

Validité du test des 48 images dans la détection de la simulation des troubles de la mémoire : données de références

Isabelle Rouleau^{1,2}, Ph. D. et Pierre-Luc Mallette³, Ph. D.

¹Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

²Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

³Cerebrum

La simulation et l'exagération des troubles cognitifs doivent être envisagées dans l'interprétation du profil neuropsychologique surtout lors d'expertises. À cette fin, la validité du test des *48 images* (48-I) a été examinée en comparant la performance de 55 simulateurs présumés à celle de 37 simulateurs volontaires et à celle de 389 patients, dont 22 amnésiques et 105 présentant une atteinte légère à modérée de la mémoire. Tous ont complété l'épreuve des *15 mots de Rey* et le rappel immédiat de la *figure complexe de Rey*. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes de simulateurs. Au 48-I, le score obtenu par les simulateurs est aussi faible que celui des amnésiques, mais ils réussissent aussi bien les autres tests de mémoire que les patients avec atteinte mnésique légère à modérée, qui eux obtiennent une performance presque parfaite au 48-I. Ces résultats supportent la validité du 48-I dans la détection de la simulation.

Mots clés : simulation, test de validité des symptômes, reconnaissance à choix forcé, psychométrie, mémoire

Malingering and exaggeration of cognitive impairment need to be considered in the interpretation of the neuropsychological profile, especially in expertise. For this purpose, the validity of the *48-pictures* test was assessed by comparing the performance of 55 suspected malingerers to 37 volunteers asked to simulate memory deficits and to 389 patients, including 22 amnesics and 105 with mild to moderate memory complaints. All participants were administered the *Rey Auditory Verbal Learning Test* and the copy and immediate recall of the *Rey Complex Figure*. No differences were observed between the two groups of simulators on any measure. On the *48-pictures* test, the score obtained by the simulators was as low as the score that was obtained by amnesics, whereas their performance was as good on other memory tests as the performance observed in patients with mild to moderate memory deficits who showed near-perfect performance on the *48-pictures* test. These results support the validity of the *48-pictures* test in the detection of malingered memory disorders.

Keywords: malingering, symptom validity test, forced choice recognition, psychometry, memory

La simulation des troubles cognitifs est relativement rare en clinique, mais plus fréquente dans des cas d'expertise médico-légale où il y a présence de gains secondaires (Larrabee, 2003). Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'*American Psychiatric Association* (2015):

Les auteurs tiennent à remercier les neuropsychologues qui ont participé à la collecte des données dont Micheline Favreau, Frédéric Limoges, Louise Lefrançois, Daniel Lamoureux et Pierre Noreau (Groupe Favreau) ainsi que Carole Denault, Janik Robidoux, Martine Laframboise et Hélène Imbeault (Hôpital Notre-Dame du CHUM). Un remerciement tout spécial à Marie-Josée Chouinard qui a réalisé une première étude du test des 48 images avec un échantillon plus restreint et à André Achim qui a agi comme co-directeur de doctorat de Pierre-Luc Mallette.

La correspondance concernant cet article doit être adressée à / Correspondence concerning this article should be addressed to: Isabelle Rouleau, Ph. D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, CP 8888, succ. Centre-ville, Montréal QC H3C 3P8
Courriel/e-mail: rouleau.isabelle@uqam.ca

la caractéristique essentielle de la simulation est la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés motivés par des incitations extérieures telles qu'éviter les obligations militaires, éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues. (p. 947)

Pour Slick, Sherman et Iverson (1999), la simulation des troubles cognitifs correspond à l'exagération volontaire d'un dysfonctionnement cognitif (correspondant à la production intentionnelle de symptômes psychologiques non authentiques dans le DSM-5) dans le but d'obtenir un bénéfice matériel substantiel, ou d'échapper à ses responsabilités (correspondant aux incitations extérieures du DSM-5).

Selon le DSM-5, le diagnostic différentiel entre simulation, trouble factice et désordre somatoforme ou

cogniforme doit être posé en fonction de la présence d'incitatifs (externes ou internes) et du fait que la production de déficits soit intentionnelle ou non. En premier lieu, le diagnostic de simulation est généralement retenu lorsque la production intentionnelle de déficits est associée à la présence d'incitatifs, généralement des gains secondaires. Toutefois, en l'absence d'incitatifs extérieurs, mais motivée par le besoin de prendre le rôle du malade, la production intentionnelle de déficits suggère le plus souvent un diagnostic de trouble factice. Enfin, un diagnostic de désordre somatoforme ou cogniforme est posé lorsqu'il n'y a aucun incitatif apparent et que la sémiologie ne semble pas être le résultat d'une production intentionnelle (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987). Évidemment, les frontières entre ces différents diagnostics demeurent floues (Galli, Tatu, Bogousslavsky, & Aybek, 2018). Cela est d'autant plus évident qu'il est parfois difficile de juger de la présence d'incitatifs et de leur importance pour le patient, de même qu'il est souvent peu évident que la sémiologie soit réellement produite intentionnellement (Delis & Wetter, 2007).

Au cours des 20 dernières années, plusieurs études se sont intéressées à la simulation des troubles cognitifs et, plus particulièrement, à la simulation des troubles de la mémoire puisque ces derniers sont les

plus fréquemment rapportés dans la pratique clinique (Barthélémy, Lenne, Hauteceur, & Antoine, 2014). L'étude de la simulation pose des défis importants sur le plan méthodologique tant sur le plan des populations étudiées que des épreuves sélectionnées (Bianchini, Mathias, & Greve, 2001). Idéalement, l'étude doit comporter un groupe de simulateurs présumés. Toutefois, les critères employés par les chercheurs pour identifier les individus chez qui on soupçonne une exagération ou la simulation de déficits cognitifs ne sont pas clairs et varient d'une étude à l'autre. Il est donc souhaitable d'utiliser des critères reconnus comme ceux de Slick et al. (1999) dans les études portant sur la simulation. Ces derniers sont présentés dans le Tableau 1. Selon Slick et al. (1999), la simulation d'un dysfonctionnement neurocognitif (SDN) peut être manifeste, probable ou possible. Dans la SDN manifeste, il y a présence de preuves claires et incontestables d'une exagération intentionnelle ou de la fabrication d'une dysfonction cognitive et l'absence d'explication alternative plausible. Dans la SDN probable, on note la présence d'indices suggérant fortement une exagération intentionnelle ou une fabrication d'une dysfonction cognitive et l'absence d'explication alternative. Enfin, le diagnostic de SDN possible est indiqué lorsque les critères nécessaires pour une SDN probable ou manifeste sont présents, mais que des étiologies primaires psychiatriques,

Tableau 1

Les critères de simulation de Slick et al. (1999)

-
- A. Présence d'incitatifs extérieurs substantiels
- B. Signes à l'examen neuropsychologique
1. Biais de réponse négatif manifeste
 2. Biais de réponse négatif probable
 3. Discordance entre les résultats aux tests et les profils connus du fonctionnement cérébral
 4. Discordance entre les résultats aux tests et le comportement observé
 5. Discordance entre les résultats aux tests et des rapports collatéraux fiables
 6. Discordance entre les résultats aux tests et l'histoire antérieure documentée
- C. Signes provenant de l'entrevue (self-report)
1. Discordance entre l'histoire rapportée et l'histoire documentée
 2. Discordance entre les symptômes rapportés et les profils connus de fonctionnement cérébral
 3. Discordance entre les symptômes rapportés et les observations comportementales
 4. Discordance entre les symptômes rapportés et les informations obtenues d'autres sources collatérales
 5. Signes de dysfonction psychologique exagérée ou fabriquée
- D. Les comportements rencontrant les critères des groupes B et C ne peuvent être expliqués par des facteurs psychiatriques, neurologiques ou développementaux.
-

SDN Manifeste : (1) Présence d'incitatifs extérieurs substantiels (Critère A) ; (2) Biais de réponses négatives manifeste (Critère B1) ; (3) Les comportements qui rencontrent les critères nécessaires du groupe B ne sont pas complètement expliqués par des facteurs psychiatriques, neurologiques ou développementaux (Critère D) ;

SDN Probable : (1) Présence d'incitatifs extérieurs substantiels (Critère A) ; (2) Au moins deux signes à l'évaluation neuropsychologique excluant B1 (Critères B2-B6) et un ou plusieurs signes à l'entrevue clinique (Critères C1-C5) ; (3) Les comportements qui rencontrent les critères nécessaires du groupe B et C ne sont pas complètement explicables par des facteurs psychiatriques, neurologiques ou développementaux (Critère D) ;

SDN Possible : (1) Présence d'incitatifs extérieurs substantiels (Critère A) ; (2) Indices à l'entrevue clinique (un ou plusieurs des Critères C1-C5) ; (3) Les comportements qui rencontrent les critères nécessaires du groupe C ne sont pas complètement explicables par des facteurs psychiatriques, neurologiques ou développementaux (Critère D) OU Critères pour la SDN probable ou manifeste rencontrés à l'exception du Critère D (c'est-à-dire, étiologies primaires psychiatriques, neurologiques ou développementales ne peuvent être éliminées).

neurologiques ou développementales ne peuvent être éliminées.

Plusieurs études utilisent des simulateurs expérimentaux à qui l'on demande de simuler volontairement des déficits cognitifs. Ces simulateurs volontaires demeurent cependant différents des simulateurs présumés dans la mesure où la motivation n'est pas la même. De plus, ce sont souvent des étudiants différents de la population clinique sur les plans de l'âge et de la scolarité (An, Kaploun, Erdodi, & Abeare, 2017; Suhr, 2002) et vraisemblablement moins naïfs que la population générale quant aux déficits attendus lors d'atteintes neurologiques. Enfin, lorsque l'on désire établir une comparaison entre des simulateurs (présumés et/ou expérimentaux) et des populations cliniques, il est important de bien documenter les caractéristiques de ces populations pour qu'elles se rapprochent le plus possible de la population d'individus chez qui l'on soupçonne l'exagération ou la simulation de troubles cognitifs.

L'autre défi méthodologique concerne la sélection des épreuves. Certains tests classiques peuvent apporter des indices de simulation. C'est le cas de l'effet de position sérielle à l'épreuve des *15 mots de Rey* (Rey, 1959) ou du *California Verbal Learning Test* (CVLT; Delis et al., 1987). L'effet de primauté (c.-à-d., le rappel des premiers mots de la liste) est souvent absent chez les simulateurs, alors qu'il est observé chez la majorité des individus, incluant des patients ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC; Bernard, 1991; Suhr, 2002). L'absence d'effet de primauté demeure un indice très peu sensible (peu souvent noté chez les simulateurs) ne pouvant donc être utilisé comme seul indicateur de simulation (Powell, Gfeller, Oliveri, Stanton, & Hendricks, 2004). De même, la comparaison entre la performance au rappel libre et la performance à la reconnaissance peut fournir des indices intéressants dans la mesure où les simulateurs ont tendance à surestimer la performance des patients au rappel libre et à sous-estimer la performance en reconnaissance (Bernard, Houston, & Natoli, 1993). Récemment, une épreuve de reconnaissance à choix forcés a été ajoutée à la deuxième édition du CVLT (CVLT-II) afin de fournir des indices de simulation (Schwartz et al., 2016). Des indices peuvent également être recueillis dans l'échelle de mémoire de Wechsler-III (Wechsler, 1997), à l'épreuve de reconnaissance oui/non des informations contenues dans les histoires (Bortnik et al., 2010; Iverson & Binder, 2000; Swihart, Harris, & Hatcher, 2008). Certains auteurs ont rapporté des profils particuliers d'erreurs au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* (Rey, 1959) chez des individus ayant subi un TCC léger, selon qu'ils simulaient ou non des troubles de la mémoire (Meyers & Volbrecht, 1999). Toutefois, les indices recueillis

dans ces différents tests demeurent généralement peu sensibles.

Afin de pallier ce manque d'outils, de nombreuses études ont eu pour objectif de développer des tests spécifiques à la détection de la simulation des troubles cognitifs. Ces tests sont regroupés sous le vocable de « test de validité des symptômes » (*Symptoms Validity Tests*). De manière générale, ces épreuves psychométriques doivent être sensibles au plus grand nombre possible de simulateurs, tout en étant très spécifiques afin d'éviter de considérer un « vrai » patient comme un simulateur. Les taux de sensibilité et de spécificité varient selon le seuil sélectionné : un seuil très bas (p. ex., 50 % à une épreuve de reconnaissance à choix forcés) détermine une épreuve très peu sensible (peu de simulateurs échouent), mais très spécifique (tous les vrais patients réussissent) alors qu'un seuil élevé détermine une épreuve plus sensible (plusieurs simulateurs échouent), mais beaucoup moins spécifique (plusieurs vrais patients échouent), ce qui peut avoir des conséquences dramatiques en clinique. Le fait de considérer erronément un patient comme un simulateur peut entraîner des conséquences irréversibles non seulement en le privant des services auxquels il a droit, mais également en mettant en doute sa fiabilité et son intégrité. Enfin, il faut souligner que la détection de la simulation pose certains problèmes éthiques puisque le but de l'administration de certains tests sensibles à une exagération des déficits ou à la simulation doit être caché au client (sinon, cela invalide les résultats), ce qui compromet la relation de confiance entre le psychologue et son client.

De manière générale, les tests les plus sensibles à la simulation des troubles de la mémoire sont les épreuves de reconnaissance à choix forcés (Bianchini et al., 2001; Lamb & Prigantano, 2000). Certaines tâches utilisent des images d'objets courants (*Test of Memory Malingering* [TOMM]; Tombaugh, 1997), des mots (*Amsterdam Short-Term Memory Test*; Schagen, Schmand, Sterke, & Lindeboom, 1997) ou des chiffres (*Portland Digit Recognition Test*; Binder, 1993). Bien que le TOMM soit populaire et qu'il a fait l'objet de plusieurs études de validation (Schroeder et al., 2012; Schwartz et al., 2016; Teichner & Wagner, 2004), il demeure assez long (présentation de 50 images, reconnaissance immédiate en choix forcés, deuxième présentation des 50 images et deuxième reconnaissance à choix forcés, délai, reconnaissance différée en choix forcés = 250 items au total), pour une durée totale d'environ 20 minutes. De plus, les données de référence disponibles incluent peu de patients ayant une atteinte cérébrale bien documentée.

L'épreuve des *48 images* (48-I) est un test de reconnaissance à choix forcés d'images, développé en

1979 par Signoret pour l'évaluation de la mémoire chez des patients déments. Ce test consiste en la présentation de 48 images qu'on demande au participant de nommer (en lui fournissant des indices au besoin) et de reconnaître ensuite en choix forcés. Si l'on exclut les délais, le temps total d'administration est de moins de 10 minutes et on s'assure d'un encodage optimal, verbal et visuel, des stimuli puisque l'on fait nommer les images, ce qui n'est pas le cas du TOMM. Selon Signoret, un score de trois erreurs ou plus suggère la présence d'un trouble significatif de la mémoire et, dans ce cas, une évaluation neuropsychologique détaillée est recommandée. La validité du test des 48-I pour la détection de la simulation des troubles de la mémoire a déjà fait l'objet d'une étude précédemment (Chouinard & Rouleau, 1997). Toutefois, dans cette étude originale, les échantillons étaient très limités, ce qui rendait risquée l'utilisation de cette tâche dans le contexte d'une expertise médico-légale. De plus, l'échantillon initial ne comprenait que très peu de patients avec troubles affectifs (p. ex., dépression, troubles anxieux, maladie bipolaire, état de stress post-traumatique) et peu de patients référés pour expertise médico-légale. Afin de pallier ce manque d'effectifs, de nouveaux participants ont été recrutés dans une clinique spécialisée en expertise psychologique et neuropsychologique, en plus de continuer à administrer le test aux individus référés pour une évaluation neuropsychologique en contexte clinique. L'objectif de cet article est d'examiner la valeur du 48-I dans la détection de la simulation et de présenter les données de référence obtenues chez un grand nombre d'individus porteurs de pathologies variées.

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 473 individus provenant de trois sources. Le premier groupe comporte 255 patients ayant été référés par leur neurologue, leur neurochirurgien ou par d'autres médecins de l'Hôpital Notre-Dame du Centre

hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour une évaluation neuropsychologique. Il s'agit donc d'une analyse secondaire rétrospective des données cliniques anonymisées contenues au dossier neuropsychologique. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du Centre de recherche du CHUM. Le second groupe comporte 181 participants recrutés au Groupe Favreau, une clinique privée paramédicale se spécialisant principalement dans le domaine de l'expertise neuropsychologique. Les patients ont été référés pour expertise par divers organismes payeurs, dont des compagnies d'assurances, la Régie des Rentes du Québec (RRQ), la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), etc. Ces expertises incluent une évaluation neuropsychologique et/ou psychologique, un avis sur l'authenticité de la symptomatologie rapportée, un avis sur la capacité à reprendre le travail, un avis sur les limitations fonctionnelles ainsi qu'un avis sur les recommandations. En plus du formulaire de consentement qu'ils signent pour consentir à l'expertise, seuls les participants ayant accepté que leurs données démographiques et neuropsychologiques anonymisées soient analysées dans le cadre du présent projet sont inclus dans l'étude. Un formulaire de consentement additionnel, approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), a été complété et signé. Enfin, un groupe de 37 participants témoins ont été recrutés parmi les connaissances des examinateurs et le personnel de l'Hôpital Notre-Dame afin de constituer un groupe de simulateurs expérimentaux à qui l'on demandait de simuler volontairement des troubles cognitifs. Ces témoins ont signé le formulaire de consentement approuvé par le CER de l'UQAM. Les 473 individus de l'échantillon total ont été répartis en huit groupes selon les données cliniques contenues au dossier. Les données démographiques pour les participants composant chacun des groupes sont rapportées dans le Tableau 2.

Tableau 2
Comparaison des données démographiques des huit groupes de participants

Groupes	Simulateurs présumés	Simulateurs volontaires	Étiologies variées	Frontaux	Déments	Amnésiques	Maladies affectives	Expertise valide
<i>n</i>	55	37	105	50	70	22	45	89
Sexe H/F	32/23	17/20	60/45	28/22	30/40	16/6	19/26	49/40
Âge <i>M(É.-T.)</i>	43.7 (11.3)	43.1 (12.3)	46.3 (15.4)	51.9 (17.5)	69.7 (8.7)	53.7 (11.6)	47.7 (8.8)	41.9 (12.6)
Scolarité (années) <i>M(É.-T.)</i>	11.5 (3.0)	12.5 (2.4)	9.5 (3.6)	10.4 (3.5)	8.9 (3.1)	10.4 (4.4)	13.0 (3.4)	11.5 (2.6)

Simulateurs présumés. Le premier groupe ($n = 55$) comprend des simulateurs présumés répondant aux critères de Slick et al. (1999) pour simulation probable ou manifeste. Ces critères sont présentés dans le Tableau 1. Dix individus avec simulation possible selon les critères de Slick ont été exclus des analyses puisqu'il persiste des doutes quant au diagnostic et, par conséquent, quant à leur appartenance sans équivoque au groupe de simulateurs présumés. Le groupe inclut 22 patients ayant subi un TCC (40 %), 15 avec maladie affective (27,3 %), 5 avec fibromyalgie ou fatigue chronique (9,1 %), 9 avec maladie neurologique (accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, maladie dégénérative, etc. : 16,4 %) et 4 sans diagnostic (7,2 %). Tous se plaignaient de troubles de mémoire et tous étaient en position de recevoir des gains secondaires tangibles (p. ex., assurances, congé de maladie).

Simulateurs volontaires. Le second groupe ($n = 37$) comprend des simulateurs volontaires à qui on a demandé de simuler des troubles de mémoire. Les participants ont reçu la consigne suivante :

Il y a deux mois, vous avez visité un ami dans son nouvel appartement situé dans un vieux bâtiment. Vous êtes tombé dans l'escalier qui était en très mauvais état. Vous n'êtes pas certain d'avoir perdu conscience mais, depuis ce temps, vous avez des maux de tête et vous présentez des séquelles cognitives incluant des troubles de concentration, une fatigabilité et des troubles de mémoire. De plus, vous n'avez pas été capable de retourner au travail. Vous avez décidé de poursuivre le propriétaire de l'édifice pour 500 000 \$. Votre avocat vous a dit que la seule façon de gagner votre procès est de prouver que vous avez vraiment des troubles de mémoire. Aujourd'hui, vous devez vous soumettre à une évaluation neuropsychologique pour montrer la présence de troubles cognitifs reliés à votre accident.

Le but de cette consigne est de fournir un contexte dans lequel se déroule la simulation et de clarifier les objectifs poursuivis. En cas de doute ou de questions, on répétait au participant que sa tâche était de convaincre l'examineur qu'il présentait de réels troubles de mémoire.

Étiologies variées. Ce groupe ($n = 105$) comprend des patients se plaignant de troubles de la mémoire, mais sans que ces derniers aient un impact significatif dans leur fonctionnement quotidien. Ce groupe de patients est assez hétérogène sur le plan étiologique et inclut des patients épileptiques, opérés ou non, des patients avec TCC, des personnes âgées avec trouble cognitif léger, des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) unilatéral, etc. Ils ont tous

été évalués en neuropsychologie en milieu hospitalier et aucun n'était référé pour expertise médico-légale.

Frontaux. Ce groupe ($n = 50$) comprend des patients qui ne sont pas cliniquement amnésiques, mais dont la sémiologie frontale est marquée. Par exemple, ils présentent une désinhibition comportementale, des troubles de planification, d'organisation et de flexibilité mentale, des troubles d'attention sous la forme d'une distractivité importante, ainsi que des troubles de la mémoire affectant surtout l'encodage et la récupération de l'information, avec production d'intrusions et de fausses reconnaissances. Ce sont des patients ayant subi une rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure (sans syndrome amnésique), ayant une tumeur bi-frontale, ayant une hydrocéphalie normotensive ou ayant subi un TCC sévère.

Déments. Ce groupe ($n = 70$) inclut des patients avec une maladie dégénérative dont la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence mixte, la démence fronto-temporale, la maladie à corps de Lewy, etc.

Amnésiques. Ce groupe ($n = 22$) comprend des patients devenus sévèrement amnésiques après un AVC (bi-thalamique ou rupture d'anévrisme), un syndrome de Korsakoff, une encéphalite herpétique, une anoxie, etc.

Maladie affective. Ce groupe ($n = 45$) inclut des patients avec une dépression majeure ($n = 31$), une maladie bipolaire ($n = 7$), une maladie schizo-affective ($n = 1$), un trouble anxieux ($n = 3$), un état de stress post-traumatique ($n = 1$) ou un trouble d'adaptation ($n = 2$) avec profil neuropsychologique valide.

Expertise. Ce groupe ($n = 89$) comprend des patients référés pour expertise médico-légale présentant, selon les critères de Slick et al. (1999), un profil neuropsychologique valide, c'est-à-dire un profil ne comportant pas de discordance entre l'histoire, l'entrevue clinique, le comportement ou les résultats aux tests. En d'autres termes, il s'agit de patients dont les données de l'évaluation neuropsychologique sont tout à fait compatibles avec l'étiologie de la condition ayant amené la demande de consultation. Ce groupe inclut des patients avec un TCC (47,2 %), un AVC (19,1 %), une fibromyalgie ou fatigue chronique (6,7 %), la sclérose en plaques (5 %) ainsi que d'autres conditions médicales.

Il n'y a pas de différence significative entre le groupe de simulateurs présumés et le groupe de simulateurs volontaires sur le sexe $\chi^2(1) = 1.33$, $p > .10$, l'âge $F(1, 90) < 1$ ou la scolarité $F(1, 90) = 2.78$, $p = .10$. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes de simulateurs et les

groupes expertise, maladie affective et étiologies variées sur l'âge $F(4, 326) = 2.36, p > .05$ et sur le sexe $\chi^2(4) = 4.28, p > .10$. Cependant, on note une différence significative entre ces groupes pour la scolarité $F(4, 326) = 11.71, p < .001$. Cette différence est essentiellement due au niveau de scolarité significativement plus faible chez les patients du groupe avec étiologies variées (toutes les comparaisons intergroupes: $p < .01$). On note une différence significative entre les groupes cliniques (amnésiques, déments et frontaux) sur l'âge $F(2, 139) = 31.89, p < .001$ et sur le sexe $\chi^2(2) = 6.45, p = .04$. Cet effet est attribuable au groupe de patients avec démence qui se distingue par un âge plus avancé ($p < .001$) et par une plus grande proportion de femmes. Il n'y a pas de différence significative entre ces trois groupes pour la scolarité $F(2, 89) = 2.06, p > .10$.

Matériel et procédure

Tous les participants ont complété: 1) l'épreuve de reconnaissance à choix forcés de 48 images; 2) l'épreuve d'apprentissage des *15 mots de Rey*; et 3) la *figure complexe de Rey*. L'ordre de passation des tests variait d'un participant à l'autre puisque le but des évaluations était d'abord clinique.

L'épreuve de reconnaissance à choix forcés de 48 images (48-I). L'administration originale de l'épreuve des *48 images* de Signoret (1979) a été légèrement modifiée de façon à favoriser l'encodage et à examiner la rétention après délai. Les 48 images sont présentées une par une avec la consigne de les nommer et de les mémoriser. Lorsqu'une image ne peut être nommée ou n'est pas reconnue, la réponse correcte est fournie. Immédiatement après la présentation de la dernière image, on procède à la reconnaissance à choix forcés des 24 premières images. Ainsi, une image présentée et une image non présentée sont disposées verticalement et le participant doit indiquer laquelle des deux images (celle d'en haut

ou celle d'en bas) il a vue précédemment. S'il ne peut répondre, on le force à choisir. Le deuxième groupe de 24 images est évalué après un délai de 15 minutes suivant la même procédure. Durant le délai, on évite toute tâche de dénomination ou de mémoire pouvant causer une interférence. Les variables retenues sont le nombre d'images reconnues en immédiat (/24), en différé (/24) et le score total (/48). Un exemple des images est présenté à la Figure 1.

L'épreuve des 15 mots de Rey. Cette épreuve est administrée de façon conventionnelle. La liste de mots (liste A) est lue cinq fois et, à chaque essai, le participant doit rappeler le plus grand nombre de mots possible. Par la suite, une deuxième liste (liste B) est présentée. Après avoir rappelé les mots de cette deuxième liste, le participant doit rappeler les mots de la liste A, sans qu'elle ne soit présentée de nouveau (rappel immédiat de la liste A). On procède ensuite à la reconnaissance des mots de la liste A dans un texte. Après 30 minutes de délai, durant lequel on évite de présenter du matériel pouvant interférer avec la rétention des mots, on procède au rappel libre différé et à la reconnaissance oui-non différée de la liste A. Les variables retenues sont : le nombre de mots rappelés à l'essai 1 et à l'essai 5, le nombre total de mots rappelés après 5 essais, le rappel immédiat de la liste A après le rappel de la liste B, la reconnaissance immédiate des mots de la liste A dans un texte, la différence entre le nombre de mots reconnus et le nombre de mots évoqués au cinquième essai d'apprentissage. En raison d'un grand nombre de données manquantes, les résultats de la reconnaissance différée de la liste A n'ont pas été retenus pour les analyses.

Le test de la figure complexe de Rey. Ce test est également administré de façon conventionnelle. On invite d'abord le participant à copier la figure avec précision sans l'informer qu'on lui demandera de la reproduire de mémoire. Le rappel libre est effectué immédiatement après la copie. Bien qu'il soit habituel

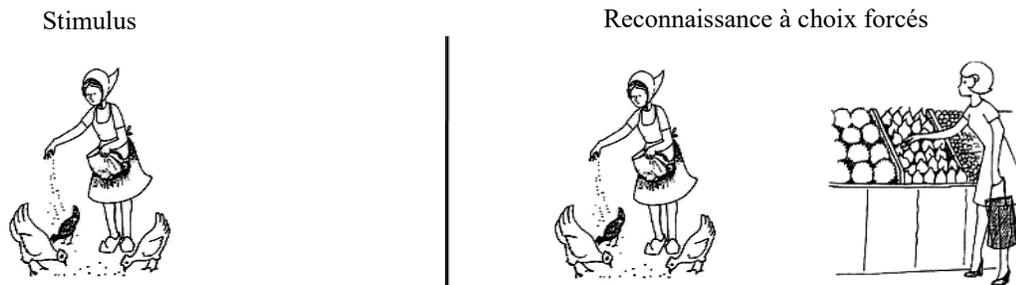


Figure 1. Épreuve de reconnaissance à choix forcés de 48 images : exemples de stimuli.

de procéder au rappel différé de la figure, cette condition n'a pas été incluse dans la présente étude puisqu'il y a plusieurs données manquantes chez les patients dont les dossiers ont été analysés rétrospectivement. Il en va de même pour la reconnaissance : cette condition n'a pas été effectuée avec suffisamment de constance pour être incluse dans l'étude. La correction des productions est effectuée selon la grille habituelle (Meyers & Meyers, 1995). Un maximum de 36 points peut être alloué, soit une cotation sur 2 points, selon la précision et la localisation des 18 éléments de la figure. Les variables retenues pour les analyses sont : le score obtenu en copie (/36) et le score obtenu au rappel immédiat (/36).

Résultats

Les résultats obtenus (moyennes et écart-types) pour chacun des groupes à l'épreuve des 48-I, à l'épreuve d'apprentissage des *15 mots de Rey* et au test de la *figure complexe de Rey* sont présentés dans le Tableau 3. Pour les analyses statistiques, afin de corriger pour les comparaisons multiples, un seuil de .004 a été utilisé (correction de Bonferroni : seuil de .05 divisé par le nombre de variables (13) retenues pour les analyses inter-groupes).

Une analyse de variance (ANOVA) n'a révélé aucune différence significative entre les performances obtenues chez les simulateurs présumés et celles obtenues chez les simulateurs volontaires pour l'épreuve des 48-I (reconnaissance immédiate, reconnaissance différée et score total : $F(1, 90) < 1$), pour l'épreuve des *15 mots de Rey* (essai 1 et essai 5 : $F(1, 90) < 1$; total des 5 essais : $F(1, 90) = 1.58, p > .10$; rappel immédiat après interférence : $F(1, 90) = 1.40, p > .10$; reconnaissance immédiate : $F(1, 90) < 1$; fausses reconnaissances : $F(1, 90) = 1.46, p > .10$ et différence entre essai 5 et reconnaissance immédiate : $F(1, 90) < 1$) et pour le test de la *figure complexe de Rey* (copie : $F(1, 90) = 2.98, p = .08$ et rappel immédiat : $F(1, 90) = 1.09, p > .10$). De même, il n'y a aucune différence significative entre les résultats obtenus dans les groupes d'individus avec diagnostic de maladie affective et ceux obtenus dans le groupe expertise avec profil valide (tous les $F(1, 132) < 1$). Afin de limiter le nombre de groupes pour les analyses, le groupe de simulateurs volontaires a été fusionné au groupe de simulateurs présumés pour constituer un seul groupe appelé « groupe simulateurs ». Le groupe d'individus avec diagnostic de trouble affectif et le groupe expertise avec profil valide ont aussi été fusionnés en un seul groupe appelé « groupe médico-légal ». Cela a permis de passer de huit à six groupes.

À l'épreuve des 48-I, une ANOVA effectuée sur le nombre de bonnes réponses a mis en évidence une

différence significative entre les six groupes (simulateurs, amnésiques, déments, frontaux, troubles mnésiques d'étiologies variées et médico-légal) pour la reconnaissance immédiate $F(5, 467) = 66.66, p < .001, \eta^2 = .416$, la reconnaissance différée $F(5, 466) = 100.32, p < .001, \eta^2 = .518$ et pour le nombre total de bonnes réponses $F(5, 466) = 94.79, p < .001, \eta^2 = .504$. Les tests post-hoc de Tukey révèlent trois sous-ensembles homogènes : 1) simulateurs et amnésiques ($p = .435$); 2) déments et frontaux ($p = .859$); et 3) individus avec troubles mnésiques d'étiologies variées et groupe médico-légal ($p = .994$). Par conséquent, au test des 48-I, les scores obtenus par les simulateurs se rapprochent de ceux obtenus par les amnésiques.

À l'épreuve d'apprentissage des *15 mots de Rey*, l'ANOVA révèle également une différence significative entre les six groupes pour le nombre de mots rappelés à l'essai 5 $F(5, 467) = 94.85, p < .001, \eta^2 = .461$, le nombre total de mots rappelés aux essais 1 à 5 $F(5, 467) = 72.44, p < .001, \eta^2 = .437$, au rappel immédiat après interférence par la liste B $F(5, 466) = 66.94, p < .001, \eta^2 = .418$ et au rappel différé $F(5, 463) = 72.96, p < .001, \eta^2 = .441$. Pour toutes ces mesures de rappel libre, l'analyse post-hoc met en évidence trois sous-ensembles homogènes qui sont cependant différents de ceux observés au 48-I soit : 1) un ensemble constitué des amnésiques, déments et frontaux; 2) un ensemble regroupant les simulateurs et les patients avec étiologies variées; et 3) un ensemble constitué du groupe médico-légal (maladies affectives et expertise avec profil valide). Par conséquent, à l'épreuve des *15 mots de Rey*, les performances notées en rappel libre chez les simulateurs sont équivalentes à celles observées chez des patients avec trouble de mémoire légers à modérés d'étiologies variées.

Cependant, le tableau est totalement différent pour les résultats obtenus en reconnaissance immédiate des *15 mots de Rey*. L'ANOVA montre une différence significative entre les groupes $F(5, 463) = 57.72, p < .001, \eta^2 = .384$, mais les sous-ensembles sont différents de ceux mis en évidence aux divers rappels libres : 1) un premier n'inclut que les amnésiques; 2) un second n'est constitué que des simulateurs; 3) un troisième regroupe les patients avec démence et les patients frontaux; et 4) un dernier est composé des patients avec troubles de mémoire d'étiologies variées et de ceux du groupe médico-légal. Une ANOVA additionnelle réalisée sur la différence entre le nombre de mots reconnus et le nombre de mots rappelés au cinquième essai d'apprentissage met en évidence une différence significative entre les groupes $F(5, 463) = 39.91, p < .001, \eta^2 = .290$. L'analyse post-hoc révèle trois sous-ensembles : un premier constitué uniquement des simulateurs, un deuxième constitué des amnésiques, des individus avec trouble de mémoire

Tableau 3

Scores obtenus aux trois tests de mémoire (15 mots de Rey, Figure complexe de Rey et 48-I) pour chacun des groupes de participants : moyenne (écart-type)

	Simulateurs présumés	Simulateurs volontaires	Étiologies variées	Frontaux	Déments	Amnésiques	Maladies affectives	Expertise valide
48-I Immédiat	18.72 (4.61)	18.97 (4.37)	23.76 (0.70)	22.92 (1.83)	22.31 (2.24)	19.60 (3.23)	23.96 (0.21)	23.94 (0.23)
48-I Différé	16.58 (5.02)	17.08 (4.53)	23.60 (0.98)	21.86 (2.73)	21.43 (2.74)	17.68 (3.40)	23.96 (0.21)	23.89 (0.44)
48-I Total	35.30 (9.19)	36.05 (8.57)	47.37 (1.46)	44.78 (4.33)	43.74 (4.38)	37.27 (6.13)	47.91 (0.29)	47.83 (0.57)
15 Mots Essai 1	4.75 (1.28)	5.00 (1.9)	5.41 (1.99)	3.70 (1.59)	2.96 (1.43)	3.50 (2.09)	5.60 (2.04)	5.49 (1.78)
15 Mots Essai 5	8.87 (2.75)	8.94 (2.93)	9.92 (2.89)	6.20 (2.71)	5.64 (2.38)	5.00 (2.45)	11.96 (2.23)	11.76 (2.32)
15 Mots Total 1-5	34.69 (9.04)	37.29 (10.73)	40.47 (11.81)	26.56 (9.85)	23.70 (8.38)	22.23 (10.98)	48.24 (10.07)	46.13 (9.33)
15 Mots RI liste A	5.42 (3.02)	6.16 (2.85)	6.86 (4.02)	2.98 (2.61)	2.41 (2.23)	1.52 (1.60)	9.71 (3.55)	9.24 (3.33)
15 Mots rec. imm. Liste A.	8.05 (3.12)	8.29 (3.57)	12.20 (2.86)	10.40 (3.42)	10.06 (3.14)	6.48 (3.66)	13.73 (1.51)	13.55 (1.82)
15 Mots Fausses recon- naissances	1.58 (2.28)	1.05 (1.65)	1.57 (2.55)	4.00 (4.77)	3.73 (3.85)	3.67 (3.38)	0.80 (1.19)	0.87 (1.87)
15 Mots rec. imm. - essai 5	-0.82 (2.41)	-0.65 (3.14)	2.27 (2.41)	4.16 (3.36)	4.38 (3.17)	1.61 (2.40)	1.78 (2.00)	1.79 (2.29)
15 Mots RD liste A	5.81 (2.97)	4.87 (3.17)	6.90 (4.26)	2.85 (2.74)	2.48 (2.56)	1.09 (1.48)	10.22 (3.08)	9.69 (3.41)
Fig. Rey Copie	28.60 (4.65)	30.45 (5.48)	28.48 (7.98)	20.48 (10.78)	19.01 (10.73)	21.68 (9.82)	31.97 (3.92)	32.29 (3.61)
Fig Rey RI	13.05 (5.68)	14.36 (6.11)	14.95 (7.71)	8.21 (6.36)	5.78 (4.54)	4.17 (4.36)	17.31 (7.35)	18.28 (7.39)

Note. 15 Mots : épreuve des 15 mots de Rey, RI : rappel immédiat, RD : rappel différé, rec. imm. : reconnaissance immédiate

d'étiologies variées et ceux du groupe médico-légal ($p = .789$) et un troisième inclut les frontaux et les déments ($p = .998$). Par conséquent, la performance des simulateurs est unique : il s'agit du seul groupe où la reconnaissance ne favorise pas la récupération des mots. En effet, une proportion importante des deux groupes de simulateurs (volontaires : 51,4 % et présumés : 58,2 %) reconnaît moins de mots que ces participants avaient pu en évoquer au cinquième essai d'apprentissage, alors que ce phénomène est observé chez moins de 10 % des autres participants.

L'ANOVA met également en évidence une différence significative entre les groupes pour la copie de la *figure complexe de Rey* $F(5, 459) = 39.79$, $p < .001$, $\eta^2 = .302$. Deux sous-ensembles sont révélés

par les tests post-hoc : un premier constitué des patients déments, frontaux et amnésiques ($p = .429$) et un second regroupant les individus des groupes simulateurs, troubles mnésiques d'étiologies variées et médico-légal ($p = .105$). Le rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* est significativement différent entre les groupes $F(5, 455) = 45.08$, $p < .001$, $\eta^2 = .331$. Les tests post-hoc révèlent des sous-ensembles qui se chevauchent contrairement à ce qui était noté pour les autres analyses : 1) amnésiques et déments ($p = .803$); 2) déments et frontaux ($p = .403$); 3) simulateurs et troubles d'étiologies variées ($p = .897$); et 4) troubles d'étiologies variées et médico-légal ($p = .174$).

La présence d'effets de groupe est intéressante, mais peut difficilement être utilisée pour statuer sur la performance d'un seul individu à un test. À cette fin, il est nécessaire d'analyser la performance des simulateurs à chaque test afin de déterminer des seuils en-deçà desquels la validité de la performance est discutable. Ainsi, des courbes ROC (*Receiver Operating Characteristics*) ont été examinées. La première concerne le score total à l'épreuve des *48 images*. Dans un premier temps, la performance des simulateurs a été comparée à celle de l'ensemble des individus ayant participé à l'étude. Avec un seuil de $\leq 45/48$, on obtient une aire sous la courbe significative $AUC = .859$, $p < .001$; IC [.811, .908] avec une sensibilité de 85,9 % et une spécificité de 76,6 %. Dans un deuxième temps, le groupe de référence a été limité aux patients avec trouble de mémoire d'étiologies variées et au groupe médico-légal puisque ce sont ces patients qui, selon les analyses post-hoc, se rapprochent le plus des simulateurs sur les tests de mémoire conventionnels (*15 mots de Rey* et *figure complexe de Rey*). Avec un seuil de $\leq 45/48$, on obtient une aire sous la courbe significative $AUC = .924$, $p < .001$; IC [.881, .987] avec une sensibilité de 85,9 % et une spécificité de 95,4 %. Le fait que la spécificité ne soit pas à 100 % est dû à l'inclusion de trois patients âgés avec très faible niveau de scolarité qui ont effectivement obtenu de faibles scores au 48-I, mais également aux autres tests de mémoire. Ils ne présentaient toutefois pas de déficits suffisants et d'altérations dans la vie quotidienne pour être inclus dans l'un ou l'autre des autres groupes (déments, frontaux ou amnésiques). La répartition des participants pour chacun des groupes pour le score total obtenu au 48-I est présentée à la Figure 2.

Enfin, il est particulièrement intéressant de combiner les indices obtenus aux différents tests. Par exemple, comme l'illustre la Figure 3, la combinaison du score obtenu au 48-I ($\leq 45/48$) à celui obtenu au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* (≥ 10) est particulièrement sensible à la détection de la simulation. En effet, la très grande majorité des participants qui obtiennent un score $\leq 45/48$ au 48-I obtiennent un score < 10 au rappel de la *figure complexe de Rey*. Ce phénomène est observé chez 100 % des amnésiques, 89,7 % des déments et 76 % des frontaux. En revanche, ce phénomène n'est observé que chez 38,6 % des simulateurs présumés et chez 25 % des simulateurs volontaires. Par conséquent, la grande majorité des simulateurs (présumés : 61,4 % et volontaires : 75 %) qui échouent au 48-I obtiennent 10 ou plus au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey*. Dans le groupe de patients avec étiologies variées, les trois patients qui échouent au 48-I obtiennent moins de 10 au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey*, ce qui apparaît cohérent avec l'existence chez ces patients de réels troubles de la mémoire. Un score $\leq 45/48$ au 48-I et ≥ 10 au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* soulève donc des doutes quant à la fiabilité du profil.

Discussion

La présente étude avait pour objectif d'examiner la validité du test de reconnaissance à choix forcés de *48 images* dans la détection de la simulation de troubles de mémoire et de fournir des données de référence dans des populations cliniques variées. Rappelons que ce test a originalement été créé par Signoret (1979) afin de permettre une évaluation rapide du fonctionnement mnésique chez des populations de patients avec démence. Selon Signoret, la commission de trois erreurs ou plus suggérerait la présence d'une atteinte mnésique significative devant faire l'objet

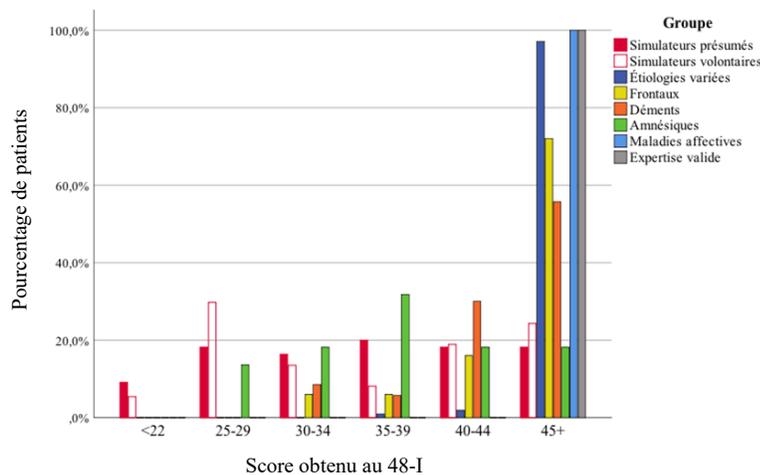


Figure 2. Scores obtenus au 48-I selon le groupe. Chaque colonne représente le pourcentage de cas par groupe.

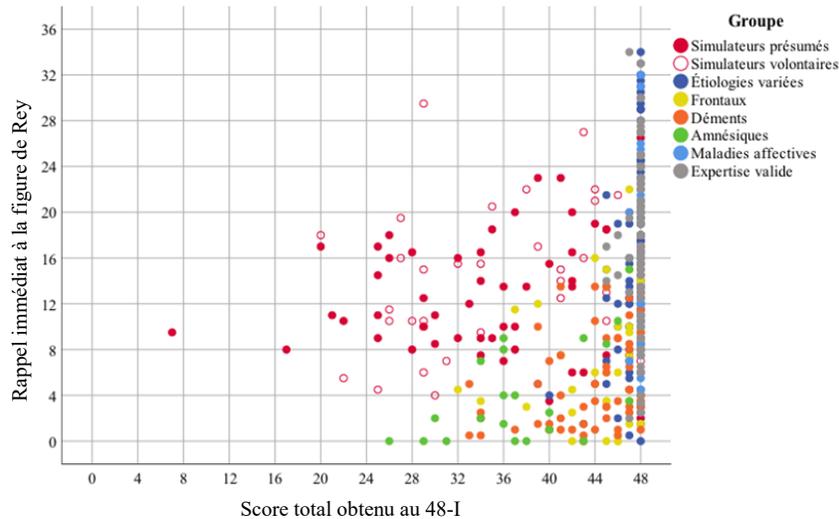


Figure 3. Combinaison des scores obtenus au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* et au 48-I pour chacun des participants selon le groupe d'appartenance.

d'une évaluation plus approfondie. Il est intéressant de souligner qu'un score de $\leq 45/48$ s'est avéré le score le plus approprié pour la détection de la simulation, avec des niveaux de sensibilité et de spécificité tout à fait acceptables. La grande majorité des patients ont obtenu un rendement près de la perfection, une observation courante (Guilmette, Hart, Giuliano, & Leininger, 1994).

Un premier point à souligner est l'absence de différence entre les simulateurs présumés, répondant aux critères de Slick et al. (1999) de simulation probable ou manifeste, et les simulateurs volontaires à qui l'on avait demandé de simuler des troubles de mémoire apparus après un possible TCC survenu lors d'une chute accidentelle (selon un scénario plausible). Contrairement à la majorité des études utilisant des volontaires à qui l'on demande de simuler, les participants ont été recrutés dans la population générale et non chez des étudiants universitaires. Les deux groupes de simulateurs étaient donc équivalents sur le plan de l'âge, de la scolarité et du sexe, ce qui a probablement favorisé la production de performances similaires dans les différents tests de mémoire administrés. Il s'agit d'une des forces de la présente étude. L'autre force consiste en l'inclusion d'un très grand nombre de patients porteurs de pathologies diverses, neurologiques et psychiatriques ainsi que l'inclusion d'individus référés pour expertise médico-légale présentant un profil valide sur le plan neuropsychologique.

La comparaison des performances obtenues au 48-I et à d'autres tests de mémoire conventionnels (épreuve des *15 mots de Rey* et *figure complexe de*

Rey) a mis en évidence un profil très particulier chez les simulateurs : au test des 48-I, leur performance est similaire à celle des amnésiques alors qu'à l'épreuve des *15 mots de Rey*, ils se comportent aux rappels libres (essai 5, total 1 à 5, rappel immédiat après interférence, rappel différé) comme les patients présentant des troubles de mémoire de légers à modérés d'étiologies variées. En revanche, leur performance en reconnaissance immédiate est unique : elle est à peine meilleure que celle des amnésiques, mais bien en deçà de ce qui est noté dans les autres populations cliniques. De plus, contrairement à ce qui est généralement noté en clinique, la reconnaissance ne facilite pas la récupération des mots non évoqués chez les simulateurs. Au contraire, certains mots correctement évoqués ne sont pas reconnus, un phénomène rare, même chez les amnésiques. Par ailleurs, au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey*, les simulateurs ont tendance à offrir une meilleure performance que les patients qui commettent plus de trois erreurs au 48-I. Par conséquent, le rappel immédiat de la *figure complexe de Rey*, pris isolément, ne constitue pas un bon indice pour détecter la simulation des troubles de la mémoire. Toutefois, l'association de ces deux mesures (score supérieur ou égal à 10 au rappel immédiat de la *figure complexe de Rey* et score inférieur ou égal à 45/48 au 48-I) soulève la possibilité de simulation. La sensibilité des épreuves en choix forcés pour la détection de la simulation a été confirmée dans plusieurs études utilisant une variété de stimuli, qu'il s'agisse de mots, d'images ou de chiffres (Guilmette, Hart, & Giuliano, 1993). L'intérêt du 48-I, comparativement au TOMM, est qu'il est beaucoup

plus rapide et probablement aussi sensible, voire davantage, en raison de l'utilisation de stimuli plus complexes (souvent de petites scènes) et moins habituels (les objets sont plus anciens et plus rares). En effet, comme la reconnaissance de stimuli visuels est facilitée par la vivacité des images (Standing, 1973) et la profondeur de l'encodage réalisé (Craik & Lockhart, 1972), on peut penser que la performance des patients sera meilleure au 48-I qu'au TOMM en raison de la nature plus élaborée des images, ce qui permettrait de distinguer davantage leur performance de celle de simulateurs (plus grand écart entre les groupes). Il serait intéressant de comparer directement, dans une étude ultérieure, les performances au TOMM et au 48-I.

Le profil observé chez les simulateurs est donc unique dans la mesure où il ne se retrouve chez aucun patient avec atteinte neurologique ou dans des maladies affectives. On utilise souvent le terme « tests d'effort » (Bigler, 2012) pour identifier les tests de validité des symptômes, comme si la performance notée chez les simulateurs était le résultat d'un manque d'effort. Or, ce qui est observé chez les simulateurs est diamétralement opposé à ce qui est attendu lors d'un manque d'effort; les tests les plus simples (reconnaissance à choix forcés) sont les plus touchés, alors que les tests nécessitant une bonne mobilisation des ressources cognitives (rappels libres) sont généralement peu touchés (Larrabee, 2012).

Notre étude comporte évidemment des faiblesses. Le fait qu'elle soit en partie rétrospective a limité le nombre de tests qu'il était possible d'examiner. C'est la raison pour laquelle seules l'épreuve d'apprentissage des *15 mots de Rey* et la *figure complexe de Rey* ont été conservées pour les analyses, ces deux tests étant couramment administrés en clinique. De plus, aucun autre test reconnu de validité des symptômes (comme le TOMM ou l'*Amsterdam Short-Term Memory Test*) n'était administré de façon systématique, ce qui ne permet pas d'effectuer une comparaison des sensibilités et spécificités.

Une deuxième limite est l'absence de données quant au statut psychologique de nos participants, sauf évidemment ceux présentant des troubles dépressifs, anxieux ou une maladie psychiatrique. En clinique, il est essentiel de faire une évaluation psychologique détaillée (p. ex., personnalité, motivations, attentes) dans les cas où l'on soupçonne la production intentionnelle de déficits cognitifs afin de pouvoir préciser le diagnostic (simulation vs. trouble factice) et d'orienter le patient pour une prise en charge appropriée. En clinique, il est également essentiel de bien évaluer le contexte dans lequel se déroule l'évaluation, informer le client/patient que les tests employés sont fiables et que, même s'il présente une

atteinte subtile, cette dernière pourra être détectée. On doit aussi informer le patient/client qu'il doit réaliser les tests avec application, car sinon les résultats sont difficiles à interpréter. Il est important d'utiliser plusieurs mesures visant à apprécier la validité des symptômes et non une seule.

En conclusion, le 48-I est une mesure sensible à la simulation. Son administration est simple et rapide. De plus, son utilisation en clinique chez des patients avec une atteinte significative de la mémoire, sa raison d'être originale, est particulièrement intéressante puisqu'il s'agit d'un test qui n'est pas confrontant et qui peut apporter des informations précieuses ainsi qu'orienter la suite de l'évaluation. Les données de références présentées ici seront certainement utiles à cette fin.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.; traduit par M.-A. Crocq et J. D. Guelfi). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- An, K. Y., Kaploun, K., Erdodi, L. A., & Abeare, C. A. (2017). Performance validity in undergraduate research participants: A comparison of failure rates across tests and cutoffs. *The Clinical Neuropsychologist*, *31*, 193-206. doi: 10.1080/13854046.2016.1217046.
- Barthélémy, R., Lenne, B., Hauteceur, P., & Antoine, P. (2014). Simulation des troubles cognitifs: aspects conceptuels et méthodologiques. *Revue de neuropsychologie*, *6*, 110-116. doi: 10.3917/rne.062.0110
- Bernard, L. C. (1991). The detection of faked deficits on the Rey Auditory Verbal Learning Test: The effect of serial position. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *6*, 81-88. doi: 10.1016/0887-6177(91)90024-4
- Bernard, L. C., Houston, W., & Natoli, L. (1993). Malingering on neuropsychological memory tests: Potential objective indicators. *Journal of Clinical Psychology*, *49*, 45-53. doi: 10.1002/1097-4679(199301)49:1<45::AID-JCLP2270490107>3.0.CO;2-7
- Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, *15*, 19-45. doi: 10.1076/clin.15.1.19.1907
- Bigler, E. D. (2012). Symptom validity testing, effort, and neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *18*, 632-640. doi: 10.1017/S1355617712000252
- Binder, L. M. (1993). Assessment of malingering after mild head trauma with the Portland Digit Recognition Test. *Journal of Clinical and*

- Experimental Neuropsychology*, 15, 170-182. doi: 10.1080/01688639308402555
- Bortnik, K. E., Boone, K. B., Marion, S. D., Amano, S., Ziegler, E., Victor, T. L., & Zeller, M. A. (2010). Examination of various WMS-III logical memory scores in the assessment of response bias. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 344-357. doi: 10.1080/13854040903307268
- Chouinard, M.-J. & Rouleau, I. (1997). The 48-Pictures Test: A two-alternative forced-choice recognition test for the detection of malingering. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 545-552.
- Craik, F. I. & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 11, 671-684. doi: 10.1016/S0022-5371(72)80001-X
- Delis, D., Kramer, J., Kaplan, E., & Ober, B. (1987). *California verbal learning test research edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Delis, D. C. & Wetter, S. R. (2007). Cogniform disorder and cogniform condition: Proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 589-604.
- Galli, S., Tatu, L., Bogousslavsky, J., & Aybek, S. (2018). Conversion, factitious disorder and malingering: A distinct pattern or a continuum? *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part II* (Vol. 42, pp. 72-80). Bâle, Suisse: Karger Publishers.
- Guilmette, T. J., Hart, K. J., & Giuliano, A. J. (1993). Malingering detection: The use of a forced-choice method in identifying organic versus simulated memory impairment. *The Clinical Neuropsychologist*, 7, 59-69. doi: 10.1080/13854049308401888
- Guilmette, T. J., Hart, K. J., Giuliano, A. J., & Leininger, B. E. (1994). Detecting simulated memory impairment: Comparison of the Rey Fifteen-Item Test and the Hiscock forced-choice procedure. *The Clinical Neuropsychologist*, 8, 283-294. doi: 10.1080/13854049408404135
- Iverson, G. L. & Binder, L. M. (2000). Detecting exaggeration and malingering in neuropsychological assessment. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 829-858. doi: 10.1097/00001199-200004000-00006
- Lamb, D. G. & Prigantano, G. (2000). Malingering and feigned memory disorders. In G. E. Berrios & J. R. Hodges (Eds.), *Memory disorders in psychiatric practice* (pp. 456-478). Cambridge, Angleterre: University Press.
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425. doi: 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, 625-630. doi: 10.1017/S1355617712000240
- Meyers, J. E. & Meyers, K. R. (1995). *Rey Complex Figure Test and recognition trial professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Meyers, J. E. & Volbrecht, M. (1999). Detection of malingerers using the Rey Complex Figure and recognition trial. *Applied Neuropsychology*, 6, 201-207. doi: 10.1207/s15324826an0604_2
- Powell, M. R., Gfeller, J. D., Oliveri, M. V., Stanton, S., & Hendricks, B. (2004). The Rey AVLT serial position effect: A useful indicator of symptom exaggeration? *The Clinical Neuropsychologist*, 18, 465-476. doi: 10.1080/1385404049052409
- Rey, A. (1959). *Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*. Paris, France: Éditions du centre de psychologie appliquée.
- Schagen, S., Schmand, B., Sterke, S. D., & Lindeboom, J. (1997). Amsterdam Short-Term Memory Test: A new procedure for the detection of feigned memory deficits. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 43-51. doi: 10.1080/01688639708403835
- Schroeder, R. W., Buddin Jr, W. H., Hargrave, D. D., VonDran, E. J., Campbell, E. B., Brockman, C. J., . . . Baade, L. E. (2012). Efficacy of Test of Memory Malingering Trial 1, Trial 2, the Retention Trial, and the Albany Consistency Index in a criterion group forensic neuropsychological sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 21-29. doi: 10.1093/arclin/acs094
- Schwartz, E. S., Erdodi, L., Rodriguez, N., Ghosh, J. J., Curtain, J. R., Flashman, L. A., & Roth, R. M. (2016). CVLT-II forced choice recognition trial as an embedded validity indicator: A systematic review of the evidence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22, 851-858. doi: 10.1017/S1355617716000746
- Signoret, J. (1979). 144 Memory battery scale. *International Neuropsychology Society Bulletin*, 2, 26.
- Slick, D. J., Sherman, E. M., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561. doi: 10.1076/1385-4046(1999)11
- Standing, L. (1973). Learning 10000 pictures. *The Quarterly journal of experimental psychology*, 25, 207-222. doi: 10.1080/14640747308400340
- Suhr, J. A. (2002). Malingering, coaching, and the serial position effect. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 69-77. doi: 10.1093/arclin/17.1.69

- Swihart, A. A., Harris, K. M., & Hatcher, L. L. (2008). Inability of the Rarely Missed Index to identify simulated malingering under more realistic assessment conditions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *30*, 120-126. doi: 10.1080/13803390701249044
- Teichner, G. & Wagner, M. T. (2004). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*, 455-464. doi: 10.1016/S0887-6177(03)00078-7
- Tombaugh, T. N. (1997). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment*, *9*, 260. doi: 10.1037/1040-3590.9.3.260
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler memory scale-third edition administration and scoring manual*. San Antonio, TX: Pearson Assessments.

Reçu le 15 janvier 2019
Révision le 29 avril 2019
Accepté le 17 mai 2019 ■