

# Quelle mesure de la qualité de vie pour une étude médico-économique ?

Dans son guide pour la réalisation d'analyses médico-économiques, la HAS stipule que « si la qualité de vie liée à la santé est identifiée comme une conséquence importante des interventions étudiées, l'analyse de référence est de type coût-utilité et le critère de résultat à privilégier est la durée de vie ajustée sur la qualité. » (HAS, 2011). Pour se conformer à cette recommandation, il faut employer des méthodes économiques de mesure de la qualité de vie. Or celles-ci diffèrent sensiblement des questionnaires de qualité de vie le plus souvent employés en recherche clinique.

## LA QUALITÉ DE VIE ÉVALUÉE PAR DES SCORES D'UTILITÉ

L'indicateur de durée de vie ajustée sur la qualité auquel il est fait référence ci-dessus est le QALY (Quality-Adjusted Life-Years). Il est calculé comme un nombre d'années pondérées par des scores de qualité de vie associés aux états de santé. Ces scores – appelés utilités, scores d'utilité ou encore scores de préférences – varient entre 0 (équivalent à la mort) et 1 (la parfaite santé). Par exemple, l'utilité liée à l'asthme chez l'adulte a été évaluée entre 0,75 et 0,89 selon l'âge (Nyman et al., 2007). Les utilités sont estimées de manière à représenter l'intensité des préférences des personnes pour les différents états de santé. Dans la pratique, cette estimation peut se faire de trois manières principales :

1. En utilisant des techniques de mesure des préférences (mesure directe) ;
2. En utilisant des questionnaires économiques de qualité de vie liée à la santé (mesure indirecte) ;
3. En recourant à des méthodes de conversion de mesures cliniques de qualité de vie.

Chacune de ces approches est brièvement décrite en soulignant ses principaux avantages et inconvénients.

### 1. La mesure directe de l'utilité

Le principe consiste à demander quel est le « sacrifice » que des personnes seraient prêtes à accepter pour recouvrer une parfaite santé. Dans le cadre de la méthode dite du pari standard (standard gamble), on demande à une personne d'imaginer qu'en cas de maladie elle pourrait être opérée et vivre en parfaite santé si l'opération réussit. L'opération comporte cependant un risque de décès opératoire. La personne doit alors indiquer le risque maximal de décès opératoire qu'elle accepterait pour être soignée. Le principe sous-jacent est que plus un état de santé est sévère plus le sacrifice (en l'occurrence le risque de décès opératoire) que l'on est prêt à accepter pour aller mieux est grand. La méthode du pari standard permet ainsi d'estimer des scores d'utilité

indiquant l'intensité des préférences des personnes pour les états de santé.

L'approche directe de mesure des préférences est relativement lourde et complexe à mettre en œuvre. Par ailleurs, la HAS recommande que les scores d'utilité soient établis auprès d'échantillons représentatifs de la population générale et non pas auprès des patients (HAS, 2011). Cette position, qui peut paraître curieuse de prime abord, est justifiée en référence à l'objet de l'évaluation médico-économique. Celle-ci vise à aider à la décision des actions de santé qui seront financées à l'avenir. Or ce sont les personnes de la population générale – et non pas les seuls patients – qui financent les soins (Gold et al., 1996). Cette position normative fait l'objet de débats récurrents. Elle implique cependant que lorsque l'on souhaite effectuer des mesures directes de l'utilité associée aux états de santé dans lesquels se trouvent des patients, il faut interroger un échantillon de personnes de la population française. Cela met en évidence une spécificité de l'évaluation économique de la qualité de vie : celle-ci distingue une étape de description des états de santé, pour laquelle on sollicite les patients, et une étape indépendante de valorisation de ces états par des scores de préférences qui implique la population générale. Cette séparation en deux étapes prévaut également pour les deux approches décrites ci-après.

### 2. Les mesures indirectes de l'utilité

Cette approche consiste à utiliser, lors de l'étape de description des états de santé, des questionnaires économiques de qualité de vie pour lesquels on dispose des scores d'utilité évalués préalablement. La principale contrainte que pose cette approche est que la description des états de santé doit être effectuée à l'aide de questionnaires de qualité de vie générique – par opposition à des questionnaires spécifiques à une maladie ou une population par exemple. A ce jour en France seuls deux questionnaires économiques, c'est-à-dire pour lesquels les scores de préférences ont déjà été estimés en population générale, ont été validés : l'Euroqol EQ-5D et le Health Utility Index Mark 3 ou HUI 3. La figure 1 présente les questions et les modalités de réponse de l'EQ-5D.

La mesure indirecte des scores d'utilité présente au moins deux avantages. Le premier est sa conformité avec les recommandations émises par la HAS puisque les scores d'utilité associés aux questionnaires sont établis auprès d'échantillons représentatifs de la population française (Chevalier et de Pourville, 2013). La seconde est sa faible complexité en comparaison des méthodes de mesure directe des préférences.

### Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

### Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

### Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

### Douleurs/gêne

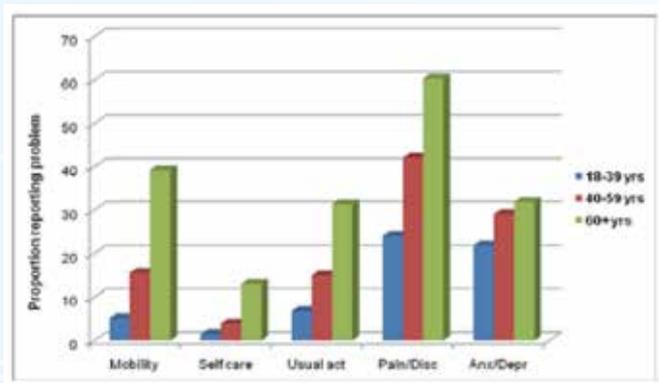
- Je n'ai ni douleurs ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

### Anxiété/Dépression

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Figure 1. Le questionnaire EQ-5D (Source : www.euroqol.org)

La figure 2 est un exemple de représentation graphique d'une population selon l'âge (18-39 ans ; 40-59 ans ; + de 60 ans) présentant un problème modéré ou extrême pour chaque dimension explorée par l'EQ-5D.



### 3. La conversion de mesures cliniques

Cette approche encore expérimentale, dite de mapping, fait le lien entre les mesures cliniques et économiques de qualité de vie. Elle consiste, à l'aide d'analyses statistiques, à établir des algorithmes de conversion des réponses à un questionnaire de qualité de vie clinique en scores d'utilité, comme par exemple le questionnaire générique SF-36 (Brazier et al., 2002) ou le questionnaire spécifique cancer QLQ-C30 (Kim et al., 2012). Il existe deux principales approches de conversion. On peut par exemple convertir un questionnaire clinique vers une mesure d'utilité existante. Kim et al. (2012) par exemple proposent un algorithme pour transformer les réponses au

questionnaire cancer QLQ-C30 en scores d'utilité EQ-5D. Une autre approche consiste à construire un nouveau questionnaire de qualité de vie économique à partir d'un questionnaire clinique. C'est l'approche retenue par Brazier et al. (2002) qui élaborent le questionnaire économique SF-D à partir du questionnaire clinique SF-36.

Cette approche récente en est encore au stade expérimental. En outre, aucun algorithme de conversion n'a encore été validé en français. Cette approche peut donc être envisagée en pratique si l'approche indirecte (point 2) n'a pas pu être mise en œuvre. Cela pourrait se justifier lors de l'analyse rétrospective des données d'un essai clinique ayant utilisé un questionnaire non économique pour évaluer la qualité de vie (voir par exemple Ljungman et al. 2014).

### Points importants

L'évaluation de la qualité de vie dans les études médico-économiques suit une méthodologie très encadrée et fait appel à des outils spécifiques (HAS, 2011) ;

Elle nécessite d'estimer des scores d'utilité entre 0 (mort) et 1 (parfaite santé) : mesures des préférences de la population générale pour les différents états de santé dans lesquels se trouvent les patients ;

La plupart des instruments cliniques de mesures de la qualité de vie ne permettent pas d'estimer des scores de qualité de vie pertinents pour l'évaluation médico-économique.

### Cellule Innovation (VP Riche), Département partenariats et innovation (A Royer), Direction de la recherche (AC de Reboul)

La cellule Innovation est une cellule opérationnelle de soutien et d'accompagnement des équipes médicales qui souhaitent concrétiser et porter des projets d'évaluation d'innovations. Elle facilite l'élaboration de protocoles médico-économiques, assure une veille technologique et le suivi des projets médico économiques au CHU de Nantes.

### Vos contacts :

- Valéry-Pierre RICHE – Référent de la Cellule Innovation - Economiste de la santé - valerypierre.riche@chu-nantes.fr - 82.891
- Cécile DERT - Chef de projet - cecile.dert@chu-nantes.fr - 82.852
- Fabienne PERCOT - Chef de projet - fabienne.percot@chu-nantes.fr - 82.895
- Cécile PIERRES - Pharmacien - cecile.pierres@chu-nantes.fr - 82.839
- Philippe TESSIER - Economiste de la santé senior philippe.tessier@univ-nantes.fr - 02 53 48 46 03
- Simon VERGNAUD - Interne de Santé Publique - simon.vergnaud@chu-nantes.fr - 87.488

### Sources :

- Brazier, J., Roberts, J., Deverill, M., 2002. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. J. Health Econ. 21, 271–292
- Chevalier, J., de Pouvourville, G., 2013. Valuing EQ-5D using time trade-off in France. Eur. J. Health Econ. 14, 57–66
- Gold, M.R., Siegel, J.E., Russell, L.B., Weinstein, M.C. (Eds.), 1996. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford Univ. Press, New York, NY
- HAS, 2011, Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS
- Ljungman D1, Hyltander A, Lundholm. 2013 Cost-utility estimations of palliative care in patients with pancreatic adenocarcinoma: a retrospective analysis. World J Surg. Aug;37(8):1883-91.
- K.Kim SH, Jo MW, Kim HJ, Ahn JH. Mapping EORTC QLQ-C30 onto EQ-5D for the assessment of cancer patients. Health Qual Life Outcomes. 2012 Dec 17;10:151
- Nyman JA, Barleen NA, Dowd BE, Russell DW, Coons SJ, Sullivan PW. Quality-of-life weights for the US population: self-reported health status and priority health conditions, by demographic characteristics. Med Care 2007, 45:618-628.
- van Reenen, M., Oppe, M., EQ-5D-3L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. April 2015