

# S4 6 Mesures Subjectives bonus

## Table of contents

<b>1</b>	<b>Module 1 : Les Fondamentaux et la Définition de la Mesure</b>	<b>1</b>
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
<b>2</b>	<b>Module 2 : La Construction de l'Instrument</b>	<b>3</b>
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.

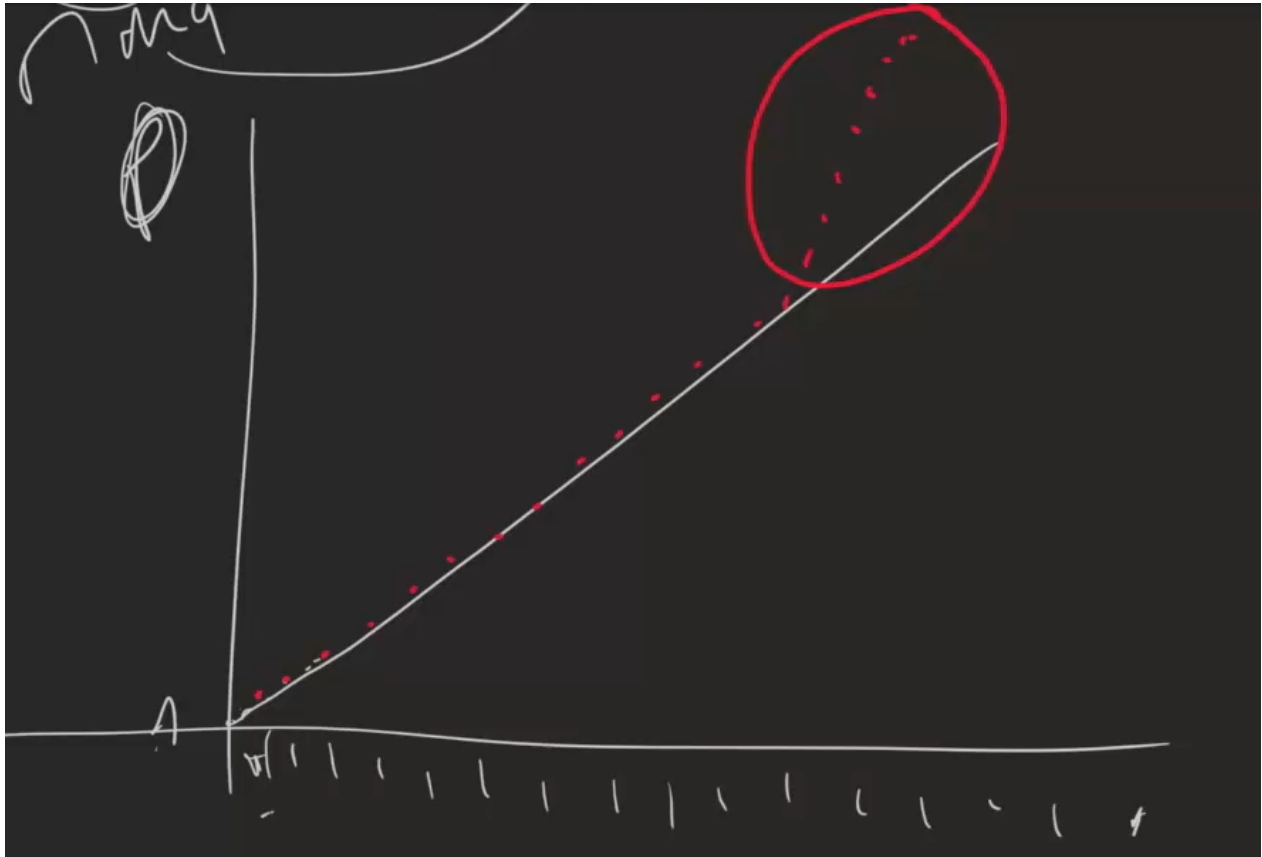
#### 2.D.1.3 3. La Validité de Construit (“Est-ce logique ?”)

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

---