

Distr.  
GÉNÉRALE

CES/AC.36/1998/10  
EUR/ICP/INFO 020603/10  
3 août 1998

FRANÇAIS  
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et  
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques

(Rome, Italie, 14–16 octobre 1998)

SESSION III : Mise au point et utilisation d'indicateurs de résultats dans le domaine de la santé

LA VALIDITÉ DES INDICES SYNTHÉTIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ  
(HALE, QALY ET AVCI)

Communication sollicitée émanant de l'Institut national de la santé publique, Oslo (Norvège) 1/

RÉSUMÉ

Un indice unique des états de santé mesuré sur une échelle allant de zéro (correspondant à l'état de décès) à l'unité (état de bonne santé) peut être employé pour calculer l'espérance de vie corrigée en fonction de la –à–dire l'indicateur HALE = "Health Adjusted Life Expectancy"), la charge de morbidité en termes de réduction du nombre d'AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité) et la valeur des interventions de soins sur la base de l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être (c'est–à–dire l'indicateur QALY = "Quality Adjusted Life Years"). Par contre, les méthodes de mesure de la santé fondées sur des profils

---

1/ Établie par Erik Nord, PhD.

multidimensionnels (le SF-36, par exemple) ne peuvent pas servir à ces usages. Le présent document traite de la validité des différentes techniques utilisables pour évaluer les états de santé au moyen d'un indice unique, en mettant l'accent sur les instruments de mesure de l'utilité multicritère. Il y est préconisé de considérer que les valeurs de l'état de santé doivent refléter l'utilité qu'en retire la société plutôt que l'utilité individuelle, afin d'obtenir des valeurs représentatives et significatives pour toute la gamme d'états morbides envisageables.

### Introduction

Il existe essentiellement deux modes de description de l'état de santé des individus en termes numériques. Le premier consiste à assigner une valeur (score) à chacune des dimensions différentes considérées de la santé, telles que la mobilité, la douleur, l'ouïe et la vue. Conjointement, ces valeurs correspondant chacune *profils de santé* multidimensionnels. On peut citer comme exemple, à ce propos, le profil de l'impact de la maladie, le profil de santé de Nottingham et le SF-36. Selon le deuxième mode de description, un score est attribué à l'état de santé global sur une échelle unique allant de zéro (correspondant à l'état de décès) à l'unité (état de bonne santé). Cet indice unique – ci-après dénommé *valeur de l'état de santé* – est généralement considéré comme une mesure du *bien-être lié à la santé*. Des instruments de mesure de l'utilité multicritère comme EuroQol (Brooks *et al.*, 1996), l'indice d'utilité relatif à la santé (Feeny *et al.*, 1995) et la méthode 15-D (Sintonen et Pekurinen, 1993) fournissent à la fois des profils sanitaires et des valeurs de l'état

De toute évidence, les profils sanitaires procurent plus d'informations que les valeurs de l'état de santé. Toutefois, ils ont pour inconvénient de ne pas toujours permettre de juger lequel de deux états de santé est préférable, puisque l'un peut être assorti de valeurs plus élevées pour certains aspects (dimensions) et l'autre de valeurs plus élevées pour d'autres aspects sans que l'on puisse déterminer quels sont les écarts les plus importants. Les valeurs de l'état de santé tendent à résoudre ce problème en concentrant toutes les données des profils en un indice unique, selon lequel différents états de santé complexes peuvent être classés en fonction de leur valeur globale pour les individus considérés.

Les valeurs de l'état de santé sont également un moyen d'éviter de noyer sous un flot d'informations les personnes chargées de décider de la ventilation des ressources dans le domaine des soins de santé. Au lieu de devoir tenir compte de profils sanitaires complexes pour plusieurs catégories de diagnostic différentes, les décideurs peuvent s'appuyer, au cours de leur réflexion, sur une série d'indices uniques faisant la synthèse de la

Les valeurs de l'état de santé ont une caractéristique supplémentaire importante. Non seulement on peut procéder, sur la base de ces chiffres, à un classement ordinal des états de santé mais les valeurs en question visent aussi à refléter les compromis entre la qualité de la vie (bien-être) et le nombre d'années de vie, d'où la possibilité de totaliser les pertes et les gains de santé dans le temps et pour un groupe de personnes donné. Cette caractéristique peut être utile pour trois usages. Le premier est le calcul de l'

(HALE), et le deuxième l'évaluation de l'efficacité des interventions sur le plan des soins de santé que l'on établit à partir du nombre d'années de vie corrigées en fonction du bien-être (QALY) supplémentaires, dans le cadre des analyses coût-efficacité (pour plus de détails sur ces deux applications, voir le document soumis par M. Harri Sintonen pour la présente réunion). En troisième lieu, les valeurs de l'état de santé peuvent au sein de populations données sur la base des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). Pour plus de détails sur ce dernier point, voir le document présenté par Mme Marie-Louise Essink-Bot pour la présente réunion.

*Il importe de reconnaître que chacune de ces trois applications – HALE, QALY et AVCI – présupposent des mesures de la santé fondées sur des indices uniques. Des mesures s'appuyant sur des profils sanitaires ne peuvent pas faire l'affaire. Par ailleurs, il y a lieu de s'interroger sur la validité et l'opportunité d'une compression de profils sanitaires complexes en un seul indice global de l'état de santé. Les explications fournies ci-après ont pour but de suggérer des méthodes possibles en vue d'obtenir des valeurs de l'état de santé qui soient significatives.*

### Techniques actuellement utilisées pour calculer les valeurs de l'état de santé

Supposons un état de santé complexe, appelé A par souci de brièveté. Pour demander à une personne A en fonction d'un indice unique sur une échelle de zéro à un, on peut employer diverses méthodes, les plus courantes étant les suivantes :

*L'échelle d'évaluation.* La personne en question est priée de situer l'état A sur une ligne droite dont les extrémités représentent respectivement le pire état de santé imaginable et le meilleur état de santé imaginable. On attribue alors à l'état A une valeur (sur une échelle de 0–1) directement proportionnelle à sa proximité de l'extrémité supérieure de la ligne droite.

*Le compromis fondé sur le temps (TTO = "time trade-off").* La personne interrogée est priée d'indiquer le nombre X d'années en parfaite santé qu'il considérerait tout aussi souhaitable que, par exemple, dix années rapport X/10.

*La méthode des jeux de hasard (SG = "standard gamble").* La personne interrogée est priée de comparer deux scénarios. L'un consiste à vivre avec certitude dans l'état traitement présentant une probabilité p de vivre en parfaite santé et une probabilité 1–p de mourir immédiatement. Il est demandé à la personne interrogée d'indiquer la valeur de p pour laquelle les deux options lui semblent également souhaitables. La valeur de l'état A (pour cette personne) est ensuite définie comme étant p.

*Le compromis fondé sur le nombre de personnes (PTO = "person trade-off").* Il est demandé à la personne interrogée de comparer deux programmes. L'un sauverait la vie d'un individu et lui permettrait de revenir à un état de santé parfaite. L'autre permettrait à un nombre N d'individus qui se trouvent dans un état personne interrogée est priée d'indiquer la valeur de N pour laquelle les deux programmes mériteraient tout autant l'un que l'autre d'être financés. Admettons que la = 10. Cela signifie que pour la personne en question, la valeur de la guérison d'un individu se trouvant dans l'état A est égale à un dixième de la valeur d'une vie sauve. La valeur de l'état 0,9 ( $1 - 0,9 = 0,1 = 1/10$ ).

### La validité des valeurs de l'état de santé

Les techniques décrites ci-dessus d'évaluation des états de santé (échelle d'évaluation, TTO, SG et PTO) produisent des résultats différents (Nord, 1992), ce qui conduit à se demander s'il est vraiment possible de définir la santé en fonction d'un indice unique de manière valable, fiable et consensuelle.

Pour répondre à cette question, il est utile de faire la distinction entre deux manières différentes de comprendre les valeurs de l'état de santé. L'une repose sur l' l'autre sur la valeur pour la société (valeur collective ou sociale).

L'utilité individuelle est essentiellement une catégorie d'ordre affectif : quel est le sentiment de bien-être qu'un état de santé donné ou un résultat quelconque en matière de santé procure aux individus concernés ? L'utilité totale pour un groupe d'individus, par exemple toute une nation, est simplement la somme de toutes les utilités individuelles. En revanche, la valeur pour la société est un concept plus vaste d'ordre éthique. Si elle est partiellement fonction de l'utilité totale, elle est également déterminée par le souci d'équité et par la volonté d'assurer à tous un droit égal au traitement et, de ce fait, par la

L'échelle d'évaluation, le compromis fondé sur le temps et la méthode des jeux de hasard sont des techniques qui permettent de mesurer l'utilité individuelle. Le compromis fondé sur le nombre de personnes

permet quant à lui de mesurer la valeur, pour la société dans son ensemble, des résultats obtenus en matière de

Les fonctions de notation des instruments employés pour l'analyse de l'utilité multicritère reposent sur des données concernant les préférences de la population réunies à l'aide d'une ou plusieurs des méthodes ci-après : échelle d'évaluation, compromis fondé sur le temps et méthode des jeux de hasard. Il en va de même du calcul des indicateurs HALE et QALY. En revanche, le calcul de la charge de morbidité sur la base de l'indicateur AVCI s'appuie sur des données de préférence recueillies par la méthode du compromis fondé sur le nombre de personnes. Il s'agit là d'une différence importante. Dans les pages suivantes, je traiterai en premier lieu de la validité des valeurs de l'état de santé pour le calcul de l'indicateur HALE. Les remarques que je formule ici s'appliquent également à l'indicateur QALY. Dans la dernière section du présent document, j'aborderai la question de l'emploi des valeurs de l'état de santé pour la mesure de la charge de morbidité.

#### Valeurs de l'état de santé employées pour le calcul de l'indicateur HALE

L'utilisation de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé en tant qu'indicateur de la santé de la population suppose l'existence de trois compromis.

Il s'agit premièrement du compromis entre la qualité de la vie et la durée de vie. Par exemple, 75 de vie s'accompagnant d'une gêne et d'une incapacité considérables peuvent être considérées comme l'équivalent de 70 années en parfaite santé. On peut parler dans ce cas de *compromis temps – qualité*.

Deuxièmement, un compromis doit être trouvé entre la qualité de la vie et le nombre de personnes en cause. Supposons par exemple une situation dans laquelle 100 personnes vivent toutes jusqu'à l'âge de 75 ans dans un état auquel on a attribué un score de 0,8. Leur nombre moyen d'années de vie corrigées en fonction de la santé est de 60. Imaginons deux évolutions possibles de cette situation. Selon la première hypothèse, 20 personnes vivraient désormais en bonne santé, tandis que les 80 un score de 0,8. Selon la deuxième, l'ensemble des 100 personnes parviendraient à un état de santé évalué à 0,84. Dans les deux hypothèses, l'espérance de vie moyenne corrigée en fonction de la santé qui en résulte se chiffre à 63, ce qui représente un accroissement de trois ans. En réalité, cela signifie que suivant l'indicateur HALE, le passage de 20 personnes d'un état de santé affecté d'un score de 0,8 à un état de santé parfaite équivaut à la progression de l'état de santé de 100 personnes de 0,8 à 0,84. On peut parler ici de *compromis nombre de personne – qualité*.

Troisièmement, il existe un compromis entre la durée de vie et le nombre de personnes en cause. Par souci de brièveté, je n'en parlerai pas ici car il ne dépend pas des valeurs attribuées aux états de santé (voir Nord (1997)).

Dans le cas de l'indicateur HALE, les compromis temps–qualité et nombre de personnes–qualité découlent mathématiquement des valeurs qui sont attribuées aux états de santé. L'un des moyens permettant de vérifier la validité de ces valeurs consiste donc à examiner si les compromis qu'impliquent les valeurs correspondent aux compromis auxquels parviennent les membres de la société lorsqu'on les interroge directement (au cours d'un test d'équilibre fondé sur la réflexion). Dans la négative, les valeurs ne se prêtent pas au calcul de l'indicateur HALE.

Pour effectuer ce contrôle de validité, il nous faut encore préciser la nature profonde ou l'objet des compromis. Il y a deux possibilités à cet égard : utilité ou valeur pour la société.

Supposons que les compromis que l'on souhaite intégrer dans un indicateur HALE soient établis en fonction de l'utilité. L'hypothèse selon laquelle 75 en parfaite santé signifie alors que l'utilité individuelle dans ces deux scénarios est la même. Un responsable de l'élaboration des politiques peut vouloir connaître le moyen de vérifier cette dernière hypothèse.

Puisque l'utilité relève d'un sentiment subjectif et que la force de ce type d'impression n'est pas directement mesurable, la vérification des valeurs d'utilité attribuées ne peut pas se faire directement. Cependant, en théorie, l'utilité individuelle peut être évaluée *indirectement* en observant le comportement en corrélation avec le sentiment subjectif de l'utilité. L'un de ces comportements concerne les scores en matière de qualité de la vie que les sujets s'attribuent eux-mêmes lorsqu'on leur demande d'évaluer leur propre santé en fonction d'une échelle d'évaluation. Cependant, on a démontré que les scores attribués sur la base d'une échelle d'évaluation n'avaient pas les propriétés des échelles s'agissant des intervalles, en ce sens que des intervalles de même ampleur à différents niveaux d'une telle échelle (par exemple, un mouvement de 0,4 à 0,6 par comparaison avec une progression de 0,7 à 0,9 sur une échelle allant de zéro à l'unité) n'a pas la même signification pour les individus intéressés (Morris et Durand, 1989; Nord, 1991; Richardson, 1994). Par conséquent, les mesures de l'échelle d'évaluation ne permettent pas d'obtenir un total significatif de l'utilité pour l'ensemble des individus. *Je ne recommande donc pas l'emploi des utilités appliquées sous forme d'auto-évaluation sur la base d'échelles d'évaluation, pour le calcul de l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé.*

Selon la théorie économique et l'analyse décisionnelle, une donnée comportementale plus largement acceptée en corrélation avec la perception de l'utilité est la mesure dans laquelle un individu serait prêt à sacrifier un certain nombre d'années de vie en échange de la guérison d'une maladie donnée ou d'une amélioration donnée de son état de santé. Cette acceptation du sacrifice d'années de vie peut être évaluée à l'aide de questions posées dans le cadre de la méthode des jeux de hasard ou de la technique du compromis fondé sur le temps.

Un certain nombre d'instruments d'évaluation de l'utilité multicritère visent à exprimer l'utilité dans ce sens. Toutefois, les arguments empiriques que les concepteurs de ces instruments avancent pour étayer cette interprétation de leurs valeurs sont peu convaincants ou même inexistantes (Nord 1997, tableau d'autres études que celles citées par les concepteurs donnent à penser que les valeurs attribuées par les instruments d'évaluation de l'utilité multicritère surestiment en fait le degré de consentement à sacrifier des années de vie pour ressentir une légère gêne, mais est apte à exercer une certaine activité professionnelle et n'éprouve que des instruments d'évaluation de l'utilité multicritère attribuent à cet état de morbidité légère des valeurs allant de 0,60 à 0,98, avec une majorité des scores proche de 0,90 (Nord 1996a). Ce dernier score correspond au consentement à sacrifier 10 % de son espérance de vie pour recouvrer la santé. Cependant, il ressort d'un certain nombre d'études que les personnes qui se trouvent effectivement confrontées à ce genre de problème de santé de gravité moyenne ne sont pas du tout prêtes à sacrifier des années de vie pour *et al* ont recueilli des données à l'aide de la méthode du compromis fondé sur le temps et de la méthode des jeux de hasard auprès de quelque 17 000 patients des centres de soins de santé primaires à travers les États-Unis. En moyenne, les patients souffraient de deux maladies chroniques. Leur score moyen sur une échelle d'évaluation allant de zéro ("pire état de santé possible") à 100 ("santé parfaite") est de 75. Cependant, 85 % des patients n'étaient pas prêts à sacrifier des années de vie pour être guéris. Même parmi les patients souffrant de cinq maladies chroniques différentes, cette proportion atteignait 75 % (Sherbourne et Sturm, 1997). Les études réalisées par O'Leary *et al.* (1995), Fowler *et al.* (1995), Nord (1996b) et Stavem (1996) aboutissent à des résultats semblables. Il s'ensuit que *santé doivent servir à mesurer la santé de la population en fonction de l'utilité, et si l'utilité (ou plutôt la désutilité) est évaluée d'après la mesure dans laquelle des personnes malades ou handicapées sont prêtes à sacrifier des années de vie pour recouvrer la santé, alors aucun des instruments existants d'évaluation de l'utilité multicritère ne semble fournir de résultats valables (encore que l'indice Rosser/Kind (1978) s'en approche).*

Une autre solution consiste à concevoir les compromis que l'on souhaite intégrer dans le calcul de l'indicateur HALE en fonction de la valeur de l'état de santé pour l'ensemble de la société. Si l'on dit alors que 75 années de vie avec un certain nombre de problèmes de santé équivalent à 70 années de vie en parfaite santé (compromis temps-qualité), cela signifie que la société attribue la même valeur à ces deux

manière, l'hypothèse selon laquelle le passage de 20 personnes d'un état de santé évalué à 0,8 à un état de santé parfaite équivaut à la progression de 100 personnes d'un score de 0,8 à un score de 0,84 (compromis nombre de personnes–qualité) signifie que la société accorde exactement la même valeur à ces deux situations. Une fois de plus, il faut s'assurer que ces compromis intégrés dans l'indicateur HALE par le biais des valeurs de l'état de santé utilisées correspondent bien aux préférences effectives de la société.

compromis temps–qualité que les membres de la société souhaitent faire en évaluant différents scénarios de vie s'appliquant à d'autres personnes. En revanche, il existe compromis nombre de personnes–qualité auxquels la société est prête à adhérer. La plupart de ces études, réalisées en Australie, en Espagne, aux États–Unis, en Norvège et au Royaume–Uni, ont été examinées par Nord (1996a). Il ressort de ces études que les membres du public souhaitent que leurs systèmes de soins de santé produisent autant de santé – ou d'utilité – que possible, mais avec certaines restrictions. Par exemple, une plus grande valeur est accordée à l'amélioration de la santé des personnes gravement malades qu'à une amélioration équivalente de l'état des personnes moins gravement malades. De manière générale, les personnes interrogées pensent aussi que leur droit de réaliser leur potentiel en matière de santé est le même, que ce potentiel soit élevé ou faible (Nord *et al.*, 1998). Les données recueillies indiquent l'ordre de grandeur suivant lequel les habitants de certains pays industrialisés évaluent l'amélioration de la santé de personnes atteintes de maladies plus ou moins graves et ayant des potentiels différents d'amélioration de leur santé. Pour décrire cet ordre de grandeur, considérons quatre catégories de résultats :

- A : *Sauver la vie d'une personne* qui vivra ensuite en bonne santé.
- B : *Guérir une personne atteinte d'un problème grave*, par exemple une personne qui ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant, souffre de douleurs la plupart du temps et est incapable de travailler.
- C : *Guérir une personne qui souffre d'un problème de santé considérable*, par exemple une personne qui utilise des béquilles pour se déplacer, souffre de douleurs légères par intermittence et est incapable de travailler.
- D : *Guérir une personne qui souffre d'un problème modéré*, par exemple une personne qui a des difficultés à se déplacer à l'extérieur et ressent une légère gêne, mais est apte à exercer une certaine activité professionnelle et n'éprouve que des difficultés mineures chez elle.

Dans des pays comme l'Angleterre, l'Australie, l'Espagne, les États–Unis et la Norvège, l'appréciation de la valeur sociale du résultat de la catégorie A semble être à peu près trois à six fois plus élevée que pour la catégorie B, 10 à 15 fois plus élevée que pour la catégorie C et 10 à 15 fois plus élevée que pour la catégorie D. Je tiens à souligner que ces chiffres se rapportent à une évaluation des résultats dans le cadre de décisions touchant les programmes et politiques de santé (par opposition à des décisions concernant des patients identifiés ayant besoin de soins au moment considéré). Un indicateur HALE, qui vise à montrer si un état de choses concernant la santé de la population est préférable à un autre, doit refléter cette hiérarchie des préoccupations. À cette fin, il faut attribuer aux états de santé des valeurs correspondant à l'ordre de grandeur ci–après aux fins du calcul de l'indicateur HALE :

Problème grave (résultats de la catégorie B) :	0,65–0,85
Problème considérable (résultats de la catégorie C) :	0,90–0,94
Problème modéré (résultats de la catégorie D) :	0,98–0,995

Ainsi qu'il ressort du tableau 1, la plupart des instruments d'évaluation de l'utilité multicritère sont loin de satisfaire aux conditions énoncées ci–dessus. De manière générale, ils attribuent des valeurs trop faibles à des états de morbidité modérée ou légère, ce qui amène, ensuite, à attribuer aux améliorations de la santé des personnes se trouvant initialement dans un tel état des valeurs trop élevées par rapport aux améliorations de l'état des personnes souffrant de maladies graves ou menaçant la vie du malade.

### Une stratégie d'amélioration de la validité dans le calcul de l'indicateur HALE

Une solution au problème exposé ci-dessus consisterait à ajuster les algorithmes d'évaluation des instruments d'évaluation de l'utilité multicritère de manière à produire la compression nécessaire des valeurs à l'extrémité supérieure. Cependant, il nous faut ici faire une distinction entre la perspective fondée sur l'utilité et celle qui repose sur la valeur sociale.

En ce qui concerne l'utilité, les sections précédentes sont fondées sur l'hypothèse courante en économie de la santé et en analyse décisionnelle, selon laquelle la désutilité d'un état de morbidité peut être mesurée en fonction du consentement à sacrifier des années de vie pour être débarrassé de la maladie. Compte tenu de cette définition particulière, je suis amené à conclure que les valeurs obtenues à l'aide des instruments d'évaluation de l'utilité multicritère présentent généralement un manque de compression à l'extrémité supérieure, puisque les personnes malades manifestent une grande réticence à faire effectivement ce genre de sacrifice lorsqu'on leur pose directement la question dans le cadre d'études de préférences.

Si cette structure réelle des préférences était intégrée aux valeurs attribuées aux états de santé, un grave problème se poserait : un grand nombre d'états morbides légers ou modérés se verraient attribuer la valeur 1. Les améliorations effectives de l'état de santé des personnes souffrant de maladies de cette nature ne seraient donc pas reflétées par les instruments d'évaluation de l'utilité multicritère, puisqu'il n'y aurait pas de différence entre les valeurs attribuées à des états de cette nature et la valeur de la santé parfaite, ce qui poserait un problème à la fois pour la mesure de la santé de la population et pour l'analyse coût-efficacité.

Une démarche envisageable pour surmonter cette difficulté consiste à considérer les valeurs de l'état de santé comme des chiffres qui sont censés exprimer des compromis en termes de valeur pour la société plutôt qu'en termes d'utilité. En effet, il apparaît que la préférence exprimée pour la sauvegarde de la vie en soi peut être un peu moins absolue lorsque les personnes interrogées sont priées de classer par ordre de priorité différents programmes de soins de santé dans un contexte budgétaire que lorsqu'on leur demande dans quelle mesure elles sont prêtes à sacrifier leurs propres années de vie futures ou leur certitude de survie. Autrement dit, il me semble qu'un plus grand nombre d'états de santé se verraient attribuer des valeurs inférieures à l'unité si l'on posait des questions entrant dans le cadre d'un compromis fondé sur le nombre de personnes à l'ensemble de la population au lieu d'appliquer la méthode du compromis fondé sur le temps ou la méthode des jeux de hasard à des personnes souffrant elles-mêmes d'une maladie ou d'une incapacité. Choisir la perspective de la valeur sociale peut donc être un moyen de garantir à la fois la validité et la sensibilité de la pratique qui consiste à attribuer des

### La charge de morbidité mesurée sur la base de l'indicateur AVCI

Pour mesurer la charge de morbidité sur la base de l'indicateur AVCI, on se sert de *coefficients de pondération de la gravité* pour les différentes maladies. On obtient ces pondérations en soustrayant simplement la valeur de l'état de santé de l'unité. Les valeurs des états de santé sont obtenues par la méthode du compromis fondé sur le nombre de personnes (Murray et Lopez, 1996). La charge de morbidité est donc mesurée d'une manière qui, à la recommandation susmentionnée, à savoir que les valeurs des états de santé devraient être basées sur une technique reflétant la valeur sociale – y compris le souci de l'équité des soins de santé – plutôt qu'uniquement la valeur individuelle.

Cependant, la manière particulière dont la méthode du compromis fondé sur le nombre de personnes est appliquée dans le mode d'évaluation actuel de la charge de morbidité est fort problématique. Les sujets sont invités à évaluer les états de santé sur la base de deux questions PTO différentes. L'une d'elles comprend : supposons qu'un programme A permettra à un millier de personnes en bonne santé de bénéficier d'une année de vie supplémentaire, et qu'un programme B permettra à X personnes souffrant d'une incapacité donnée, par exemple la cécité. Quel doit être le nombre X pour que les deux programmes soient considérés comme étant de valeur égale ? Les sujets interrogés ont pour instruction de suggérer un nombre supérieur à 1 000, pour refléter le fait que l'incapacité, en l'occurrence la cécité, représente

une charge de morbidité. Mais cela ne veut pas dire pour autant que les handicapés ont un droit à la vie moindre que celui des personnes bien portantes, ou que la perte d'années de vie dans le cas des handicapés importe moins, lors de l'établissement des priorités en matière de soins de santé, que la perte d'années de vie s'agissant de personnes bien portantes. Toutefois, c'est ce qui découle implicitement de la mesure de la charge de morbidité telle qu'elle est effectuée à l'heure actuelle. Les travaux futurs portant sur les statistiques relatives à la charge de morbidité devraient donc être fondés sur une version révisée de la méthode PTO.

### Conclusion

Les informations épidémiologiques et cliniques basées sur des indicateurs tels que HALE, QALY et AVCI ont pour objet d'aider les décideurs en limitant la quantité d'informations dont ils doivent tenir compte. Les indicateurs en question sont plus significatifs et plus faciles à comprendre s'ils visent à refléter la valeur pour la société plutôt que l'utilité individuelle. Pour obtenir une perspective reflétant la valeur collective, on veut utiliser la méthode du compromis fondé sur le nombre de personnes en vue de déterminer les préférences de la population en ce qui concerne les états de santé. Les travaux portant sur la mesure de la charge de morbidité montrent qu'il faut veiller à la façon dont sont posées les questions formulées dans le cadre de la PTO.

Le fait que l'on puisse démontrer le caractère significatif d'indicateurs tels que HALE, QALY et AVCI ne prouve pas nécessairement qu'ils sont utiles. En définitive, c'est aux décideurs eux-mêmes qu'il appartient de juger s'il leur est utile de disposer d'une information de cette nature en plus des modes classiques de description des pertes et gains en matière de santé. Il s'agit là d'un sujet d'étude important pour les recherches futures.

## RÉFÉRENCES

Brooks R *et al.* EuroQol: The current state of play. *Health Policy* 1996, 37, 53–72.

Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classification systems. *Pharmacoeconomics* 1995, 7, 490–502.

Fowler FJ, Cleary PD, Massagli MP *et al.* The role of reluctance to give up life in the measurement of the value of health states. *Medical Decision Making* 1995, 15, 195–200.

Kaplan RM, Anderson JP. A general health model: Update and applications. *Health Services Research*, 1988, 23, 203–235.

Nord E, Pinto JL, Richardson J, Menzel P, Ubel P. Numerical valuations of health programs as a function of individual utility gains and societal concerns for fairness. *Health Economics* 1998 (à paraître).

York : Centre for Health Economics 1989.

Murray CLJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, 1996.

Nord E. The validity of a visual analog scale in determining social utility weights for health states. *International Journal of Health Planning and Management* 1991, 6, 234–42.

Nord E. Methods for quality adjustment of life years. *Social Science and Medicine* 1992, 34, 559–569.

Nord E. The person trade-off approach to valuing health care programs. *Medical Decision Making* 1995, 15, 201–208.

Nord E. Health status index models for use in resource allocation decisions. A critical review in the light of observed preferences for social choice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1996, 12, 31–44.

Nord E. Time trade-off scores in patients with chronic disease. Comparison with the York hypothetical TTO tariff. Document présenté lors de la réunion plénière d'EuroQol, Oslo, octobre 1996.

Nord E. A review of synthetic health indicators. Rapport destinés à l'OCDE. Oslo : Institut national de la santé publique, 1997.

O'Leary JF, Fairclough DL, Jankowski MK *et al.* Comparison of time trade-off utilities and rating scale values of cancer patients and their relatives. *Medical Decision Making* 1995, 15, 132–137.

Richardson J. Cost-utility analysis: What should be measured? *Social Science & Medicine* 1994, 39, 7–21.

Rosser R, Kind P. A scale of valuations of states of illness: Is there a social consensus? *International Journal of Epidemiology*, 1978, 7, 347–358.

Rosser R, Cottee M, Rabin R, Selai C. Index of health-related quality of life. Dans : Hopkins A (ed). *Measures of the quality of life, and the uses to which they may be put*. Londres: Royal College of Physicians of London, 1992.

Sherbourne C, Sturm R. Utility measures from the screener. Document ronéotypé présenté à la RAND, Santa

**Sintonen H, Pekurinen M. A fifteen-dimensional measure of health-related quality of life (15 D) and its applications. Dans Walker SR, Rosser RM (éd.). Quality of life assessment. Key issues in the 1990s. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993.**

**Stavem K. Valuing theoretical versus own condition: A comparison using time trade-off and the EuroQol Instrument in COPD patients. Document présenté lors de la réunion plénière d'EuroQol, Oslo, octobre 1996.**

**Tableau 1. Valeurs de l'état de santé calculées en fonction de différents indicateurs d'utilité multicritère**

	<u>Degré de gravité du problème</u>		
	Problème grave	Problème considérable	Problème modéré
15D	0,77	0,86	0,91–0,93
HUI2	0,40	0,70	0,90–0,94
EQ–5D (échelle d'évaluation)	0,20	0,60	0,70
EQ–5D(compromis fondé sur le temps)	0,20–0,25	0,40–0,50	0,80
QLHQ	0,30–0,40	0,50–0,60	0,60–0,70
IHQL (3D) <u>a/</u>	0,50–0,70	0,75–0,85	0,89–0,93
IHQL (complexe) <u>a/</u>	0,70–0,75	0,80–0,90	0,90–0,94
Indice de Rosser/Kind <u>b/</u>	0,68	0,94	0,97–0,98
QWB <u>c/</u>	0,45–0,55	0,65–0,70	< 0,80

a/ Rosser *et al.*, 1992.

b/ Rosser et Kind, 1978.

c/ Kaplan et Anderson, 1988.

Source de toutes les valeurs : Nord (1996).

-----