

S4 6 Mesures Subjectives bonus

Table of contents

1 Module 1 : Les Fondamentaux et la Définition de la Mesure	1
1.A 1. Le contexte médical	1
1.B 2. Qu'est-ce que la subjectivité ?	2
1.C 3. Les trois approches de la mesure	2
1.D 4. Subjectif vs Objectif : une fausse opposition	2
1.E 5. Modes de recueil	2
1.F 3. Les Dispositifs de Réponse (Les échelles)	2
1.G 4. La Sélection des Items	3
2 Module 2 : La Construction de l'Instrument	3
2.A 1. Le Cahier des Charges (La fondation)	3
2.B 2. La Chasse aux Items (D'où viennent les questions ?)	3
2.C 3. La Sélection : La méthode du Consensus	3
2.D 4. La Rédaction et les Réponses	4
2.D.1 Module 3 : La Validation (Partie 1) — Que mesure l'instrument ?	4
2.D.1.1 1. La Validité de Contenu (“Est-ce qu'on a tout couvert ?”)	4
2.D.1.2 2. La Validité de Structure (“Est-ce cohérent ?”)	4
2.D.1.3 3. La Validité de Construit (“Est-ce logique ?”)	4
2.D.2 Module 4 : La Validation (Partie 2) — Que vaut la mesure ?	5
2.D.2.1 1. La Précision (ou Fidélité / Reliability)	5
2.D.2.2 2. La Sensibilité au Changement	6
2.D.2.3 3. Les Modèles de Mesure (La “boîte noire” mathématique)	6

1 Module 1 : Les Fondamentaux et la Définition de la Mesure

Ce premier module pose le cadre théorique. Il est crucial de comprendre *pourquoi* et *comment* on mesure l'impalpable.

1.A 1. Le contexte médical

- La médecine a évolué d'une approche purement physiopathologique (tension, glycémie) vers une prise en compte du sujet “pensant” .
- On mesure désormais des PROs (Patient Reported Outcomes) comme la qualité de vie, la douleur ou la satisfaction.
- Le postulat des PROs est que le patient est le mieux placé pour juger de son état, bien que des mécanismes de défense (comme le déni) puissent parfois biaiser ce jugement.

1.B 2. Qu'est-ce que la subjectivité ?

-Définition : Est subjectif ce qui concerne le sujet en tant qu'être conscient (le "sujet pensant"), par opposition à l'objectif qui concerne l'objet ou le corps (le "sujet vivant").

- **Idée reçue :** "Subjectif" ne veut pas dire "arbitraire" ou "imprécis". La tristesse est un sentiment universel et précis pour celui qui le vit.

1.C 3. Les trois approches de la mesure

Pour mesurer la subjectivité, le texte distingue trois visions philosophiques :

1. **L'approche classique (Physique) :** La mesure sert à découvrir des lois naturelles (ex: gravitation). Difficile à appliquer à la psychologie car il n'y a pas d'équations universelles de la tristesse.
2. **L'approche opérationnelle :** La mesure *est* l'opération réalisée (le score *est* la dépression). *Critique* : Elle vide la mesure de son sens. Si on ne fait que lire un chiffre sans l'interpréter, on perd la réalité du vécu du patient .
3. **L'approche représentationnelle (La solution retenue) :** La mesure est une "représentation numérique de faits empiriques". Les chiffres sont une commodité pour représenter une réalité complexe (la douleur, l'anxiété) afin de mieux la comprendre.

1.D 4. Subjectif vs Objectif : une fausse opposition

- On pense souvent que les mesures physiques (mètre, kilogramme) sont "vraies" et les mesures subjectives "floues".
- En réalité, même les mesures physiques reposent sur des **théories** (ex: la définition moderne du mètre repose sur la théorie de la relativité et la vitesse de la lumière).
- De même, pour mesurer la dépression, il faut une théorie de la dépression (**théorie définitoire**) et une théorie de ses liens avec le reste du monde (**théorie nomologique**).
- **Conclusion :** La mesure subjective n'est pas moins scientifique, elle a juste des théories sous-jacentes souvent moins abouties que la physique.

1.E 5. Modes de recueil

- **Auto-évaluation :** Le sujet se note lui-même. C'est la norme pour la qualité de vie.
- **Hétéro-évaluation :** Un tiers (médecin, proche) évalue le sujet.

- Avantage : Utile si le patient ne peut pas s'auto-évaluer (psychiatrie lourde, p

1.F 3. Les Dispositifs de Réponse (Les échelles)

Comment le patient va-t-il répondre ?

Échelle de Likert : "Pas du tout", "Un peu", "Moyen", "Beaucoup". C'est le standard, souvent en 4, 5 ou 7 points.

Échelle Visuelle Analogique (EVA) : Une ligne continue de 10 cm où le patient place une croix.

Très utilisé pour la douleur, mais parfois difficile à conceptualiser pour certains patients .

1.G 4. La Sélection des Items

- On part souvent d'une liste très longue (trop longue).
- On utilise des méthodes de consensus comme la méthode Delphi (experts interrogés à distance en plusieurs tours) pour ne garder que les items les plus pertinents et consensuels .

2 Module 2 : La Construction de l'Instrument

Une fois que l'on sait *ce que* l'on veut mesurer (Module 1), il faut fabriquer l'outil pour le faire. Ce n'est pas juste une liste de questions ; c'est un processus rigoureux décrit dans le chapitre 3.

Voici les étapes clés pour construire un instrument de mesure subjective solide :

2.A 1. Le Cahier des Charges (La fondation)

Avant de rédiger, il faut définir le périmètre. C'est l'étape la plus souvent négligée. Il faut préciser :

- **Le concept** : Que mesure-t-on exactement ? (ex: l'anxiété, mais laquelle ? Anxiété-trait ou anxiété-état ?).
- **La population** : Qui va répondre ? (ex: des enfants, des personnes âgées ?) Cela change le vocabulaire et la longueur.
- **Le mode d'administration** : Auto-évaluation (le patient remplit seul) ou hétéro-évaluation (un soignant remplit).

2.B 2. La Chasse aux Items (D'où viennent les questions ?)

On ne doit pas inventer les questions “dans son coin”.

On utilise des **sources d'items**:

- **La littérature** : Ce qui existe déjà.
- **Les experts** : Cliniciens, psychologues.
- **Les patients** : Via des entretiens ou des **focus groups** (discussions de groupe). C'est crucial pour utiliser *leur* vocabulaire et comprendre ce qui compte vraiment pour eux.

2.C 3. La Sélection : La méthode du Consensus

On se retrouve souvent avec trop de questions.

Pour garder les meilleures, on utilise des méthodes de consensus comme la **méthode Delphi**:

1. On envoie les items à des experts.
2. Ils notent la pertinence de chaque item anonymement.

3. On leur renvoie les résultats globaux.
4. Ils re-notent en connaissance de cause jusqu'à ce qu'un consensus se dégage .

2.D 4. La Rédaction et les Réponses

-Principe du “coût minimum” : Répondre doit demander un effort minimal au patient.
Il faut éviter les phrases alambiquées, les doubles négations (“Je ne me sens pas malheureux”), et le jargon médical.

- **Le dispositif de réponse :** Comment le patient note-t-il son ressenti ?
 - **L'échelle de Likert :** Des cases à cocher (ex: Pas du tout, Un peu, Beaucoup, À la folie).
 - **L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) :** Une ligne (souvent de 10cm) où le patient place une croix. C'est sensible mais parfois difficile à comprendre pour certains patients.
-

2.D.1 Module 3 : La Validation (Partie 1) — Que mesure l'instrument ?

La validation cherche à répondre à une question centrale : **Sommes-nous bien en train de mesurer ce que nous croyons mesurer ?**

Voici les trois piliers pour y répondre, selon le texte :

2.D.1.1 1. La Validité de Contenu (“Est-ce qu'on a tout couvert ?”)

Il faut vérifier que les items explorent toutes les facettes du concept, sans hors-sujet.

Exemple : Si on crée une échelle d'**anxiété**, il ne suffit pas de demander “Avez-vous peur ?”.

Il faut aussi explorer les symptômes physiques (mains moites), comportementaux (évitement), etc., pour couvrir tout le “contenu” du concept.

2.D.1.2 2. La Validité de Structure (“Est-ce cohérent ?”)

On vérifie ici l'architecture interne de l'instrument.

L'unidimensionnalité :

- Est-ce que tous mes items mesurent la même chose (une seule dimension) ?
- Ou est-ce que mon score total est un mélange hétérogène de plusieurs concepts (comme additionner des choux et des carottes) ?.

On utilise souvent des analyses statistiques (comme l'analyse en composante principale + analyse factorielle) pour voir si les items se regroupent bien ensemble.

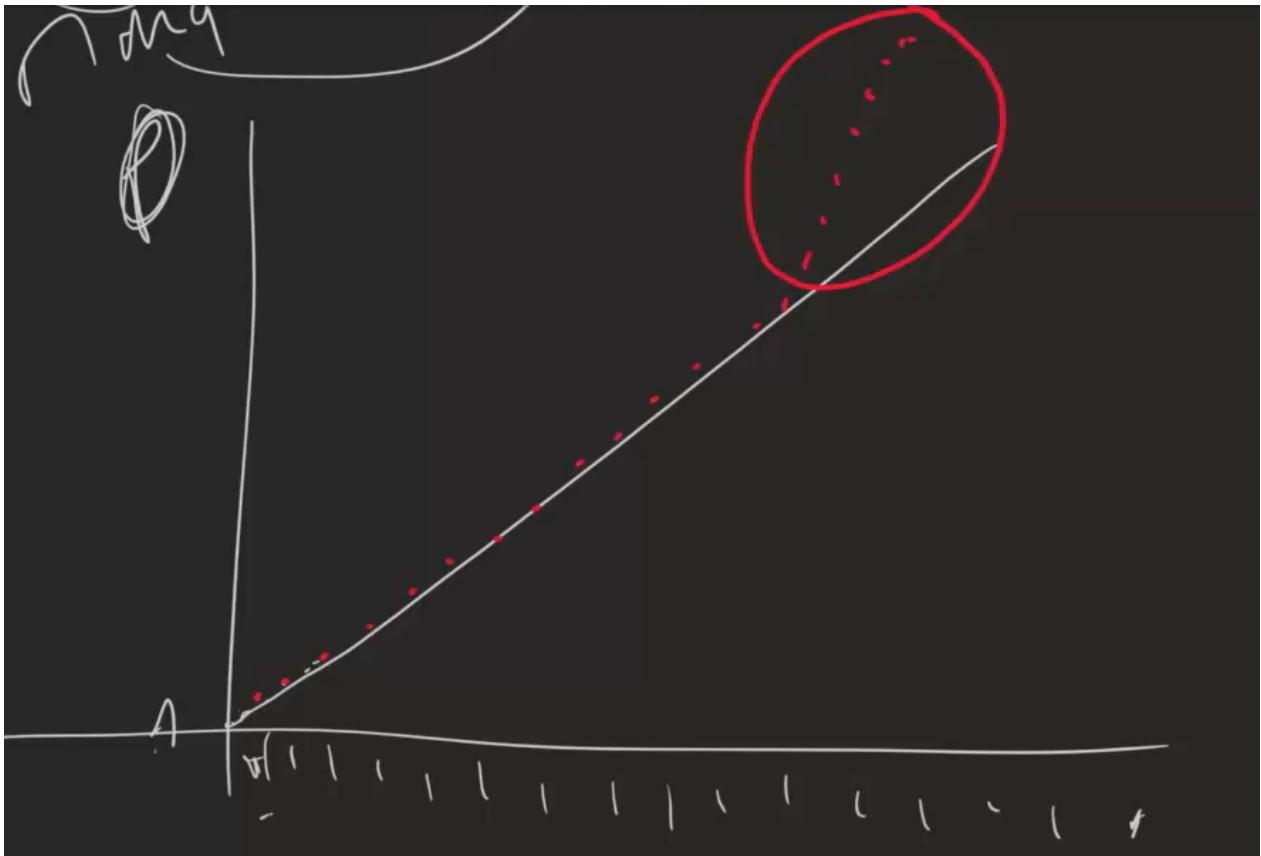
2.D.1.3 3. La Validité de Construit (“Est-ce logique ?”)

C'est l'étape la plus “scientifique”.

On formule des hypothèses sur la façon dont notre mesure devrait se comporter face à d'autres variables (c'est la **théorie nomologique**).

On distingue notamment :

- **Validité Convergente** : Notre instrument doit être corrélé (lié) avec d'autres instruments mesurant la même chose ou des choses proches.
- **Validité Divergente** : Notre instrument doit être *peu* corrélé avec des instruments mesurant des concepts différents.



2.D.2 Module 4 : La Validation (Partie 2) — Que vaut la mesure ?

Une fois qu'on sait *ce que* l'on mesure (validité), il faut s'assurer de la qualité technique de l'outil.

2.D.2.1 1. La Précision (ou Fidélité / Reliability)

L'objectif est de réduire l'erreur de mesure au minimum.

On l'évalue sous trois angles principaux :

- **La consistance interne** : Les items d'un même questionnaire sont-ils cohérents entre eux ?
 - *L'outil star* : Le **coefficient Alpha de Cronbach**. Plus il est proche de 1, plus les items sont liés
- **La fidélité inter-juges** : Deux médecins évaluant le même patient obtiennent-ils le même résultat ?
 - Pour un diagnostic (Oui/Non) : On utilise le **coefficient Kappa** (qui corrige le hasard)

- Pour un score chiffré (ex: 15/20) : On utilise le **Coefficient de Corrélation Intra-classe (CCI)**
- **La fidélité test-retest** : Si l'état du patient ne bouge pas, le score reste-t-il stable dans le temps ?

2.D.2.2 2. La Sensibilité au Changement

C'est une propriété cruciale en médecine : l'instrument est-il capable de détecter une amélioration (ou une aggravation) de l'état de santé ?

C'est différent de la précision. Une balance peut être très précise (donner toujours le même poids) mais pas assez sensible pour détecter une variation de quelques grammes.

2.D.2.3 3. Les Modèles de Mesure (La “boîte noire” mathématique)

Comment transforme-t-on les croix cochées par le patient en un score final ?

Modèles psychométriques :

- *Théorie Classique* : On fait la somme des scores. Simple et robuste.
- *Réponse à l'Item (IRT)* : Plus complexe, probabiliste. Elle permet de gérer les données manquantes et de comparer des patients ayant répondu à des questions différentes

Modèles économiques : Utilisent la notion d'**Utilité** (préférence pour un état de santé) pour calculer des **QALYs** (années de vie ajustées sur la qualité), essentiels pour les décideurs de santé publique
