

Éditorial

La mesure et l'erreur

Les recommandations issues de la conférence de consensus sur « l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie » sont à présent diffusées et vont faire l'objet de nombreuses présentations dans le cadre de conférences au cours des prochains mois. Parmi ces recommandations, je voudrais m'arrêter sur l'une d'entre elles en particulier : « *Le psychologue tient compte du fait que les mesures qu'il interprète ne sont que des estimations de caractéristiques actuelles* ».

Après avoir été violemment critiquées et rejetées dans la foulée de Mai-68, les mesures psychologiques ont passé plus de 20 ans au purgatoire. Elles étaient accusées de réduire les sujets à des valeurs numériques et de simplifier outrageusement la complexité de leur fonctionnement psychologique. À partir des années 90, les mesures ont effectué un retour en force avec le développement de la neuropsychologie. Les praticiens ont en effet pris conscience qu'une quantification des phénomènes et une comparaison des mesures à des normes de référence étaient indispensables pour le diagnostic et le suivi des troubles neuropsychologiques. Le nombre de tests neuropsychologiques a dès lors crû rapidement. Les cliniciens ont aujourd'hui à leur disposition une large gamme de tests construits sur la base de modèles valides des grandes fonctions mentales.

Malheureusement, si les tests actuels sont construits sur des modèles nettement plus pertinents et sophistiqués que par le passé, leurs propriétés métriques laissent trop souvent à désirer. Des informations détaillées sur la fidélité et, surtout, sur les erreurs de mesure sont parfois manquantes. Ces dernières informations, dérivées des coefficients de fidélité, sont essentielles pour une utilisation prudente des mesures récoltées à l'aide de tests. Il n'existe pas de mesure psychologique exempte d'erreurs. Ces dernières sont aléatoires, favorisant ou défavorisant les sujets au gré des circonstances. Elles proviennent du sujet lui-même (distraction, fatigue, interférence de variables parasites...) et de l'examineur (variations des consignes, cotation des réponses...). La standardisation des tests (matériel, consignes, critères de cotation) permet de réduire les erreurs de mesure, mais pas de les supprimer. Comme le dit très justement Einhorn (1986), « *Pour faire moins d'erreurs, il faut prendre en compte les erreurs* ». En d'autres termes, il est indispensable de tenir compte du degré d'erreur de nos mesures lors de leur interprétation et des prises de décision qui en découlent. Une bonne pratique consiste à utiliser systématiquement les intervalles de confiance lorsque nous interprétons et communiquons les notes de tests. L'intervalle de confiance nous rappelle en effet que la note obtenue est toujours entachée d'erreurs et n'est qu'une des notes possibles que le sujet peut obtenir dans une zone déterminée de l'échelle de mesure. Les meilleurs tests fournissent aujourd'hui les informations nécessaires pour construire un intervalle de confiance autour de la note observée. Mais un effort important reste à fournir pour que l'usage de l'intervalle de confiance soit une procédure régulière dans tous les tests cliniques.

Jacques GRÉGOIRE
Rédacteur en Chef d'A.N.A.E