Table des matières

Sommaire iii

Remerciements vi

Introduction 1

Contexte théorique 4

Simulation 5

Historique 5

Définitions 7

Modèles explicatifs 10

Contextes 13

Détecter la simulation 17

Indices de détection 18

Outils de détection 21

Généralisation des résultats 26

Limites des études 26

Menaces à la validité externe 28

Motivation et performance 32

Objectifs de l'étude 35

Méthode 37

Participants et recrutement 38

Instructions 39

Conditions expérimentales 39

Instruments de mesure 40

Procédures 42

Résultats 43

Discussion 48

Conclusion 56

Références 58

Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche, monsieur Gilles Côté, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour m'avoir notamment orienté vers un sujet de recherche passionnant qui correspondait à mes intérêts personnels et professionnels. Vos judicieux conseils, vos mots d'encouragements ainsi que votre appui lors des analyses statistiques furent grandement appréciés. Je voudrais souligner également l'aide d'Émilie, Frédéric, Jean, et Maude, qui m'ont donné un énorme coup de main en m'offrant un peu de leur temps pour faire la traduction complète d'un questionnaire. Finalement, merci à tous les étudiants de psychologie et de psychoéducation de participer aussi souvent qu'ils le font aux projets de recherche de leurs collègues.

Introduction

Le mensonge est décrit de façon générale dans la littérature comme étant un acte délibéré ayant pour but de tromper une personne en l'amenant à croire quelque chose qui est faux aux yeux de l'émetteur du mensonge (Zuckerman, DePaulo, & Rosenthal, 1981). Même si cette pratique est perçue publiquement comme un acte répréhensible, la plupart des gens mentiraient dans le quart de leurs interactions avec autrui (Vrij, 2000). Mentir semble être une option valide dans différents contextes. Alors que plusieurs mensonges sont produits dans le but de faciliter nos interactions sociales (Spence et al., 2003), certaines personnes utilisent le mensonge afin d'obtenir un gain personnel ou afin d'éviter une conséquence fâcheuse (Vrij, 2002). La simulation de symptômes fait partie de cette seconde catégorie de mensonge et représente un enjeu majeur au sein de la société. Considérant l'accessibilité des informations concernant les divers symptômes psychiatriques (Conroy & Kwartner, 2006) et l'augmentation du nombre de verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (Jansman-Hart, Seto, Crocker, Nicholls, & Côté, 2011), la simulation est une problématique importante en Amérique du Nord. Des études américaines estiment d'ailleurs le coût engendré par la simulation au niveau des prestations d'invalidité à plusieurs centaines de millions de dollars (Chafetz & Underhill, 2013; LoPiccolo, Goodkin, & Baldewicz, 1999).

Malgré une littérature abondante sur le sujet, la communauté scientifique a émis certaines préoccupations sur la validité externe des résultats concernant la détection de la

simulation de symptômes psychiatriques (Rogers, 2008). Effectivement, lors d'expérimentations conduites auprès d'étudiants, un facteur pouvant menacer la généralisation des résultats est la différence entre le niveau de motivation des participants qui sont appelés à feindre des symptômes dans le cadre d'une étude expérimentale et celui des personnes qui simulent dans le but de déjouer le système de justice pénale ou d'obtenir une importante compensation financière (Rogers & Cruise, 1998). Limité en temps et en ressources, le contexte d'un essai doctoral ne permettait toutefois pas la comparaison entre ces populations. Ainsi, la présente étude a pour but d'investiguer exclusivement la relation entre la motivation des étudiants qui participent aux expérimentations sur la simulation et leur performance à cette tâche.

Contexte théorique

cliCours.com

Afin de bien cerner les enjeux présents, il importe de procéder à une analyse de la documentation scientifique sur le sujet. La première partie du contexte théorique présente les définitions des concepts pertinents ainsi que les modèles explicatifs de la simulation. La deuxième décrit ensuite les indices et outils de détection de la simulation, en précisant les qualités psychométriques et les limites des tests. Enfin, la troisième rapporte l'étendue des méthodes utilisées lors des études sur la simulation ainsi que les problèmes de validité externe qu'elles peuvent engendrer, tout en portant une attention particulière sur le lien entre la motivation et la performance.

Simulation

Abordée dans plusieurs œuvres littéraires, la simulation a depuis fait l'objet d'un vaste nombre d'études. Une description exhaustive de la simulation et des individus qui adoptent ce comportement permet d'introduire les différents modèles explicatifs élaborés au fil des années et les deux principaux contextes affectés par cette problématique.

Historique

Avant d'explorer la simulation en profondeur, il est à préciser que ce phénomène est documenté dans notre société depuis de nombreux siècles. Il est possible de remonter jusqu'à la Bible pour être témoin d'un exemple de simulation, c'est-à-dire lorsque David simule la folie pour avoir la vie sauve et pour échapper au roi qui souhaitait sa mort (cité

dans Chesterman, Terbeck, & Vaughan, 2008). De nombreux autres exemples parsèment la littérature. Dans l'Antiquité, Homère raconte l'épique histoire d'Ulysse qui a notamment feint la folie dans le but d'éviter de participer à la Guerre de Troie (cité dans Chesterman et al., 2008). Les œuvres de Shakespeare font aussi mention de ce type de tromperie puisque deux de ses personnages les plus célèbres en font l'usage, soit le personnage de Hamlet dans la pièce de théâtre du même nom, et celui d'Edgar dans la pièce *Le Roi Lear*. Portée au grand écran en 1975, l'adaptation du livre *Vol au-dessus d'un nid de coucou* a elle aussi fait connaître la simulation de symptômes à des millions de personnes grâce au protagoniste de l'histoire, interprété par Jack Nicholson. Se rapprochant davantage du contexte dans lequel on retrouve la simulation au 21^{e} siècle, le film raconte l'histoire d'un homme sain d'esprit qui fait semblant d'être fou pour être admis dans un hôpital psychiatrique plutôt que d'aller en prison.

À l'origine, le terme anglais *malingerer*, équivalent de « simulateur » en français, était utilisé pour décrire les personnes qui prétendaient être malades afin de se soustraire du service militaire obligatoire. Aujourd'hui, les motifs sont nombreux pour faire usage de la simulation. Il fut entre autres démontré que pratiquement n'importe quel trouble physique ou psychologique peut être exagéré ou simulé (Halligan, Bass, & Oakley, 2003). Que ce soit dans le but de frauder, à des fins artistiques, ou simplement sous la forme la plus bénigne comme la répandue excuse « pas ce soir chéri, j'ai mal à la tête », nul n'a besoin d'être un acteur de talent pour feindre certains symptômes. Une étude qualitative sur l'absentéisme illustre la banalité de ce type de mensonge, en obtenant des

Clicours.COM

résultats qui montrent que près du trois quarts des employés d'un hôpital qui avaient pris un congé maladie n'étaient pas réellement malades ce jour-là (Haccoun & Dupont, 1987). L'attitude générale de la société semble équivoque sur le sujet. Plusieurs sondages publics montrent qu'en cas de poursuites pour préjudice corporel, les gens considèrent qu'il est parfois acceptable de feindre afin d'obtenir un gain secondaire (Halligan et al., 2003; Iverson, 2003; Robinson, Shepherd, & Heywood, 1998; Rowatt, Cunningham, & Druen, 1998). Selon la *Social Security Administration*, le nombre de demandeurs d'invalidité aux États-Unis a d'ailleurs augmenté de 40% entre 1989 et 1995 (Griffin, Normington, & Glassmire, 1996). Considérant ces résultats, il est à se questionner si la simulation est socialement acceptée. D'ailleurs, les avocats admettent ouvertement qu'ils enseignent à leurs clients des techniques qui leur permettront d'obtenir une compensation financière maximale lors d'un litige pour lésions corporelles (Bury & Bagby, 2002; Lees-Haley, English, & Glenn, 1991). Désormais reconnu comme étant une problématique au sein du système de santé et du système juridique, il serait primordial de définir avec plus de précisions les termes associés à la simulation.

Définitions

La simulation est décrite dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) comme une production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivée par des incitations extérieures telles qu'éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des compensations financières. Ce type de comportement doit être soupçonné en présence des manifestations suivantes: un contexte

médico-légal, une discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen, un manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique, et la présence d'une personnalité antisociale. Le DSM-V ne reconnaît pas la simulation comme étant un diagnostic, mais plutôt comme une condition qui doit attirer l'attention du clinicien. D'un autre côté, on retrouve la tromperie dans les critères diagnostiques de la personnalité antisociale.

Resnick (1997) propose de diviser les simulateurs en trois grands groupes: (1) ceux qui font de la simulation pure, c'est-à-dire qu'ils feignent des symptômes qui n'existent pas du tout, (2) ceux qui font de la simulation partielle, c'est-à-dire les gens qui exagèrent des symptômes réels ou font état de symptômes déjà vécus, mais pour lesquels ils sont en rémission, et finalement, (3) ceux qui font une fausse attribution, c'est-à-dire les personnes qui associent de façon frauduleuse des symptômes vécus à un évènement ne lui étant pas réellement lié. Généralement, la simulation est caractérisée par l'endossement d'un nombre élevé de symptômes positifs, tels que des hallucinations, par rapport au faible nombre de symptômes négatifs, tels que l'émoussement affectif (Conroy & Kwartner, 2006). La personne qui simule aura aussi tendance à donner des réponses approximatives face aux questions des intervenants et à répondre par l'affirmative lorsque la suggestion de nouveaux symptômes lui est proposée. En entrevue, elle tentera de prendre le contrôle en attirant l'attention du clinicien sur les symptômes dont elle prétend souffrir (Cornell & Hawk, 1989). Dans une étude menée auprès de prévenus, trois facteurs furent associés à un profil de simulateur: être jeune,

avoir un diagnostic de personnalité antisociale, et faire face à la possibilité d'obtenir une longue sentence (Lewis, Simcox, & Berry, 2002). Des facteurs plus généraux comme l'avarice, la tendance à manipuler et la frustration viennent aussi augmenter le risque de feindre des symptômes à des fins personnelles (Iverson, 2003).

Avant d'évoquer la présence de simulation, il est primordial d'éliminer d'abord la possibilité du trouble factice et du trouble de conversion. Malgré certaines ressemblances diagnostiques, la distinction entre ces deux psychopathologies et la simulation doit être claire. La définition du trouble factice, tel qu'inscrit dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se résume à une production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques, exécutée dans le but de jouer le rôle de malade, et pour laquelle il n'y a aucun gain secondaire apparent. En d'autres mots, le patient peut déclencher volontairement des affections médicales sur sa personne, se plaindre de douleurs intenses, réclamer des analgésiques, et se soumettre rapidement à des opérations multiples invasives. Le trouble de conversion, quant à lui, peut aussi être confondu avec la simulation, notamment à cause du caractère inexpliqué de déficits moteurs ou sensoriels. Bien que des facteurs psychologiques soient associés à ces symptômes, la personne n'a pas déclenché cette condition médicale de façon intentionnelle.

Les aspects majeurs à considérer pour établir le diagnostic adéquat sont l'intention et la motivation du patient. Même si ces éléments peuvent sembler limpides d'un point de

vue théorique, l'évaluation de ceux-ci représente parfois un défi de taille pour les cliniciens. Puisque le trouble de conversion fait référence à une production de symptômes de façon inconsciente, le clinicien doit tenter d'évaluer si l'individu agit de façon préméditée malgré l'absence d'outil spécifique pour mesurer l'intention. En ce qui a trait au trouble factice, la distinction avec la simulation concerne plutôt le motif sous-jacent à la tromperie. Cela implique donc que le clinicien doit distinguer le gain primaire, l'attention et les soins apportés par le personnel médical par exemple, du gain secondaire ou des incitatifs extérieurs. Discriminer le type de motivation d'une personne qui feint des symptômes s'avère être primordial aux yeux de la société, car un diagnostic de trouble factice est moins stigmatisé que le fait d'être identifié comme un simulateur. Effectivement, lors d'une poursuite criminelle, un accusé ayant un diagnostic de trouble factice sera jugé avec plus de clémence qu'une personne reconnue pour avoir tenté de duper volontairement un juge ou un jury quant à ses symptômes (Knoll & Resnick, 1999). Bref, la simulation se distingue des psychopathologies puisque c'est un comportement motivé par des incitatifs externes, alors que le trouble factice résulte d'un besoin intrapsychique (celui d'être malade), et que le déficit véhiculé par un trouble de conversion n'est pas produit intentionnellement, alors que l'objectif du patient demeure inconnu dans ce dernier cas.

Modèles explicatifs

Dans une analyse détaillée de la littérature scientifique, Rogers (1990a) propose trois modèles explicatifs permettant de résumer les théories et écoles de pensée

concernant les motifs primaires liés à la simulation: le modèle pathogène, le modèle criminologique, et le modèle adaptatif.

Premièrement, le modèle pathogène, grandement influencé par une vision psychodynamique, postule qu'une présentation dramatique et exagérée de symptômes représente la tentative d'un individu perturbé de gérer un problème de santé mentale ou un déficit cognitif important (Eissler, 1951; Menninger, 1935). L'effondrement des défenses de l'individu face à sa condition de santé mentale le conduirait à adopter des comportements de simulation de façon involontaire. La simulation serait donc un comportement sous-jacent à une problématique de santé mentale, celui-ci répondant à des besoins inconscients (Rogers & Neumann, 2003).

L'arrivée du DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) fut accompagnée du rejet des explications pathogènes et du développement d'une nouvelle école de pensée se centrant davantage sur les aspects criminologiques de la simulation (Rogers, 1990b). Ce second modèle se définit par quatre variables distinctes. On y retrouve une variable diagnostique, c'est-à-dire la présence d'un trouble de la personnalité antisociale. La présence d'un contexte médicolégal agit à titre de deuxième variable. Finalement, un manque de coopération ainsi que la présence de divergences au sein des résultats d'évaluation représentent les deux autres variables. Bref, tous ces indices sont liés au thème de la malveillance puisqu'il est question d'un individu dit « mauvais » qui se trouve dans une mauvaise situation, et qui refuse de coopérer avec les intervenants

(Rogers, 1990b). Ce modèle explicatif présume donc que les personnes ayant des traits de personnalité antisociale sont davantage portées à utiliser ce type de tromperie lors d'une évaluation psychologique. Les lignes directrices établies par le manuel diagnostique furent cependant critiquées par Rogers (1990a) sur le fait qu'elles ne permettent d'identifier la présence de simulation que dans une minorité des cas.

Les détracteurs des deux précédentes approches pensent, au contraire, que le fait d'associer la simulation de symptômes psychiatriques à la présence d'un problème de santé mentale constitue une inférence sans fondement. Considérant l'importance de l'enjeu auquel font face les personnes aux prises avec des problèmes judiciaires, il est intéressant de considérer la simulation en termes de stratégies d'adaptation face à des conditions adversatives. Le modèle adaptatif de Rogers (1990a) propose donc une nouvelle perspective dans laquelle il est stipulé que les personnes peuvent feindre des symptômes dans le but de prévenir une souffrance, d'obtenir une compensation financière ou d'éviter une peine d'emprisonnement en étant admises dans un hôpital. Ce troisième modèle bénéficie de l'explication la moins péjorative concernant la simulation puisqu'il évite la dichotomie du *mad*, évoqué dans le modèle pathogène, et du *bad*, évoqué dans le modèle criminologique (Rogers, 1990b). Les explications de ce dernier modèle focalisent sur l'analyse coût-bénéfice des simulateurs, impliquant l'estimation de la probabilité de s'en sortir en agissant de façon honnête par rapport à la probabilité de succès s'il tente de simuler des symptômes. De ce point de vue, il est justifié de croire que la peur des conséquences liées à l'échec de cette tromperie permet d'empêcher une

majorité de personnes d'agir ainsi. La plupart des gens mentiraient d'ailleurs plus souvent et plus efficacement s'ils n'avaient pas peur de se faire prendre (Lykken, 1995). Toujours selon le modèle adaptatif de Rogers, une personne est plus sujette à utiliser la feinte de symptômes comme stratégie d'adaptation si elle perçoit le contexte d'évaluation comme étant confrontant, et pour lequel l'enjeu est élevé (Rogers, 1990b). À ce titre, trois hypothèses furent établies afin de justifier la pertinence de ce modèle explicatif (Rogers & Cavanaugh, 1983). Il est présumé que l'individu ne consent pas à l'évaluation psychologique de façon volontaire, que celui-ci a l'impression qu'il a beaucoup à perdre en étant honnête et quelque chose à gagner en simulant, et finalement que l'individu ne perçoit pas de méthode plus efficace pour atteindre son but. Le modèle adaptatif est perçu comme le plus pertinent aux yeux des cliniciens évoluant dans le milieu juridique (Declue, 2002; Rogers, Sewell, & Goldstein, 1994). En résumé, cette explication non médicale stipule qu'une personne qui fait de la simulation de symptômes n'est ni malade ni malveillante.

Contextes

Il est possible d'identifier des contextes variés dans lesquels la simulation de symptômes tend à se retrouver. Le domaine de la sécurité sociale et celui du droit criminel semblent toutefois être les contextes les plus étudiés. La prévalence de ce comportement est difficile à déterminer étant donné son caractère insidieux et sournois. Dans le domaine du droit criminel, un sondage effectué auprès de plus de 300 psychologues légaux estime que le taux de simulation se situe autour de 16% dans un

contexte d'évaluation psycholégale, et qu'il diminue à 7% lors d'évaluations de patients dans un autre contexte (Rogers et al., 1994). De plus, la prévalence de simulation semble être indépendante du type de délit commis (McDermott, Dualan, & Scott, 2013). De façon générale, la simulation retrouvée dans un cadre juridique criminel est produite pour deux raisons, soit dans l'espoir d'obtenir un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou afin d'être jugé inapte à subir son procès. Dans les deux cas, il semble que les troubles psychotiques (McDermott et al., 2013) et la déficience intellectuelle (Davidson, 1965) soient les psychopathologies les plus feintes. L'utilisation de la simulation peut donc s'avérer acceptable pour un délinquant dans l'optique où cela lui permet d'éviter une peine d'emprisonnement. En effet, en vertu de l'article 672.54 du Code criminel, lorsqu'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est rendu, le tribunal ou la commission d'examen peut ordonner que l'accusé soit libéré inconditionnellement, qu'il soit libéré sous réserve de modalités ou qu'il soit placé en détention dans un hôpital. Puisque le droit criminel ne peut priver de liberté un accusé non-responsable criminellement qu'à la seule fin de protéger le public contre des risques importants pour sa sécurité, le tribunal doit ordonner sa libération conditionnelle si l'individu en question ne représente pas un danger pour le public. Cette disposition permettrait donc au simulateur de feindre un problème de santé mentale jusqu'à la fin des procédures judiciaires, puis de retrouver sa liberté par la suite.

clicours.com

En ce qui a trait à la falsification de symptômes utilisée dans le but d'obtenir une compensation financière, la littérature scientifique est aussi abondante. Les troubles mentaux occupent une place importante au sein des causes d'invalidité (Kochhar & Scott, 1995). Le taux de simulation pour ce type de réclamation est estimé entre 1% et 50% (Boden, 1996; Griffin et al., 1996; Hickling, Taylor, Blanchard, & Devineni, 1999; Resnick, 1997). En se basant sur les résultats de 11 études menées sur la simulation dans un pareil contexte, Larrabee (2003) fait quant à lui mention d'un taux moyen de 40% d'individus suspectés de simuler lors d'une évaluation neuropsychologique. Depuis l'arrivée de l'état de stress post-traumatique dans le manuel diagnostique américain, les poursuites judiciaires concernant les préjudices psychologiques ont d'ailleurs augmenté considérablement (Olson, 1991). Au Québec, différents organismes gouvernementaux subviennent aux besoins des personnes invalides en leur fournissant des prestations et des remboursements en lien avec des services de réadaptation ou des soins de santé reçus. Parmi ces organismes figurent entre autres le Régime de pensions du Canada, la Commission de la santé et de la sécurité au travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ainsi que le Régime de rentes du Québec (RRQ). Afin qu'une personne invalide bénéficie du RRQ, par exemple, celle-ci doit démontrer que son invalidité est grave et permanente, et qu'elle l'empêche d'exercer un quelconque emploi véritablement rémunérateur (Régie des rentes du Québec, 2014). Les conditions administratives et légales obligent donc le patient à devoir prouver de façon répétitive qu'il demeure malade ou invalide. Toutefois, certains professionnels de la santé s'inquiètent des impacts d'un tel système sur le rétablissement

du patient, pouvant entre autres décourager celui-ci de retourner au travail. Effectivement, une amélioration de la condition médicale d'un individu bénéficiant de prestations d'invalidité peut entraîner la perte de son statut d'invalide ainsi que la réduction potentielle de la compensation financière allouée (Bellamy, 1997). Ce phénomène est d'ailleurs à l'origine du concept de la névrose compensatoire, terme utilisé par Kennedy (1946) pour décrire les personnes chez qui la pathologie ou la blessure semble conditionnelle à un gain financier. Miller (1961) quant à lui fournit cinq postulats permettant une description plus complète du même concept: (1) l'absence de réponse au traitement jusqu'à ce que la question de l'indemnisation soit réglée, (2) l'accident doit avoir eu lieu dans des circonstances où il y a possibilité d'obtenir une compensation financière, (3) la sévérité des symptômes est inhabituel compte tenu de l'accident, (4) une fois la compensation financière obtenue, l'état de santé de la personne s'améliore avant même le début du traitement, (5) et une telle évolution est favorisée par un statut social et professionnel bas.

Même si les recherches de Kelly et Smith (1981) sont venues infirmer les postulats de la névrose compensatoire, des recherches un peu plus récentes sur le sujet mettent en lumière les problèmes liés à ce type de système d'indemnisation. De façon générale, les résultats des études menées sur les compensations monétaires allouées aux personnes étant dans l'incapacité de travailler convergent sur le fait que celles-ci ont des effets adverses sur le traitement et le pronostic du patient. En effet, les personnes bénéficiant de telles compensations monétaires ressentiraient une plus grande douleur, répondraient

Clicours.COM

moins bien au traitement (Rohling, Binder, & Langhinrichsen-Rohling, 1995), et seraient moins motivées par un traitement efficace (Mendelson, 2003) que des patients ayant des symptômes semblables, mais ne recevant pas de compensations financières. Certains résultats suggèrent même qu'un retrait de toutes compensations financières permettrait une diminution de 23% des plaintes et symptômes bizarres liés aux traumatismes crâniens (Binder & Rohling, 1996). Bref, dans pareils contextes, où des incitatifs externes sont présents sous la forme de prestations d'invalidité ou d'échappatoires à la justice, la présence d'évaluation approfondie est primordiale car il serait aisément possible pour un individu d'utiliser la simulation de façon à obtenir les avantages liés au statut de malade.

Détecter la simulation

Afin de poser un diagnostic de problème de santé mentale, les cliniciens utilisent majoritairement des informations rapportées par le patient à travers des questionnaires et des entrevues. Cette technique est appropriée puisque la véracité des propos tenus par le patient n'est que rarement questionnée lors d'une évaluation de routine, dû au fait que les intérêts du professionnel et de son client sont tous deux axés sur la santé de ce dernier. Toutefois, l'utilisation de résultats autorapportés dans un contexte d'évaluation psycholégale, au sein de laquelle l'objectif du clinicien et du patient peuvent diverger, amène des inquiétudes chez les professionnels de la santé concernant l'authenticité des symptômes de leur patient. Pour éviter d'être trompés en se fiant exclusivement à ces

résultats, diverses stratégies et divers instruments psychométriques ont été élaborés afin de permettre la détection de la simulation de symptômes.

Indices de détection

L'authenticité de la présence d'un trouble mental, identifiée essentiellement par des signes comportementaux et subjectifs, est plus à risque d'être questionnée que la présence d'une maladie physique qui se détecte grâce à des indices biologiques. Afin de limiter les erreurs dans le diagnostic de problèmes de santé mentale, des auteurs ont émis certaines pistes aidant à valider un diagnostic (Pollack, Gross, & Weinberger, 1982). Tout d'abord, les symptômes présentés par le patient doivent être semblables à ceux décrits dans le manuel diagnostique pour la psychopathologie en question. Les facteurs de risque, ainsi que le développement du trouble, doivent aussi concorder avec le modèle médical illustré dans la documentation publiée. De plus, il est pertinent d'obtenir des informations provenant de sources indépendantes multiples afin d'augmenter la crédibilité des symptômes rapportés par le client. Finalement, lorsque cela est possible, une mesure objective pourrait être obtenue pour valider le diagnostic du clinicien.

À l'inverse, la littérature concernant la simulation regorge aussi d'indices permettant de détecter une personne qui feint de façon intentionnelle des symptômes psychiatriques. Tout d'abord, identifiée comme étant la base de la détection de la simulation (Otto, 2008), la stratégie des symptômes rares fait référence à des caractéristiques de symptômes ou difficultés qui sont peu fréquentes chez une personne véritablement

affectée par le trouble. Les simulateurs auraient effectivement tendance à rapporter des symptômes étranges ou très spécifiques, faisant ainsi douter les cliniciens de la véracité des symptômes. Une seconde stratégie de détection concerne cette fois la sévérité des symptômes. Le nombre ainsi que l'intensité des symptômes rapportés par les simulateurs sont plus élevés que chez les patients authentiques, car ils ne tiendraient généralement pas compte de la sévérité des manifestations et endosseraient un nombre anormalement élevé de symptômes (Rogers, Sewell, Martin, & Vitacco, 2003). Troisièmement, les simulateurs peuvent être détectés grâce à leur difficulté à distinguer les symptômes évidents des symptômes subtils de la psychopathologie qu'ils désirent feindre (Rogers et al., 2003). Par exemple, un individu pourrait prétendre avoir des idées suicidaires et se sentir triste dans le but d'obtenir un diagnostic de dépression, mais il est moins probable qu'il feigne des problèmes de concentration car il s'agit d'un symptôme généralement méconnu des personnes ne travaillant pas dans le domaine de la santé mentale. De plus, le manque de connaissance d'une personne pourrait l'amener à entretenir un stéréotype à propos d'un problème de santé mentale, ce qui permettra éventuellement aux cliniciens de l'identifier comme étant un simulateur (Rogers et al., 2003). Un quatrième indice de détection à considérer est le degré de cohérence entre les divers éléments de l'histoire du patient et la présence de contradictions entre les symptômes décrits par le patient et les comportements observés par le clinicien (Sharpe, 2003). Effectivement, un individu qui tente de feindre une psychopathologie peut éprouver de la difficulté à maintenir sa stratégie à long terme, surtout s'il est soumis à une batterie complète de tests ou s'il est mis sous observation 24 h/24 (Frederick, 1997; Samenow, 1984). Finalement, la

suggestibilité peut également aider les cliniciens à piéger les simulateurs. Ce fut d'ailleurs le cas du tueur en série notoire Kenneth Bianchi, qui a présenté un plaidoyer de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux pour le meurtre d'une dizaine de femmes (Judah, 2013). Après avoir convaincu plusieurs experts qu'il souffrait d'un trouble de personnalité multiple, le docteur Martin Orne a fortement miné la crédibilité de Bianchi lorsque ce dernier s'est soudainement créé une troisième personnalité après avoir entendu le docteur mentionner que les gens qui souffrent de ce trouble mental ont généralement trois personnalités ou plus.

Considérant que le comportement du simulateur varie en fonction de la pathologie qu'il souhaite imiter, les stratégies de détection doivent aussi pouvoir s'adapter à des troubles de façon plus spécifique. Les troubles cognitifs, par exemple, se distinguent des autres car la feinte de ce type de symptômes est généralement détectée grâce aux résultats de tests neuropsychologiques. Les différences majeures entre un simulateur et un authentique patient se situent dans l'imprévisibilité des erreurs commises par le simulateur, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de modèle de réponses détectable, et que celui-ci fait des erreurs à des endroits qu'une personne réellement souffrante ne commettrait pas (Rogers, 2008). La sévérité ainsi que la cohérence des symptômes sont donc les indices de détection pertinents pour ce type de trouble. Concernant la simulation d'un trouble psychotique, Resnick et Knoll (2008) ont recensé de multiples aspects à surveiller pour parvenir à sa détection. Tout d'abord, il serait pertinent de porter attention au contenu des hallucinations décrites par le patient et sa réaction face à celles-ci. Dans le cas où

elles seraient vécues par le patient de façon continue, où les voix seraient difficiles à entendre et utiliseraient un langage invraisemblable, où l'individu n'utiliserait aucune stratégie pour réduire leur fréquence et obéirait à toutes leurs commandes, la simulation est à suspecter. Il est aussi indiqué que les simulateurs vont aimer davantage parler de leurs symptômes alors que les personnes victimes d'hallucinations seront plutôt timides à ce sujet. De plus, les gens qui tentent de simuler un trouble psychotique peuvent répéter les questions du clinicien et y répondre lentement et de façon vague tels que : « C'était probablement une voix d'homme ».

Bref, en centrant leurs efforts sur le contenu des symptômes qu'ils prétendent avoir, les simulateurs auront tendance à décrire des symptômes rares ou très intenses, qui semblent davantage évidents plutôt que subtils aux yeux de la population générale. Leur histoire manquera parfois de cohérence, et leur comportement est susceptible de changer lorsqu'ils sont confrontés à une nouvelle information concernant la pathologie qu'ils simulent. Grâce à ces diverses stratégies de détection, l'élaboration de plusieurs outils psychométriques conçus pour détecter la simulation de symptômes fut possible.

Outils de détection

Au fil du temps, les cliniciens ayant la tâche ardue de se prononcer sur l'authenticité des symptômes présentés par un individu ont su développer des questionnaires et entrevues structurées pour rendre leur travail davantage objectif. Dans un sondage mené auprès de 152 psychologues judiciaires, près du trois quarts des répondants ont rapporté

utiliser des outils psychométriques spécialisés pour évaluer la présence de simulation (Archer, Buffington-Vollum, Stredny, & Handel, 2006). Tel que suggéré dans de multiples études (Bash & Alpert, 1980; Heaton, Smith, Lehman, & Vogt, 1978; Schretlen & Arkowitz, 1990), la passation d'une batterie de tests permet de détecter la présence de simulation avec une plus grande précision que n'importe quel test unique. Ces tests psychométriques servent généralement à faire un premier dépistage avant de procéder à une évaluation plus approfondie. Lors de cette étape, l'objectif est d'identifier toute personne susceptible de feindre des symptômes, et ce, au détriment de certains individus honnêtes qui seront tout de même soupçonnés de mentir en début de processus d'évaluation. Il y a donc un risque de produire des faux positifs puisque les seuils critiques sont bas afin d'augmenter les chances de ne laisser filer aucun simulateur (Boccaccini, Murrie, & Duncan, 2006).

La nécessité d'utiliser des outils psychométriques fut davantage démontrée lorsque le DSM a subi des critiques pour son manque d'efficacité à détecter et identifier la présence de simulation. Les données recueillies par Rogers (1990b) suggèrent que l'utilisation de cet ouvrage provoquerait un taux de faux positifs d'approximativement 80%. Bref, l'unique utilisation de la définition de la simulation telle que présentée dans le DSM est jugée comme étant inadéquate dans une optique de détection (Rogers, Bagby, & Dickens, 1992). Un des premiers tests conçus exclusivement pour détecter la simulation fut le *M Test* (Beaber, Marston, Michelli, & Mills, 1985). Décrit comme étant un questionnaire autorapporté permettant le dépistage de la simulation de la

schizophrénie, le *M Test* comporte 33 items divisés en trois échelles, soit de véritables symptômes de schizophrénie, des attitudes et croyances bizarres, ainsi que des symptômes qui sont feints. Malgré les résultats prometteurs de l'étude initiale, la validité du questionnaire fut aussi l'objet de critiques (Gillis, Rogers, & Bagby, 1991; Hankins, Barnard, & Robbins, 1993), ciblant notamment le fait que le *M Test* ne pouvait identifier la simulation de façon générale; il ne semblait pertinent qu'au niveau de la feinte d'éléments psychotiques, limitant ainsi son efficacité. Un autre outil développé pour identifier les simulateurs fut le *Miller Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST), prenant la forme d'une entrevue structurée d'une durée approximative de cinq à dix minutes (Miller, 2001). Les différents items de cet instrument psychométrique furent inspirés par certaines stratégies de détection présentées précédemment telles que les symptômes rares, les symptômes extrêmes, et la suggestibilité. Le M-FAST fut l'objet de multiples études qui ont pu démontrer la validité de cet outil de dépistage de la simulation (Alwes, Clark, Berry, & Granacher, 2008; Guy & Miller, 2004; Jackson, Rogers, & Sewell, 2005; Miller, 2004; Veazey, Hays, Wagner, & Miller, 2005). Finalement, un des questionnaires autorapportés conçu exclusivement pour la détection de la simulation, qui engendre beaucoup d'engouement de la part des chercheurs, est le *Structured Inventory of Malingered Symptoms* (SIMS) (Smith & Burger, 1997). Divisés en six échelles, cinq d'entre elles représentant des pathologies fréquemment feintes; les 75 items du questionnaire permettent d'apporter une précision quant au type de trouble mental qui est simulé (Merckelbach & Smith, 2003). De façon générale, les résultats des études rapportent que le SIMS est un outil psychométrique qui permet l'identification de

personnes susceptibles de simuler et ce, quelle que soit la symptomatologie présentée (Alwes et al., 2006; Edens, Otto, & Dwyer, 1999; Heinze & Purisch, 2001; Poythress, Edens, & Watkins, 2001). Le score total est identifié comme étant le meilleur indicateur de la présence de simulation (Edens et al., 1999; Smith & Burger, 1997).

D'autre part, des tests n'étant pas conçus spécifiquement pour la détection de la simulation peuvent tout de même être utilisés à cet escient. Même si le *Millon Clinical Multiaxial Inventory III* (MCMI-III) (Millon, 1997) est couramment utilisé pour évaluer la présence de troubles de la personnalité et de certaines psychopathologies figurant à l'axe 1 du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994); cet inventaire possède des échelles pertinentes pour identifier les simulateurs. En plus d'une échelle de validité et de désirabilité sociale, la « Debasement Scale », composée de 33 items, fut conçue pour détecter la feinte de symptômes. Un second outil clinique utilisé en contexte légal pour mesurer la personnalité ainsi que la simulation de symptômes psychiatriques est le *Personality Assessment Inventory* (PAI) (Morey, 1991). La « Negative Impression », le « Malingering Index », et la « Rogers Discrimination Function » sont des échelles issues de ce questionnaire autorapporté qui ont toutes trois produit de grandes tailles d'effet pour distinguer les simulateurs des patients honnêtes lors de diverses études (Boccaccini, Murrie, & Duncan, 2006; Hawes & Boccaccini, 2009; Kucharski, Toomey, Fila, & Duncan, 2007). Il fut aussi découvert que l'utilisation de ces échelles de validité donne de meilleurs résultats pour détecter la feinte de troubles mentaux sévères plutôt que la feinte de troubles anxieux (Hawes & Boccaccini, 2009).

Malgré l'absence de consensus sur l'instrument de prédilection pour évaluer la simulation, des outils tels que l'Inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota-2 (MMPI-2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) et le *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) (Rogers, Bagby, & Dickens, 1992) ont particulièrement attiré l'attention de la communauté scientifique au cours des dernières années. Connu de tous les cliniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale, le MMPI-2 peut être utilisé comme un outil de dépistage pour identifier des personnes susceptibles de feindre des symptômes (Lewis, Simcox, & Berry, 2002; McCusker, Moran, Serfass, & Peterson, 2003; Rogers et al., 2003). Même si cet inventaire de symptômes possède différentes échelles pertinentes pour démasquer les individus malhonnêtes, il s'avère difficile d'identifier laquelle utiliser afin d'obtenir un résultat optimal, et l'option de toutes les utiliser en même temps n'est pas envisageable puisque cela augmenterait grandement le taux de faux positif (Lewis et al., 2002). Finalement, étant donné la complexité de ce type d'évaluation, les résultats obtenus par une méta-analyse (Roger et al., 2003) indiquent que le MMPI-2 ne devrait pas être utilisé comme unique et principal outil de détection de la simulation. Le SIRS quant à lui est désigné par de nombreuses études comme étant l'outil le plus précis qui existe pour évaluer l'authenticité des symptômes rapportés par un patient (Goodness, 1999; Ustad, 1997; Vitacco, Rogers, & Gabel, 2007). Cette entrevue structurée de 172 items est généralement administrée en 35 à 45 minutes; elle est composée de huit échelles, toutes ciblant un aspect distinct de la simulation. Une des seules faiblesses de l'entrevue semble être sur le plan de la détection de la feinte de troubles cognitifs (Rogers, 2008). Malgré

les nombreuses études démontrant la validité de tous ces outils psychométriques, la généralisation des résultats obtenus à travers la littérature scientifique sur la simulation pourrait être compromise par des facteurs non négligeables.

Généralisation des résultats

Plusieurs chercheurs ont émis des inquiétudes quant aux limites des devis expérimentaux qui pourraient avoir un impact sur les résultats des études et la validité externe de celles-ci. Par exemple, la motivation des participants est mise en cause due à son influence sur la réalisation de la tâche.

Limites des études

Trois principales méthodes de recherche sont utilisées dans les études sur la simulation: les devis expérimentaux, les groupes de comparaison connus, et les différences de prévalence (Rogers, 2008). Offrant la méthodologie la plus faible, les études basées sur les différences de prévalence ciblent des groupes qui sont susceptibles de présenter des styles de réponses différents (Guriel & Fremouw, 2003). Par exemple, les vétérans de l'armée souffrant d'un état de stress post-traumatique sont comparés à leurs collègues qui ne présentent pas de problème de santé mentale car le premier groupe est soupçonné d'exagérer ses symptômes afin de bénéficier de prestations d'invalidité (Hyer, Fallon, Harrison, & Boudewyns, 1987). La méthode des groupes de comparaison connus consiste quant à elle à examiner des comportements de simulation tels qu'ils se produisent en milieu naturel. Bien que l'observation de la simulation dans un contexte

Clicours.COM

réaliste favorise la généralisation des résultats, la difficulté liée à ce type d'étude se situe dans l'identification du simulateur puisqu'il s'avère souvent difficile de déterminer si un individu ment réellement ou s'il dit la vérité (Miller, 2004). En d'autres mots, bien que les chercheurs utilisant cette approche prétendent connaître le statut des participants (honnête ou malhonnête), ils ne possèdent pas l'assurance que leurs simulateurs simulent réellement, à moins d'aveux de leur part, et inversement, ils ne possèdent pas l'assurance que les participants se disant honnêtes le soient vraiment. Finalement, les études utilisant un devis expérimental représentent la majorité de la recherche effectuée sur la simulation (Rogers, 2008). Généralement, ce type d'étude implique, dans un premier temps, de demander à des étudiants de simuler une problématique de santé mentale lors de la complétion de questionnaires en échange d'une compensation. Dans un deuxième temps, ces derniers sont comparés à un groupe contrôle composé de personnes ayant répondu de façon honnête lors de la tâche. Grâce au contrôle exercé sur les conditions expérimentales auxquelles sont soumis les participants, cette méthodologie comble les failles des études conduites en milieu naturel (Rogers, 2008; Vrij, 2002). Néanmoins, des limites importantes affectant la validité externe des devis expérimentaux ont été citées à de nombreuses reprises. Rogers et Cavanaugh (1983) ont d'ailleurs soulevé à cet effet le paradoxe derrière le fait de demander à des participants de suivre des instructions leur demandant de simuler dans le but d'étudier des gens qui simulent lorsqu'on leur demande de se conformer. La notion de validité externe fait directement référence à la question de la généralisation des résultats obtenus à d'autres contextes ou populations. Les principales menaces à la validité externe identifiées dans les études à devis

expérimentaux impliquent les paramètres de la méthodologie et les caractéristiques de l'échantillon (Kazdin, 2003).

Menaces à la validité externe

Les paramètres de la méthodologie font référence aux diverses caractéristiques des études de simulation telles que les instructions données aux participants, le scénario qui leur est présenté, ainsi que l'incitatif qui leur est proposé. Quant aux instructions, certaines particularités diffèrent au sein des études. Tel que recommandé par Rogers (1997), la majorité des expérimentateurs informent les participants qu'ils doivent les tromper en présentant des symptômes de manière crédible, et en évitant d'être détectés comme étant des simulateurs. Un bon nombre d'études prennent aussi soin de prévenir les participants que les questionnaires auxquels ils doivent répondre sont conçus pour repérer les gens malhonnêtes. En ce sens, deux groupes de chercheurs ont observé que les participants ayant reçu une mise en garde par rapport à une exagération grossière des symptômes présentaient un style de réponse plus conservateur qui leur permettait d'éviter la détection (Elhai et al., 2007; Viglione et al., 2001). De plus, les instructions données peuvent inclure un résumé des symptômes ou une description détaillée de la psychopathologie à simuler. Cette particularité méthodologique fut toutefois accusée par le passé d'altérer la performance des participants (Coleman, Rapport, Millis, Ricker, & Farchione, 1998; DiCarlo, Gfeller, & Oliveri, 2000). Plus rarement observé dans la méthodologie des études, des participants sont encouragés à se préparer pour leur tâche de simulation en effectuant de la recherche sur la condition médicale à simuler (Tan,

Slick, Strauss, & Hultsch, 2002). Il aurait par ailleurs été observé qu'offrir un temps de préparation aux participants augmentait leur performance lors d'une tâche de simulation (Shum, O'Gorman, & Alpar, 2004). L'étendue de la psychopathologie à simuler peut aussi être très large, certaines études focalisant sur un trouble spécifique, que ce soit un trouble de l'humeur, un trouble psychotique ou un trouble anxieux, alors que d'autres études les abordent tous à travers leurs différentes conditions expérimentales.

Un paramètre méthodologique des études sur la simulation ayant reçu peu d'attention est le contexte dans lequel sont plongés les participants. Globalement, les deux types de scénarios retrouvés dans les études sont les scénarios impliquant une poursuite civile et ceux impliquant un procès criminel. La simulation de symptômes psychiatriques est donc présentée aux participants comme une façon d'obtenir une compensation monétaire en créant ou en exagérant des symptômes dans le premier type, et d'éviter une peine d'emprisonnement en plaidant la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux dans le second type. Selon une équipe de chercheurs néerlandais, les scénarios impliquant une poursuite civile sont associés à un faible taux d'endossement de symptômes et, par le fait même, à un profil de simulateur plus difficile à détecter (Merckelbach, Smeets, & Jelicic, 2009). L'absence de scénario représente une troisième option. Par exemple, les participants avaient parfois l'unique consigne de convaincre l'expérimentateur qu'ils étaient fous (Schretlen & Arkowitz, 1990). Rogers et Cruise (1998) ont quant à eux utilisé deux scénarios qui différaient quant au réalisme du contexte par rapport à la vie des étudiants, opposant une situation d'échec scolaire à celle

d'une accusation criminelle. Ils n'ont toutefois observé aucune incidence du type de scénario sur la performance des participants à la tâche.

Un troisième paramètre à ne pas négliger dans la recherche sur la simulation est la présence d'incitatifs pour favoriser la participation des étudiants aux expérimentations. Ces incitatifs prennent généralement la forme de compensation monétaire ou de crédits scolaires offerts aux participants qui auront réussi à simuler sans être détectés. L'effet escompté est observé à de multiples reprises puisque les participants semblent mieux performer à la tâche de simulation lorsqu'un montant d'argent leur est promis en échange d'une performance satisfaisante (Orey, Cragar, & Berry, 2000; Rogers & Cruise, 1998; Shum, O'Gorman, & Alpar, 2004). Les compensations monétaires varient largement de 2 $ (Martin, Bolter, Todd, Gouvier, & Niccolls, 1993) à 100 $ (Blanchard, McGrath, Pogge, & Khadivi, 2003). Une étude ayant traité du sujet suggère qu'il n'est pas pertinent d'utiliser de grandes sommes d'argent pour inciter les participants car leur performance serait indépendante de l'importance de la compensation financière (Elhai et al., 2007). D'autres études ont quant à elles suscité la motivation des participants en faisant appel à leur conscience sociale et à leur esprit de compétition et de dépassement personnel (Rogers & Cruise, 1998; Rogers, Gillard, Wooley, & Ross, 2012). Il est à noter que la quasi-totalité des études s'est appuyée sur des incitatifs positifs, c'est-à-dire que rares sont les études qui ont associé l'échec du participant à une conséquence. Au moins trois études dans le domaine de la simulation et du mensonge ont choisi d'élever l'enjeu d'un cran en proposant, sans toutefois les exécuter réellement, des incitatifs négatifs tels que

la publication des noms associés aux pires performances (Patrick & Iacono, 1986; Rogers & Cruise, 1998) ou l'exposition à des sons désagréables dans une pièce lugubre (Frank & Ekman, 1997). Lorsque confrontés à un incitatif négatif, Rogers et Cruise (1998) ont constaté que les participants choisissaient avec plus de parcimonie les symptômes qu'ils souhaitaient présenter que ceux à qui un incitatif positif était proposé. L'attrait d'un bénéfice sans conséquence apparente en cas d'échec encouragerait donc les participants à être moins prudents. L'utilisation quasi exclusive des incitatifs positifs est un aspect méthodologique limitant la généralisation des résultats puisque ces conditions expérimentales ne reflètent pas adéquatement la réalité. Dans un contexte plus réaliste, un simulateur qui ne parvient pas à feindre des symptômes sans se faire détecter est à risque de perdre d'importants bénéfices ou de subir l'imposition de mesures légales drastiques.

Une seconde menace à la validité externe des études sur la simulation de symptômes psychiatriques concerne les caractéristiques de l'échantillon. En effet, une préoccupation fréquemment exprimée en psychologie concerne la généralisation de résultats basés sur des étudiants à la population générale. Avant tout, les personnes qui souhaitent participer aux études diffèrent à plusieurs niveaux des gens qui ne présentent pas cet intérêt (Rosenthal, 1965). La participation volontaire des étudiants à la recherche en psychologie implique donc certains biais pouvant nuire à la généralisation des résultats. De plus, l'absence de motivation significative chez les étudiants pour réussir la tâche de simulation est une problématique identifiée par plusieurs chercheurs. Il est notamment

difficile de déterminer le niveau d'effort fourni par les étudiants pour simuler la psychopathologie sans se faire détecter (Schretlen, 1988). Aussi, malgré la présence d'incitatifs monétaires, les gains et conséquences relatifs à la performance du participant ne peuvent être comparés à ceux du simulateur en milieu naturel. De toute évidence, la possibilité de bénéficier de rentes d'invalidité ou d'éviter une peine d'emprisonnement représente un incitatif plus alléchant qu'un montant approximatif de 25 $ (Guriel & Fremouw, 2003). Il est d'autant plus pertinent d'aborder cette problématique si l'on considère la présence d'une corrélation positive entre la motivation des participants et leur performance à la tâche de simulation (Bagby, Rogers, & Buis, 1994). Même si cette association ne fut pas observée par Elhai et al. (2007), il est intéressant de constater que les participants rapportant le plus haut niveau de motivation étaient ceux à qui on avait promis une plus grande compensation monétaire. Bref, la motivation des étudiants doit être considérée dans les études sur la simulation car elle est susceptible d'en influencer la validité externe.

Motivation et performance

La motivation est une composante fondamentale des modèles décrivant la performance humaine (Campbell & Pritchard, 1976; Pinder, 2011). Une des premières relations établies entre la motivation et la performance fut observée par Yerkes et Dodson (1908). Il s'agit d'une relation curvilinéaire lors des tâches complexes, c'est-à-dire que le niveau de motivation augmenterait la performance jusqu'à un certain point, mais qu'elle deviendrait nuisible par la suite. L'effet Crespi, découvert par le chercheur

du même nom, décrit quant à lui une relation entre la force d'un incitatif et la performance. Lors d'une tâche effectuée à répétition par des rats dans un labyrinthe, l'animal effectuait la tâche plus rapidement lorsque la quantité de nourriture était grande (Crespi, 1942). L'effet inverse était également observé. Une troisième théorie intéressante à considérer dans la relation entre la performance et la motivation est la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985). Tel que stipulé par cette théorie, la motivation peut être divisée en deux types majeurs, soit les motivations intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque se rapporte à la pratique d'une activité pour le plaisir et la satisfaction qu'elle procure; la motivation extrinsèque est observée quand un individu désire obtenir quelque chose en échange de la pratique de l'activité, de l'argent par exemple (Ryan & Deci, 2000). Considérant le conditionnement opérant de Skinner (1953), qui soutient que tous les comportements sont motivés par une récompense, celle-ci correspond à l'activité elle-même dans les activités intrinsèquement motivées. Ces théories et notions sont fondamentales dans le domaine de la psychologie industrielle et organisationnelle.

Un des principes économiques de base est lié au fait que le comportement d'un individu peut généralement être prédit ou expliqué par deux variables distinctes: ses préférences ainsi que la présence d'incitatifs (Boyer, 2011). Alors que les préférences sont liées à la personnalité d'un individu et demeurent relativement stables dans le temps, l'ajout d'incitatifs liés à une activité parvient à modifier le comportement d'une personne. En d'autres mots, un incitatif est proposé à une personne dans l'espoir que

celle-ci déploie des efforts supplémentaires vis-à-vis une tâche pour obtenir la récompense promise (Greene, 2011). Prenant généralement la forme d'argent dans le domaine de l'emploi (Pinder, 2011), les incitatifs incluent toute chose conditionnelle à une performance supérieure au standard (ex., promotions, prix, reconnaissance) (Cerasoli, Nicklin, & Ford, 2014). Pour introduire la relation entre la motivation et la performance, il s'avère intéressant de se pencher vers l'économie industrielle, qui analyse entre autres l'impact des incitatifs sur les ressources humaines. Un des principes de base dans ce domaine est décrit par le modèle du principal informé. Ce modèle explique le processus réflexif derrière le choix d'un agent qui se fait offrir une tâche par un principal. Pour faire le parallèle avec les études sur la simulation, il est possible de considérer le participant et l'expérimentateur comme étant respectivement l'agent et le principal. Utilisant un ratio coût-bénéfice, l'agent entreprendra la tâche seulement s'il juge que le gain promis est supérieur à son coût (Boyer, 2011). Une autre variable peut être introduite dans l'équation, soit celle de la réputation. L'agent pourrait accepter de participer à une activité s'il désire être perçu comme intelligent ou pour éviter d'apparaître égoïste (Tirole, 2009). Bien qu'ils puissent tous deux être considérés comme faisant partie de la motivation extrinsèque, l'auteur établit une distinction intéressante entre les incitatifs monétaires et ceux liés à l'image de soi. Cette distinction sera d'ailleurs illustrée au sein de la présente expérimentation. En résumé, l'agent est motivé par trois incitatifs: la motivation intrinsèque (préférences), la motivation extrinsèque (récompense promise), et la motivation réputationnelle (prestige social).

L'incitation financière liée à la performance est présente tant dans le monde de l'emploi (Lazear, 2000) que dans le monde du sport individuel (Barget, 2006). Néanmoins, l'efficacité de ce système ne fait pas l'unanimité parmi les économistes (Jacquart & Armstrong, 2013). Par exemple, deux méta-analyses rapportent que la présence d'incitatifs financiers est associée à une meilleure performance des employés (Condly, Clark, & Stolovitch, 2003; Jenkins, Mitra, Guputa, & Shaw, 1998). Les détracteurs de l'incitation financière liée à la performance sont plutôt d'avis que cette méthode engendre des conséquences négatives majeures telles que la diminution de la motivation intrinsèque (Jacquart & Armstrong, 2013). Conséquemment, ce type de rémunération affecterait selon eux la réalisation de tâches plaisantes et intéressantes puisque la motivation intrinsèque y est davantage impliquée (Frey & Oberholzer-Gee, 1997; Perry, Mesch, & Paarlberg, 2006). Du coup, l'incitation financière liée à la performance comporte des risques car, bien qu'elle permette généralement d'améliorer la performance en augmentant la motivation extrinsèque, elle entraîne une chute de la motivation intrinsèque (Weibel, Rost, & Osterloh, 2010). Face à la divergence des résultats parus dans la littérature scientifique, il apparaît nécessaire de se pencher sur l'étude de la motivation des participants qui exécutent une tâche de simulation.

Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objet d'examiner le lien entre la motivation et la performance des étudiants lors d'une tâche de simulation. Étant donné l'écart de motivation entre les étudiants universitaires et les personnes qui feignent des symptômes afin d'obtenir des

gains secondaires, il est pertinent d'examiner si un incitatif est associé à une meilleure performance des participants ou à une plus grande motivation.

Clicours.COM

Méthode

La section suivante présente la méthode adoptée lors de l'expérimentation. Elle contient les informations relatives aux participants et à la tâche réalisée, en plus de fournir des détails sur les instruments de mesure utilisés et le déroulement de l'expérimentation.

Participants et recrutement

Une population étudiante a été ciblée. Le seul critère de sélection était d'étudier actuellement dans un programme connexe à la psychologie. Ce critère est basé sur le fait que les étudiants cheminant dans un de ces programmes possèdent de bonnes connaissances sur les troubles de santé mentale, ce qui optimise leur chance de réussir la tâche de simulation. Le recrutement des participants s'est fait par le biais de courtes présentations du projet de recherche dans les classes, ainsi que par le biais d'annonces sur les réseaux sociaux et sur les babillards du pavillon des étudiants en psychologie et psychoéducation de l'Université de Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un échantillon de 120 participants a été recruté au sein de l'UQTR, dont 20 personnes pour former le groupe contrôle. Parmi les 100 participants qui se sont prêtés à l'exercice de simulation, il y avait 87 femmes et 13 hommes, âgés en moyenne de 23 ans (ÉT = 5,15). La majorité des participants complètent présentement un baccalauréat en psychologie, alors qu'un participant sur quatre étudie plutôt en psychoéducation.

Instructions

Hormis le groupe contrôle qui devait répondre aux questionnaires de façon honnête, tous les autres participants ont reçu les mêmes instructions, c'est-à-dire qu'ils devaient simuler être une personne qui a fait une psychose par le biais de deux questionnaires. Un scénario ainsi qu'une description générale de la psychose accompagnaient les instructions concernant la tâche demandée.

> *Votre tâche consiste à répondre à deux questionnaires de façon à laisser croire à un psychologue que vous avez fait une* ***psychose****, tout en évitant de vous faire identifier comme étant un simulateur. En d'autres mots, vous devez répondre aux questions de la même manière qu'une personne ayant réellement fait une psychose. Toutefois, soyez conscient qu'une présentation trop dramatique de vos symptômes pourrait amener le psychologue à douter de leur véracité. Par conséquent, prenez les précautions nécessaires afin de passer sous le radar.*
>
> *Il peut vous être utile de penser à votre travail de cette façon: imaginez que vous avez commis un crime, une introduction par effraction par exemple, et que vous voulez éviter un procès ou une condamnation en plaidant l'inaptitude à subir votre procès ou la non-responsabilité pour cause de trouble mental. Si vous réussissez à convaincre le psychologue de votre état psychotique, vous éviterez d'aller en prison. Afin de déjouer le psychologue,* ***la présentation des symptômes doit être réaliste et convaincante****.*
>
> *Par psychose, il est question ici de perte de contact temporaire avec la réalité liée à des hallucinations, des croyances bizarres, et des comportements inhabituels. La psychose n'est pas une maladie en soi, mais plutôt un ensemble de symptômes associés à plusieurs pathologies dont la schizophrénie, les troubles bipolaires, la démence, et la consommation abusive de drogues ou d'alcool.*

Conditions expérimentales

Accompagnant les instructions, un incitatif fut présenté aux participants avant de commencer leur tâche de simulation. Le schème quasi-expérimental de l'étude impliquait une répartition des 100 participants dans un total de cinq conditions expérimentales,

toutes représentées par un incitatif différent. Afin de ne pas avantager ou pénaliser de participants, les trois meilleures performances n'ont pas été récompensées par un prix en argent, et tous ont eu la même chance de gagner au tirage des cartes-cadeaux.

> Sans incitatif. *En participant à cette étude, vous êtes éligibles à un tirage pour gagner un des trois prix de 25 $ chez Renaud-Bray.*
>
> Incitatif positif. *En participant à cette étude, vous êtes éligibles à un tirage pour gagner un des trois prix de 25 $ chez Renaud-Bray. De plus, si vous faites partie des trois participants ayant obtenu le meilleur score, vous gagnerez automatiquement 20 $ chacun.*
>
> Incitatif négatif. *En participant à cette étude, vous êtes éligibles à un tirage pour gagner un des trois prix de 25 $ chez Renaud-Bray. Toutefois, si vous faites partie des dix participants ayant obtenu le score le plus faible, vous ne serez plus admissible à ce tirage.*
>
> Combinaison d'incitatifs positif et négatif. *En participant à cette étude, vous êtes éligibles à un tirage pour gagner un des trois prix de 25 $ chez Renaud-Bray. Toutefois, si vous faites partie des dix participants ayant obtenu le score le plus faible, vous ne serez plus admissible à ce tirage. À l'inverse, si vous faites partie des trois participants ayant obtenu le meilleur score, vous gagnerez automatiquement 20 $ chacun.*
>
> Mise au défi. *Pouvez-vous battre le test? Ces tests sont conçus de façon à détecter les personnes qui feignent des symptômes psychiatriques. Seuls les étudiants les plus rusés seront capables d'éviter d'être identifiés comme étant des simulateurs. La plupart des étudiants n'en seront pas capables. Je vous mets donc au défi afin de savoir si vous êtes un de ces rares étudiants assez doués pour déjouer le test. De plus, en participant à cette étude, vous êtes éligibles à un tirage pour gagner un des trois prix de 25 $ chez Renaud-Bray.*

Instruments de mesure

Le *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R) (Derogatis, 1977) est un inventaire de symptômes largement étudié permettant de décrire un profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques (Ignatyev, Fritsch, Priebe, & Mundt, 2016; Martinez,

Stillerman, & Waldo, 2005; Ransom, Ashton, Windover, & Heinberg, 2010). Il est composé de 90 items qui font référence à des problèmes dont se plaignent parfois les gens. Le sujet doit indiquer la fréquence à laquelle le problème l'a troublé au cours des sept derniers jours. Ce questionnaire est utilisé dans l'étude afin de mesurer les symptômes cliniques présentés par les participants durant la tâche de simulation, l'objectif étant de vérifier s'il y a une distinction entre les symptômes rapportés par le groupe contrôle et les groupes expérimentaux. Il requiert approximativement 15 minutes pour être complété. À des fins d'analyse, les scores bruts des participants seront convertis en score T grâce au tableau de cotation fourni avec le questionnaire. Le tableau faisant référence aux patients d'unités psychiatriques sera utilisé auprès des participants des groupes expérimentaux, alors que celui de la population générale sera utilisé auprès du groupe contrôle. Une distinction est également faite quant au genre du participant.

Tel que mentionné précédemment, le SIMS est un des questionnaires autorapportés les plus fiables utilisé comme outil de dépistage de la simulation (Smith & Burger, 1997). Dans le cadre de cette étude, il s'agit de l'outil exclusif permettant d'évaluer la performance des participants à la tâche de simulation. Plus précisément, un score total peu élevé à ce questionnaire représente une bonne performance du participant, c'est-à-dire qu'il y a une plus forte probabilité qu'il parvienne à laisser croire à un psychologue qu'il a réellement fait une psychose. Cet outil psychométrique fut notamment sélectionné puisque sa forme permet la passation de plusieurs participants à la fois dans un court laps de temps, et que ses qualités psychométriques furent démontrées à travers de

multiples études. Puisque la version française du test n'existait pas, avec l'autorisation de la compagnie d'édition et celle des auteurs, nous avons procédé à l'adaptation francophone du questionnaire en utilisant la méthode de rétrotraduction.

Procédures

Afin d'optimiser le déroulement de l'expérimentation, les participants furent regroupés dans un local de l'université en groupe de deux à dix personnes. Le genre et le niveau de scolarité étaient contrôlés, c'est-à-dire qu'il y avait autant d'hommes et de femmes, ainsi qu'une proportion équivalente entre les participants inscrits dans un programme de premier cycle et ceux inscrits aux cycles supérieurs, et ce, d'une condition à l'autre. Après avoir remis aux participants les documents nécessaires à la tâche de simulation et avoir obtenu leur consentement libre et éclairé, les instructions leur étaient lues à voix haute. L'ordre de passation des deux questionnaires fut aléatoire. Les participants avaient un maximum d'une heure pour accomplir la tâche.

Résultats

Avant de procéder aux analyses principales, le score du SCL-90-R de tous les simulateurs constituant les cinq groupes expérimentaux fut comparé à celui des participants du groupe contrôle ayant répondu honnêtement aux questionnaires. Tel que prévu, les 100 simulateurs ont produit des scores plus élevés que le groupe contrôle à l'index de sévérité global (GSI) de l'inventaire de symptômes, $t(118) = 5{,}31$, $p < .001$. Une fois ce constat effectué, il fut pertinent de se pencher sur l'objectif principal de cette recherche, à savoir s'il y a une différence significative parmi les simulateurs ayant reçu un des cinq incitatifs par rapport à leur performance lors de la tâche de simulation. Le test d'homogénéité préalable à cette analyse a mis en évidence que les variances de l'échantillon ne sont pas homogènes, $F(4, 95) = 2{,}67$, $p = 0{,}037$. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis fut alors retenu. Les résultats découlant de cette analyse suggèrent que la distribution des scores totaux du SIMS est la même entre les différents groupes de simulateurs, $\chi^2(4) = 4{,}154$, $p = 0{,}386$. Les rangs moyens des cinq groupes sont présentés dans le Tableau 1.

Dans un deuxième temps, des analyses non paramétriques de Kruskal-Wallis furent produites avec des variables indépendantes liées à la motivation des participants face à la tâche de simulation et à leur confiance envers leur performance. Aucune différence statistiquement significative n'est observée quant à la performance des participants à la tâche parmi les niveaux de motivation à participer à l'expérience, $\chi^2(3) = 2{,}614$, $p =$

Tableau 1

Rangs moyens selon le type d'incitatif

Type d'incitatif n = 20/groupe	SIMS score total	Motivation	Motivation supplémentaire liée à l'incitatif	Niveau de confiance
	Rang moyen	Rang moyen	Rang moyen	Rang moyen
Aucun	40,98	51,88	36,38	61,53
Positif	53,98	62,35	37,40	55,48
Négatif	55,10	46,25	54,20	51,73
Combinaison	56,20	50,00	56,70	40,33
Défi	46,25	42,03	67,83	43,45

0,455, ou les niveaux de motivation induite par l'incitatif qui leur a été présenté, $\chi^2(4) = 2,920$, $p = 0,571$. Le même constat est noté parmi les différents niveaux de confiance d'avoir réussi à tromper le test, $\chi^2(3) = 4,578$, $p = 0,205$.

Malgré l'absence de lien entre les résultats au SIMS et les différentes variables nommées précédemment, les analyses furent poursuivies en considérant de façon plus spécifique la motivation des participants en fonction de la condition expérimentale à laquelle ils étaient assignés. La majeure partie des participants décrivent leur motivation à participer à l'expérience comme étant forte. Il n'y a toutefois aucune différence notable entre les divers groupes expérimentaux concernant leur degré de motivation à l'égard de la tâche de simulation, $\chi^2(4) = 7,504$, $p = 0,112$. Questionnés à savoir si l'incitatif leur a

donné une motivation supplémentaire pour bien performer lors de l'exécution de la tâche, plus de quatre étudiants sur dix sont en accord avec cette affirmation, alors que la réponse médiane de l'échantillon total est neutre. En comparant la motivation supplémentaire occasionnée par l'incitatif entre les différents groupes, l'analyse non paramétrique de Kruskal-Wallis a souligné la présence d'au moins une différence significative, $\chi^2(4) = 18{,}781$, $p < 0{,}001$. Disposant d'un facteur à cinq niveaux, dix analyses de Mann-Whitney ont été pratiquées afin de tester toutes les différences deux à deux entre les niveaux. Pour se prémunir contre l'augmentation du risque de première espèce, la correction de Bonferroni fut utilisée, ce qui porte l'exigence du niveau de signification à .005 ou moins. Les résultats suggèrent que l'incitatif de mise au défi des participants entraîne une motivation supplémentaire plus grande que l'incitatif positif ($U = 82$, $p < 0{,}001$) et la participation au tirage à titre d'incitatif ($U = 69$, $p < 0{,}005$). Bien qu'il s'agisse des deux seules différences significatives entre les groupes, il est à noter que la combinaison d'incitatifs positif et négatif est aussi associée à une plus grande motivation supplémentaire que l'incitatif positif ($U = 126{,}5$, $p = 0{,}039$) et la participation au tirage ($U = 117{,}5$, $p = 0{,}020$). De plus, l'incitatif négatif semble avoir permis d'augmenter légèrement la motivation des participants, comparé à l'incitatif positif ($U = 132$, $p = 0{,}058$) et à la participation au tirage ($U = 128{,}5$, $p = 0{,}046$).

Finalement, le niveau de confiance d'avoir réussi à tromper le test a été considéré selon le type d'incitatif. La majorité des participants (57%) ont qualifié leur confiance comme étant moyenne. Malgré l'absence de différence statistiquement significative entre

Clicours.COM

les cinq groupes expérimentaux, $\chi^2(4) = 9{,}151$, $p = 0{,}057$, une tendance est observable alors que les participants démontrant le niveau de confiance moyen le plus bas sont ceux exposés à la combinaison d'incitatifs, d'une part, et ceux qui furent mis au défi, d'autre part. Ils obtiennent des rangs moyens respectifs de 40,33 et 43,45. À l'opposé, les moyennes les plus élevées par rapport à cette variable se situent au sein du groupe sans incitatif et du groupe avec un incitatif positif, avec des rangs moyens respectifs de 61,53 et 55,48.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner le lien entre la motivation des étudiants qui participent aux expérimentations sur la simulation et leur performance à cette tâche. De la sorte, il devenait envisageable d'introduire les participants à des incitatifs variés afin d'observer si un type d'incitatif est associé à une meilleure performance.

Tel qu'attendu, les résultats obtenus au SCL-90-R indiquent que les étudiants qui avaient la consigne de simuler une psychose présentaient plus de symptômes que le groupe ayant répondu au questionnaire de façon honnête. Cela démontre que les participants assignés à l'une des conditions expérimentales ont bien compris les instructions qui leur avaient été données. Les analyses n'ont toutefois mis en lumière aucune relation apparente entre la performance des étudiants et les variables liées à la motivation (type d'incitatif, motivation à participer à l'expérimentation et motivation induite par l'incitatif). Cela suggère entre autres qu'un participant se disant plus motivé par la tâche ou par l'incitatif n'est pas meilleur pour simuler qu'un étudiant ayant une moins grande motivation. Malgré l'absence de relation significative, il est intrigant de constater que les participants n'ayant aucun incitatif lié à la performance ont tendance à mieux réussir la tâche de simulation, c'est-à-dire qu'ils ont obtenu des scores plus bas au SIMS. Une explication possible pour l'absence de différence au niveau de la performance des participants en fonction du type d'incitatifs concerne le fait que les incitatifs présentés aux participants étaient tous indirects (Greene, 2011). En d'autres

mots, la contingence associée aux incitatifs était plutôt faible puisque les participants ne possédaient aucune garantie d'obtenir une récompense en échange des efforts supplémentaires produits pour feindre une psychose sans être détectés.

Ces résultats pourraient aussi refléter le haut niveau de motivation des étudiants à participer à l'expérimentation. À cet effet, la méta-analyse réalisée par Cerasoli et ses collègues (2014) tire des conclusions intéressantes à propos de l'effet modérateur de la motivation intrinsèque sur l'incitatif lié à la performance. Premièrement, ils ont observé la présence d'une corrélation positive entre la motivation intrinsèque et la performance dans la plupart des études. Il serait donc rare qu'une personne ayant un intérêt pour une tâche y offre une performance médiocre. Considérant la participation volontaire des étudiants, il est possible d'envisager que la tâche de simulation engendrait un intérêt particulier chez ceux-ci, les conduisant à fournir ainsi un effort de base relativement élevé pour bien performer. Deuxièmement, cette équipe de chercheurs a aussi suggéré qu'en présence d'un incitatif indirectement contingent à la performance, la motivation intrinsèque devenait un meilleur prédicteur de la performance que la motivation extrinsèque induite par l'incitatif. Puisque les incitatifs dans la présente expérimentation étaient essentiellement extrinsèques, leur influence en fut possiblement diminuée.

Les analyses non paramétriques effectuées ne montrent aucune différence significative entre les participants par rapport à leur niveau de motivation face à l'expérimentation. La promesse d'un 20 $ supplémentaire advenant une performance

exceptionnelle se démarque tout de même légèrement des autres incitatifs. Quant à la motivation supplémentaire occasionnée par la présence de l'incitatif, les analyses ont mis en évidence une différence notable à propos des participants qui furent mis au défi de déjouer le test. Ceux-ci se distinguèrent des participants qui avaient la possibilité de gagner une compensation monétaire supplémentaire et de ceux qui n'avaient aucun incitatif lié à leur performance en affichant une motivation supplémentaire plus élevée. Ces résultats pourraient s'expliquer en partie par le milieu compétitif au sein duquel évoluent les étudiants des programmes de psychologie et de psychoéducation. La majorité d'entre eux souhaitant graduer dans un programme d'études supérieures contingenté, il est à penser que la mise au défi a fait émerger chez les participants le désir de fournir une excellente performance pour se distinguer de leurs collègues. Bien que plus léger, un écart de motivation supplémentaire est aussi observable entre ces deux groupes de participants et ceux qui faisaient face à un incitatif négatif et à une combinaison d'incitatifs. Cela permet d'en déduire que le choix des incitatifs dans les études sur la simulation demeure capital.

Une autre observation pertinente est effectuée par rapport à la relation entre la motivation à participer à l'expérimentation et celle induite par l'incitatif. Les participants confrontés à une mise au défi à titre d'incitatif représentent le groupe qui affiche à la fois le plus bas niveau de motivation vis-à-vis la tâche et le plus haut niveau de motivation supplémentaire liée à l'incitatif. Le constat inverse est fait par rapport aux participants à qui un incitatif positif était proposé, ceux-ci présentant la plus forte motivation vis-à-vis

la tâche ainsi que le second niveau de motivation supplémentaire le plus faible. Deux interprétations possibles sont tirées à partir de cette observation. Il est intéressant de considérer que l'incitatif présenté aux participants avant la tâche de simulation parvenait à augmenter leur motivation à condition que celle-ci soit préalablement peu élevée. Il serait également possible d'inférer que l'incitatif n'a pas l'effet escompté auprès des participants qui ont une motivation initiale élevée. Cette interprétation des résultats correspond également aux conclusions rapportées dans la littérature scientifique. En l'absence de motivation intrinsèque, l'effet indésirable de l'incitatif, qui consiste précisément à réduire ce type de motivation, est éliminé. Du coup, l'incitatif augmente la motivation extrinsèque de l'individu, ce qui l'encourage à fournir des efforts supplémentaires (Weibel et al., 2010).

Finalement, l'analyse du niveau de confiance d'être parvenu à tromper le test ne met en évidence aucune différence significative entre les participants répartis parmi les différents incitatifs. Un rapide coup d'œil aux statistiques permet néanmoins d'observer une relation possible entre la motivation induite par l'incitatif et le niveau de confiance des étudiants. Effectivement, les participants affichant le plus bas niveau de confiance sont ceux pour qui l'incitatif a produit une motivation supplémentaire davantage importante, et vice-versa. Cette relation suggère que les efforts supplémentaires déployés par l'étudiant dans l'objectif d'obtenir l'incitatif n'augmentent pas sa confiance d'avoir bien réussi la tâche.

L'originalité de la présente étude tient en premier lieu au fait qu'elle a investigué la présence de liens entre la performance des participants et les incitatifs leur étant présentés en utilisant une grande diversité de types d'incitatifs. Alors qu'un nombre très limité d'études ont intégré un incitatif négatif dans leurs paramètres méthodologiques, une combinaison d'incitatifs positif et négatif n'avait jamais été utilisée à notre connaissance. L'étude présente donc l'avantage de reproduire partiellement un contexte qui se veut similaire à celui des véritables simulateurs qui risquent de subir des conséquences majeures s'ils échouent dans la feinte de symptômes. De plus, la traduction française du SIMS représente un autre élément intéressant de notre recherche. Considéré comme un outil important dans la détection de la simulation, la validation de la version francophone du SIMS en facilitera son étude et son utilisation au Québec.

En contrepartie, certains facteurs limitent les conclusions de cette recherche. Tout d'abord, la taille réduite de l'échantillon peut avoir influencé les résultats obtenus. Le recrutement d'un plus grand nombre de participants aurait probablement permis de dégager des résultats plus stables et, éventuellement, significatifs lorsque le niveau de signification observé ici s'approche du seuil de la limite conventionnelle, notamment dans le cas de la relation entre les incitatifs et la motivation d'une part, ainsi qu'entre ceux-ci et la confiance des participants d'autre part. Le nombre limité de participants par conditions expérimentales est aussi sans doute en cause dans le manque d'homogénéité observé d'entrée de jeu, forçant l'utilisation d'analyses non paramétriques. Un second point concerne la motivation de l'échantillon sélectionné. Bien que le tirage de cartes-

cadeaux fût utilisé comme tactique de recrutement des participants, certains d'entre eux ont vraisemblablement pris part à l'étude afin d'aider leur collègue étudiant ou par intérêt envers le projet. Ces motivations, jugées comme davantage intrinsèques, ont pu engendrer une diminution de leur intérêt envers l'incitatif présenté lors de la tâche. Troisièmement, l'incitatif négatif utilisé dans l'expérimentation est associé à des conséquences minimes pour les étudiants qui échoueraient la tâche de simulation. Théoriquement, menacer les participants de retirer leur chance de gagner un prix monétaire s'ils obtiennent un des dix moins bons scores les incite à fournir un minimum d'effort, mais sans plus. Il s'avère malheureusement ardu de concilier l'éthique et la présence d'une conséquence négative de plus grande ampleur au sein de la recherche en psychologie. Finalement, un ajout ou une modification au devis expérimental aurait permis d'évaluer la performance des participants sous un autre angle. Par exemple, l'utilisation d'une entrevue structurée telle que le SIRS fournirait possiblement des informations plus variées à des fins d'analyse statistique.

En somme, les résultats de cette étude ne permettent pas de rejeter l'hypothèse nulle, à savoir l'absence de relation entre la performance des étudiants et le choix d'incitatif. Cela vient ainsi contrebalancer les diverses études mettant en valeur le pouvoir des incitatifs sur la performance du travail accompli. Dans cette optique, les résultats paraissent rassurants pour le domaine de l'évaluation psycholégale. Il est effectivement aisé de croire que, malgré la présence d'un fort incitatif, les simulateurs dans un contexte réel ne sont pas meilleurs pour déjouer les cliniciens que les étudiants

utilisés dans les expérimentations. D'un point de vue plus théorique, les conclusions tirées de l'étude incitent la poursuite de la recherche sur l'utilisation des incitatifs dans pareil contexte. En effet, il fut possible de souligner le fait que certains incitatifs induisent une motivation supplémentaire chez les participants, d'où l'importance de bien choisir ce paramètre méthodologique. Il serait également pertinent que d'autres recherches soient poursuivies afin de mieux approfondir l'effet modérateur de la motivation intrinsèque sur l'impact de l'incitatif envers la performance et la motivation supplémentaire des étudiants qui participent aux études sur la simulation. À cet effet, une piste de recherche future à considérer est la reproduction de cette expérimentation en ne révélant pas le véritable objet de la recherche lors du recrutement de participants afin de diminuer leur intérêt envers l'étude. Considérant l'incidence de la motivation intrinsèque, il est justifié de se questionner à savoir si l'incitatif influencera la performance et la motivation de participants pour lesquels la tâche apparaît comme étant moins intéressante.

Conclusion

Clicours.COM

Cette recherche a permis d'explorer le rôle joué par un incitatif sur la performance et la motivation d'étudiants participant à une tâche de simulation. Bien que plusieurs critiques furent formulées à l'endroit des études utilisant un devis expérimental, rares sont les travaux qui ont cherché à offrir une solution au problème. Les résultats de l'étude ne permettent pas de relever une relation entre la performance et les différentes variables analysées, mais ils soulèvent tout de même l'importance de poursuivre l'investigation quant aux types d'incitatifs utilisés dans les études sur la simulation. En effet, il semble qu'un incitatif financier ne suscite pas le plus grand niveau de motivation chez les participants. La reproduction de cette étude avec un plus grand nombre de participants pourrait avoir une incidence sur certains résultats prometteurs. Des recherches futures devraient porter une attention particulière à la motivation intrinsèque des participants puisqu'elle ne fût pas explicitement étudiée dans la présente recherche. Le développement de stratégies pour contrôler cette variable permettrait de cerner avec plus de précisions son effet modérateur sur la relation entre l'incitatif et la performance ainsi que la motivation des étudiants lors d'une tâche de simulation.

Références

Alwes, Y. R., Clark, J. A., Berry, D. T., & Granacher, R. P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *30*, 133-140. doi:10.1080/13803390701260363

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: Auteur. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, *87*, 84-94. doi:10.1207/s15327752jpa8701_07

Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). Faking specific disorders: A study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). *Journal of Clinical Psychology*, *48*, 643-648.

Bagby, R. M., Rogers, R., & Buis, T. (1994). Detecting malingered and defensive responding on the MMPI-2 in a forensic inpatient sample. *Journal of Personality Assessment*, *62*, 191-203. doi:10.1207/s15327752jpa6202_2

Barget, E. (2006). The Economics of Tennis. Dans W. Andreff & S. Szymanski (Éds), *Handbook on the economics of sport* (pp. 418-431). Northampton, MA: Edward Elgar. doi:10.4337/9781847204073

Bash, I. Y., & Alpert, M. (1980). The determination of malingering. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *347*(1), 86-99. doi:10.1111/j.1749-6632.1980.tb21257.x

Beaber, R. J., Marston, A., Michelli, J., & Mills, M. J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 1478-1481.

Bellamy, R. (1997). Compensation neurosis: financial reward for illness as nocebo. *Clinical Orthopaedics*, *336*, 94-106. doi:10.1097/00003086-199703000-00013

Blanchard, D. D., McGrath, R. E., Pogge, D. L., & Khadivi, A. (2003). A comparison of the PAI and MMPI-2 as predictors of faking bad in college students. *Journal of Personality Assessment, 80*, 197-205. doi:10.1207/S15327752JPA8002_08

Binder, L. M., & Rohling, M. L. (1996). Money matters: Meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *American Journal of Psychiatry, 153*, 7-10. doi:10.1097/00001199-199608000-00012

Boccaccini, M. T., Murrie, D. C., & Duncan, S. A. (2006). Screening for malingering in a criminal-forensic sample with the Personality Assessment Inventory. *Psychological Assessment, 18*, 415-423. doi:10.1037/1040-3590.18.4.415

Boden, L. I. (1996). Work disability in an economic context. Dans S. Moon & S. L. Sauter (Éds), *Psychological aspects of musculo- skeletal disorders in office work* (pp. 287–294). Londres, Royaume-Uni: Taylor and Francis.

Boyer, M. (2011). The twelve principles of incentive pay. *Revue d'Économie Politique, 121*, 285-306.

Bury, A. S., & Bagby, R. M. (2002). The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment, 14*, 472-484. doi:10.1037/1040-3590.14.4.472

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the administration and scoring of the MMPI-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Campbell, D. J., & Pritchard, R. (1976). Motivation theory in industrial and organizational psychology. Dans M. D. Dunnette (Éd.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 63–130). Chicago, IL: Rand McNally.

Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., & Ford, M. T. (2014). Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: A 40-year meta-analysis. *Psychological Bulletin, 140*, 980-1008. doi:10.1037/a0035661

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

Chesterman, L. P., Terbeck, S., & Vaughan, F. (2008). Malingered psychosis. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19*, 275-300. doi:10.1080/14789940701841129

Coleman, R. D., Rapport, L. J., Millis, S. R., Ricker, J. H., & Farchione, T. J. (1998). Effects of coaching on detection of malingering on the California Verbal Learning Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 20*, 201-210.

Condly, S. J., Clark, R. E., & Stolovitch, H. D. (2003). The effects of incentives on workplace performance: A meta-analytic review of research studies 1. *Performance Improvement Quarterly*, *16*, 46-63. doi:10.1111/j.1937-8327.2003.tb00287.x

Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, *2*, 29-51.

Cornell, D. G., & Hawk, G. L. (1989). Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *13*, 375-383. doi:10.1007/BF01056409

Crespi, L. P. (1942). Quantitative variation of incentive and performance in the white rat. *American Journal of Psychology*, *55*, 467-517. doi:10.2307/1417120

Davidson, H.A. (1965). *Forensic Psychiatry* (2e éd.). New York, NY: The Ronald Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, *19*, 109-134. doi:10.1016/0092-6566(85)90023-6

DeClue, G. (2002). Feigning ≠ malingering: A case study. *Behavioral Sciences & the Law*, *20*, 717-726. doi:10.1002/bsl.490

Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

DiCarlo, M. A., Gfeller, J. D., & Oliveri, M. V. (2000). Effects of coaching on detecting feigned cognitive impairment with the Category Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *15*, 399-413.

Durant, R. F., Kramer, R., Perry, J. L., Mesch, D., & Paarlberg, L. (2006). Motivating employees in a new governance era: The performance paradigm revisited. *Public Administration Review*, *66*, 505-514. doi:10.1111/j.1540-6210.2006.00611.x

Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malinger psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *27*, 387-396.

Eissler, K. R. (1951). Malingering. Dans G. V. Wilbur, & W. Muensterberger (Éds), *Psychoanalysis and culture* (pp. 218-253). New York, NY: International University Press.

Elhai, J. D., Butcher, J. J., Reeves, A. N., Baugher, S. N., Gray, M. J., Jacobs, G. A., ... & Arbisi, P. (2007). Varying cautionary instructions, monetary incentives, and comorbid diagnostic training in malingered psychopathology research. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 328-337. doi:10.1080/00223890701332136

Frank, M. G., & Ekman, P. (1997). The ability to detect deceit generalizes across different types of high-stake lies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 1429-1439. doi:10.1037/0022-3514.72.6.1429

Frederick, R. I. (1997). *VIP: Validity Indicator Profile Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Frey, B. S., & Oberholzer-Gee, F. (1997). The cost of price incentives: An empirical analysis of motivation crowding-out. *American Economic Review*, *87*, 746-755.

Gillis, J. R., Rogers, R., & Bagby, R. M. (1991). Validity of the M Test: Simulation-design and natural-group approaches. *Journal of Personality Assessment*, *57*, 130-140. doi:10.1207/s15327752jpa5701_15

Goodness, K. R. (1999). Retrospective evaluation of malingering: A validational study of the R-SIRS and CT-SIRS. Thèse de doctorat inédite, University of North Texas. Repéré à http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc278240/m2/1/high_res_d/100267257 0-goodness.pdf

Greene, R. J. (2011). *Rewarding performance: Guiding principles, custom strategies*. New York, NY: Routledge.

Griffin, G. A., Normington, J., May, R., & Glassmire, D. (1996). Assessing dissimulation among Social Security disability income claimants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1425-1430. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1425

Guriel, J., & Fremouw, W. (2003). Assessing malingered posttraumatic stress disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *23*, 881-904. doi:10.1016/j.cpr.2003.07.001

Guy, L. S., & Miller, H. A. (2004). Screening for malingered psychopathology in a correctional setting utility of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Criminal Justice and Behavior*, *31*, 695-716. doi:10.1177/0093854804268754

Haccoun, R., & Dupont, S. (1987). Absence research: a critique of previous approaches and an example for a new direction. *Canadian Journal of Administrative Sciences,4*, 143-156. doi:10.1111/j.1936-4490.1987.tb00448.x

Halligan, P. W., Bass, C., & Oakley, D. A. (2003). Wilful deception as ilness behaviour. Dans P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Éds), *Malingering and illness deception* (pp. 3-30). New York, NY: Oxford University Press.

Hankins, G. C., Barnard, G. W., & Robbins, L. (1993). The validity of the M Test in a residential forensic facility. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *21*, 111-121.

Hawes, S. W., & Boccaccini, M. T. (2009). Detection of overreporting of psychopathology on the Personality Assessment Inventory: a meta-analytic review. *Psychological Assessment*, *21*, 112-124. doi:10.1037/a0015036

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

Heinze, M. C., & Purisch, A. D. (2001). Beneath the mask: Use of psychological tests to detect and subtype malingering in criminal defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, *1*, 23-52. doi:10.1300/J158v01n04_02

Hickling, E. J., Taylor, A. E., Blanchard, E. B., & Devineni, T. (1999). Simulation of motor vehicle accident- related PTSD: Effects of coaching with DSM-IV criteria. Dans E. J. Hickling, & E. B. Blanchard (Éds), *The international handbook of road traffic accidents and psychological trauma: Current understanding, treatment, and law* (pp. 305–320). New York, NY: Elsevier.

Hyer, L., Fallon, J. H., Harrison, W. R., & Boudewyns, P. A. (1987). MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, *43*, 79-83.

Ignatyev, Y., Fritsch, R., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2016). Psychometric properties of the symptom check-list-90-R in prison inmates. *Psychiatry Research*, *239*, 226-231. doi:10.1016/j.psychres.2016.03.007

Iverson, G. L. (2003). Detecting malingering in civil forensic evaluations. Dans A. M. Horton & L. C. Hartlage (Éds), *Handbook of forensic neuropsychology* (2e éd., pp. 137-177). New York, NY: Springer.

Jackson, R. L., Rogers, R., & Sewell, K. W. (2005). Forensic applications of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (MFAST): screening for feigned disorders

in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, *29*, 199-210. doi:10.1007/s10979-005-2193-5

Jacquart, P., & Armstrong, J. S. (2013). The ombudsman: are top executives paid enough? An evidence-based review. *Interfaces*, *43*, 580-589. doi:10.1287/inte.2013.0705

Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Côté, G. (2011). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, *10*, 326-336. doi:10.1080/14999013.2011.625591

Jenkins Jr, G. D., Mitra, A., Gupta, N., & Shaw, J. D. (1998). Are financial incentives related to performance? A meta-analytic review of empirical research. *Journal of Applied Psychology*, *83*, 777-787. doi:10.1037/0021-9010.83.5.777

Judah, S. (2013, Juin). Ian Brady: How easy it is to fake mental illness?. *BBC News Magazine*. Repéré à http://www.bbc.com/news/magazine-23063124

Kazdin, A. E. (2003). Research design in clinical psychology (4e éd.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Kelly, R., & Smith, B. N. (1981). Post-traumatic syndrome: another myth discredited. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *74*, 275-277.

Kennedy, F. (1946). The mind of the injured worker: its effects on disability periods. *Compensation Medicine*, *1*, 19-21.

Kochhar, S., & Scott, C. G. (1995). Disability patterns among SSI recipients. *Social Security Bulletin*, *58*, 3-14.

Kucharski, L. T., Toomey, J. P., Fila, K., & Duncan, S. (2007). Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 25-32. doi:10.1080/00223890709336831

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

Lazear E. P. (2000). Performance pay and productivity. *American Economic Review*, *90*, 1341-1361.

Lees-Haley, P. R., English, L. T., & Glenn, W. J. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. *Psychological Reports, 68*, 203-210. doi:10.2466/pr0.1991.68.1.203

Lewis, J. L., Simcox, A. M., & Berry, D. T. (2002). Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Psychological Assessment, 14*, 170-176. doi:10.1037/1040-3590.14.2.170

LoPiccolo, C. J., Goodkin, K., & Baldewicz, T. T. (1999). Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Annals of Medicine, 31*, 166-174. doi:10.3109/07853899909115975

Lykken, D. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Martin, R. C., Bolter, J. F., Todd, M. E., Gouvier, W. D., & Niccolls, R. (1993). Effects of sophistication and motivation on the detection of malingered memory performance using a computerized forced-choice task. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 15*, 867-880. doi:10.1080/01688639308402604

Martinez, S., Stillerman, L., & Waldo, M. (2005). Reliability and validity of the SCL-90-R with Hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 27*, 254-264. doi:10.1177/0739986305274911

McCusker, P. J., Moran, M. J., Serfass, L., & Peterson, K. H. (2003). Comparability of the MMPI-2 F (p) and F scales and the SIRS in clinical use with suspected malingerers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 585-596. doi:10.1177/0306624X03254013

McDermott, B. E., Dualan, I. V., & Scott, C. L. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence?. *International Journal of Law and Psychiatry, 36*, 287-292. doi:10.1016/j.ijlp.2013.04.013

Mendelson, G. (2003). Outcome-related compensation: in search of a new paradigm. Dans P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Éds), *Malingering and illness deception* (pp. 220-231). New York, NY: Oxford University Press.

Menninger, K. A. (1935). Psychology of a certain type of malingering. *Archives of Neurology and Psychiatry, 33*, 507-515.

Merckelbach, H., Smeets, T., & Jelicic, M. (2009). Experimental simulation: Type of malingering scenario makes a difference. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*, 378-386. doi:10.1080/14789940802456686

Merckelbach, H., & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 18*, 145-152.

Miller, H. A. (1961). Accident neurosis. *British Medical Journal, 1*, 919-925. doi:10.1136/bmj.1.5230.919

Miller, H. A. (2001). *M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test*. Lutz, FA: Psychological Assessment Resources.

Miller, H. A. (2004). Examining the use of the M-FAST with criminal defendants incompetent to stand trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 48*, 268-280. doi:10.1177/0306624X03259167

Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.

Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory*. Odessa, FL: Routledge.

Olson, W.K. (1991). *The litigation explosion.* New York, NY: Dutton.

Orey, S. A., Cragar, D. E., & Berry, D. T. (2000). The effects of two motivational manipulations on the neuropsychological performance of mildly head-injured college students. *Archives of Clinical Neuropsychology, 15*, 335-348.

Otto, R. K. (2008). Challenges and advances in assessment of response style in forensic examination contexts. Dans R. Rogers (Éd.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3e éd., pp. 365-375). New York, NY: Guilford.

Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (1986). The validity of lie detection with criminal psychopaths. *Psychophysiology, 23*, 452-453.

Pinder, W. C. (2011). *Work motivation in organizational behavior* (2e éd.). New York, NY: Psychology Press.

Pollack, S., Gross, B. H., & Weinberger, L. E. (1982). Dimensions of malingering. *New Directions for Mental Health Services, 1982*, 63-75. doi:10.1002/yd.23319821608

Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior, 25*, 567-582. doi:10.1023/A:1012702223004

Clicours.COM

Ransom, D., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2010). Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 6*, 622-627. doi:10.1016/j.soard.2010.02.039

Régie des rentes du Québec (2014, Mai). Admissibilité à la rente d'invalidité. Repéré à http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/invalidite/vivre_invalidite/regime_rentes/Pages/regime_rentes.aspx

Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. Dans R. Rogers (Éd.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2e éd., pp. 130–152). New York, NY: Guilford.

Resnick, P. J., & Knoll, J. (2008). Malingered psychosis. Dans R. Rogers (Éd.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3e éd., pp. 51-68). New York: Guilford.

Robinson, W. P., Shepherd, A., & Heywood, J. (1998). Truth, equivocation concealment, and lies in job applications and doctor-patient communication. *Journal of Language and Social Psychology, 17*, 149-164. doi:10.1177/0261927X980172001

Rogers, R. (1990a). Development of a new classificatory model of malingering. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 18*, 323-333.

Rogers, R. (1990b). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 182-188. doi:10.1037/0735-7028.21.3.182

Rogers, R. (2008). *Clinical assessment of malingering and deception* (3e éd.). New York, NY: Guilford.

Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). *SIRS: Structured interview of reported symptoms*. Lutz, FA: Psychological Assessment Resources.

Rogers, R., & Cavanaugh Jr, J. L. (1983). Nothing but the truth.... A reexamination of malingering. *Journal of Psychiatry & Law, 11*, 443-459.

Rogers, R., & Cruise, K. R. (1998). Assessment of malingering with simulation designs: threats to external validity. *Law and Human Behavior, 22*, 273-285. doi:10.1023/A:1025702405865

Rogers, R., Gillard, N. D., Wooley, C. N., & Ross, C. A. (2012). The detection of feigned disabilities: The effectiveness of the Personality Assessment Inventory in a traumatized inpatient sample. *Assessment, 19*, 77-88. doi:10.1177/1073191111422031.

Rogers, R., & Neumann, C. S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. Dans P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Éds), *Malingering and illness deception* (pp. 71-82). New York, NY: Oxford University Press.

Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior, 18*, 543-552. doi:10.1007/BF01499173

Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A., & Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment, 10*, 160-177. doi:10.1177/1073191103010002007

Rohling, M. L., Binder, L. M., & Langhinrichsen-Rohling, J. (1995). Money matters: A meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychology, 14*, 537-547. doi:10.1037/0278-6133.14.6.537

Rosenthal, R. (1965). The volunteer subject. *Human Relations, 18*, 389-406. doi:10.1177/001872676501800407

Rowatt, W. C., Cunninghan, M. R., & Druen, P. B. (1998). Deception to get a date. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*, 1228-1242. doi:10.1177/01461672982411009

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020

Samenow, S. (1984). *Inside the criminal mind*. New York, NY: Time Books.

Schretlen, D. J. (1988). The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorder. *Clinical Psychology Review, 8*, 451-476. doi:10.1016/0272-7358(88)90074-8

Schretlen, D., & Arkowitz, H. (1990). A psychological test battery to detect prison inmates who fake insanity or mental retardation. *Behavioral Sciences & the Law, 8*, 75-84. doi:10.1002/bsl.2370080109

Sharpe, M. (2003). Distinguishing malingering from psychiatric disorders. Dans P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Éds), *Malingering and illness deception* (pp. 156-170). New York, NY: Oxford University Press.

Shum, D. H., O'Gorman, J. G., & Alpar, A. (2004). Effects of incentive and preparation time on performance and classification accuracy of standard and malingering-

specific memory tests. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*, 817-823. doi:10.1016/j.acn.2003.10.002

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Free Press.

Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 25*, 183-189.

Spence, S., Farrow, T., Leung, D., Shah, S., Reilly, B., Rahman, A., & Herford, A. (2003). Lying as an executive function. Dans P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Éds), *Malingering and illness deception* (pp. 255-266). New York, NY: Oxford University Press.

Tan, J. E., Slick, D. J., Strauss, E., & Hultsch, D. F. (2002). How'd they do it? Malingering strategies on symptom validity tests. *Clinical Neuropsychologist, 16*, 495-505.

Tirole, J. (2009). Motivation intrinsèque, incitations et normes sociales. *Revue Économique, 60*, 577-589. doi:10.3917/reco.603.0577

Ustad, K. L. (1997). Assessment of malingering in a jail referral population: Screening and comprehensive evaluation. Thèse de doctorat inédite, University of North Texas. Repéré à http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc278712/m2/1/high_res_d/1002659543-Ustad.pdf

Veazey, C. H., Wagner, A. L., Hays, J. R., & Miller, H. A. (2005). Validity of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test in psychiatric inpatients. *Psychological Reports, 96*, 771-774.

Viglione, D. J., Wright, D. M., Dizon, N. T., Moynihan, J. E., DuPuis, S., & Pizitz, T. D. (2001). Evading detection on the MMPI-2: does caution produce more realistic patterns of responding?. *Assessment, 8*, 237-250. doi:10.1177/107319110100800301

Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior, 31*, 249-260. doi:10.1007/s10979-006-9062-8

Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit: The psychology of lying and implications for professional practice*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley.

Vrij, A. (2002). Telling and detecting lies. Dans N. Brace & H. Westcott (Éds), *Applying psychology* (pp. 179-242). Milton Keynes, Royaume-Uni: The Open University.

Weibel, A., Rost, K., & Osterloh, M. (2010). Pay for performance in the public sector — Benefits and (hidden) costs. *Journal of Public Administration Research and Theory, 20,* 387-412. doi:10.1093/jopart/mup009

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18,* 459-482. doi:10.1002/cne.920180503

Zuckerman, M., DePaulo, B. M., & Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. *Advances in Experimental Social Psychology, 14,* 1-59. doi:10.1016/S0065-2601(08)60369-X