

Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie



Tests psychologiques

M1 Psychologie Clinique

9^{ème} cours

Dr GUEZOU I

Année universitaire 2023/2024

La pratique des tests

1. Les normes d'application des tests psychologiques

Les tests ne sont pas adaptés à toutes les situations, à toutes les populations. Il est important de vérifier les qualités psychométriques en fonction de ce que l'on veut évaluer chez le client. La passation de tests considérés comme étant fidèles et valides fournit des données objectives qui permettent de situer le sujet par rapport à la norme, en fonction de son âge et de son sexe (Arbisio, 2003). La fidélité et la validité sont importantes pour tous les tests, même s'ils sont différents, tant dans ce qu'ils mesurent que dans la façon dont ils sont construits

On peut aborder la pratique des tests psychologiques de plusieurs manières :

- Selon les lieux de pratique comme l'école, l'hôpital, l'armée, l'entreprise...
- Selon différents champs de la psychologie : psychologie du développement, psychologie scolaire, psychopathologie, psychologie sportive, psychologie du travail....
- Selon les objectifs recherchés : dépistage de sujets en difficulté, sélection, orientation, outil d'investigation pour réaliser un « bilan psychologique », moyen d'évaluation dans un processus de développement ou d'apprentissage....
- Selon les âges : enfants, adolescent, adulte, personne âgée...

Pour illustrer par quelques aspects la grande diversité des pratiques de test, nous proposerons de suivre les étapes du développement depuis le jeune enfant jusqu'à la personne âgée.

Le jeune enfant

Un certain nombre de psychologues sont amenés à l'intervenir auprès de très jeunes enfants, dans des crèches, dans des écoles maternelles, dans des services de pédopsychiatrie, pour ce qui touche à des problèmes de

développement, sur le plan psychomoteur, cognitif, langagier, psycho-affectif. Les tests (choisis de façon pertinente) constituent un moyen d'établir le « contact » avec l'enfant, des instruments d'évaluation du développement, une aide au diagnostic.

La période scolaire

C'est probablement à l'âge correspondant à la période scolaire que les techniques de test sont le plus utilisées. L'importance accordée à la réussite scolaire dans notre société sensibilise les enseignants, les parents et les élèves eux-mêmes à toutes les difficultés susceptibles d'entraver leur devenir scolaire et/ou leur développement personnel. Cela conduit les enfants en difficulté devant un psychologue scolaire, dans un centre médico-psycho-pédagogique, un service d'hygiène mentale, un service pédo-psychiatrique, ou un établissement spécialisé. Les « bilans » établis à cette occasion font largement appel aux techniques de tests : épreuves d'intelligence (WISC-R), épreuves de lecture, épreuves de niveau scolaire (français, mathématiques), tests « projectifs » ou de personnalité, diverses épreuves « cliniques » Là encore les techniques de tests constituent un moyen d'établir la relation avec l'enfant à propos de ses difficultés, une aide au « diagnostic psychologique », un moyen d'orienter la « remédiation ».

Chez l'adolescent, les techniques de tests sont fréquemment utilisées (en particulier par les conseillers d'orientation) pour les problèmes d'orientation scolaire ou professionnelle. On retrouve des épreuves d'intelligence générale, de raisonnement, des épreuves de niveau scolaire, mais aussi des épreuves d'aptitudes et divers tests factoriels (test d'aptitude manuelle, test d'aptitude mécanique, spatiale...).

L'adulte

Les épreuves utilisées en orientation scolaire et professionnelles préfigurent un des domaines les plus importants d'application des techniques de tests chez l'adulte : tout ce qui touche à ce qu'on appelle, dans le monde du

travail, la gestion des ressources humaines (recrutement, orientation, formation, gestion de carrière).

Pour ce qui s'occupent de gestion de personnel, dans le cadre de recrutement, de l'orientation, de la promotion du personnel, il importe de mettre, selon la formule consacrée, « the right man et the right place » ; dans le cadre de formation, il convient de prendre en compte les caractéristiques des personnes à former. Cela conduit à des modalités d'examen avec étude de dossiers (curriculum vitae, lettre de motivation), entretiens, et, souvent, épreuves psychotechniques complémentaires (déterminées en fonction de caractéristiques du poste du travail et des exigences requises pour l'occuper). On retrouve à côté d'épreuves très techniques (temps de réaction, épreuves de coordination de mouvements, d'attention – pour les conducteurs d'engins par exemple), des épreuves spécifiques à un type de tâche (batterie d'aptitude pour les métiers de l'informatique, batterie d'aptitude pour programmeurs), des épreuves d'intelligence générale (test de dominos, progressive matrices...), des questionnaires de personnalité (Guilford-Zimmerman révision 1975, inventaire de la personnalité des vendeurs...). Le développement de l'informatique a apporté, au cours des dernières années, des logiciels spécialisés pour le recrutement qui gèrent à la fois l'établissement du profil de poste et l'examen des candidats.

Face à l'adulte malade mental, à l'adulte confronté à des problèmes psychologiques résultants d'accidents ou de maladies, à l'adulte vieillissant, les psychologues qui travaillent dans des services médicaux ou hospitaliers peuvent avoir recours à des techniques de test : test projectifs (pour l'étude de troubles de la personnalité), épreuves d'évaluation de la détérioration mentale, épreuves d'évaluation des perturbations de la mémoire.

2. L'utilisation des tests en clinique

L'évaluation psychologique repose d'abord et avant tout sur l'entretien clinique. Contrairement aux questionnaires validés, d'usage courant, il n'est généralement pas requis d'utiliser une batterie de tests psychométriques ; les

entretiens menés dans un climat de confiance seront suffisants pour que le clinicien dispose des informations nécessaires pour formuler une compréhension clinique (Morrison, 2014). En revanche, dans certains cas, l'utilisation des tests comporte des avantages considérables. C'est le cas par exemple lorsqu'un diagnostic différentiel est requis, dans les situations d'impasses thérapeutiques, dans divers contextes psycholégaux, etc. Les tests peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens. En revanche, l'usage des tests est susceptible de mobiliser des ressources considérables ; ils doivent donc être utilisés avec parcimonie.

Déterminer la pertinence d'utiliser les tests

Le clinicien débordé par une situation clinique difficile pourrait être tenté de se tourner vers l'évaluation par les tests. Il faut toutefois éviter le piège qui consiste à avoir recours aux tests uniquement pour pallier un sentiment d'impuissance. Le clinicien qui envisage une évaluation approfondie devrait pouvoir formuler des questions cliniques précises (Quel est le risque de passage à l'acte ? Est-ce une psychose induite par une substance ou le début d'un trouble psychotique avéré ? etc.). D'autre part, ces mêmes questions guideront le choix des tests à administrer. Ainsi, avant d'entamer une démarche d'évaluation par les tests, le clinicien devrait se demander si les résultats sont susceptibles de modifier l'orientation du traitement, de permettre des accommodements sur le plan académique ou professionnel ou encore d'avoir des conséquences légales.

Le choix des tests à administrer

Le contexte de pratique, la clientèle et le type de problématiques rencontrées dictent généralement le choix de se former à certains tests. Par ailleurs, les cliniciens ont généralement leurs tests favoris. Si le fait d'être restrictif dans le choix des tests qu'on administre s'avère incontournable, l'être

trop comporte aussi certains risques. Par exemple, il demeure courant d'observer que les psychodynamiciens sont plus enclins à utiliser des tests projectifs (p. ex. Rorschach, TAT). Les tenants des autres approches auront plutôt tendance à travailler avec des questionnaires auto rapportés (p. ex. MMPI-2, MCMI- III). Toutes choses égales par ailleurs, cet état de fait relève davantage de l'idéologie et de la tradition que d'une approche rigoureusement scientifique et empirique. Indépendamment de leur méthodologie, tous les tests validés empiriquement ont leurs forces et leurs faiblesses. L'idéalisation que certains cliniciens entretiennent envers leurs tests fétiches, conjuguée au manque de connaissance véritable à propos des autres tests, contribue probablement à perpétuer un cloisonnement des approches en évaluation par les tests (Ganellen, 2007).

De plus, il n'est généralement pas souhaitable dans le contexte d'une évaluation exhaustive d'utiliser seulement un test, ou un seul type de test (McWilliams, 2011). Il y a d'une part les tests dits de « performance », c'est-à-dire que le client effectue une tâche qui est ensuite codifiée par le clinicien. Ce type de procédure vise à faire ressortir des caractéristiques qui sont inaccessibles à l'introspection. C'est le cas par exemple des tests d'intelligence et des tests projectifs. Par ailleurs, certains types de tests de performance peuvent être codifiés selon plusieurs méthodes. Les systèmes quantitatifs (p. ex. le système intégré d'Exner au Rorschach) ont été validés empiriquement et comportent des normes auxquelles comparer la performance du client. Les méthodes qualitatives proviennent quant à elles d'une longue tradition clinique et permettent souvent d'enrichir la compréhension du clinicien. Toutefois, en l'absence de standardisation et de validation empiriques, le clinicien qui se base uniquement sur un procédé d'analyse qualitative risque à son insu de sélectionner seuls les résultats qui valident son hypothèse initiale (biais de confirmation). Il existe aussi dans un tel cas un risque plus grand de dérive vers des interprétations conjecturales qui vont à l'encontre des principes scientifiques et empiriques reconnus. Le meilleur compromis est probablement de structurer

les hypothèses cliniques à partir des données quantitatives et de les enrichir secondairement avec les interprétations qualitatives.

Les tests de type auto rapportés (p. ex. les échelles, inventaires et questionnaires) offrent quant à eux une méthodologie complètement différente, puisqu'ils utilisent la perception que le client a de lui-même. Certains tests auto rapportés parmi les plus sophistiqués comportent des échelles de validité inestimables pour comprendre les processus psychologiques du client relativement à l'image de lui-même qu'il cherche à présenter (p. ex. MMPI-2). En conjuguant différents types de tests (de performance, auto rapportés), on obtient un portrait plus nuancé; autrement dit, l'évaluation par les tests a intérêt à toujours respecter le principe de convergence des indices (McWilliams, 2011). Les résultats en provenance de sources différentes sont mis en contraste avec les données des entretiens cliniques et des autres sources d'information (p. ex. les rapports antérieurs, les rencontres avec les tiers, les bulletins scolaires, etc.).

La démarche évaluative

Il va de soi que le clinicien qui fait l'usage de tests doit s'assurer d'avoir été suffisamment formé et supervisé pour le faire. Ceci implique non seulement d'avoir été bien formé aux tests eux-mêmes, mais aussi de posséder la formation suffisante dans les domaines qui en sous-tendent l'usage, notamment la psychopathologie, la neuropsychologie, les statistiques et la psychométrie. De nombreux tests sont théoriquement neutres et ne font ressortir que des traits et des caractéristiques descriptives du fonctionnement psychologique. Par exemple, un test pourra faire ressortir la présence d'affects dysphoriques, d'impulsivité, de difficultés à être en relation d'intimité, etc. Ces résultats – qui ne sont plus des données brutes, mais des données interprétées – ne font néanmoins pas encore partie d'un modèle clinique clairement articulé. Ainsi, il incombe au clinicien : 1) de sélectionner les résultats pertinents, 2) d'en faire une synthèse, 3) de les intégrer dans un modèle psychologique selon une

orientation théorique donnée et d'élaborer une compréhension clinique cohérente.

En psychologie clinique, il peut par exemple être utile de regrouper dans un premier temps les résultats obtenus selon cinq grands domaines du fonctionnement : 1) symptomatologie et stress transitoire, 2) fonctionnement affectif et autorégulation, 3) fonctionnement cognitif et troubles de la pensée, 4) relations interpersonnelles, 5) identité et perception de soi. Ces dimensions générales du fonctionnement psychologique peuvent être présentées de manière descriptive et aisément comprises par tous, y compris par le client. Ce n'est qu'à l'étape suivante, celle de la compréhension clinique, que le clinicien fera l'intégration de ces données dans un modèle psychologique cohérent permettant l'élaboration subséquente d'un plan d'intervention (Castro, 2011; Exner et Erdberg, 2005 ; Greene, 2011).

L'interprétation des résultats

La démarche globale. Si la codification de la plupart des tests peut être faite sans que le clinicien connaisse le client, il en va tout autrement de l'interprétation. S'il peut s'agir d'un exercice académique intéressant, l'interprétation des tests ne devrait jamais être effectuée à l'aveugle. Plus le clinicien possède d'informations sur son client (motif de consultation, histoire personnelle, antécédents, etc.), plus l'interprétation des résultats aux tests sera pertinente. On peut faire ressortir des tests une foule de données; certains résultats sont centraux à la compréhension de la problématique, d'autres sont plus périphériques. Le clinicien doit donc toujours exercer son jugement clinique. Trois cas de figure peuvent alors se présenter : 1) les résultats aux différents tests sont convergents, 2) les résultats sont complémentaires, 3) les résultats sont divergents.

Dans le premier cas, le clinicien est confiant quant aux hypothèses qu'il énonce, puisque plusieurs tests suggèrent un portrait similaire. Dans le second cas, ce sont vraisemblablement les résultats plus spécifiques à chaque test qui ressortent. Ces résultats peuvent habituellement être combinés aisément pour obtenir un portrait plus complet du client. Le troisième cas s'avère le plus difficile. Lorsque les résultats semblent contradictoires, le clinicien doit exercer son jugement clinique et déterminer quels résultats semblent pertinents. Pour résoudre ce problème, le clinicien peut notamment se poser les questions suivantes :

1. Y a-t-il des erreurs de codification ? La codification a-t-elle été vérifiée par ordinateur ?
2. Le client a-t-il été bien préparé et a-t-il bien collaboré à l'évaluation ? Avait-il donné un consentement éclairé ?
3. Si le test comporte plusieurs groupes normatifs (p. ex. normes américaines vs canadiennes, sujets cliniques vs non cliniques, etc.), le clinicien a-t-il choisi les normes les plus appropriées ? A-t-il tenu compte des artefacts statistiques pouvant affecter certains résultats (p. ex. distributions non normales de variables rares, résultats à plus de trois écarts-types de la moyenne, etc.).
4. Dans quel ordre les tests ont-ils été faits ? Les passations ont-elles été interrompues (p. ex. fatigue, désorganisation du client) ? Est-ce que plusieurs tests ont été faits consécutivement le même jour ? Si oui, cela était-il susceptible d'avoir un impact sur leurs résultats ?
5. Le client présente-t-il des troubles d'apprentissage ou une scolarité en deçà de ce qui est requis pour l'administration d'un test donné (p. ex. niveau de lecture insuffisant) ?

6. Le client était-il en état d'effectuer la passation du test ce jour-là ? Était-il fatigué, trop anxieux ou méfiant ? Était-il potentiellement intoxiqué ? Présentait-il des symptômes importants (p. ex. ralentissement psychomoteur, hallucinations, etc.) ?

7. Y a-t-il une possibilité que le client ait exagéré (voire simulé) ou minimisé ses difficultés ? Les tests sélectionnés permettent-ils une détection de ces problématiques ?

Le clinicien devrait toujours être en mesure d'expliquer les contradictions observées et justifier le choix de conserver ou d'éliminer un résultat qui peut a priori sembler probant.

L'utilisation des rapports informatisés. L'interprétation des tests assistée par ordinateur est d'une grande utilité, puisqu'elle permet dans certains cas d'éviter les erreurs de calcul et certaines erreurs de codification tout en assurant de faire ressortir les principaux résultats. Toutefois, il est fréquent d'oublier que les paragraphes d'interprétation issus des rapports informatisés sont présentés en fonction d'un arbre décisionnel standardisé basé sur des limites d'inclusion (cut-off points) statistiquement déterminées. Ces limites d'inclusion sont établies pour maximiser à la fois la sensibilité du test (c. à-d. bien détecter un phénomène ou bien classer le client dans un groupe clinique et éviter ainsi les erreurs de type 2 – faux négatifs) et sa spécificité (c.-à-d. ne classer que les sujets présentant une caractéristique donnée dans le groupe cible ou le groupe clinique et donc éviter les erreurs de type 1 – faux positifs). Par exemple, au test de Rorschach (système intégré), la constellation suicidaire (S-CON) permet de prédire avec une grande fiabilité, dans une population psychiatrique, le risque de passage à l'acte suicidaire dans un intervalle de six mois. Le rapport informatisé fera ressortir comme résultat un risque élevé de passage à l'acte suicidaire si le client a obtenu un score de 8 sur 12 à cette constellation. Qu'en

est-il alors du client qui obtient un score de sept ? Est-il alors raisonnable de porter une attention clinique particulière au risque suicidaire ? Probablement. Si le clinicien ne se fie qu'au rapport informatisé, il risque en revanche d'occulter un résultat critique.

En outre, les rapports informatisés manquent souvent de nuance et ne considèrent généralement que l'interprétation la plus probable en fonction du résultat obtenu, et non les cas d'exception. Par exemple, au MMPI-2, si un client qui obtient un score très élevé à l'échelle FP (Infrequency–Psychopathology), cela signifie qu'il a endossé un nombre anormalement élevé de symptômes qui sont rarement retrouvés chez les sujets présentant des psychopathologies sévères. Cela suggère que le client aurait pu vouloir exagérer ses symptômes, voire simuler une psychopathologie. Le rapport informatisé conclura donc qu'il est probable que le profil soit invalide en raison de cette tendance à l'exagération. Pourtant, dans une population psychiatrique, près de 20 % des gens peuvent présenter une élévation très importante à cette échelle. Le clinicien qui travaille avec une telle clientèle pourrait conclure, en exerçant son jugement clinique et compte tenu des autres résultats du profil, que celui-ci est valide en dépit de ce qu'en dit le rapport informatisé. Autrement dit, le rapport informatisé est une lame à double tranchant. Il peut s'avérer extrêmement utile, souvent nécessaire, mais il est aussi susceptible de créer un faux sentiment de sécurité. Il s'avère plus prudent de considérer ces résultats comme une étape intermédiaire ou un support à l'interprétation, et non comme l'interprétation définitive du test (International Test Commission, 2005).

Conclusion

Le clinicien qui fait l'usage de tests psychométriques devrait attendre d'avoir en mains l'ensemble des résultats avant de confirmer ou d'infirmes ses hypothèses cliniques. Le principal défi auquel est confronté le clinicien ne relève

pas de l'utilisation des tests en elle-même, mais de l'intégration et de la synthèse clinique qui en résulte. La formation du clinicien ne peut donc se limiter aux tests eux-mêmes, elle doit porter sur la démarche d'évaluation dans son ensemble, incluant les domaines connexes trop souvent négligés comme la psychopathologie, la psychométrie et les statistiques.