

Indicateurs synthétiques de santé

Chantal Cases
Directrice de l'Irdes

Eric Jougl
Directeur du CépiDc-Inserm

Sandrine Danet
Chargée de mission, Drees

De nombreux indicateurs ont été conçus pour l'aide à la décision en matière de politique de santé publique. Cependant leur utilisation s'avère complexe et leur interprétation n'est pas toujours aisée.

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a défini cent objectifs à l'horizon 2008-2009, ainsi que plusieurs objectifs transversaux, notamment en termes de réduction des inégalités géographiques et sociales de santé. Ces objectifs reposent sur les analyses préliminaires qui ont utilisé un certain nombre d'indicateurs chiffrés de santé [2]. La future révision de la loi, prévue en 2009-2010, nécessitera de reprendre une analyse du même type. Dans l'idéal, les indicateurs de santé utilisés devraient appréhender l'ensemble des composantes du concept d'état de santé tel qu'il est défini par l'Organisation mondiale de la santé : « *un état de complet bien-être physique, mental et social* », ne consistant donc pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités. Pour répondre à cette définition large, ils devraient à la fois comprendre des indicateurs classiques tels que la mortalité, la morbidité ou la santé fonctionnelle, mais également des indicateurs de « santé positive » du type *qualité de vie*. La disponibilité et la qualité de ce type d'indicateurs ont progressé dans la période récente, notamment à travers l'engagement de l'OMS, de l'OCDE ou d'Eurostat. En France, l'élaboration de la loi de santé publique a donné lieu à des travaux et publications spécifiques, qui traduisent également un progrès non négligeable dans la connaissance et l'information sur l'état de santé de la population [3, 4]. L'objectif de cet article est de détailler les principaux indicateurs disponibles dans ce contexte, de rappeler

leur définition et d'illustrer leur intérêt par certains résultats. Il a également pour but de présenter leurs limites et d'envisager l'utilisation d'indicateurs complémentaires non encore disponibles ou non encore suffisamment consolidés pour pouvoir l'être actuellement. Ces indicateurs doivent répondre à plusieurs exigences : pouvoir être produits facilement à intervalles réguliers, répondre à une définition homogène entre groupes de populations ou dans le temps et, si possible, permettre des comparaisons infranationales, internationales ou entre groupes de populations.

Les causes médicales de décès

Les évaluations de mortalité et leurs causes ont longtemps constitué la principale mesure de l'état de santé des populations. Les données disponibles sur les causes de décès sont issues, pour la France, de la base de données exhaustive du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm¹. Elles correspondent aux informations médicales rapportées par les médecins certificateurs à l'occasion de chaque décès survenu en France. Elles sont basées sur une cause unique par décès (la cause initiale), mais les données disponibles permettent également de conduire des analyses en causes multiples. Ce type d'approche permet de compléter les informations basées sur la cause à l'origine du décès (cause initiale) avec celles basées sur une cause ayant également contribué

1. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>

au décès (cause associée). Les données validées les plus récentes concernent l'année 2006. Les causes de décès sont codées depuis l'année 2000 en fonction des règles de la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) [10]. Les données des 27 pays de l'Union européenne sont compilées par Eurostat². Les indicateurs de mortalité utilisés sont les effectifs annuels de décès et les taux de décès pour 100 000 habitants. Les taux de décès sont standardisés selon l'âge par une méthode de standardisation directe considérant en tant que structure d'âge de référence la population européenne de 1976.

Mortalité « prématurée » et mortalité « évitable »

La simple mesure des taux de décès et de leurs causes ne suffit pas pour orienter la politique de santé. Pour aller plus loin dans les préconisations, l'importance des indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » a été mise en évidence sur la base de comparaisons de la situation de la France à celle d'autres pays de développement comparable [6]. L'analyse, au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, du niveau de mortalité dans les différents pays de l'ouest de l'Europe a ainsi clairement mis en évidence une situation paradoxale pour la France. Les taux de décès des jeunes adultes, notamment les hommes, étaient généralement nettement plus élevés que dans les autres pays. Au contraire, les niveaux de mortalité étaient en France extrêmement favorables pour les personnes âgées. À titre d'illustration, l'espérance de vie après 60 ou 65 ans était la plus élevée, en France, par rapport aux autres pays européens, et cela aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ces données ont conduit à orienter les analyses sur les causes de décès les plus fréquemment responsables de la mortalité « prématurée ». Une grande part de ces décès est directement liée à des pratiques de santé à risque. Les causes de décès correspondantes ont été regroupées sous le terme de mortalité « évitable ».

La mortalité « prématurée » a été définie comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans. Cette limite peut paraître arbitraire, mais c'est celle retenue par Eurostat pour la diffusion de leurs données. De plus,

elle correspond en France à l'âge limite de cessation d'activité. La mortalité « évitable » est un sous-ensemble de la mortalité « prématurée » définie par un regroupement de causes de décès fortement liés à des pratiques à risque (consommation d'alcool ou de tabac, conduite dangereuse sur la route, suicide...). Ce type de causes de décès devrait pouvoir être réduit efficacement par une amélioration des actions de prévention primaire, alors que le fonctionnement du système de soins a un impact moindre pour diminuer leur occurrence (même s'il conserve un rôle dans la survenue de ces décès). Les causes de décès ainsi considérées sont les cancers du poumon et du larynx, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), les suicides, les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques, les accidents de transport, les autres types de morts violentes et le sida. Comparée aux autres pays européens, la France se situe pour les hommes dans une position encore plus défavorable en termes de mortalité « évitable » qu'en termes de mortalité « prématurée ». Pour les femmes de moins de 65 ans, la place de la France est moyenne, contrastant avec la situation excellente du niveau global de la mortalité féminine française. À titre d'illustration, les taux de décès « évitables » masculins sont en France 50 % plus élevés qu'au Royaume-Uni et presque deux fois plus élevés qu'en Suède. Une autre spécificité de la situation française est que, si l'on considère séparément les différents composantes de la mortalité « évitable » masculine, elle se trouve en position défavorable quelles que soient les causes de décès considérées, alors que pour de nombreux autres pays la situation varie selon ces causes. Les taux de décès sont ainsi particulièrement élevés en France pour les cancers du poumon, les cancers VADS et les suicides.

La France se caractérise également par l'importance de l'écart de mortalité entre hommes et femmes. Pour l'ensemble des décès « prématurés », les taux masculins sont multipliés par 2,2 par rapport aux taux féminins et, pour la mortalité « évitable », par 3,6. Les ratios de mortalité les plus élevés sont observés pour les cancers VADS (taux de décès multipliés par 6,8 chez les hommes), et les cancers du poumon-larynx (4,2).

Le niveau de la mortalité « évitable » a tendance à diminuer en France. L'importance de cette baisse, légèrement plus marquée

pour les hommes, varie selon le type de causes de décès considérées. Pour les hommes, les diminutions les plus nettes ont concerné les accidents de transport, le sida et les cancers VADS, puis, d'une manière moins marquée, les autres types d'accidents, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques. Pour les cancers du poumon-larynx et le suicide, les taux de décès ont peu évolué. Pour les femmes, la diminution la plus importante a également concerné les accidents de transport. L'ensemble des autres causes a régressé avec, comme pour les hommes, deux exceptions : le suicide dont le niveau de mortalité stagne et les cancers du poumon-larynx avec une très forte progression (une des plus fortes hausses en comparaison des pays voisins). Malgré ces tendances à la baisse, une comparaison avec la situation d'autres pays (par exemple, le Royaume-Uni) fait encore actuellement ressortir la situation défavorable des hommes en France.

La France se caractérise aussi par des inégalités géographiques marquées du niveau de la mortalité « prématurée ». Le niveau de ces disparités varie cependant selon le type de causes de décès considérées. Pour l'indicateur agrégé de mortalité « évitable », se dessine un croissant nord-nord-ouest de surmortalité partant du Nord-Pas-de-Calais jusqu'à la Bretagne. On note également des taux de décès élevés en Bourgogne.

Des indicateurs tels que les années potentielles de vie perdues (APVP) permettront de mettre plus clairement en évidence l'impact de la mortalité prématurée sur l'espérance de vie en fonction des différents types de causes de décès. Une réflexion est en cours sur la définition à retenir pour cet indicateur (en particulier en ce qui concerne la limite d'âge à prendre en compte pour caractériser une année de vie perdue).

La définition de la mortalité « évitable » actuellement utilisée en France constitue en fait une des composantes d'une définition plus large, incluant à la fois des causes « évitables » liées aux pratiques à risque et à la prévention primaire, et des causes « évitables » liées au système de soins. Compte tenu de l'importance de ces concepts pour le suivi et l'évaluation des actions de santé publique et la réalisation des comparaisons internationales, un programme européen va être développé afin de mieux préciser cette définition.

2. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Outre une réflexion critique sur le mode de construction des indicateurs, l'objectif sera également de préciser cette distinction entre « évitabilité » liée au système de prévention primaire (comportements à risque) et « évitabilité » liée au fonctionnement du système de soins.

Des indicateurs intégrant la morbidité et la santé fonctionnelle

Le suivi de la mortalité, de ses causes et de son évitabilité n'est bien évidemment qu'un des outils nécessaires à l'élaboration de la politique de santé publique. L'allongement de la durée de vie et le développement des pathologies chroniques nécessitent de construire des indicateurs qui rendent compte de la charge globale de morbidité et des incapacités qui en résultent, et qui permettent de repérer les problèmes de santé n'entraînant pas nécessairement la mort et nécessitant des interventions, et le cas échéant de prioriser ces interventions. Davantage que ceux liés à la mortalité, ces indicateurs posent des problèmes de définition et de mesure.

Mesurer la morbidité suppose d'abord de définir la notion de maladie, la frontière entre le normal et le pathologique, la guérison... Autant de notions qui ne sont en aucun cas constantes dans le temps, ni dans l'espace, voire entre groupes sociaux. « Mesurer la morbidité équivaut alors à mesurer la surface d'un champ dont on ne connaît pas les limites » [14]. Qui plus est, aucune des trois grandes familles de méthodes utilisées pour quantifier la morbidité (morbidité diagnostiquée et traitée mesurée à travers le système soins, morbidité mesurée par des examens de santé ou morbidité déclarée dans les enquêtes en population) n'est exempte d'erreurs de mesure ou d'incomplétude.

Les maladies non mortelles ont des conséquences sur le fonctionnement des personnes, qui méritent également d'être évaluées pour orienter les actions de santé publique. Le cadre conceptuel de la santé fonctionnelle a été assez bien établi, dans le prolongement des travaux de Wood [15], notamment sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé et de la banque mondiale [16], en distinguant les concepts de déficiences (perte ou altération d'une fonction), d'incapacité (réduction de la capacité d'accomplir une activité « normalement »), de désavantage social (limitation

du rôle social « normal »). La mesure en est essentiellement réalisée par enquête auprès des personnes, à travers des questionnaires standardisés, pour lesquels des recommandations internationales sont élaborées ; mais ces recommandations ne sont que partiellement appliquées, rendant souvent les comparaisons internationales difficiles [14].

Deux types d'indicateurs synthétiques sont issus de ces mesures : les espérances de vie « sans incapacité » (Evs) et les années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI ou DALYS : Disability Adjusted Life Years).

L'espérance de vie sans incapacité évalue la partie de l'espérance de vie pendant laquelle les personnes restent en bonne santé fonctionnelle. Elle a d'abord été calculée en France par l'Inserm et l'Insee [12] à partir des résultats des enquêtes décennales sur la santé de 1981 et de 1991. Ces dernières permettent de mesurer la prévalence observée des incapacités dans la population vivant en ménage ordinaire à partir de la simple déclaration des personnes d'être « handicapées ou [d'avoir] des gênes et difficultés dans la vie quotidienne » et à l'aide des tables de mortalité générale. Cet indicateur général a pu être décliné en 1991 par grand type d'incapacité ou de désavantage à l'aide des questionnaires standard recommandés par l'OMS. La réédition de l'Enquête Santé en 2002-2003 avec un protocole modifié n'a toutefois pas permis de prolonger la série de manière cohérente, mettant ainsi en lumière les questions de robustesse de l'indicateur selon le protocole d'enquête utilisé. Le « réseau espérance de vie en santé » (Reves) animé par l'Inserm est chargé de publier les travaux relatifs aux Evs et de veiller à l'harmonisation internationale de leur calcul. Des estimations d'espérance de vie sans incapacité calculées à l'aide du panel communautaire en 1994 ont été réalisées dans le cadre de ce réseau [13]. Ces données ont été récemment mises à jour [4]. Pour l'année 2002, on estime ainsi³ que les hommes de 65 ans ont une espérance de vie totale de 17,1 ans, dont 7 ans sans problèmes fonctionnels (voir, entendre, marcher, monter des escaliers...), 12 ans sans limitation d'activité et 15 ans sans difficulté dans les activités de soins

3. À partir des données de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (Insee).

personnels (toilette...). Pour les femmes de 65 ans, restent 21,4 années d'espérance de vie, dont 7 années sans limitations fonctionnelles, 13 années sans limitations d'activité et 17 années sans restrictions pour les soins personnels [4]. À l'avenir, le développement des enquêtes européennes de santé permettra sans doute d'améliorer la comparabilité internationale de cet indicateur, dont la définition et les méthodes de calcul sont suffisamment simples et transparentes pour être facilement interprétées lorsque les sources de données utilisées sont bien contrôlées. Il pourra ainsi être utilisé en complément de l'espérance de vie pour évaluer les conséquences globales des maladies et du vieillissement sur le contenu des années de vie gagnées.

Les AVAI ou DALYS sont associées à des éléments conceptuels et méthodologiques plus complexes, développés conjointement par l'OMS et la Banque mondiale dans le cadre du projet « Burden of disease » [9, 16]. Elles évaluent ce « fardeau de la maladie » en termes d'années de vie perdues par mortalité prématurée et d'années de vie en bonne santé perdues en raison d'incapacités, en pondérant les années de vie par une échelle d'incapacité, ainsi que les pathologies à l'origine de ces pertes potentielles. L'échelle d'incapacité varie de 0 à 1 (0 représentant une santé parfaite et 1 la mort) ; elle a été déterminée dans les années quatre-vingt-dix grâce à l'interrogation d'un panel d'experts. Les années de vie ainsi pondérées sont assorties d'un taux d'actualisation, et la valeur des années de vie est pondérée, dans la version standard de l'indicateur, de manière à rendre compte du cycle de productivité et de la variation dans le temps de leur rôle de soutien familial : de ce fait, les années vécues dans l'enfance ou la vieillesse comptent moins que les autres. Cet indicateur a subi de nombreuses critiques, tant pratiques (complexité de calcul) qu'éthiques [5]. En particulier, la méthode de pondération des âges a été contestée⁴ ; la méthode de valorisation des déficiences préconisée jusqu'ici, uniquement fondée sur des dires de professionnels de santé, est accusée d'attacher explicitement moins de valeur à la vie des personnes en incapacité qu'à celle des personnes totalement valides.

4. En général, les données sont également présentées sans pondération des âges de la vie.

Les DALYs sont pourtant largement utilisées dans les systèmes d'information internationaux. Des données par sexe, cause et pour six grandes régions du monde ont été publiées par l'OMS pour l'année 2000 (WHO, 2002).

Un indicateur plus synthétique, d'espérance de vie corrigée de l'état de santé (health-adjusted life expectancy, ou HALE), construit en pondérant les DALYs par les prévalences constatées des pathologies concernées, est également publié par pays pour l'année 2000 dans le rapport 2001 de l'OMS sur la santé dans le monde. Cet indicateur peut être soumis aux mêmes critiques que les DALYs. Pour l'année 2000, l'OMS l'estimait, à la naissance, à 70,7 ans en France, qui se situait ainsi au 4^e rang de l'Union européenne après la Suède, l'Italie et la Grèce (l'indicateur était de 67,2 ans aux États-Unis et de 73,8 ans au Japon).

Un tel classement est cependant assez discutable. En effet, au-delà des critiques conceptuelles, l'évaluation des AVAI ou DALYs s'avère complexe. Les données utilisées pour la France dans les rapports internationaux sont construites à partir d'évaluations de morbidité européennes, et aucune estimation complète sur données françaises n'existe encore. Un premier rapport de faisabilité, réalisé par l'Inserm et l'ORS Île-de-France à la demande de la Direction générale de la santé [7], a ainsi mis en évidence la mauvaise adaptation des données publiées par l'OMS à l'analyse de la situation française : une évaluation, réalisée sur quelques grandes pathologies à l'aide de données de morbidité françaises laisse apparaître une hiérarchie des maladies différente de celle publiée dans le rapport OMS de 2002. Chez les hommes, le classement des principales pathologies en termes d'AVAI diffère nettement entre les deux sources, puisque les affections neuropsychiatriques liées à l'alcool arrivent en première position des estimations françaises avec 7,8 % du total des AVAI, alors que les estimations OMS ne classent cette pathologie qu'en 4^e place avec 4,6 %. De la même manière, l'impact de la dépression est plus fort dans les estimations françaises qu'avec les données de l'OMS (de la 7^e à la 4^e place). Pour les femmes, le classement des trois premières pathologies ne change pas : il s'agit de la dépression, du cancer du sein et de la maladie d'Alzheimer. Mais là encore, les estimations françaises donnent

un poids plus important à la dépression (11,8 %) que les estimations OMS (7,3 %). De fortes différences sont observées dans le classement des malformations congénitales, des affections neuropsychiatriques liées à l'alcool, des migraines et des chutes. Sur le plan méthodologique, les résultats s'avèrent très sensibles au choix de pondération des âges ; ils le sont vraisemblablement aussi fortement pour ce qui concerne l'évaluation de la charge d'incapacité et de sa durée, qui repose sur une évaluation exclusivement faite par des professionnels de santé. À ce stade, ces résultats divergents devraient pour le moins inviter à la prudence dans l'utilisation de cet indicateur pour prioriser des politiques de santé.

Une notion encore élargie : les indicateurs de qualité de vie

La santé définie par l'OMS ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'incapacité, mais fait référence à un état « *de bien-être complet* ». C'est pour illustrer cette notion positive de la santé qu'un troisième groupe d'indicateurs synthétiques cherche à évaluer plus généralement la *qualité de vie*, en couvrant une étendue de dimensions physiques, psychologiques et sociales du bien-être. La loi de santé publique d'août 2004 et le Plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique ont mis l'accent sur cette nouvelle façon d'aborder la santé qui ne prend pas seulement en compte le point de vue du professionnel, mais aussi celui du patient, et qui redéfinit les cadres de description de la maladie indépendamment des catégories médicales.

Le Whoqol (World Health Organisation Quality of Life) définit la *qualité de vie* comme⁵ « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de*

5. « *Quality of life is defined as individual's perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features of the environment* » (OMS - Health promotion glossary, 1998 - http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

l'individu, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement ». Le point fondamental de cette définition est la notion de perception, c'est-à-dire que le point de vue de la personne ou du patient – point de vue subjectif – est mis en avant. Celui-ci peut s'envisager de façon très large ou de façon plus restreinte au champ de la santé en fonction des dimensions explorées. Dans le domaine de la santé, il s'agit de la capacité à réaliser toutes les activités de la vie quotidienne du point de vue physique, mental et social.

Les échelles et instruments de mesure de qualité de vie ont été développés depuis les années soixante dans deux contextes différents. Le premier est un contexte clinique pour évaluer l'effet de certaines maladies et des soins associés ; le second, plus généraliste, cherche à évaluer de manière générale la qualité de vie à travers la réponse à des questionnaires standardisés et la construction de scores spécifiques. Les évolutions du cadre conceptuel se sont traduites par des variations sémantiques au cours du temps : mesure de statut de santé, de santé perçue, de bien-être, de qualité de vie.... Le vocabulaire n'est toujours pas stabilisé et reflète les interrogations auxquelles sont confrontés les utilisateurs, les chercheurs et également les populations étudiées : Que veut-on mesurer ? Que mesure-t-on ? La mesure des perceptions des patients nécessite non seulement qu'ils puissent exprimer leur avis en remplissant eux-mêmes les questionnaires, mais qu'ils participent également à l'élaboration de questionnaires qui correspondent effectivement à leurs préoccupations. Il s'agit de prendre en compte la diversité des valeurs qui sont attribuées par les individus aux diverses dimensions explorées [8].

Schématiquement, on distingue les instruments de mesure génériques et les instruments spécifiques. Les instruments génériques sont utilisables quel que soit le contexte pathologique et permettent de comparer le retentissement de pathologies entre elles. Ils ont été élaborés pour convenir à une très grande variété d'individus et de groupes, et peuvent être utilisés en population générale. Par opposition, les instruments spécifiques explorent de façon plus précise une pathologie donnée et/ou une population donnée.

La plupart des instruments ont été conçus et développés en langue anglaise. La traduction et l'adaptation de ces outils en langue française ainsi que leur validation, qui repose sur une méthodologie standardisée, restent un processus long et coûteux. Plus de 40 outils génériques répertoriés ont été ainsi traduits et validés, parmi lesquels le SF36, le SF12, le Profil de Duke, le Whoqol, l'EuroQol. Les grandes dimensions explorées sont la santé physique avec les capacités fonctionnelles, la santé psychologique et le bien-être, la vie sociale, voire spirituelle, et le bien-être matériel. Les questionnaires sont auto-administrés ou posés en face-à-face. Les questions sont regroupées en différentes dimensions permettant le calcul de profils ou de sous-scores et d'un score global, calculé, le cas échéant, par pondération des sous-scores. C'est le cas du SF36 qui explore huit dimensions de premier ordre⁶ afin d'obtenir un score résumé physique, un score résumé psychique ainsi qu'une note globale allant de 0 à 100.

6. Ces huit dimensions sont : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la douleur physique, la vie relationnelle avec les autres, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychologique, la vitalité et la santé perçue.

Les instruments génériques, les plus anciens, assurent à leurs utilisateurs une validité établie. Utilisables pour différents types de maladies, de malades et de traitements, leur notoriété les rend plus crédibles du point de vue de la santé publique, d'autant qu'ils devraient permettre des comparaisons internationales. À cet égard, le SF36 est intégré dans les enquêtes européennes explorant l'état de santé en population générale telles les enquêtes quinquennales réalisées par l'Insee. Cependant, ces instruments génériques sont moins sensibles à de petits changements, à la différence des outils spécifiques, plus proches du jugement clinique et plus acceptables pour les patients.

D'autres outils de mesure dérivés permettent de calculer non plus des scores de qualité de vie, mais des indices de jours en bonne santé. Les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis utilisent en routine un questionnaire synthétique (4 questions) pour mesurer la *qualité de vie liée à la santé* (HRQOL-4) comme outil de suivi des politiques de santé publique [1]. Ce module, qui mesure la perception personnelle de la santé, de la santé physique et mentale récente et de la limitation récente des activités (sur les

30 derniers jours), a été validé en langue française par des équipes de recherche québécoises [11].

Un autre type d'indicateur synthétique unidimensionnel est utilisé, essentiellement pour effectuer la comparaison « coût – utilité » des programmes de santé : les QALYs (Quality adjusted Life years). Ils sont définis comme les années de vie en parfaite santé jugées équivalentes aux années effectivement vécues dans un état de santé donné. Ils reposent donc sur un arbitrage entre durée et qualité de vie. La qualité de vie est traitée comme une variable unique définie sur un *continuum* allant de 0 (mort) à 1 (parfaite santé)⁷. On assigne à chaque année de vie le coefficient qui correspond à sa qualité, estimée, contrairement aux DALYs, au moyen d'enquêtes en population ; on évalue un état de santé par la somme des années de vie ajustées par ces coefficients.

L'évaluation d'un programme de soins ou d'une action de santé peut alors s'effectuer en comparant d'une part le coût de la mise en œuvre du programme étudié, et d'autre part le coût lié à l'absence de pro-

7. Ce qui sous-tend l'hypothèse, parfois contestée, que certains états de santé ne sont pas pires que la mort...

Références

- Centers for Disease and Prevention Control - Measuring Healthy Days. Atlanta, Georgia : CDC, November 2000.
- DGS, 2003, *Rapport du groupe national de définition des objectifs de santé publique*.
- DGS-Drees. *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique*, juin 2005.
- Drees. *L'état de santé de la population en France*. 2007, La Documentation française.
- Fox-Rusby J. *Disability adjusted life years (DALYs) for decision making? An overview of the literature*. Office of Health Economics, 2002.
- Jougla E., Pavillon G. *Vivre plus vieux, mourir plus jeune. La Recherche*, Avril 2008, 418, p. 52-54.
- Lapostolle A., Lefranc A., Gremy I., Spira A. *Peut-on utiliser les AVAI pour décrire la santé en France? Faisabilité et pertinence : exemple de certaines pathologies*, rapport à la DGS, juillet 2007.
- Leplege A. *Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie in La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. La Documentation française, 408 pages, 2008,
- Murray CJ. *Quantifying the burden of disease : the technical basis for disability-adjusted life years*, *Bull World Health Organ* 1994 ; 72 : 429-45.
- OMS, 1996. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – Dixième révision*
- Öunpuu S., Chambers W.L., Patterson C., Chan D. et Yusuf S. *Validation du questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé du système américain de surveillance des facteurs de risque comportementaux dans un groupe de Canadiens âgés. Maladies chroniques au Canada : Volume 22, n° 3/4 2001.*
- Robine J.M., Mormiche P. *Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991. Solidarité santé n°1, 1994. Sesi, ministère de la Santé.*
- Robine J.M. *et al.* *Les espérances de santé dans l'union Européenne, analyse des données du panel des ménages de la communauté européenne, Reves Paper n° 320, octobre 1998.*
- Sermet C., Cambois E. *Mesurer l'état de santé, Démographie, analyse et synthèse*, volume III, Caselli *et al.*, éditeurs, Ined, 2002
- Wood, P., Badley, E. (1978). *An epidemiological appraisal of disablement*. In A. e. Bennett (Ed.), *Recent Advances in Community Medicine*, p. 149-173. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- World Bank, *World development report : investing in health*, Oxford University Press, 1993.

gramme : on obtient le rendement relatif du programme de soins en termes de coût par année de vie gagnée pondéré par la qualité de vie. En principe, ce type de calcul permet d'évaluer, pour une population donnée, un optimum collectif sous contraintes de ressources en classant les programmes ou actions par rendement décroissant (calculé comme le produit de leur rendement unitaire par le nombre de personnes susceptibles d'en bénéficier).

Les coûts par QALYs sont utilisés dans certains pays pour les recommandations en matière de pratiques de soins. L'utilisation la plus connue est sans doute celle effectuée par le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) au Royaume-Uni, ainsi que celle expérimentée dans l'Oregon pour définir le panier de biens remboursé par Medicaid.

La définition des QALYs repose sur diverses hypothèses conceptuelles assez fortes et qui ont été largement critiquées : indépendance des arbitrages entre durée et qualité de vie, selon les âges, neutralité au risque par rapport au temps... et qui sont

peu transparentes pour l'utilisateur final. Leur utilisation a finalement été refusée par l'administration fédérale américaine pour des raisons éthiques : elles ont été accusées d'introduire des discriminations illicites. En effet, les QALYs ne valorisent pas de la même manière l'espérance de vie selon qu'une personne a déjà ou non une incapacité : un gain d'espérance de vie pour une personne handicapée est « inférieur » à un gain de même durée pour une personne sans incapacité. Outre ces problèmes éthiques, l'évaluation pratique de ces indicateurs se heurte, comme pour les autres exemples, à des problèmes de qualité et de robustesse non négligeables. Ces indicateurs sont finalement assez justement réservés, en pratique, à l'évaluation des stratégies de soins.

Conclusion

Il est bien entendu indispensable de s'appuyer sur des indicateurs généraux, simples ou plus synthétiques, pour étayer les choix en matière de politiques de santé. Comme le montre cette synthèse pourtant partielle,

de nombreux indicateurs ont été conçus à cet effet. Ils ne sont pas tous dépourvus de problèmes conceptuels. Ils sont presque tous soumis à des difficultés de mesure et de comparabilité, qui peuvent cependant être au moins partiellement résolues. En conséquence, leur interprétation n'est pas toujours aisée. Notamment, le classement des pathologies et donc les préconisations de priorisation peuvent fortement varier selon le choix des indicateurs. Ce constat milite pour l'utilisation d'indicateurs multiples, qui permettent de rendre compte des multiples facettes de la santé des populations, tout en maîtrisant les difficultés conceptuelles. Il invite à les utiliser dans un contexte éthique maîtrisé et transparent. Il incite aussi à une poursuite de la recherche concernant notamment la qualité et la robustesse des mesures. En tout état de cause, une grande prudence nous paraît devoir être retenue dans l'utilisation d'indicateurs synthétiques complexes, peu transparents dans leurs fondements et leurs calculs, pour des besoins de priorisation des politiques. ■

alcoologie et addictologie

2008 ; 30 (3) : 225-340

Éditorial

- Les 30 ans de la SFA. De la « réflexion inaugurale » de Pierre Fouquet à la publicité sur Internet, *Martine Daoust*

Mémoires

- Risque alcool et comportement alimentaire. Repérage précoce et interventions brèves en population rurale, *Philippe Michaud, Christine Devos, Hervé Treppoz*
- Mésusage transgénérationnel d'alcool. Développement des enfants en milieu défavorisé. Étude et revue de la littérature, *Annick Camille*

Dumaret, Mélanie Cousin, Maurice Titran

- Intoxications éthyliques aiguës. Une procédure de rencontre systématique, *Pascal Menecier, David Clair, Carole Collovray, Loetitia Rotheval, Delphine Lefranc, Andrée Duhay-Vialle, Laure Menecier-Ossia*
- Questionnaire CAST. Validation en milieu militaire, *Charles Gheorghiev, Philippe Arvers, Franck de Montleau, Geneviève Fidelle*
- Substances psychoactives illicites. Usage par les étudiants de l'université de Ouagadougou, *Kapouné Karfo, Jean Gabriel Ouango, André Coulibaly, Arouna Ouédraogo*

Mise au point

- Utilisation pathologique d'Internet. Une intégration des connaissances, *Mathieu Goyette, Louise Nadeau*

Pratique clinique

- La prise en charge des malades alcooliques à l'hôpital de Monaco, *Jean-Marie Ribeyre, Florence Thibaut*
- Médecin interface santé-justice. Description et évaluation d'un dispositif expérimental en alcoologie, *Chantal Odile Cypriani, Jacques Yguel*
- La sexualité de la femme alcoolodépendante, *Jean-François Dorsimont, David Tordeurs, Pascal Janne, Michel Legrand, Christine Reynaert, Jean-Paul Roussaux*
- Les diverses modalités de la première approche auprès

des personnes en difficulté avec l'alcool, *Christophe Niewiadomski*

- Sevrage tabagique. Enquête prospective en médecine générale, *Ludvine Doly-Kuchcik, Jean Perriot, Jean-Louis Merle*
- Addica. Expérience d'un réseau de soins dans les addictions, *Dominique Dépinoy, Denis Bombardier, Michel Dessaigne*

Congrès

- Les Journées de l'Albatros. 2^e édition, juin 2008, Paris.

Vie de la SFA

- Prochaines réunions. Adhésion.

Informations

- Livres. Annonces. Actualités. Agenda.