure à la non-validité des résultats dans leurs communications professionnelles lorsque les résultats aux tests sont interprétés comme indicateurs d'exagération consciente ou de simulation de déficits. En contrepartie, les neuropsychologues québécois (64.2%) se distinguent particulièrement des neuropsychologues américains (26.7%) par une adhésion significativement plus forte à la recommandation de donner une rétroaction immédiate si un effort insuffisant est suspecté. De plus, les neuropsychologues québécois utilisant les mesures objectives sont significativement plus nombreux (98.8%) à encourager de façon explicite leurs clients à performer au meilleur de leurs capacités avant de débuter l'évaluation neuropsychologique que les neuropsychologues américains (91.4%).

Caractéristiques associées à une adhésion totale aux recommandations de pratiques

Le Tableau 5 présente les analyses statistiques inférentielles visant à cibler les caractéristiques du clinicien et de sa pratique associées à une adhésion totale aux

recommandations de pratiques. Tout d'abord, les tests de chi-carré montrent que les neuropsychologues présentant une adhésion totale sont significativement plus nombreux que leurs collègues présentant une adhésion partielle à entretenir les croyances que toutes évaluations neuropsychologiques devraient contenir une mesure de validité objective et que les mesures objectives sont plus précises que les mesures subjectives. Les données indiquent par ailleurs que les cliniciens qui présentent une adhésion totale sont significativement moins nombreux à avoir obtenu de la formation théorique portant sur la validité à l'université, mais significativement plus nombreux à avoir reçu de la formation professionnelle hors université sur la validité, que les cliniciens présentant une adhésion partielle. De plus, un test de Mann-Whitney montre que les neuropsychologues ayant une adhésion totale administrent un nombre significativement plus élevé de TVP et de TVS (Mdn = 4) que ceux présentant une adhésion partielle (Mdn = 3). Aucune autre variable présentée au Tableau 5 ne distingue les deux groupes.

Enfin, les analyses statistiques inférentielles supplémentaires portant sur les caractéristiques des neuropsychologues québécois associées au nombre de mesures objectives administrées par évaluation neuropsychologique indiquent que les neuropsychologues qui pratiquent majoritairement auprès d'une clientèle adulte et âgée (U = 1412.50, z = 2.64, p = .008), qui ont l'expérience avec des mandats d'expertise (U = 475.50, z = -2.606, p = .009) et qui consomment la littérature scientifique sur le sujet (U = 269.00, z = -2.728, p = .006) administrent un nombre plus élevé de mesures objectives. Les neuropsychologues adhérant à la croyance que chaque évaluation neuropsychologique devrait contenir une mesure de validité objective administrent un nombre plus élevé de ces mesures comparativement aux neuropsychologues qui n'y adhèrent pas (U = 653.00, z = -2.764, p = .006). Le sexe, le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience, la formation sur la validité obtenue (à l'université et hors université), être

membre de l'AQNP et adhérer à la croyance que les mesures objectives sont plus précises que les mesures subjectives ne sont pas associées au nombre total de mesures objectives comprises dans la batterie neuropsychologique standard.

Discussion

Les sondages antérieurs portant sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes mettent en évidence une adhésion relativement forte des neuropsychologues américains aux pratiques recommandées par la NAN et de l'AACN (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015; Schroeder et al., 2016). Par contre, l'influence de ces associations américaines semble se limiter aux cliniciens américains et pratiquement aucune donnée n'est disponible au niveau des croyances et des pratiques des neuropsychologues québécois. L'objectif principal de l'étude visait à caractériser les croyances et les pratiques actuelles de détection de la validité des neuropsychologues québécois. Elle avait aussi pour objectif de mesurer le niveau d'adhésion des neuropsychologues québécois aux recommandations de pratiques entourant l'administration des TVP et des TVS et la communication des résultats de cette évaluation. Enfin, les caractéristiques du clinicien et de sa pratique clinique favorisant l'adhésion à ces recommandations et l'usage de TVP et de TVS ont été explorées.

Globalement, les résultats montrent que comparativement aux neuropsychologues américains, les neuropsychologues québécois sont plus nombreux à entretenir des croyances erronées concernant l'évaluation de la validité. Ils sont aussi moins nombreux à utiliser les méthodes de détection de la validité, tant subjectives qu'objectives, et priorisent surtout les méthodes subjectives aux méthodes objectives. On retrouve toutefois chez les neuropsychologues québécois ayant affirmé faire usage des TVP et TVS un niveau d'adhésion

aux recommandations de pratiques similaire aux neuropsychologues américains. Les neuropsychologues québécois ayant une forte adhésion aux recommandations de pratiques ont des croyances cohérentes avec les faits scientifiques et sont plus nombreux à avoir obtenu des formations sur le sujet après avoir débuté leur pratique professionnelle. Enfin, les neuropsychologues possédant de l'expérience en expertise psycholégale, travaillant majoritairement auprès d'une clientèle adulte et aînée, consommant de la littérature scientifique sur la validité et croyant que chaque évaluation doit contenir des mesures objectives administrent un nombre plus élevé de TVP et TVS par évaluation neuropsychologique. Les prochains paragraphes proposent des hypothèses pouvant expliquer ces résultats.

Tout d'abord, cette étude permet de dégager le constat que les neuropsychologues québécois intègrent peu les méthodes de détection de la validité dans leur pratique clinique, et ceci les distingue nettement des neuropsychologues américains. Il est possible que ceux-ci se soucient moins de la validité de la performance et des symptômes. Cependant, il est plus probable que les neuropsychologues québécois manquent de connaissances concernant l'ampleur de cet enjeu, la valeur ajoutée des méthodes objectives utilisées conjointement avec les méthodes subjectives et les effets négatifs de la non-validité sur la compréhension clinique et les recommandations émises. En effet, nos données indiquent qu'un pourcentage relativement faible de nos participants ont obtenu de la formation sur l'évaluation de la validité lors de leurs études universitaires. Comme démontré par nos analyses, cette formation semble paradoxalement contribuer à une adhésion moins forte aux recommandations de pratiques d'administration des TVP et TVS et à la communication des résultats. Ceci pourrait suggérer que la formation universitaire actuellement offerte n'a pas évolué au même rythme que les écrits scientifiques des dernières années. Par exemple, il est possible que l'enseignement universitaire actuel au Québec

continue de mettre l'emphase sur les méthodes subjectives, nommément le « jugement clinique », pour détecter la validité, alors qu'il a été clairement démontré par des études l'inefficacité de ces méthodes sans le recours à des méthodes objectives (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Faust, Hart et Guilmette, 1988; Faust, Hart, Guilmette et Arkes, 1988; Heaton et al., 1978). De plus, il est possible que l'enseignement universitaire au Québec limite l'usage des TVP et TVS aux contextes légaux, comme c'était le cas aux États-Unis avant l'augmentation significative de publications pertinentes dans le domaine (Guilmette, 2013; Schroeder & Martin, 2021). Par conséquent, plutôt que de favoriser le développement de connaissances et d'habiletés en lien avec les recommandations de pratiques, cette formation universitaire pourrait contribuer au maintien de mauvaises pratiques. Par ailleurs, cette formation initiale pourrait générer chez le futur clinicien une fausse impression de maîtrise des notions de base associées à l'évaluation de la validité et ainsi l'amener à ne pas se remettre en question sur ses pratiques. Par contraste, notre étude a montré que la formation obtenue hors université est associée à une forte adhésion aux recommandations de pratiques. Il est donc possible que l'expérience personnelle acquise après l'obtention du diplôme soit un facteur important pour amener certains neuropsychologues québécois à vouloir parfaire leurs connaissances dans ce domaine. À ce titre, il est fort à parier que lorsque le neuropsychologue se retrouve confronté pour la première fois à la non-validité de la performance et des symptômes dans sa pratique professionnelle, des besoins de formations spécifiques émergent et le motive à peaufiner ses connaissances. D'ailleurs, cette hypothèse est en partie appuyée par nos résultats qui montrent que les neuropsychologues québécois consommant de la littérature sur la validité et possédant de l'expérience en expertise psycholégale, un domaine où la prévalence de non-validité est plus élevée, sont ceux qui administrent le plus de TVP et TVS par évaluation neuropsychologique.

Malgré la promiscuité du Québec avec les États-Unis, le sujet de l'évaluation de la validité demeure peu présent au Québec comparativement aux États-Unis. Alors que l'évaluation de la validité est régulièrement discutée et approfondie lors de congrès, formations et publications scientifiques depuis le milieu des années 1990 aux États-Unis (Martin et al., 2015), ce n'est que très récemment que le sujet a été porté à l'attention des neuropsychologues québécois (Bertrand & Chartrand, 2020; Kennepohl, 2018; Rainville, 2020). Ceci semble être un facteur déterminant dans l'évolution des pratiques et des croyances d'évaluation de la validité. Le contexte linguistique francophone propre au Québec pourrait avoir nui à la diffusion de la littérature scientifique américaine en langue anglaise, et fort est à parier que des retards sont aussi présents dans d'autres pays francophones tel la France. Par ailleurs, on recense à l'heure actuelle seulement quatre publications en langue française portant sur la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie, limitant grandement la diffusion de ces connaissances auprès des neuropsychologues québécois, consultant surtout des articles et des livres en langue française. Ainsi, en raison d'un manque de connaissances, il est fort probable que des croyances erronées se maintiennent et nuisent à l'évolution des pratiques des neuropsychologues québécois. À cet effet, les résultats de notre étude ont clairement démontré que des croyances bien alignées avec les faits scientifiques étaient fortement associées aux recommandations de pratiques. Toutefois, le retard constaté auprès des neuropsychologues québécois ne peut s'expliquer uniquement par la quasi totale absence d'une littérature en français, alors qu'un faible usage des TVP est également retrouvé auprès de neuropsychologues britanniques, australiens et nouveau-zélandais (Barker-Collo & Fernando, 2015, McCarter et al., 2009, Uiterwijk et al. (2021) ayant comme langue officielle l'anglais.

Tout comme les neuropsychologues américains, la grande majorité des neuropsychologues québécois croient que les méthodes objectives sont plus précises que les méthodes subjectives, cependant moins de la moitié d'entre eux croient que toutes leurs évaluations devraient contenir une ou des mesures objectives. Ceci est nettement inférieur au taux soulevé chez les Américains (Hirst et al., 2017). De plus, le tiers des neuropsychologues québécois qui n'administrent pas de mesures objectives croient que les patients exagèrent ou simulent rarement et que lorsqu'ils le font, ceci est évident dans le comportement et les résultats obtenus. Par conséquent, un clinicien croyant que le phénomène de la non-validité est rare, ou encore qu'il se limite au contexte d'expertise est peu susceptible d'inclure systématiquement des mesures objectives dans ses évaluations, ou de se questionner sur la détection de la validité tout simplement.

Selon la déclaration de consensus de l'AACN, le neuropsychologue possède des méthodes validées empiriquement pour détecter et conclure en premier lieu à la non-validité de la performance et des symptômes (les faits), puis serait qualifié et compétent dans un deuxième temps pour conclure aux causes de cette invalidité (interprétations), telle la présence de simulation (Heilbronner et al., 2009). Or, nos résultats ont montré que les neuropsychologues québécois hésitent davantage que les neuropsychologues américains à conclure à la non-validité de la performance dans leurs communications professionnelles lorsque les résultats indiquent de l'exagération consciente ou de la simulation. Il est possible que cet inconfort soit associé à un manque de confiance dans leur interprétation de la validité encore une fois découlant possiblement d'un manque de connaissances ou de formation initiale dans le domaine. À ce titre, la plus grande importance accordée aux mesures subjectives par rapport aux mesures objectives par les neuropsychologues québécois pourrait renforcer chez ces derniers l'idée que la non-

validité est un élément plus « subjectif » et possiblement plus facilement réfutable par d'autres professionnels, amenant une plus grande prudence dans leurs conclusions. Nos données montrent par ailleurs qu'ils utilisent peu les méthodes de détection de façon générale et surtout, qu'ils n'utilisent pas conjointement les méthodes subjectives et objectives. Cette pratique concorde avec le fait que les neuropsychologues québécois adhèrent peu à la croyance qu'il faudrait administrer des TVP et des TVS dans toutes évaluations neuropsychologiques. À l'instar des observations de Dandachi-FitzGerald et al. (2017) dans leur étude, nos données suggèrent que les neuropsychologues québécois se fieraient dans un premier temps sur les données issues des méthodes subjectives pour formuler leur opinion sur la validité de la présentation clinique. Puis, en présence de soupçons de non-validité, un certain nombre d'entre eux plus au fait des méthodes objectives (c. à d. ayant reçu de la formation continue, lisant sur le sujet, etc.) utiliseraient ces dernières pour mettre à l'épreuve leur première impression.

Par ailleurs, nos résultats soulèvent des éléments intéressants lorsque les neuropsychologues québécois travaillant auprès de clientèles différentes sont examinés. En effet, notre étude révèle que les neuropsychologues québécois œuvrant majoritairement auprès des enfants et adolescents utilisent de façon similaire à leurs collègues américains les méthodes de détection objectives et subjectives. La détection de la validité est un domaine beaucoup plus récent en pédiatrie, alors qu'il était généralement admis que cette clientèle était moins encline à exagérer ou à simuler des déficits cognitifs (Kirkwood, 2015). En 2009, aucune recommandation spécifique concernant l'administration de TVP et de TVS auprès de la clientèle pédiatrique n'était émise dans la déclaration de consensus l'AACN (Heilbronner et al., 2009). Ce n'est que dans la révision de cette déclaration en 2021 qu'il a été clairement recommandé d'utiliser des TVP et des TVS auprès de cette clientèle pour toutes évaluations neuropsychologiques (Sweet et

al., 2021). Ainsi, il est possible que les neuropsychologues américains sondés en 2016 par Brooks et al., et qui ont servi d'échantillon comparatif dans la présente étude, étaient tout comme les neuropsychologues québécois moins bien renseignés sur les enjeux de la validité en pédiatrie. À l'inverse, on observe des différences marquées dans les pratiques des neuropsychologues québécois et américains travaillant principalement auprès d'une clientèle adulte et âgée. Contrairement aux Américains qui favorisent les méthodes objectives, les cliniciens québécois ont tendance à utiliser majoritairement les méthodes subjectives et dans une plus faible proportion les méthodes objectives. Pour cette clientèle, nous savons que les neuropsychologues sondés par Martin et al. (2015), le groupe comparatif utilisé dans la présente étude, étaient nombreux à être membres de l'AACN. Ces derniers étaient donc possiblement bien au fait des recommandations de l'AACN détaillées dans la déclaration de consensus de 2009. Ceci vient renforcer l'hypothèse que l'écart plus grand observé entre les neuropsychologues québécois et américains travaillant auprès de la clientèle adulte et âgée pourrait être simplement le reflet des avancées américaines en matière de pratiques, de croyances et surtout d'accès aux connaissances de pointe en lien avec cette clientèle.

Compte tenu du portrait qui se dégage des croyances et pratiques actuelles des neuropsychologues québécois liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes, il est primordial que des efforts soient déployés afin d'améliorer les connaissances et la diffusion de celles-ci. Nonobstant la forme que prendront ces communications, le contenu devrait permettre de guider les neuropsychologues sur l'usage des TVP et TVS, leur sélection, leur interprétation, les étapes du processus décisionnel, leur communication et les considérations particulières pour certains groupes cliniques (p. ex. troubles neurocognitifs majeurs, troubles psychotiques, pédiatrie, etc.). En ce sens, ces communications devraient aussi renseigner les

neuropsychologues sur les limites de considérer certaines recommandations de pratiques plus spécifiques de la NAN et de l'AACN, détaillées dans le présent article, comme des standards de pratiques devant être appliquées telle une « recette » et sans tenir compte du contexte ou de la situation clinique. De plus, au-delà de fournir une guidance sur les pratiques à adopter, ces communications devront aussi renseigner les neuropsychologues sur l'abondante littérature scientifique justifiant l'inclusion des tests de validité dans les évaluations neuropsychologiques, des taux de prévalence de la non-validité selon différentes populations cliniques, des faiblesses du jugement subjectif pour détecter la validité et les conséquences pour les clients et la société de ne pas administrer les tests de validité. Par conséquent, les constats de la présente étude nous amènent à émettre trois recommandations :

- La publication d'énoncé de positions ou de consensus de pratiques sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes par des experts québécois.
- L'inclusion d'une formation exhaustive portant sur les pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes dans tout programme universitaire en neuropsychologie au Québec.
- L'augmentation de l'offre de formations professionnelles continues en langue française sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes adaptée à la pratique de la neuropsychologie au Québec.

Limites

Malgré la contribution significative de l'étude, celle-ci comporte des limites. Tout d'abord, l'usage d'un échantillonnage non aléatoire peut avoir eu pour effet de limiter l'accès aux neuropsychologues n'utilisant pas les TVP et les TVS et surreprésenter ceux les utilisant. En outre, la traduction de l'anglais au français des questions du sondage, tirées des sondages

américains, peut avoir influencé l'exactitude des comparaisons de certains construits. Également, les modifications apportées à certaines échelles de mesure pour permettre des comparaisons avec les études choisies ont pu influencer l'exactitude des comparaisons. La combinaison des questions tirées de trois sondages différents, et l'ordre de présentation de celles-ci, peuvent de plus avoir affecté la validité de notre sondage. Enfin, des neuropsychologues canadiens anglophones étaient inclus en très faibles proportions dans les échantillons nord-américains des études de Martin et al. (2015) et Brooks et al. (2016), sans pouvoir les extraire cependant à des fins de comparaisons. En ce sens, il pourrait être intéressant de vérifier par le biais d'une nouvelle étude si les défis mis en évidence dans les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois se retrouvent aussi chez les neuropsychologues des autres provinces canadiennes.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit du premier sondage portant sur les croyances et les pratiques d'évaluation de la validité et de la performance et des symptômes réalisés auprès de neuropsychologues québécois. Dans l'ensemble, un retard est constaté dans l'adhésion et l'implantation des pratiques recommandées par la NAN et l'AACN par les neuropsychologues québécois, notamment en ce qui a trait à l'usage des TVP et TVS. Une persistance de croyances erronées nuisant possiblement à l'évolution des pratiques est également relevée. Afin de diminuer l'écart entre les évidences découlant d'une littérature scientifique de grande qualité et les pratiques actuelles des neuropsychologues québécois, des efforts doivent être déployés afin d'améliorer les connaissances par le biais de la diffusion d'énoncé de positions ou de consensus de pratiques ciblant les neuropsychologues québécois, ainsi que par l'amélioration de la formation universitaire et de la formation professionnelle continue sur l'évaluation de la validité.

Références

Barker-Collo, S. L., & Fernando, K. (2015). A survey of New Zealand psychologists' practices with respect to the assessment of performance validity. New Zealand Journal of Psychology, 44(2), 35–42. https://www.psychology.org.nz/journal-archive/72176-NZJP-Vol-44-No-2_Sept-2015-Final-version.pdf

Bertrand, J.-A., & Chartrand, J.-P. (2020, October 15). *Évaluer la validité des performances chez l'adulte: Un outil de l'AQNP* [Webinaire]. https://aqnp.ca/membres/webinaires/validite-performances/

Boone, K. B. (2013). *Clinical practice of forensic neuropsychology: An evidence-based approach*. The Guilford Press.

Brooks, B. L., Ploetz, D. M., & Kirkwood, M. W. (2016). A survey of neuropsychologists' use of validity tests with children and adolescents. *Child Neuropsychology*, *22*(8), 1001–1020. https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1075491

Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity NAN Policy & Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*(4), 419 – 426. https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.02.002

Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., & Ponds, R. W. H. M. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *39*(3), 257–264. Scopus. https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1223278

Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists

in six european countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*(8), 771–783.

Faust, D., Hart, K., & Guilmette, T. J. (1988). Pediatric malingering: The capacity of children to fake believable deficits on neuropsychology testing. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(4), 578–582. https://doi.org/10.1037//0022-006X.56.4.578

Faust, D., Hart, K. J., Guilmette, T. J., & Arkes, H. R. (1988). Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. Professional Psychology: Research and Practice, 19(5), 508–515. https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.5.508

Guilmette, T. J. (2013). The role of clinical judgment in symptom validity assessment. In D. A. Carone & S. S. Bush (Eds.), *Mild traumatic brain injury: Symptom validity assessment and malingering* (pp. 31–43). Springer Publishing Company.

Heaton, R. K., Smith Jr., H. H., Lehman, R. A. W., & Vogt, A. T. (1978). Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46(5), 892–900. https://doi.org/10.1037//0022-006X.46.5.892

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Conference Participants. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response Bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(7), 1093–1129. https://doi.org/10.1080/13854040903155063

Hirst, R. B., Han, C. S., Teague, A. M., Rosen, A. S., Gretler, J., & Quittner, Z. (2017). Adherence to validity testing recommendations in neuropsychological assessment: A survey of INS and NAN members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *32*(4), 456–471. https://doi.org/10.1093/arclin/acx009

Kennepohl, S. (2018). Validité et crédibilité dans le contexte de l'expertise en neuropsychologie

clinique. *Revue québécoise de psychologie*, *39*(3), 51–74. https://doi.org/10.7202/1058184ar

Kirkwood, M. W. (2015). *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort*. The Guilford Press.

Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. Journal of the International Neuropsychological Society, 18(4), 625–631. https://doi.org/10.1017/S1355617712000240

Lippa, S. M. (2018). Performance validity testing in neuropsychology: A clinical guide, critical review, and update on a rapidly evolving literature. The Clinical Neuropsychologist, 32(3), 391–421. https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1406146

Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of north american professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, *29*(6), 741–776. https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1087597

McCarter, R. J., Walton, N. H., Brooks, D. N., & Powell, G. E. (2009). Effort testing in contemporary UK neuropsychological practice. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(6), 1050–1066. https://doi.org/10.1080/13854040802665790

Rainville, C. (2020). *Validation des observations en expertise médico-légale: L'expertise en psychologie-neuropsychologie*. Yvon Blais.

Schroeder, R. W., & Martin, P. K. (2021). *Validity assessment in clinical neuro-psychological practice: Evaluating and managing noncredible performance*. The Guilford Press.

Schroeder, R. W., Martin, P. K., & Odland, A. P. (2016). Expert beliefs and practices regarding neuropsychological validity testing. *The Clinical Neuropsychologist*, *30*(4), 515–535. https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1177118

Sharland, M. J., & Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *22*(2), 213–223.

Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *35*(6), 735–764. https://doi.org/10.1093/arclin/acaa019

Sweet, J. J., Heilbronner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., & Suhr, J. A. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, *35*(6), 1053–1106. https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036

Uiterwijk, D., Wong, D., Stargatt, R., & Crowe, S. F. (2021). Performance and symptom validity testing in neuropsychological assessments in Australia: A survey of practices and beliefs. Australian Psychologist, 56(5), 355–371. https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1948797

Tableau 1

Fréquences (%) d'usage des méthodes subjectives et objectives pour l'évaluation de la validité par les neuropsychologues québécois (N = 98)

Pratiques de détection	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Total souvent et toujours
Méthodes subjectives						
1. Observations comportementales indicatives d'un faible engagement à un sous-test individuel (p. ex. abandonner rapidement, impulsivité)	2.0	5.1	13.3	31.6	48.0	79.6
2. Contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés	1.0	7.1	21.4	27.6	42.9	70.5
3. Patron de déficits cognitifs incompatibles avec la condition	5.1	9.2	18.4	28.6	38.8	67.4
4. Sévérité de l'atteinte cognitive incompatible avec la condition	6.1	9.2	20.4	21.4	42.9	64.3
5. Symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique	2.0	13.3	21.4	24.5	38.8	63.3
6. Évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées	17.3	18.4	22.4	18.4	23.5	41.9
Méthodes objectives						
1. Résultats inférieurs aux scores seuils à des mesures spécifiques de validité (tests de validité de performance)	13.3	22.4	25.5	21.4	17.3	38.7
2. Résultats inférieurs aux scores seuil à des mesures imbriquées de validité (tests de validité de performance)	12.2	19.4	29.6	21.4	17.3	38.7
3. Résultats supérieurs aux scores seuils aux échelles de validité d'un test de personnalité objectif (tests de validité de symptômes)	34.7	25.5	18.4	13.3	8.2	21.5

Tableau 2

Proportion (%) des neuropsychologues en enfance et adolescence utilisant les méthodes sondées pour détecter la non-validité.

Pratiques de détection	Québec (n = 40)	États-Unis (n = 282)	$\chi^2(1)$	p
Méthodes subjectives				
1. Observations comportementales indicatives d'un faible engagement à un sous-test individuel	97.5	92.9	1.21	.236
2. Contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés	97.5	90.8	2.06	.123
3. Patron de déficits cognitifs incompatibles avec la condition	90.0	81.9	1.62	.146
4. Sévérité de l'atteinte cognitive incompatible avec la condition	87.5	83.0	0.52	.322
5. Symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique	95.0	79.4	5.60	.010
6. Évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées	75.0	65.8	1.30	.169
Pourcentage total moyen	90.4	82.3		
Méthodes objectives				
1. Résultats inférieurs aux scores seuils à des mesures spécifiques de validité (tests de validité de performance)	75.0	73.4	0.05	.500
2. Résultats inférieurs aux scores seuil à des mesures imbriquées de validité (tests de validité de performance)	80.0	60.3	5.83	.011
3. Résultats supérieurs aux scores seuils aux échelles de validité d'un test de personnalité objectif (tests de validité de symptômes)	57.5	73.7	4.57	.028
Pourcentage total moyen	70.8	69.1		

Nota. Comparaisons avec l'étude de Brooks et al. (2016). Variables recodées en oui (rarement, parfois, souvent, toujours) et non (jamais).

Tableau 3

Proportion (%) des neuropsychologues chez les adultes/personnes âgées utilisant souvent et toujours les méthodes sondées pour détecter la non-validité.

Pratiques de détection	Québec (n = 58)	États-Unis (n = 316)	$\chi^2(1)$	p
Méthodes subjectives				
1. Observations comportementales indicatives d'un faible engagement à un sous-test individuel	72.5	n.d	n.d	n.d
2. Contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés	77.6	88.9	5.63	.020
3. Patron de déficits cognitifs incompatibles avec la condition	74.1	90.5	12.41	.001
4. Sévérité de l'atteinte cognitive incompatible avec la condition	67.2	89.5	20.39	<.001
5. Symptômes autorapportés peu vraisemblables à l'entrevue clinique	70.7	89.5	15.06	<.001
6. Évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées	46.6	64.6	6.73	.008
Pourcentage total moyen	67.2	84.6		
Méthodes objectives				
1. Résultats inférieurs aux scores seuils à des mesures spécifiques de validité (tests de validité de performance)	46.6	91.8	77.58	<.001
2. Résultats inférieurs aux scores seuil à des mesures imbriquées de validité (tests de validité de performance)	44.8	92.1	84.73	<.001
3. Résultats supérieurs aux scores seuils aux échelles de validité d'un test de personnalité objectif (tests de validité de symptômes)	22.1	64.3	35.14	<.001
Pourcentage total moyen	37.8	82.7		

Nota. Comparaisons avec l'étude de Martin et al. (2015)

Tableau 4

Proportion (%) des neuropsychologues sondés suivant les pratiques recommandées d'évaluation de la validité.

Pratique spécifique recommandée[a]	Québec (*n* = 81)	États-Unis (*n* = 546)	$\chi^2(1)$	*p*
Deux mesures de validité objectives et plus comprises dans la batterie neuropsychologique standard	84.0	n.d.	n.d.	
Mesures de validité objectives réparties tout au long de l'évaluation neuropsychologique	63.0	82.4	16.63	<.001
Encouragements explicites à performer au meilleur de leurs capacités avant de débuter l'évaluation neuropsychologique	98.8	91.4	5.43	.020
Avertir les clients que des tests pouvant être sensibles à un manque d'efforts seront administrés.	18.5	22.7	0.72	.397
Donner une rétroaction immédiate si un effort insuffisant est suspecté.	64.2	26.7	45.80	<.001
Mettre fin à l'évaluation si un effort insuffisant est suspecté.	13.6	11.9	0.19	.666
Conclure à la non-validité des résultats dans les communications professionnelles si les résultats aux tests sont interprétés comme indicateurs d'exagération consciente ou de simulation de déficits.	43.8	57.0	4.93	.026
Conclure à la non-validité des résultats dans les communications professionnelles si les résultats aux tests sont interprétés comme indicateurs d'un effort sous-optimal (sans intention consciente).	31.6	38.5	1.37	.242
Modifier son plan d'évaluation initial en ajoutant en cours d'évaluation des mesures de validité objectives.	90.1	87.9	0.33	.565

Nota. Comparaison avec l'étude de Hirst et al. (2017).

[a] Voir le tableau S1 pour les réponses requises afin d'endosser la pratique.

Tableau 5

Caractéristiques des neuropsychologues québécois qui ont une adhésion totale aux recommandations de la NAN et de l'AACN.

	Niveau d'adhésion				
Caractéristique	Partiel (%) n = 64	Total (%) n = 17	$\chi^2(1)$		p
Sexe					
Femme	82.8	64.7	2.67		.101
Homme	17.2	35.3			
Niveau de scolarité					
Maîtrise	16.1	25.0	0.68		.469
Doctorat	83.9	75.0			
Formation sur la validité obtenue à l'université					
Oui	40.3	11.8	4.84		.042
Non	59.7	88.2			
Formation sur la validité obtenue hors université					
Oui	62.9	88.2	3.96		.040
Non	37.1	11.8			
Expérience en expertise psycholégale					
Oui	25.8	43.8	1.97		.137
Non	74.2	56.3			
Consommation de littérature scientifique sur la validité					
Oui	91.9	94.1	0.09		.617
Non	8.1	5.9			
Membre AQNP					
Oui	82.8	88.2	0.29		.453
Non	17.2	16.0			
Clientèle					
Enfants/adolescents	32.8	29.4	0.07		.518
Adultes/personnes âgées	67.2	70.6			
Croyance que toutes évaluations devraient contenir des mesures de validité objective					
Oui	38.7	70.6	5.47		.019
Non	61.3	29.4			
Croyance que les mesures objectives sont plus précises que les mesures subjectives					
Oui	75.8	100	5.08		.017
Non	24.2	0			
	Partiel (médiane)	Total (médiane)	U	z	p
Nombre d'années d'expérience	11	11	617.00	0.85	.397
Nombre de TVP/TVS dans la batterie neuropsychologique standard	3	4	659.00	2.04	.041
Pourcentage des évaluations comprenant des mesures de validité objectives	20%	50%	611.00	0.78	.436

Nota. NAN = National Academy of Neuropsychology; AACN = American Academy of Clinical Neuropsychology; AQNP = Association québécoise des neuropsychologues; TVP = test de validité de la performance; TVS = test de validité des symptôme

Tableau S1

Items du sondage liés aux pratiques d'évaluation de la validité recommandées par la NAN et l'AACN

Catégorie de pratique recommandée	Questions/Pratiques spécifiques	Réponses acceptables
1. Utilisation de plusieurs mesures de validité dans chaque évaluation	Combien utilisez-vous en moyenne de mesures de validité objectives dans votre batterie neuropsychologique standard?	2 et plus
2. Répartition des mesures de validité tout au long de l'évaluation	À quel endroit sont insérées vos mesures de validité objectives dans votre batterie d'évaluation?	Espacé tout au long
3. Encouragements à performer au meilleur des capacités	Encourager de façon explicite vos clients à performer au meilleur de leurs capacités avant de débuter l'évaluation	« La plupart du temps » ou « Toujours »
	Avertir vos clients que vous allez administrer des tests pouvant être sensibles à un manque d'effort avant de débuter l'évaluation?	« La plupart du temps » ou « Toujours »
	Donner une rétroaction immédiate (ex. : encourager votre client à performer au meilleur de leurs capacités) si vous suspectez un effort insuffisant?	« La plupart du temps » ou « Toujours »
	Mettre fin à l'évaluation si vous suspectez un effort insuffisant?	« La plupart du temps » ou « Toujours »
4. Communication des conclusions de l'évaluation de la validité	Lorsqu'un client obtient des résultats aux tests que vous interprétez comme indicateurs d'exagération consciente ou de simulation, à quelle fréquence utilisez-vous la formulation suivante : les résultats aux tests sont non valides?	« La plupart du temps » ou « Toujours »
	Lorsqu'un client obtient des résultats aux tests que vous interprétez comme indicateurs d'un effort sous-optimal (sans intention consciente) à quelle fréquence utilisez-vous la formulation suivante : les résultats aux tests sont non valides?	« La plupart du temps » ou « Toujours »
5. Ajustements de l'évaluation de la validité à la situation clinique	Est-ce qu'il vous arrive de modifier votre plan d'évaluation initial en ajoutant en cours d'évaluation des mesures de validité objectives?	oui

Nota. NAN = National Academy of Neuropsychology; AACN = American Academy of Clinical Neuropsychology.

Tableau S2

Représentativité de l'échantillon avec la population des membres de l'OPQ

Caractéristiques	Échantillon		OPQ	
	n	%	*n*	%
Sexe				
Homme	21	18.6	183	20.0
Femme	92	81.4	733	80.0
Niveau de scolarité				
Maîtrise	24	21.2	289	31.6
Doctorat	80	70.8	627	68.4
Étudiants	9	8.0	n.d.	n.d.
Type de pratique				
Privée	28	25.5	199	22.2
Employeur	39	35.5	382	42.7
Mixte (Privée et employeur)	43	39.1	313	35.0
Région administrative				
01 Bas-Saint-Laurent	1	0.9	10	1.1
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	3.5	42	4.6
03 Capitale-Nationale	20	17.7	140	15.3
04 Mauricie	2	1.8	39	4.3
05 Estrie	5	4.4	36	3.9
06 Montréal	37	32.7	276	30.1
07 Outaouais	15	13.3	29	3.7
08 Abitibi-Témiscamingue	0	0.0	9	1.0
09 Côte-Nord	0	0.0	3	0.3
10 Nord-du-Québec	0	0.0	1	0.1
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1	0.9	6	0.7
12 Chaudières-Appalaches	3	2.7	40	4.4
13 Laval	4	3.5	29	3.2
14 Lanaudière	4	3.5	39	4.3
15 Laurentides	9	8.0	44	4.8
16 Montérégie	8	7.1	118	12.9
17 Centre-du-Québec	0	0.0	16	1.7
000 Hors du Québec	0	0.0	39	4.3

Nota. n.d. = non disponible ; OPQ = Ordre des psychologues du Québec. Caractéristiques sociodémographiques des neuropsychologues membres de l'OPQ au 14 février 2020

Discussion générale

Le présent mémoire doctoral avait pour objectif général de dresser un état des lieux des croyances et des pratiques liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes des neuropsychologues québécois. Il visait de plus à explorer si celles-ci étaient en adéquation avec les pratiquement recommandées dans les écrits scientifiques, et ultimement d'offrir des pistes de réflexions et d'actions pouvant contribuer à l'amélioration des pratiques. Plus spécifiquement, l'étude visait à caractériser les croyances et les pratiques actuelles de détection de la non-validité (c.-à-d. : usage de méthodes subjectives et/ou objectives), à mesurer le niveau d'adhérence aux recommandations de pratiques entourant l'usage des mesures de validité objectives (TVP et TVS), et finalement à identifier les caractéristiques des neuropsychologues québécois et de leur pratique clinique favorisant l'adhérence aux recommandations de pratique et l'usage des TVP et TVS. Par le biais d'un sondage en ligne, les neuropsychologues québécois ont été questionnés sur leurs pratiques et croyances liées à l'évaluation de la validité lors d'évaluations neuropsychologiques. Ces résultats ont été comparés à ceux issus de sondages de pratiques antérieurs réalisés essentiellement auprès de neuropsychologues américains (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017; Martin et al., 2015).

Les résultats obtenus ont permis de confirmer plusieurs hypothèses de l'étude. Globalement, l'analyse des résultats révèle que les neuropsychologues québécois se distinguent de leurs collègues américains alors qu'ils sont plus nombreux à entretenir des croyances erronées concernant l'évaluation de la validité, utilisent peu fréquemment les

méthodes subjectives et objectives disponibles et priorisent davantage les méthodes subjectives aux méthodes objectives. Ceci apparaît contraire aux écrits scientifiques, tels que détaillés dans des énoncés de positions et de déclarations de consensus publiés dans les dernières années par l'AACN et la NAN (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009; Sweet et al., 2021). Toutefois, les neuropsychologues québécois ayant affirmé faire usage de TVP et de TVS étaient aussi nombreux que les neuropsychologues américains à démontrer une adhérence forte, comme défini par Hirst et al. (2017), aux recommandations spécifiquement formulées pour encadrer l'administration des TVP et TVS (c.-à-d. : nombre de mesures objectives, répartition des mesures, encouragements donnés, communication des conclusions de l'évaluation de la validité et ajustement de l'évaluation de la validité à la situation clinique). En outre, il est intéressant de constater que ceux-ci étaient plus nombreux que leurs pairs ayant démontré une adhérence partielle à avoir des croyances bien alignées avec les faits scientifiques et à avoir suivi des formations sur l'évaluation de la validité après avoir débuté leur pratique professionnelle. Enfin, le fait de posséder une expérience en expertise neuropsychologique, de travailler majoritairement auprès d'adultes et d'aînés, de consommer de la littérature scientifique sur le sujet et de croire que chaque évaluation doit contenir des TVP et/ou des TVS étaient associées à un nombre plus élevé de mesures objectives comprises dans la batterie neuropsychologique standard.

Les résultats de l'étude mettent en lumière un retard important au niveau des croyances des neuropsychologues québécois, mais aussi de l'adhérence aux pratiques recommandées par la NAN et l'AACN par les neuropsychologues québécois, et plus

particulièrement en ce qui a trait à l'usage des TVP et des TVS. La discussion développée dans l'article scientifique composant ce mémoire doctoral attribue essentiellement ce retard à un manque de connaissances chez les neuropsychologues québécois. En effet, les neuropsychologues québécois semblent peu au fait de l'ampleur du phénomène de la non-validité, de la valeur ajoutée des mesures objectives et des effets négatifs de la non-validité. Par conséquent, ce manque de connaissances favorise le maintien de croyances erronées, nuit à l'évolution des pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes et explique l'écart constaté entre les croyances et les pratiques actuelles des neuropsychologues québécois comparativement à celles des neuropsychologues américains. Les arguments proposés pour expliquer ce constat avancent que le manque de connaissances découle d'une formation universitaire initiale non adaptée, d'un manque d'accessibilité aux formations continues et de diffusion des connaissances. Les prochains paragraphes visent à mieux appuyer ces arguments en les liant plus explicitement au contexte québécois.

La formation initiale en neuropsychologie au Québec

Il est désormais requis par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) de compléter une formation doctorale dans un profil, une option ou une concentration en neuropsychologie, ou avoir complété une formation théorique et pratique correspondant aux exigences réglementaires, pour pratiquer l'évaluation des troubles neuropsychologiques au Québec. Par conséquent, ce règlement témoigne du niveau élevé

de responsabilité et de risque de préjudice associés à cette responsabilité professionnelle, ainsi que de l'importance de la formation théorique et pratique initiale.

Or, les résultats de la présente étude tendent à indiquer que la formation initiale portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes acquise lors du parcours universitaire ne permet pas de développer des croyances et des pratiques cohérentes avec les écrits scientifiques. D'une part, ceci pourrait s'expliquer par la possibilité que la formation universitaire en neuropsychologie au Québec accorde peu d'attention au phénomène de la non-validité de la performance et des symptômes au sein de leur cursus. En effet, un survol des descriptifs de cours théoriques offerts par les maisons d'enseignement au doctorat en neuropsychologie, et portant sur l'évaluation neuropsychologique, révèle que la majorité d'entre elles n'enseignent pas ces notions, ou sinon de façon très limitée (p. ex. : un cours théorique de trois heures pour l'ensemble de la formation théorique doctorale). Lorsque ces notions sont enseignées, celles-ci semblent se limiter au seul contexte de l'expertise neuropsychologique ou médico-légale, et plus spécifiquement sous l'angle de la simulation, malgré l'élargissement du spectre des écrits scientifiques dans les dernières années visant une compréhension plus globale du phénomène de la non-validité tant en pratique clinique qu'en expertise (Suchy, 2019). Ceci n'est peut-être pas étranger au fait que les manuels théoriques dans leur édition actuelle, et habituellement recommandés dans le cadre des cours portant sur l'évaluation neuropsychologique, abordent eux-mêmes ces notions sous les angles de l'expertise et de la simulation (Botez-Marquard & Boller, 2005; Lezak et al., 2012; Seron & Van der

Linden, 2014; Strauss et al., 2006). En outre, les chapitres portant sur ces notions sont habituellement relégués aux derniers chapitres de ces ouvrages, donnant possiblement l'impression d'une moins grande importance par rapport aux autres concepts fondamentaux liés à l'évaluation neuropsychologique. D'ailleurs, la quatrième édition prévue pour une sortie en février 2023 du livre de référence *A Compendium of Neuropsychological Tests*, dont la dernière édition remonte à 2006, abordera les concepts critiques relatifs à la validité de la performance et des symptômes dès les premiers chapitres. Ainsi, en mettant à l'avant-plan ces notions dans les manuels théoriques, ceci pourrait amener les professeurs et les étudiants universitaires à se familiariser avec ces notions, les motiver à approfondir leurs connaissances et par la suite les amener à intégrer ces recommandations à leurs pratiques.

D'autre part, l'hypothèse d'une formation initiale non adaptée pourrait aussi s'expliquer par la possibilité que les professeurs donnant les cours théoriques portant sur l'évaluation neuropsychologique ne connaissent tout simplement pas ces notions, et par conséquent ne les abordent pas. Plus précisément, les professeurs universitaires consacrent généralement la majeure partie de leurs activités professionnelles à l'enseignement et à la recherche et peu d'entre eux possèdent en plus une pratique clinique. Alors que les résultats de la présente recherche suggèrent qu'être en contact personnellement avec le phénomène de la non-validité de la performance et des symptômes engendre un mouvement chez le clinicien pour parfaire ses connaissances, l'absence de pratique clinique chez les professeurs universitaires pourrait limiter leur capacité à se tenir à jour et à développer

leurs connaissances en lien avec les enjeux liés directement avec la pratique clinique en neuropsychologie. De plus, les résultats de l'étude ont permis de démontrer que posséder de l'expérience en expertise neuropsychologique favorisait l'adhérence aux recommandations de pratique d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes. Compte tenu du fait que les professeurs universitaires exercent peu en pratique clinique, ils sont nécessairement moins nombreux à posséder de l'expérience en expertise neuropsychologique, ce qui limite encore une fois les opportunités pour ceux-ci de développer et maîtriser les notions inhérentes à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes. Par conséquent, il semble exister une rupture entre la clinique et la recherche, laquelle pourrait nuire aux opportunités d'échanges entre ces milieux. La mise en place de mécanismes améliorant la communication entre les professeurs offrant la formation théorique et les cliniciens offrant la formation pratique pourrait permettre de mieux cibler les besoins de formation universitaire sur ces enjeux.

L'accessibilité aux formations continues, aux écrits scientifiques et aux outils

Malgré la proximité du Québec avec les États-Unis, les résultats de notre étude indiquent que les recommandations de pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes issues des grandes associations américaines de neuropsychologues telles la NAN et l'AACN ont eu une diffusion limitée au Québec. Au-delà de l'argument qu'un faible nombre de neuropsychologues québécois sont membres de ses associations, et ont par conséquent été peu exposés aux déclarations de consensus (Heilbronner et al., 2009; Sweet et al., 2021) et d'énoncé de positions (Bush et al., 2005)

de celles-ci, il est possible que le contexte linguistique francophone propre au Québec ait nui à la diffusion de la littérature scientifique américaine en langue anglaise.

Tout d'abord, les neuropsychologues québécois ont un accès très limité aux notions portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes via les journaux scientifiques de langue française habituellement consultés par ceux-ci. À titre comparatif, une recherche des publications réalisées entre 2009 et 2019 auprès des journaux scientifiques américains ciblant la pratique de la neuropsychologie clinique, soient *The Clinical Neuropsychologist* (journal de l'AACN) et *Archives of Clinical Neuropsychology* (journal de la NAN), avec les mots-clés suivants neuropsycholog* AND ("validity assessment" OR "test validity" OR "performance validity" OR "symptom validity") AND (malingering OR simulation OR effort OR feigning) donne accès à près de 200 publications scientifiques en langue anglaise. En contrepartie, une recherche réalisée auprès de journaux scientifiques canadiens et européens, et ciblant la pratique de la psychologie et de la neuropsychologie, soient *Revue québécoise de psychologie, Psychologie canadienne* (journal de l'ACP[2]), *Revue canadienne des sciences du comportement* (journal de l'ACP), *Revue de neuropsychologie* et *Neuropsychologie clinique et appliquée,* donne accès à un maximum de trois publications scientifiques en français portant sur le sujet de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie. Ainsi, à moins d'être déjà conscientisé aux enjeux de la non-validité et de consulter régulièrement les journaux scientifiques américains pour développer ses connaissances, le neuropsychologue

[2] ACP = association canadienne de psychologie

québécois risque peu d'être exposé à des écrits scientifiques en langue française portant sur le sujet et nuisant ainsi à l'évolution des croyances et des pratiques.

Selon l'article 39 du code de déontologie des psychologues du Québec « le psychologue développe, parfait et tient à jour ses connaissances et habiletés dans le domaine dans lequel il exerce ses activités professionnelles » (Éditeur officiel du Québec, 2022). Par conséquent, l'accès à des formations continues est primordial pour assurer la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences. De ce fait, on retrouve près de 750 offres de formations continues reconnues au catalogue de l'OPQ, et dont une forte majorité en langue française. Toutefois, au moment de la collecte de données de la présente étude, soit jusqu'en décembre 2019, aucune formation reconnue par l'OPQ portant sur l'évaluation de la validité de la performance n'était disponible au catalogue ou encore avait fait l'objet d'une conférence lors du congrès annuel de l'OPQ. Cependant, à la connaissance de l'auteure de ce mémoire, des formations continues portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes sont offertes annuellement aux États-Unis dans le cadre du congrès de l'AACN depuis au moins 2017, et tout porte à croire que les neuropsychologues américains ont accès à des formations depuis au moins le début des années 2000 via différentes tribunes depuis la publication de textes scientifiques importants dans le domaine (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009; Slick et al., 1999). C'est grâce au travail de l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP), qu'une première conférence tenue lors de l'édition 2019 du congrès de l'AQNP intitulée *Évaluation de l'effort : état des lieux et recommandations de l'AQNP* (Bertrand & Perreau-Linck, 2019)

que les neuropsychologues québécois ont pu se familiariser avec ces enjeux pour la première fois lors d'un congrès québécois les ciblant.

Une contrainte importante pour les neuropsychologues québécois est l'accès à des outils psychométriques possédant des normes adaptées à une population dont la langue maternelle est le français et pour laquelle la connaissance et la maîtrise de l'anglais peuvent souvent être limitées. En effet, les neuropsychologues québécois doivent souvent conjuguer avec des traductions de l'anglais au français dites « maisons » et non standardisées des consignes et items de différents outils d'évaluation, en plus de se rabattre sur des normes développées auprès de populations américaines de langue anglaise. Les neuropsychologues québécois sont par conséquent bien au fait d'utiliser ces normes avec circonspection, en plus des risques que comportent des comparaisons avec des normes inadaptées aux niveaux ethniques, culturels, linguistiques et de scolarité (p. ex. : conclure de façon erronée à des troubles cognitifs) (Strauss et al., 2006). De ce fait, on assiste dans les dernières années à une disponibilité accrue à des normes franco-québécoises développées par des équipes de chercheurs québécois pour plusieurs outils psychométriques classiques (p. ex. : Fluence verbale phonologique et sémantique, Stroop Victoria, 15 mots de Rey, Dementia Rating Scale, Trail A et B, Figure de Rey) (Lavoie et al., 2013, 2018; St-Hilaire et al., 2016, 2018; Tremblay et al., 2015, 2016). Cependant, cette tendance n'est pas observée dans le domaine des TVP et des TVS et pourrait limiter l'usage qu'en font les neuropsychologues québécois dans leur pratique courante et de les porter à

se fier plutôt aux méthodes subjectives par crainte de conclure de façon erronée à la non-validité des performances ou des symptômes.

Ceci est tout à fait cohérent avec la mise en garde de Bush et al. (2005) et Sweet et al. (2021) quant à la prudence que doit exercer le neuropsychologue dans l'usage de TVP et TVS auprès d'un individu de culture différente de l'échantillon normatif. En outre, tel que mis en évidence par Lippa et al. (2018) et Salazar et al. (2021), peu d'études se sont attardées aux effets des facteurs langagiers et culturels sur les performances obtenues aux PVT, et la plupart de ces recherches ont étudié ceux-ci auprès d'une population hispanique et latine de langue maternelle espagnole, bilingue (c.-à-d. : anglais/espagnol) et asiatique de langue maternelle chinoise. Par exemple, il émerge de cette littérature que le *TOMM* et les *15 items de Rey* maintiennent leur spécificité avec les scores seuils traditionnels chez des individus dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, ainsi que vivant à l'extérieure des États-Unis. Par ailleurs, les scores seuils traditionnels des TVP imbriqués découlant des empans de chiffres (p. ex. : *Reliable Digit Span*) devraient être ajustés lorsqu'employés auprès de non-anglophone pour limiter les faux positifs (Strutt & Stinson, 2021). Ces études suggèrent qu'en général, l'usage des TVP (spécifiques et imbriquées) et TVS auprès d'une population franco-québécoise requiert une grande prudence dans la sélection des outils en s'appuyant sur des données scientifiques assurant une généralisation appropriée. Enfin, seul le *Test des 48 images*, soit un TVP développé et normé au Québec, est actuellement disponible (Rouleau & Malette, 2018).

En somme, il se dégage globalement que le sujet de la non-validité de la performance et des symptômes est très peu présent dans les enseignements universitaires lors de la formation initiale des futurs neuropsychologues québécois, ainsi que dans l'offre de formation continue québécoise comparativement aux États-Unis. De plus, ce n'est que très récemment que le sujet est porté à l'attention des neuropsychologues québécois, et ceci en grande partie en raison du travail de l'AQNP qui, depuis 2019, œuvre activement auprès de ses membres pour améliorer les connaissances et les pratiques par le biais de formations, publications d'outils et recommandations d'ouvrages sur le sujet (Bertrand & Chartrand, 2020; Bertrand & Perreau-Linck, 2019; Rainville, 2020). En outre, peu d'évidences scientifiques supportent actuellement l'usage des scores seuils traditionnels des TVP, issus de la recherche réalisée auprès d'une population américaine anglophone, aux Québécois de langue française. En raison de ceci, le neuropsychologue québécois possède un nombre plus limité de TVP et de TVS adaptés à sa clientèle que le neuropsychologue américain. Ce contexte propre au Québec permet de mieux circonscrire les causes du retard constaté chez les neuropsychologues québécois comparativement aux Américains. En outre, il vient appuyer encore plus fermement les trois recommandations élaborées dans le cadre de l'article et visant essentiellement à améliorer les pratiques des neuropsychologues québécois par le biais de l'éducation, de la formation, de la diffusion des connaissances et de la validation de TVP et de TVS pour le Québec.

Forces, limites et pistes pour la recherche future

La principale force de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire doctoral est qu'elle vient dresser un portrait actuel des croyances et des pratiques d'évaluation des neuropsychologues québécois liées à l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes. Les résultats obtenus forcent une prise de conscience individuelle et collective quant à l'état des connaissances actuelles, de la formation initiale, de la formation continue et des moyens utilisés pour diffuser les recommandations de pratique portant sur ces enjeux fondamentaux de la pratique de la neuropsychologie. En ce sens, les arguments développés pour expliquer ces résultats ont permis d'explorer les barrières potentielles propres au clinicien (c.-à-d. : manque de connaissance) et aux organisations (c.-à-d. : milieux d'enseignement, OPQ, ACP et AQNP). De plus, les recommandations formulées et détaillées dans l'article ciblant l'amélioration et la diffusion des connaissances permettront idéalement la mise en place d'actions concrètes et permettant de diminuer l'écart constaté.

Malgré ces contributions significatives, par son devis non expérimental et l'usage d'un échantillonnage non aléatoire, des limites doivent être considérées quant à la représentativité de notre échantillon. Plus précisément, notre échantillonnage peut avoir eu pour effet de limiter l'accès aux neuropsychologues ne faisant pas l'usage des méthodes objectives de validité et surreprésenter ceux les utilisant. Bien que des moyens aient été pris pour limiter le biais de désirabilité sociale, en portant notamment une attention particulière à l'ordre des questions et en privilégiant un sondage anonyme, on ne peut éliminer la possibilité que des participants aient endossé faussement certaines pratiques.

Également, l'exactitude des comparaisons effectuées avec les études de croyances et pratiques antérieures peut avoir été limitée par les manipulations apportées aux variables mesurées (p. ex. : modifier une échelle de type Likert en une échelle dichotomique) et par la traduction de l'anglais au français des questions du sondage et nuisant possiblement à la mesure de certains construits.

En ce qui a trait aux orientations de recherches futures, la présente recherche attribue essentiellement l'écart entre les pratiques des neuropsychologues québécois et celles des neuropsychologues américains à un manque de connaissances. Toutefois, comme mis en lumière par la recherche portant sur les stratégies favorisant l'adhérence aux recommandations de pratiques, d'autres barrières peuvent minimiser l'adoption de celles-ci par les cliniciens et mériteraient que l'on s'y attarde (Fischer et al., 2016). Par exemple, Fisher et al. (2016) énumère des barrières liées aux attitudes du clinicien (p. ex. : désaccord avec les recommandations, pauvre sentiment d'efficacité personnelle, pauvre motivation, etc.), aux facteurs associés aux lignes directrices (p. ex. : accès difficile, complexité, qualité des appuis scientifiques, etc.), ainsi qu'à des facteurs externes (p. ex. : manque de temps et de ressources, contraintes organisationnelles, etc.) pouvant nuire à l'adhérence aux recommandations de pratique. En ce sens, la conceptualisation et la réalisation d'études qualitatives pourraient permettre d'approfondir les barrières nuisant à l'adhérence aux bonnes pratiques, ainsi que les facteurs facilitants.

Conclusion

En offrant un premier portrait descriptif des croyances et des pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes des neuropsychologues québécois, ce mémoire doctoral contribue de façon importante aux efforts déployés visant l'amélioration de ces pratiques. De par son approche comparative, l'étude a également permis de démontrer que les recommandations de pratiques d'évaluation de la validité de la performance et des symptômes de la NAN et de l'AACN (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009; Sweet et al., 2021) sont peu implantées dans les pratiques courantes des neuropsychologues québécois comparativement aux neuropsychologues américains. De plus, les neuropsychologues québécois sont plus nombreux que les neuropsychologues américains à entretenir des croyances erronées concernant l'évaluation de la validité. Les résultats de l'étude mettent également de l'avant des associations entre certaines caractéristiques du clinicien et de sa pratique clinique favorisant l'adhérence aux recommandations de pratiques.

Globalement, un retard est constaté sur le plan des connaissances des neuropsychologues québécois concernant l'ampleur du phénomène de la non-validité, de la valeur ajoutée des mesures objectives utilisées conjointement avec les mesures subjectives et des effets négatifs de la non-validité sur la compréhension clinique et les recommandations formulées. Ce manque de connaissances pourrait être lié au fait que le sujet de la validité de la performance et des symptômes est peu traité dans les enseignements universitaires lors de la formation initiale des futurs neuropsychologues,

dans l'offre de formations continues et dans les journaux scientifiques ciblant les neuropsychologues québécois. Enfin, il apparaît urgent et requis de déployer des moyens concrets visant l'amélioration des connaissances, notamment par le biais de la diffusion d'énoncés de positions ou de consensus de pratique ciblant les neuropsychologues québécois, ainsi que par l'amélioration de la formation universitaire et de la formation professionnelle continue portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes.

Références

Ardolf, B. R., Denney, R. L., & Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *The Clinical Neuropsychologist*, *21*(6), 899–916. https://doi.org/10.1080/13825580600966391

Barker-Collo, S. L., & Fernando, K. (2015). A survey of New Zealand psychologists' practices with respect to the assessment of performance validity. *New Zealand Journal of Psychology*, *44*(2), 35–42.

Bender, S. D., & Frederick, R. (2018). Neuropsychological models of feigned cognitive deficits. Dans R. Rogers & S. D. Bender (Éds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4e éd., pp. 42–60). The Guilford Press.

Bertrand, J.-A., & Chartrand, J.-P. (2020, October 15). *Évaluer la validité des performances chez l'adulte : Un outil de l'AQNP* [Webinaire]. https://aqnp.ca/membres/webinaires/validite-performances/

Bertrand, J.-A., & Perreau-Linck, É. (2019, 27 septembre). *Évaluation de l'effort : État des lieux et recommandations de l'AQNP* [Présentation orale]. 7e congrès annuel de l'AQNP, Québec, Canada.

Boone, K. B. (2009). The need for continuous and comprehensive sampling of effort/response bias during neuropsychological examinations. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(4), 729–741. https://doi.org/10.1080/13854040802427803

Boone, K. B. (2013*). Clinical practice of forensic neuropsychology: An evidence-based approach.* The Guilford Press.

Botez-Marquard, T., & Boller, F. (2005). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement* (3e éd.). Presses de l'Université de Montréal. http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb40105098d

Brooks, B. L., Ploetz, D. M., & Kirkwood, M. W. (2016). A survey of neuropsychologists' use of validity tests with children and adolescents. *Child Neuropsychology*, *22*(8), 1001–1020. https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1075491

Brooks, B. L., Sherman, E. M. S., Iverson, G. L., Slick, D. J., & Strauss, E. (2011). Psychometric foundations for the interpretation of neuropsychological test results. Dans M. R. Schoenberg & J. G. Scott (Éds.), *The little black book of neuropsychology: A syndrome-based approach* (pp. 893–922). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-76978-3_31

Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and

medical necessity NAN policy & planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*(4), 419–426. https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.02.002

Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the social security disability consultative exam: Predictors and base rates. *The Clinical Neuropsychologist*, *22*, 529–546. https://doi.org/10.1080/13854040701346104

Chafetz, M. D. (2015). Disability: Social security supplemental security income exams for children. Dans M. W. Kirkwood (Éd.), *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort* (pp. 272–290). The Guilford Press.

Chafetz, M. D., Abrahams, J. P., & Kohlmaier, J. (2007). Malingering on the social security disability consultative exam: A new rating scale. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *22*, 1–14. https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.10.003

Chafetz, M. D., & Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*(7), 633–639. https://doi.org/10.1093/arclin/act038

Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., & Ponds, R. W. H. M. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *39*(3), 257–264. https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1223278

Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six european countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*(8), 771–783.

DeRight, J., & Jorgensen, R. S. (2015). I just want my research credit: Frequency of suboptimal effort in a non-clinical healthy undergraduate sample. *The Clinical Neuropsychologist*, *29*(1), 101–117. https://doi.org/10.1080/13854046.2014.989267

Éditeur officiel du Québec. (2022, 1er août). *Code de déontologie des psychologues.* https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/C-26,%20R.%20212.pdf

Éditeur officiel du Québec. (2022, 1er septembre). *Code des professions.* https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/C-26.pdf

Faust, D., Hart, K., & Guilmette, T. J. (1988). Pediatric malingering: The capacity of children to fake believable deficits on neuropsychology testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(4), 578–582. https://doi.org/10.1037//0022-006X.56.4.578

Faust, D., Hart, K. J., Guilmette, T. J., & Arkes, H. R. (1988). Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*(5), 508–515. https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.5.508

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W., & Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in guideline implementation—A scoping review. *Healthcare*, 4(3). https://doi.org/10.3390/healthcare4030036

Gouvier, W. D. (1999). Base-rates and clinical decision making in neuropsychology. Dans J. J. Sweet (Éd), *Forensic neuropsychology : Fundamentals and practice* (pp. 27–37). Swets & Zeitlinger Publishers.

Green, P., & Merten, T. (2013). Noncredible explanations of noncredible performance on symptom validity tests. Dans D. A. Carone & S. S. Bush (Éds.), *Mild traumatic brain injury : Symptom validity assessment and malingering* (pp. 73–99). Springer Publishing Company.

Guilmette, T. J. (2013). The role of clinical judgment in symptom validity assessment. Dans D. A. Carone & S. S. Bush (Éds.), *Mild traumatic brain injury : Symptom validity assessment and malingering* (pp. 31–43). Springer Publishing Company.

Heaton, R. K., Smith Jr., H. H., Lehman, R. A. W., & Vogt, A. T. (1978). Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(5), 892–900. https://doi.org/10.1037//0022-006X.46.5.892

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., & Millis, S. R. (2009). American academy of clinical neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(7), 1093–1129. https://doi.org/10.1080/13854040903155063

Hirst, R. B., Han, C. S., Teague, A. M., Rosen, A. S., Gretler, J., & Quittner, Z. (2017). Adherence to validity testing recommendations in neuropsychological assessment: A survey of INS and NAN members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *32*(4), 456–471. https://doi.org/10.1093/arclin/acx009

Iverson, G. L., & Lange, R. T. (2012). Traumatic brain injury in the workplace. Dans S. S. Bush & G. L. Iverson (Éds.), *Neuropsychological assessment of work-related injuries* (pp. 9–67). The Guilford Press.

Kennepohl, S. (2018). Validité et crédibilité dans le contexte de l'expertise en neuropsychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, *39* (3), 51–74. https://doi.org/10.7202/1058184ar

Kirkwood, M. W. (2015). A rational for performance validity testing in child and adolescent assessment. Dans M. W. Kirkwood (Éd.), *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort* (pp. 3–21). The Guilford Press.

Kirkwood, M. W. (2015). Review of pediatric performance and symptom validity tests. Dans M. W. Kirkwood (Éd.), *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort* (pp. 79–106). The Guilford Press.

Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, *17*(3), 410–425. https://doi.org/10.1076/clin.17.3.410.18089

Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *18*(4), 625–631. https://doi.org/10.1017/S1355617712000240

Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Meyers, J. E. (2009). 40 plus or minus 10, a new magical number: Reply to Russell. *The Clinical Neuropsychologis*t, *23*(5), 841–849. https://doi.org/10.1080/13854040902796735

Lavoie, M., Bherer, L., Joubert, S., Gagnon, J.-F., Blanchet, S., Rouleau, I., Macoir, J., & Hudon, C. (2018). Normative data for the rey auditory verbal learning test in the older french-quebec population. *The Clinical Neuropsychologist*, *32*(sup1), 15-28. https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1429670

Lavoie, M., Callahan, B., Belleville, S., Simard, M., Bier, N., Gagnon, L., Gagnon, J.-F., Blanchet, S., Potvin, O., Hudon, C., & Macoir, J. (2013). Normative data for the dementia rating scale-2 in the french-quebec population. *The Clinical Neuropsychologist*, *27*(7), 1150–1166. https://doi.org/10.1080/13854046.2013.825010

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5e éd.). Oxford University Press.

Lippa, S. M. (2018). Performance validity testing in neuropsychology: A clinical guide, critical review, and update on a rapidly evolving literature. *The Clinical Neuropsychologist*, *32*(3), 391–421. https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1406146

Lippa, S. M. (2021). The nuts and bolts of incorporating validity assessment in clinical evaluations. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Éds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and managing noncredible*

performance (pp. 179–192). The Guilford Press.

Marshall, P., Schroeder, R., O'Brien, J., Fischer, R., Ries, A., Blesi, B., & Barker, J. (2010). Effectiveness of symptom validity measures in identifying cognitive and behavioral symptom exaggeration in adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Clinical Neuropsychologist*, *24*(7), 1204–1237. https://doi.org/10.1080/13854046.2010.514290

Martin, P. K., & Schroeder, R. W. (2020). Base rates of invalid test performance across clinical non-forensic contexts and settings. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *35*(6), 717–725. https://doi.org/10.1093/arclin/acaa017

Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of north american professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, *29*(6), 741–776. https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1087597

McCarter, R. J., Walton, N. H., Brooks, D. N., & Powell, G. E. (2009). Effort testing in contemporary UK neuropsychological practice. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*(6), 1050–1066. https://doi.org/10.1080/13854040802665790

Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental*, *24*(8), 1094–1102. https://doi.org/10.1076/jcen.24.8.1094.8379

Ploetz, D. M., Caldwell, C.T., & Nitsch, K.P. (2021). Validity assessment with children and adolescents: Comparisons to adult evaluations. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Éds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 418–438). The Guilford Press.

Rabin, L. A., Barr, W. B., & Burton, L. A. (2005). Assessment practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada: A survey of INS, NAN, and APA Division 40 members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(1), 33–65. https://doi.org/10.1016/j.acn.2004.02.005

Rainville, C. (2020). *Validation des observations en expertise médico-légale : l'expertise en psychologie-neuropsychologie*. Éditions Yvon Blais.

Rouleau, I., & Mallette, P.-L. (2019). Validité du test des 48 images dans la détection de la simulation des troubles de la mémoire : données de références. *Neuropsychologie Clinique et Appliquée*, *3*, 92–104. https://doi.org/10.46278/j.ncacn.20190517

Ruff, R. M., Klopfer, J., & Blank, J. (2016). Homogenous base rates for malingering in neuropsychological examination of litigants. *Psychological Injury and Law*, *9*(2),

143–153. https://doi.org/10.1007/s12207-016-9259-1

Salazar, X. F., Lu, P. H., & Boone, K. B. (2021). The use of performance validity tests in ethnic-minority and non-english-dominant populations. Dans K. B. Boone (Éd), *Assessment of feigned cognitive impairment : A neuropsychological perspective* (2e éd., pp. 578–608). Guilford Press.

Schroeder, R. W., & Martin, P. K. (2021a). Explanations of performance validity test failure in clinical settings. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Éds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 11–30). The Guilford Press.

Schroeder, R. W., & Martin, P. K. (2021b). Validity assessment in clinical settings: How it differs from forensic settings and why it is important. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Éds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 3–10). The Guilford Press.

Schroeder, R. W., Martin, P. K., & Odland, A. P. (2016). Expert beliefs and practices regarding neuropsychological validity testing. *The Clinical Neuropsychologist*, *30*(4), 515–535. https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1177118

Seron, X., & Van der Linden, M. (2014). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte - Tome 1 : Évaluation* (2e éd.). De Boeck Supérieur.

Sharland, M. J. & Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologist' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. Archives of Clinical Neuropsychology, 22(2), 213-223. https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.12.004

Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *35*(6), 735–764. https://doi.org/10.1093/arclin/acaa019

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, *13*(4), 545–561. https://doi.org/10.1076/1385-4046(199911)13:04;1- Y;FT545

Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H., & Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: A survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*(4), 465–473.

Soble, J. R., Webber, T. A., & Bailey, K. C. (2021). An overview of common performance validity tests for practicing clinicians. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Éds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and*

managing noncredible performance (pp. 126–149). The Guilford Press.

St-Hilaire, A., Hudon, C., Vallet, G., Bherer, L., Lussier, M., Gagnon, J.-F., Simard, M., Gosselin, N., Escudier, F., Rouleau, I., & Macoir, J. (2016). Normative data for phonemic and semantic verbal fluency test in the adult french–quebec population and validation study in alzheimer's disease and depression. *The Clinical Neuropsychologist*, *30*(7), 1126–1150. https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1195014

St-Hilaire, A., Parent, C., Potvin, O., Bherer, L., Gagnon, J.-F., Joubert, S., Belleville, S., Wilson, M. A., Koski, L., Rouleau, I., Hudon, C., & Macoir, J. (2018). Trail making tests a and b: Regression-based normative data for quebec french-speaking mid and older aged adults. *The Clinical Neuropsychologist*, *32*(sup1), 77–90. https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1470675

Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3e éd.). Oxford University Press.

Strutt, A. M., & Stinson, J. M. (2021). Performance validity testing with culturally diverse individuals and non-native english speakers. Dans R. W. Schroeder & P. K. Martin (Eds.), *Validity assessment in clinical neuropsychological practice: Evaluating and managing noncredible performance* (pp. 211–232). The Guilford Press.

Suchy, Y. (2019). Introduction to special issue: Current trends in empirical examinations of performance and symptom validity. *The Clinical Neuropsychologist*, *33*(8), 1349–1353. https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1672334

Sullivan, B. K., May, K., & Galbally, L. (2007). Symptom exaggeration by college adults in attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorder assessments. *Applied Neuropsychology*, *14*(3), 189–207. https://doi.org/10.1080/09084280701509083

Sweet, J. J., Heilbronner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., & Suhr, J. A. (2021). American academy of clinical neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, *35*(6), 1053–1106. https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036

Tremblay, M. -P., Potvin, O., Belleville, S., Bier, N., Gagnon, L., Blanchet, S., Domingues, N.-S., Gaudreau, G., Macoir, J., & Hudon, C. (2016). The victoria stroop test: Normative data in quebec-french adults and elderly. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*(8), 926–933. https://doi.org/10.1093/arclin/acw029

Tremblay, M.-P., Potvin, O., Callahan, B. L., Belleville, S., Gagnon, J. -F., Caza, N.,

Ferland, G., Hudon, C., & Macoir, J. (2015). Normative data for the rey–osterrieth and the taylor complex figure tests in quebec-french people. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *30*(1), 78–87. https://doi.org/10.1093/arclin/acu069

Uiterwijk, D., Wong, D., Stargatt, R., & Crowe, S. F. (2021). Performance and symptom validity testing in neuropsychological assessments in Australia: A survey of practices and beliefs. *Australian Psychologist*, *56*(5), 355–371. https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1948797

Wodushek, T. R., & Domen, C. H. (2020). Comparing two models of performance validity assessment in patients with parkinson's disease who are candidates for deep brain stimulation surgery. *Applied Neuropsychology: Adult*, *27*(1), 9–21. https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1473251

Young, J. C., Roper, B. L., & Arentsen, T. J. (2016). Validity testing and neuropsychology practice in the VA healthcare system: Results from recent practitioner survey. *The Clinical Neuropsychologist*, *30*(4), 497–514. https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1159730

.

Appendice A
Preuve d'acceptation de l'article pour publication

FW: Manuscrit no CBS-2022-0778R2 - [EMID:89865810713a2edd]

De : <em.cbs.0.83710a.e5868feb@editorialmanager.com> au nom de Canadian Journal of Behavioural Science <em@editorialmanager.com>
Répondre à : Canadian Journal of Behavioural Science <mboots@apa.org>
Date : vendredi 19 mai 2023 à 10:44
À : forege01 <Genevieve.Forest@uqo.ca>
Objet : Manuscrit no CBS-2022-0778R2 - [EMID:89865810713a2edd]

Attention: L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

CBS-2022-0778R2
L'évaluation de la validité de la performance en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois
Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement

Dr. Forest,

J'ai le plaisir de vous informer que la diffusion de votre article dans la publication *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* a été acceptée.

La décision a été prise le 19 May 2023.

Notre bureau communiquera bientôt avec vous au sujet des formulaires de publication. Ces formulaires doivent être remplis et renvoyés avant que votre manuscrit soit mis en production.

Vous trouverez des commentaires de la part du rédacteur et des évaluateurs ci-après.

Merci d'avoir soumis votre manuscrit à la publication *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement.*

Sincères salutations.
Martin Drapeau
Associate Editor
Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement

Appendice B
Certificat d'éthique

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Sherbrooke, le 16 juillet 2019

Mme Céline Richer
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

N/Réf. 2019-1901/Richer

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a reçu les clarifications ou les modifications demandées concernant votre projet de recherche intitulé **« L'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique: Sondage sur les pratiques et croyances des neuropsychologues québécois ».**

Les documents suivants ont été analysés :

- Formulaire de réponse aux conditions (F20-3568)
- Documents utilisés pour le recrutement (COURRIEL DE SOLLICITATION AU PROJET DE RECHERCHE.docx)
- Évaluation scientifique (Rapport_eval_projet_memoire_doct_C_Richer.pdf)
- Projet de recherche (descriptionprojetderecherche.docx)
- Directives présentées au début du questionnaire auto-administré (Formulaire d'information et de consentement.docx)
- Recrutement (COURRIEL DE SOLLICITATION AU PROJET DE RECHERCHEV2.docx) [date : 09 mai 2019, version : V2]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire d'information et de consentementV2.docx) [date : 09 mai 2019, version : V2]

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été **approuvé**.

Cette approbation étant **valide jusqu'au 16 juillet 2020**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Madame, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.

M. Olivier Laverdière
Président du CÉR - Lettres et sciences humaines
Professeur au département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines

c. c. Vice-décanat à la recherche
Directeur ou directrice de recherche (le cas échéant)
Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création (le cas échéant)

Appendice C
Courriel de sollicitation

INVITATION A PARTICIPER A UN PROJET DE RECHERCHE

Chers collègues neuropsychologues et étudiants et candidats à l'admission à l'Ordre des psychologues du Québec, nous sollicitons votre participation à un projet de recherche s'intéressant à votre pratique clinique actuelle et dont les retombées pourraient être directement transférables et bénéfiques à votre pratique.

Dans le but de dresser un portrait de la pratique et des croyances des neuropsychologues québécois quant aux méthodes utilisées pour détecter l'invalidité de la performance et des symptômes, nous sollicitons votre participation à un projet de recherche s'intitulant : « **L'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique : sondage sur les pratiques et croyances des neuropsychologues québécois** ».

Nous vous invitons à compléter un sondage anonyme en ligne, d'une durée maximale de 15 à 20 minutes, et ne comportant aucun risque ou possibilité que vous ne soyez identifiés. Pour vous remercier de votre participation une fois le sondage complété, vous aurez la possibilité de participer à un concours vous donnant la chance de gagner une des cinq cartes VISA prépayées d'une valeur de 50$ chacune.

Pour pouvoir participer à l'étude vous devez :

- Être membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) **ET** être détenteur d'une attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques délivrées par l'OPQ.

OU

- Être un étudiant en fin de parcours doctoral inscrit au registre des étudiants ou candidats à l'admission de l'OPQ **ET** avoir complété une formation dans un programme d'études spécialisées en neuropsychologie.

ET

- Avoir une pratique clinique active, c'est-à-dire réaliser ou superviser en moyenne un minimum d'une évaluation neuropsychologique par mois.

Si vous êtes intéressés à participer, vous pouvez aller directement remplir le sondage à l'adresse suivante jusqu'au 14 octobre 2019 :

https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index.php?r=survey/index&sid=456333&lang=f r

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke. Si vous avez des questions ou si vous désirez en connaître davantage sur le projet de recherche, vous pouvez écrire un courriel aux personnes responsables du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Céline Richer, M.Ps, psychologue et candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke et responsable du projet : celine.richer2@usherbrooke.ca.

Geneviève Forest, Ph.D, psychologue, professeure au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et professeure associée au département de psychologie

Appendice D
Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(Consentement implicite)

Titre du projet de recherche

L'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique : Sondage sur les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois.

Préambule

Chers collègues neuropsychologues et étudiants ou candidats à l'admission à l'OPQ. Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche s'intéressant à votre pratique clinique actuelle et dont les retombées pourraient être directement transférables et bénéfiques à votre pratique.

Il existe en neuropsychologie clinique des méthodes subjectives et objectives permettant de détecter des performances et des symptômes invalides, et d'en clarifier les causes possibles (ex. manque d'efforts ou de collaboration, exagération, simulation, etc.). Dans le cadre d'un projet de recherche au doctorat en psychologie, nous avons mis en place un sondage visant à documenter les pratiques et les croyances des neuropsychologues québécois concernant l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes lors de leurs évaluations neuropsychologiques.

Si vous êtes neuropsychologues, ou candidats à la profession, et que vous avez pratiqué activement dans la dernière année, nous vous demandons de bien vouloir participer à ce sondage. Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique et votre participation restera anonyme.

Il y a 30 questions dans ce questionnaire.

Objectifs du projet

Documenter l'état des pratiques et des croyances des neuropsychologues québécois concernant l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes lors d'évaluations neuropsychologiques. L'étude vise également à explorer et identifier les caractéristiques liées aux cliniciens et à leur contexte de pratique associées à ces dernières.

Nature de la participation

Votre participation à ce projet requiert que vous répondiez à un sondage en ligne d'une durée maximale de 20 minutes, et dans lequel il vous est demandé de répondre à une série de questions à choix multiples. **Il ne sera pas possible d'interrompre le sondage pour y revenir plus tard.** Par conséquent nous vous demandons d'y répondre en une seule fois.

Avantages

En plus de contribuer au développement des connaissances sur un phénomène dont pourrait bénéficier l'ensemble des neuropsychologues, cette recherche pourrait être une occasion de réflexion professionnelle quant à vos perceptions, à l'état de vos connaissances ainsi qu'aux difficultés que vous pouvez rencontrer professionnellement en lien avec l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes.

Risques

Il n'y a aucun risque ou inconvénient particulier à participer à ce projet de recherche, si ce n'est que de donner de votre temps (environ 20 minutes).

Compensation

En guise de compensation financière pour le temps que vous consacrerez à compléter ce sondage, nous vous offrons la possibilité de remporter l'une des cinq cartes VISA prépayées, d'une valeur de 50$ chacune, en choisissant volontairement de participer à un tirage. Seuls les participants ayant complétés et soumis le sondage pourront participer au tirage. Une fois le sondage complété et soumis, vous serez invités à cliquer sur un lien URL afin de participer au concours et qui vous redirigera à une page distincte du sondage. Vous serez invités à y inscrire votre adresse courriel avec laquelle il sera impossible de lier vos réponses au sondage. Afin de préserver la confidentialité de votre participation, seuls les gagnants seront individuellement avisés par courriel du résultat de leur participation au tirage. Vos chances de remporter le tirage sont estimées à 1 : 170. Le tirage aura lieu à l'UQO, le 21 octobre 2019.

Confidentialité

Le sondage est anonyme et aucune information nominative ne sera recueillie. Les données du sondage seront conservées sur un serveur sécurisé (LimeSurvey™) jusqu'à la fin du recrutement, puis conservées dans un fichier informatisé sur un ordinateur dans le laboratoire de recherche de Dre Geneviève Forest à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). De plus, ni l'adresse IP, ni l'adresse de courriel ne sera incluse dans les données et aucun fichier témoin (cookie) ne sera inscrit sur votre ordinateur. Les informations concernant les mesures de sécurité du fournisseur de l'outil de collecte de données en ligne peuvent être consultées à l'adresse suivante :

https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index.php?r=survey/index&sid=456333&lang=fr.

Puisqu'il sera impossible d'identifier les participants sur la base des réponses fournies au sondage, ces dernières ne seront pas protégées par mot de passe. Soyez toutefois assurés que les données seront accessibles uniquement par l'équipe de recherche, possédant un accès au laboratoire, pour une période maximum de 15 ans après la publication des résultats, à la suite de laquelle elles seront détruites. De plus, la diffusion des résultats dans des articles soumis à des revues scientifiques et professionnelles portera uniquement sur les résultats généraux qui auront été obtenus et ne permettra pas de vous identifier.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libres de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à tout moment, sans avoir à donner de raison. Il vous suffit de cesser de répondre au sondage. Dans le cas où vous

cesseriez de répondre au sondage, vos données seront entièrement détruites. Étant donné que la collecte de données est anonyme, il n'est pas possible de lier les données à une personne en particulier et, par conséquent, il ne sera pas possible de vous retirer après que vous ayez complété le sondage.

Utilisation secondaire des données

Le chercheur responsable de la présente recherche prévoit des analyses croisant les données de ce projet de recherche avec d'autres données qui seront obtenues dans le cadre de projets futurs portant sur l'évaluation de la validité de la performance et des symptômes en neuropsychologie clinique

Personnes ressources et responsables du projet de recherche

Vous pouvez contacter la chercheure principale, Madame Céline Richer, par courriel à celine.richer2@usherbrooke.ca ou au 819-360-XXXX pour des questions additionnelles sur le projet. Cette étude s'inscrit dans le cadre des exigences du programme de doctorat en psychologie pour psychologues en exercices de l'Université de Sherbrooke et permettra de réaliser un mémoire doctoral, en plus d'articles scientifiques, sous la direction de Dre Geneviève Forest. Cette dernière peut être contactée par courriel à genevieve.forest@uqo.ca ou au 819-595-3900 poste 4434.

Approbation par le comité d'éthique à la recherche

Le comité d'éthique de la recherche des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet. Il peut être contacté au (819) 821-8000, poste 62644 (ou sans frais au 1-800 267-8337) ou à l'adresse courriel cer_lsh@usherbrooke.ca.

Consentement

J'autorise le chercheur responsable de la présente recherche à utiliser les données me concernant dans le cadre de projets futurs de même nature.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ○ Oui
- ○ Non
- ○

En cliquant sur le bouton « J'accepte », j'atteste avoir pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ○ J'accepte
- ○ Je refuse

Appendice E
Sondage

Sondage

1. À quel statut professionnel appartenez-vous ?
    - ○ Membre régulier de l'Ordre des psychologues du Québec → si coché :

        Déclencheur :

        Êtes-vous détenteur d'une attestation d'évaluation des troubles neuropsychologiques délivrée par l'ordre des psychologues du Québec (OPQ)?
        - ○ Oui
        - ○ Non → si coché : éliminé de l'étude

    - ○ Étudiant(e) ou candidat(e) inscrit au registre à l'admission de l'Ordre des psychologues du Québec → si coché :

        Déclencheur :

        Avez-vous complété votre formation théorique (c.-à-d. : cours) et pratique (c.-à-d. : stages/internats) dans le cadre d'un programme d'études universitaires comprenant un profil, une option ou une concentration en neuropsychologie ?
        - ○ Oui
        - ○ Non → si coché : éliminé de l'étude

    - ○ Autre → si coché : éliminé de l'étude

2. Combien d'évaluations neuropsychologiques effectuez-vous en moyenne par mois (veuillez inclure les évaluations effectuées sous votre supervision)?
    - ○ 0 → si coché : éliminé de l'étude
    - ○ 1-5
    - ○ 6-10
    - ○ 11-15
    - ○ 16-20
    - ○ 21 et plus

Variables sociodémographiques

CONSIGNES : Répondez aux questions suivantes en cochant la réponse de votre choix.

1. Sexe
    - ○ Femme
    - ○ Homme

- ○ Autre : _____

2. Êtes-vous membre de l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP) ?
   - ○ Oui
   - ○ Non

3. Êtes-vous membre de l'Association canadienne de psychologie (CPA) ?
   - ○ Oui
   - ○ Non

4. Veuillez cocher la région administrative où vous pratiquez :
   - ○ 01 Bas-Saint-Laurent
   - ○ 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
   - ○ 03 Capitale-Nationale
   - ○ 04 Mauricie
   - ○ 05 Estrie
   - ○ 06 Montréal
   - ○ 07 Outaouais
   - ○ 08 Abitibi-Témiscamingue
   - ○ 09 Côte-Nord
   - ○ 10 Nord-du-Québec
   - ○ 11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
   - ○ 12 Chaudières-Appalaches
   - ○ 13 Laval
   - ○ 14 Lanaudière
   - ○ 15 Laurentides
   - ○ 16 Montérégie
   - ○ 17 Centre-du-Québec
   - ○ 000 Hors du Québec

5. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?
   - ○ Doctorat
   - ○ Maîtrise

6. Depuis combien d'années évaluez-vous les troubles neuropsychologiques (excluant les années où vous étiez en stage ou internat) *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*? : _____

7. Avez-vous complété votre formation théorique (c.-à-d. : cours) et pratique (c.-à-d. : stages/internats) dans le cadre d'un programme d'études universitaires comprenant un

profil, une option ou une concentration en neuropsychologie *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?

- ○ Oui
- ○ Non

8. Quel énoncé décrit le mieux votre pratique actuelle :
   - ○ Pratique privée seulement
   - ○ Pratique auprès d'un employeur seulement
   - ○ Pratique mixte (privée et employeur)

9. Est-ce que votre pratique est consacrée **majoritairement** à l'évaluation neuropsychologique ?
   - ○ Oui
   - ○ Non

10. Dans quel secteur d'emploi pratiquez-vous la **majeure** partie de votre temps :
    - ○ Pratique privée
    - ○ Cégep et collège – enseignement/administration
    - ○ Cégep et collège – service de consultation
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission centre hospitalier
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission centre hospitalier psychiatrique
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission centre jeunesse
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission CHSLD
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission CLSC
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission CRD
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission CRDITED
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission CRDP
    - ○ CISSS/CIUSSS – mission groupe de médecine de famille
    - ○ CISSS/CIUSSS – multi-missions
    - ○ Entreprise, cabinet privé ou cabinet-conseil
    - ○ Fonction publique fédérale (établissement de détention, service correctionnel)
    - ○ Fonction publique fédérale (ministère et organisme public)
    - ○ Fonction publique provinciale (établissement de détention)
    - ○ Fonction publique provinciale (ministère et organisme public)
    - ○ Milieu scolaire (primaire et secondaire)
    - ○ Organisme sans but lucratif
    - ○ Université – enseignement et recherche
    - ○ Université – service de consultation
    - ○ Autre : _____

11. Auprès de quel groupe d'âge réalisez-vous la **majorité** de vos évaluations neuropsychologiques dans votre pratique actuelle ?
    - ○ Enfants (0-17)
    - ○ Adultes (18-64)
    - ○ Personnes âgées (65 +)

12. Avez-vous déjà réalisé des mandats d'expertises psycholégales neuropsychologiques *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?
    - ○ Oui → si coché :

        Déclencheur :
        - ○ Dans la dernière année
        - ○ Il y a plus d'un an
        - ○ Il y a plus de cinq ans
        - ○ Il y a plus de dix ans

    - ○ Non

13. Avez-vous déjà supervisé des internes et/ou cliniciens dans la pratique de l'évaluation neuropsychologique *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?
    - ○ Oui → si coché :

        Déclencheur :
        - ○ Dans la dernière année
        - ○ Il y a plus d'un an
        - ○ Il y a plus de cinq ans
        - ○ Il y a plus de dix ans

    - ○ Non

14. Avez-vous déjà collaboré à des activités de recherche *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?
    - ○ Oui → si coché :

        Déclencheur :
        - ○ Dans la dernière année
        - ○ Il y a plus d'un an
        - ○ Il y a plus de cinq ans
        - ○ Il y a plus de dix ans

- ○ Non

15. Avez-vous déjà enseigné un cours universitaire *(seulement si détenteur d'une évaluation des troubles neuropsychologiques)*?
    - ○ Oui → si coché :

        Déclencheur :
        - ○ Dans la dernière année
        - ○ Il y a plus d'un an
        - ○ Il y a plus de cinq ans
        - ○ Il y a plus de dix ans

    - ○ Non

16. En neuropsychologie, il existe des méthodes subjectives et objectives permettant de détecter des performances et des symptômes non valides (ex. : manque d'efforts ou de collaboration, simulation ou exagération) obtenus lors d'évaluations neuropsychologiques.

    Les méthodes subjectives font référence à un processus décisionnel s'appuyant essentiellement sur un jugement clinique reposant sur l'analyse et le recoupement de plusieurs observations (p. ex. : contradictions entre les rapports médicaux/professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés).

    Les méthodes objectives font quant à elles référence à ce qui est couramment appelé « tests d'effort ou de simulation » dans la pratique courante. Le terme « mesure de validité objective » fait référence à la fois aux tests de validité de symptômes (TVS) et aux tests de validité de la performance (TVP). Les tests de validité de symptômes sont des mesures objectives évaluant la validité des symptômes autorapportés à des questionnaires ou à des tests de personnalité (p. ex. : échelles de validité du MMPI). Pour leur part, les tests de validité de performances sont des mesures objectives évaluant la validité des performances obtenues aux épreuves mesurant des habiletés cognitives. Les tests de validité de performances se déclinent en deux catégories : les mesures spécifiques et les mesures imbriquées. Les mesures spécifiques, comme par exemple le Test of Memory Malingering (TOMM), sont des outils développés spécifiquement pour la détection des performances cognitives non valides. Les mesures imbriquées, comme par exemple le score en Choix forcé au CVLT, constituent des mesures intégrées à même les tests neuropsychologiques classiques.

    Si vous utilisez des méthodes objectives et subjectives permettant de détecter la performance et les symptômes non valides à l'évaluation neuropsychologique, à quelle fréquence utilisez-vous les méthodes suivantes :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS
Contradictions entre les rapports médicaux et professionnels, les symptômes autorapportés et les comportements observés	○	○	○	○	○
Sévérité de l'atteinte cognitive incompatible avec la condition	○	○	○	○	○
Patron de déficits cognitifs incompatible avec la condition	○	○	○	○	○
Symptômes autorapportés peu vraisemblable à l'entrevue clinique Évolution peu vraisemblable dans les résultats obtenus aux tests lors d'évaluations répétées	○	○	○	○	○
Résultats inférieurs aux scores seuils à des mesures indépendantes de validité (TVP)	○	○	○	○	○
Résultats inférieurs aux scores seuil à des mesures imbriquées de validité (TVP)	○	○	○	○	○
Résultats supérieurs aux scores seuils aux échelles de validité d'un test de personnalité objectif (TVS)	○	○	○	○	○
Résultats indicateurs d'un pauvre effort à des analyses de fonctions discriminantes dérivées empiriquement.	○	○	○	○	○
Observations comportementales indicatives d'un faible engagement à un sous-test individuel (e.g., abandonner rapidement, impulsivité).	○	○	○	○	○

17. Approximativement, quel pourcentage de vos évaluations neuropsychologiques comprennent une ou des mesures de validité objectives (inscrivez zéro pourcent si vous n'en utilisez jamais)? _____

Si réponse supérieure ou égale à un :

Déclencheur :

Pour quelles raisons **utilisez-vous** des mesures de validité objectives, soit des TVS et des TVP, dans vos évaluations neuropsychologiques ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

○ Les écrits scientifiques supportent leur utilisation

- ○ Ils sont nécessaires afin de valider les résultats obtenus aux tests
- ○ Pratiques recommandées par des organisations reconnues de neuropsychologues (ex. : NAN, AACN)
- ○ Mon expérience personnelle me confirme leur utilité
- ○ Leur utilisation me protège contre des allégations de mauvaise pratique
- ○ Leur utilisation protège les clients
- ○ Demandé par des tiers (c.-à-d. compagnie d'assurance)
- ○ Autre (précisez) : _____

Si réponse inférieure à un :

Déclencheur :

Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas de mesures de validité objectives, soit des TVS et des TVP, dans vos évaluations neuropsychologiques ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- ○ Interprétation difficile en présence de troubles cognitifs sévères
- ○ L'exagération ou la simulation est habituellement évidente dans le patron de résultats obtenus à l'évaluation
- ○ L'exagération ou la simulation est habituellement évidente dans la présentation générale du client
- ○ Les cas cliniques exagèrent ou simulent rarement, par conséquent ils ne sont pas nécessaires hors contexte d'expertise psycholégale
- ○ Augmentent considérablement la durée de l'évaluation
- ○ Leurs contributions ne justifient pas dans la plupart des cas le coût financier associé
- ○ Trop de faux positif (c.-à-d. troubles authentiques interprétés comme invalides)
- ○ Ils ne sont pas fiables
- ○ L'identification d'exagération ou de simulation peut nuire au client
- ○ L'identification d'exagération ou de simulation peut nuire à ma réputation ou ma pratique
- ○ Je n'ai pas reçu de formation adéquate me permettant de les utiliser
- ○ Mesures non disponible ou validées en langue française
- ○ Autre (précisez) : _____

18. Combien utilisez-vous en moyenne de mesures de validité objectives dans votre batterie neuropsychologique standard lors d'une évaluation (inscrivez zéro si vous n'en utilisez aucune) *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*) ?

Mesures indépendantes (TVP)(e.g., TOMM, MSVT) ? _____

Mesures imbriqués (TVP) (e.g., Reliable Digit Span) ? _____

TVS (e.g., indices de validité du MMPI-2, MMPI-2-RF, PAI, BASC-2)? (pour les questionnaires avec plusieurs indices de validité, svp considérez ceci comme un seul TVS) ? _____

19. Si vous utilisez les mesures de validité objectives (TVP et TVS) suivantes, afin de mesurer la crédibilité de la performance et des symptômes, à quelle fréquence les utilisez-vous *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS
15 items de Rey (FIT test)	○	○	○	○	○
21- Item Test	○	○	○	○	○
Amsterdam Short-Term Memory Test (ASTM)	○	○	○	○	○
Automatized Sequences Test	○	○	○	○	○
Le b Test	○	○	○	○	○
CARB (Computerized Assessment of Response Bias)	○	○	○	○	○
CVLT-II Reconnaissance en choix forcé	○	○	○	○	○
Dot Counting test	○	○	○	○	○
Finger Tapping	○	○	○	○	○
Indicateurs de validité au MMPI-2 ou MMPI-2-RF	○	○	○	○	○
Indicateurs de validité au PAI	○	○	○	○	○
MSVT (Medical Symptom Validity Test)	○	○	○	○	○
NV-MSVT (Nonverbal Medical Symptom Validity Test)	○	○	○	○	○
Reliable Digit Span (RDS)	○	○	○	○	○
WCST FMS (Wisconsin Card Sorting Test – Failure to maintain set	○	○	○	○	○
WCMT (Word Completion Memory Test)	○	○	○	○	○
WMT (Word Memory Test)	○	○	○	○	○

TOMM (Test of Memory Malingering)	○	○	○	○	○
VIP (Validity Indicator-Profile)	○	○	○	○	○
VSVT (Victoria Symptom Validity Test)	○	○	○	○	○
Autre (spécifiez et notez la fréquence):_____	○	○	○	○	○
Autre (spécifiez et notez la fréquence):_____	○	○	○	○	○
Autre (spécifiez et notez la fréquence):_____	○	○	○	○	○
Autre (spécifiez et notez la fréquence):_____	○	○	○	○	○

20. Utilisez-vous d'autres mesures de validité objectives (TVP et/ou TVS) non mentionnées à la question précédente *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

    ○ Oui → si coché :

    Déclencheur :

    Si oui, précisez le nom de ces mesures : _____

    Déclencheur :

    De façon générale, à quelle fréquence utilisez-vous les mesures que vous avez inscrites précédemment ?

    ○ Rarement
    ○ Parfois
    ○ Souvent
    ○ Toujours

    ○ Non

21. À quel endroit sont insérées vos mesures de validité objectives dans votre batterie d'évaluation *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

    ○ Au tout début
    ○ Vers le milieu

- ○ À la fin
- ○ Espacé tout au long

22. Est-ce qu'il vous arrive de modifier votre plan d'évaluation initial en ajoutant en cours d'évaluation des mesures de validité objectives qui n'étaient pas prévues à la base en raison d'un manque d'effort, d'un pauvre engagement, d'exagération ou de la présence de simulation *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?
    - ○ Oui
    - ○ Non

23. Dans votre pratique actuelle, à quelle fréquence utilisez-vous les pratiques suivantes *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS
Avertir vos clients que vous allez administrer des tests pouvant être sensibles à un manque d'effort, à l'exagération ou à la simulation de déficits cognitifs avant de débuter l'évaluation neuropsychologique	○	○	○	○	○
Encourager de façon explicite vos clients à performer au meilleur de leurs capacités avant de débuter l'évaluation neuropsychologique (note : concerne toute déclaration visant à encourager le client à faire de son mieux lors de la passation des épreuves neuropsychologiques)	○	○	○	○	○
Donner une rétroaction immédiate (ex. : encourager votre client à performer au meilleur de leurs capacités) si vous suspectez un effort insuffisant	○	○	○	○	○
Mettre fin à l'évaluation si vous suspectez un effort insuffisant	○	○	○	○	○

24. Lorsqu'un client obtient des résultats aux tests que vous interprétez comme indicateurs d'exagération **consciente ou de simulation** de déficits, à quelle fréquence utilisez-vous les formulations suivantes dans vos communication professionnelles (soit verbalement ou dans les rapports écrits) *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	LA PLUPART DU TEMPS	TOUJOURS

Aucune conclusion ne peut être formulée	○	○	○	○	○
Les résultats aux tests sont invalides	○	○	○	○	○
Les résultats aux tests sont incompatibles avec la sévérité de la condition	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence d'exagération	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence d'un effort inadéquat à bien performer.	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent un engagement inadéquat	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence de simulation	○	○	○	○	○

25. Lorsqu'un client obtient des résultats aux tests que vous interprétez comme indicateurs d'un effort sous-optimal (sans intention consciente), à quelle fréquence utilisez-vous les formulations suivantes dans vos communication professionnelles (soit verbalement ou dans les rapports) *(si réponse supérieure ou égale à un à la question 17*)?

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	LA PLUPART DU TEMPS	TOUJOURS
Aucune conclusion ne peut être formulée	○	○	○	○	○
Les résultats aux tests sont invalides	○	○	○	○	○
Les résultats aux tests sont incompatibles avec la sévérité de la condition	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence d'exagération	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence d'un effort inadéquat à bien performer.	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent un engagement inadéquat	○	○	○	○	○
Les résultats indiquent ou suggèrent la présence de simulation	○	○	○	○	○
Autre (spécifiez et notez la fréquence) :	○	○	○	○	○

_____ _____ _____					
Autre (spécifiez et notez la fréquence) : _____ _____ _____	○	○	○	○	○

26. Croyez-vous que chaque évaluation neuropsychologique devrait contenir une mesure de validité objective ?
    - ○ Oui
    - ○ Non

27. En général, êtes-vous d'avis que l'utilisation de méthodes de validité objectives est plus précise que les méthodes subjectives afin de déterminer la non validité de la performance et des symptômes :
    - ○ Fortement en accord
    - ○ En accord
    - ○ En désaccord
    - ○ Fortement en désaccord

28. Avez-vous reçu de la formation théorique et/ou pratique portant spécifiquement sur l'évaluation de la validité des performances et des symptômes lors de votre formation universitaire ?
    - ○ Oui
    - ○ Non

29. Avez-vous reçu de la formation théorique et/ou pratique portant spécifiquement sur l'évaluation de la validité des performances et des symptômes lors de conférences, congrès ou supervision hors milieux universitaires ?
    - ○ Oui → si coché :

      Déclencheur :

      Avez-vous assisté à la conférence ***Évaluation de l'effort : état des lieux et recommandations de l'AQNP*** lors du congrès de l'AQNP ayant eu lieu le 27 septembre 2019 (si vous êtes inscrits à cette conférence, mais qu'elle n'a pas encore eu lieu, veuillez répondre non ?
      - ○ Oui
      - ○ Non

    - ○ Non

30. Avez-vous déjà lu de la littérature scientifique portant sur l'évaluation de la validité des performances et des symptômes ?

- ○ Oui → si coché :

  Déclencheur :

  Si oui, veuillez estimer le nombre d'articles scientifiques ou de chapitres de livres portant sur la validité des performances et des symptômes lus dans les derniers 6 mois :

  - ○ 0
  - ○ 1-2
  - ○ 3-5
  - ○ 6-10
  - ○ 11-15
  - ○ > 15

- ○ Non