

Énoncé de position - Libellés qualitatifs aux résultats de tests neuropsychologiques

La conversion des scores bruts en scores standardisés fait partie intégrante de la pratique en neuropsychologie clinique. Pour guider l'interprétation de ces scores convertis (p.ex. : moyenne, moyenne faible), plusieurs barèmes ont été proposés dans la littérature et les manuels d'éditeurs de tests neuropsychologiques. Par exemple, le modèle de classification proposé par Wechsler (1981) et repris dans ses différentes éditions de tests d'intelligence, est un des plus connus et utilisés. À ce jour, aucune proposition ne fait totalement consensus et cette irrégularité chez les neuropsychologues a été démontrée par Guilmette, Hagan, & Giuliano (2008). Après avoir sondé 110 neuropsychologues œuvrant aux États-Unis, ces auteurs ont obtenu un taux d'accord sur l'utilisation des libellés qualitatifs qui variait entre 43.5 et 52.5%. Ils concluaient que cette variabilité dans l'utilisation des libellés qualitatifs pouvait créer de la confusion et des contradictions dans la pratique clinique et psycho-légale. De façon plus générale, cette situation risque de nuire à la crédibilité de la profession, parce que des résultats similaires peuvent être lus et interprétés différemment par les utilisateurs de services neuropsychologiques.

Afin d'avoir un aperçu de la situation au Québec, l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP) a fait un sondage auprès de ses membres en 2015, en s'inspirant des questions posées par Guilmette, Hagan, & Giuliano (2008). Les réponses faisaient état de grandes disparités dans les pratiques, mais il a été impossible de faire des analyses et de dégager un consensus, faute de participants. Comme plusieurs membres de l'AQNP ont abordé le sujet des libellés qualitatifs dans le forum de discussion, il a été décidé de proposer une façon d'uniformiser, ou à tout le moins de guider la pratique des cliniciens.

Parmi les classifications qui sont déjà existantes, deux options ont été retenues. L'AQNP propose d'abord à ses membres la classification de Wechsler. L'utilisation de cette classification demeure pertinente parce qu'il a été démontré récemment que le WAIS-IV est l'outil d'évaluation le plus utilisé par les neuropsychologues américains et canadiens (Rabin, Paolillo, & Barr, 2016) et parce que des décisions cliniques doivent parfois accorder une grande importance au rendement intellectuel (p.ex. : déficience intellectuelle). À l'Annexe 1, on retrouve un tableau qui présente les libellés qualitatifs du WISC-V (Wechsler, 2014) et du WAIS-IV (Wechsler, 2008), ainsi que les scores standardisés qui y sont associés. Afin de faciliter la compréhension des lecteurs, il arrive souvent que des termes autres que les libellés qualitatifs soient utilisés pour comparer les résultats à la population normative. Des "termes de vulgarisation" sont suggérés au tableau de l'Annexe 1. Il faut souligner que Schoenberg et Rum (2017) sont très critiques face à l'utilisation d'expressions qui n'ont pas de correspondance psychométrique ou empirique, puisque celles-ci peuvent être interprétées de différentes façons. Nous reconnaissons toutefois l'utilité d'utiliser des expressions telles que "satisfaisant" ou "moins efficace" lorsque vient le temps de rédiger des résultats qui pourront être lus et compris

par divers types de lecteurs. Afin de pallier partiellement aux critiques émises par Schoenberg et Rum, nous suggérons, pour chaque libellé qualitatif, des expressions pour vulgariser les résultats obtenus. Seules les expressions qui faisaient l'objet de consensus au sein du conseil d'administration de l'AQNP ont été conservées. Ces expressions ne devraient toutefois pas substituer les libellés qualitatifs, mais plutôt les accompagner lorsque jugé nécessaire. Un document intitulé « Correspondances entre scores standardisés et libellés cliniques du WISC-V », inspiré du tableau fait par Roussy, Lane, Bérubé & Labelle (2005), est disponible sur le site de l'AQNP (aqnp.ca/membres/outils/) et complète l'Annexe 1.

Dans les situations où les libellés qualitatifs de Wechsler ne sont pas indiqués, l'AQNP propose l'utilisation de la classification définie récemment par Schoenberg et Rum (2017), nommée « *Q-Simple* ». Ce barème demeure très similaire à d'autres systèmes proposés en ce qui a trait aux libellés qui sont associés aux scores d'indices moyens et supérieurs (≥ 90 ; voir Schretlen et al., 2010; Groth-Marnat, 2009; Wechsler, 1981). Il se distingue par peu de catégories en deçà du score d'indice de 90. En effet, les auteurs suggèrent de regrouper tous les résultats inférieurs au score d'indice de 77 sous le libellé « anormal » en raison d'une faible validité scientifique quant à l'utilisation de catégories plus précises à ce niveau de performance. Une traduction française de la classification de Schoenberg et Rum (2017) est présentée à l'Annexe 2.

Limites de cet énoncé de position

Il importe de mentionner que pour des raisons cliniques, déontologiques, légales ou scientifiques, il y aura des situations où une clinicienne voudra utiliser un barème différent de ceux qui sont proposés. En raison de la variété des contextes de pratique et tel que suggéré par divers auteurs (Strauss, Sherman & Spreen, 2006; Guilmette et al., 2008), il serait toujours préférable d'afficher clairement dans le rapport d'évaluation neuropsychologique le barème qui est utilisé. Finalement, cette prise de position ne tient pas compte des autres facteurs qui peuvent influencer l'interprétation des résultats et qui font appel au jugement clinique, comme l'erreur de mesure, le niveau de scolarité, le fonctionnement prémorbide ou les comparaisons ipsatives (forces et faiblesses intra-sujet).

Au moment de la mise en ligne de ce document, soit le 2 septembre 2018, des travaux sont en cours à l'*American Academy of Clinical Neuropsychology* (AACN) dans l'optique de publier un énoncé officiel concernant l'utilisation uniforme des libellés qualitatifs aux tests neuropsychologiques. Une mise à jour du présent document pourrait être envisagée lorsque l'énoncé de l'AACN sera publié.

Références

- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Guilmette, T. J., Hagan, L. D., & Giuliano, A. J. (2008). Assigning qualitative descriptions to test scores in neuropsychology : Forensic implications. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(1), 122-139.
- Lande, E. S., & Wanlass, R. L. (2015). Rehabilitation Professionals Still Do Not Communicate Effectively About Cognition. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(1), 158-162.
- Rabin, L. A., Paolillo, E., & Barr, W. B. (2016). Stability in test-usage practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada over a 10-year period: A follow-up survey of INS and NAN members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(3), 206-230.
- Roussy, É., Lane, C., Bérubé, H., & Labelle, F. (2005). Interprétation des quotients intellectuels (QI) et correspondance entre divers scores standardisés. CHU Ste-Justine.
- Schretlen, D. J., Testa, S. M., & Pearlson, G. D. (2010). *Hopkins neuropsychological normative system professional manual*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Schoenberg, M. R., & Rum, R. S. (2017). Towards reporting standards for neuropsychological study results: A proposal to minimize communication errors with standardized qualitative descriptors for normalized test scores. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 162, 72-79.
- Wechsler, D. (1981). Wechsler adult intelligence scale-revised. New York : The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008). Wechsler adult intelligence scale—Fourth Edition (WAIS—IV). *San Antonio, TX : NCS Pearson*, 22, 498.
- Wechsler, D. (2014). *WISC-V*. NCS Pearson, Incorporated.

Annexe 1. Correspondance entre les scores d'indice, les libellés qualitatifs et les termes de vulgarisation.

Scores d'indice	Libellés qualitatifs selon Wechsler	Termes de vulgarisation suggérés*
≥ 130	<u>Extrêmement élevé</u> / Très supérieur	extrêmement supérieur nettement plus efficace / satisfaisant / adéquat nettement mieux développé avec grande facilité
120 - 129	<u>Très élevé</u> / Supérieur	plus efficace / adéquat mieux développé très bien / bon fort
110 - 119	<u>Moyenne élevée</u>	légèrement plus efficace / adéquat / mieux développé
90 - 109	<u>Moyenne</u>	normal, satisfaisant, préservé adéquat, efficace
80 - 89	<u>Moyenne faible</u>	légère faiblesse
70 - 79	<u>Très faible</u> / Limite	inférieur au niveau attendu, difficulté, faible, moins efficace, moins bien développé retard / atteinte possible
≤ 69	<u>Extrêmement faible</u>	extrêmement inférieur, nettement moins efficace / satisfaisant, nettement en-dessous du niveau attendu déficitaire, difficulté significative retard / atteinte grave

Termes soulignés : terminologie WISC-V

Termes en gras : terminologie WAIS-IV

*Selon l'interprétation clinique ou la portée voulue

Annexe 2. Traduction française du système de classification Q-Simple proposé par Schoenberg et Rum (2017).

Libellé qualitatif suggéré	Scores d'indice	Scores T	Rangs centiles
<i>Normal (les résultats sont normaux ou supérieurs à la moyenne) :</i>			
Très supérieur	≥ 130	≥ 70	≥ 98
Supérieur	120 - 129	64 - 69	92 - 97
Moyenne élevée	110 - 119	57 - 63	75 - 91
Moyenne	90 - 109	44 - 56	25 - 74
Moyenne faible	85 - 89	40 - 43	16 - 24
<i>Limite / équivoque (les résultats peuvent être normaux ou anormaux) :</i>			
Limite	77 - 84	35 - 39	6 - 15
<i>Anormal (les résultats sont statistiquement rares et peuvent refléter un dysfonctionnement) :</i>			
Anormal / extrêmement faible	< 77	< 35	< 6