

# S4 6 Mesures Subjectives

## Table of contents

<b>1 Définitions</b>	<b>1</b>
<b>2 Importance de la subjectivité en médecine</b>	<b>1</b>
<b>3 Comment mesurer la subjectivité ?</b>	<b>1</b>
<b>4 Valider un instrument</b>	<b>2</b>
4.A Que vaut la mesure ? = reproductibilité (fiabilité) . . . . .	2

## 1 Définitions

Objectif : attrait à un objet pensé (poids, TA, taille...)

Subjectif : attrait à un objet pensant (douleur, fatigue, qualité de vie...)

Par exemple :

- Thermomètre à mercure mesure objectivement la dilatation d'un liquide en fonction de la température
- Mais au final on sait pas vraiment ce qu'est la dilatation d'un liquide en fonction de la température

## 2 Importance de la subjectivité en médecine

- Mesures de qualité de vie : base de la médecine !
- Si nouveau traitement améliore la survie mais dégrade la qualité de vie : c'est bof !

## 3 Comment mesurer la subjectivité ?

1. Demander au patient = Patient Reported Outcomes (PRO)
2. Faire la mesure soi même (par hétéro-évaluation) pour éviter la **désirabilité sociale** (tendance à répondre ce que l'on pense que l'autre veut entendre)

## ! Important

### Reproductivité d'une mesure subjective

1. Item bien écrit : mots simples
2. Concepts clairs et facilement accessibles par introspection
3. Pas de biais de désirabilité sociale (tendance à répondre ce que l'on pense que l'autre veut entendre)

Exemple pas reproductible : quel est votre niveau de qualité de vie ?

Pour mesure non reproductible : "éclater" en plein de petits items et en faire la somme

## 4 Valider un instrument

*Valider* = dit vrai (mais en vrai c'est impossible à prouver)

- Que vaut la mesure ? = reproductibilité (fiabilité)
- Que mesure l'instrument ? = validité (contenu, construit, critère)

### 4.A Que vaut la mesure ? = reproductibilité (fiabilité)

1. Reproductibilité = accord inter-juge
  - **Hétéro-évaluation** : accord inter-juge
    - Quantitatif : Coefficient de corrélation intraclasse (CCI)
    - Sinon : Kappa de Cohen
    - Si  $\geq 3$  juges : Kappa Light
  - **Auto-évaluation** : test-retest
    - Problème : les patients peuvent changer entre les deux tests
    - Coefficient alpha de Cronbach (consistance interne)
2. Que vaut la mesure = **structure dimensionnelle**
  - Une dimension = un construit = un concept
  - Si 20 items mais 2 dimensions → 2 scores
  - Par ex QI : verbal + performance
  - **Pour explorer les dimensions :**
    - Analyse en composantes principales (ACP)
    - Puis analyse des valeurs propres (scree plot)
      - \* On tolère s'il y en a une qui est vraiment au dessus des autres
    - Pour explorer les autres dimensions : **analyse factorielle**
3. Que mesure l'instrument ? = validité

## 1. Validité de contenu

- Validité externe = comparaison au “gold standard” et corrélation entre les deux
- Si pas de gold standard : validité concourante (= corrélation avec d’autres mesures) et divergente (absence de corrélation avec des mesures non liées)

### 💡 Tip

#### Livre : Mesurer la Subjectivité en Santé

##### 1. Subjectivité en médecine

- La médecine s’adresse à la fois au **corps malade** (sujet vivant) et au **vécu** de la maladie (sujet pensant).
- Le fait de se voir / se sentir / se savoir malade influence la **détresse**, la **prise en charge** et parfois l’**évolution** de la maladie.
- Est **subjectif** : ce qui concerne le sujet en tant qu’**être conscient** (qualité de vie, dépression, satisfaction).
- Est **objectif** : ce qui concerne le corps comme **objet mesuré** (TA, NFS, diamètres, etc.).
- « Subjectif » ne veut pas dire « arbitraire » : c’est simplement la dimension **consciente** de l’expérience.

---

##### 2. Qu'est-ce qu'une mesure ?

- Définition courante : **attribuer un nombre** à un attribut d'un objet ou d'un sujet (ex. 10 kg pour la masse d'un sac).
- Cette définition interroge : quelle est la **réalité** de l'attribut (masse, tristesse) au-delà du mot et du chiffre ?
- Différentes conceptions de la mesure ont des **implications philosophiques** et méthodologiques importantes, surtout pour la subjectivité.

---

##### 3. Trois approches du concept de mesure

- **Approche classique (physiciens)**

- La mesure est un **nombre manipulable** dans des équations pour expliquer et prédire (gravitation, éclipses, marées...).
- Elle fonctionne bien pour des grandeurs physiques, mais se heurte à des notions comme la **tristesse** ou la **souffrance**.

- **Approche opérationnelle**

- La mesure est un **processus** donnant un nombre, sans chercher à comprendre la nature de ce qui est mesuré.
- Utile en physique (temps, espace) mais problématique pour la subjectivité, car on perd de vue le **sens vécu** derrière les scores.

- **Approche représentationnelle**

- La mesure est la **représentation numérique de faits empiriques**.
  - Le chiffre est un **outil de représentation** pour rendre intelligibles des phénomènes complexes.
  - C'est l'approche la plus adaptée aux **mesures subjectives** : le but n'est pas le score en soi, mais ce qu'il permet de **mieux comprendre**.
- 

## 4. Mesures subjectives vs objectives : critiques et réponses

- **Critique 1 : “La subjectivité, ce ne sont que des mots flous”**
    - Exemple de la **tristesse** : difficile à définir, mais immédiatement comprise par tout le monde.
    - Comme pour le **temps**, on sait le mesurer sans savoir vraiment ce que c'est.
  - **Critique 2 : “On ne peut pas vérifier ce que quelqu'un ressent vraiment”**
    - En pratique, dans un **climat de confiance**, le sujet rapporte globalement ce qu'il ressent.
    - L'**hétero-évaluation** (évaluation par un clinicien empathique) permet parfois une description plus fiable, surtout en psychiatrie.
    - Elle permet aussi d'estimer la **variabilité inter-évaluateurs** et donc l'**erreur de mesure**, chose difficile avec l'auto-évaluation.
  - **Critique 3 : “Les mesures subjectives ne seront jamais assez précises”**
    - De nombreuses mesures objectivées (ex. TA au brassard) sont aussi **peu précises**.
    - La précision des mesures subjectives peut **progresser**, et leurs paradigmes de mesure évoluent en parallèle de ceux des sciences « dures ».
- 

## 5. Trois paradigmes de mesure : impression, étalon, théorie

- **Mesure “impression”**
  - On se prononce à partir d'une **impression globale** : « très lourd », « peu lourd ».
  - Parallèle : échelles globales comme la **CGI** (Clinical Global Impression).
- **Mesure “étalon”**

- On compare à des **références** : « aussi lourd que deux dictionnaires ».
- Parallèle subjectif : échelles type **Stanford Sleepiness Scale**, où chaque phrase décrit un niveau-repère de somnolence.
- Limite : trop de niveaux → difficulté à se situer clairement.

- **Mesure “théorie”**

- La mesure est inséparable d'une **théorie générale** (ex. nouvelle définition du mètre via la vitesse de la lumière).
- En subjectivité, les **instruments multi-items** relèvent de ce paradigme : ils reposent sur une théorie implicite de ce qu'ils mesurent.

## 6. Instruments multi-items et cadre théorique

- **Théorie définitoire**

- Exemple : échelle de dépression de Hamilton (21 items : humeur, suicide, insomnie, anxiété, obsessions, etc.).
- Les choix d'items (inclusions, omissions) traduisent une certaine **vision de la dépression** : c'est une théorie implicite de la dépression.

- **Théorie nomologique**

- Chaque concept (dépression, anxiété, obsessions...) s'inscrit dans un **réseau de relations** avec d'autres concepts.
  - L'ensemble de ces relations constitue une **théorie nomologique** de la discipline (psychopathologie, qualité de vie, etc.).
- 

## 7. Pourquoi les mesures subjectives paraissent plus fragiles

- On peut obtenir des **mesures subjectives très précises** (ex. dépression sur entretien filmé) et des **mesures objectives très grossières** (TA au brassard).
  - Pourtant, la TA « paraît » plus solide, car elle s'appuie sur un **modèle physiologique clair** (cœur, artères, pression, bruits d'auscultation).
  - Pour la dépression, le cadre théorique (définitions, liens avec autres symptômes) est **moins stabilisé**, d'où un sentiment de fragilité.
  - Ce n'est donc pas seulement un problème de fiabilité, mais un problème de **théorie incomplète** de la subjectivité.
- 

## 8. Interprétation des scores et nécessité de validation

- **Échelles globales** (type CGI)

- Question simple : « niveau de gravité de l'état dépressif ».
  - Un score (ex. 3 = « légèrement déprimé ») garde une **signification intuitive** pour le clinicien.
- **Échelles multi-items** (Hamilton, HUI2 pour la qualité de vie)
  - Agrègent des contenus très variés (humeur, sommeil, douleur, mobilité, mémoire, fertilité...).
  - Un même score global peut correspondre à **de nombreux profils différents** → perte d'intuition.
  - L'expression « dépression » ou « qualité de vie » reste parlante, mais le score composite l'est beaucoup moins.
- **Conséquence**
  - Pour ces instruments, il faut **étayer le sens** des scores par des études :
  - montrer ce que le score reflète réellement,
    - \* préciser comment il se relie à d'autres variables cliniques.
    - \* Cette étape constitue la **validation** de l'instrument, indispensable avant d'interpréter les résultats ou de les utiliser en pratique.