

Observation de la santé

Table des matières

Introduction.....	5
--------------------------	----------

Chapitre I. Pourquoi faut-il observer la santé ?..... 7

1. Les crises sanitaires passées.....	8
2. Un monde sanitaire "globalisé".....	9
3. Les inégalités de santé.....	10
4. La dimension territoriale des problèmes de santé.....	13
5. Quelques aspects préoccupants.....	14
6. Crise sanitaire et nouvelles menaces.....	16

Chapitre II. Définition et mise en oeuvre..... 19

1. Observation de la santé - Définition.....	19
2. Définition selon les observatoires régionaux de la santé.....	19
3. Exemple : Rhône-Alpes.....	20

Chapitre III. Les méthodes d'observation..... 23

1. La mise en réseau des partenaires.....	23
2. Construction d'indicateurs et de tableaux de bord.....	25
3. Les limites des indicateurs.....	27

Chapitre IV. L'observation de la santé en France..... 29

1. Qui observe en France?.....	29
2. Quelques résultats en France.....	30

Chapitre V. L'observation de la santé dans le monde..... 35

1. Qui observe dans le monde?.....	35
------------------------------------	----

2. Quelques résultats en Europe.....	37
3. Quelques résultats dans le monde.....	38

Chapitre VI. Surveillance en santé publique..... 39

1. Surveillance en santé publique.....	39
--	----

Chapitre VII. Observation, surveillance et aide à la décision..... 41

1. Conditions à satisfaire pour une information utile à la décision.....	41
2. Indicateurs et tableaux de bord.....	42
3. Prévisions.....	43
4. Recommandations.....	45
5. Evaluations.....	45
6. Exemples très "décisionnels".....	46

Discussion..... 49

Lectures conseillées.....	51
----------------------------------	-----------

Conclusion.....	53
------------------------	-----------

Bibliographie.....	55
---------------------------	-----------

Signification des sigles.....	57
--------------------------------------	-----------

Annexes.....	59
---------------------	-----------

Introduction

La France a traversé de 1970 à nos jours de nombreuses crises sanitaires graves. Les inégalités de santé en France et en Europe demeurent importantes. De nouvelles menaces sur la santé font leur apparition ou leur ré-apparition. La globalisation économique a un impact réel sur la santé de la population.

Comment observer l'évolution de la santé de la population, identifier les institutions et systèmes d'information en santé publique, comprendre comment sont produites les nécessaires aides à la décision dans notre système de santé, voilà quelques questions auxquelles tente de répondre ce bref exposé sur les méthodes et données d'observation de la santé.

Pourquoi faut-il observer la santé ?

Dans le module suivant, nous allons détailler *six raisons d'observer la santé* :

- ♦ De nombreuses crises de santé publique passées ont montré la nécessité de suivre les phénomènes de santé publique.
- ♦ Les échanges internationaux peuvent générer de nouvelles catégories de problèmes.
- ♦ Des inégalités importantes de santé existent, non seulement dans le monde, mais en France.
- ♦ L'une des dimensions de ces inégalités est géographique et s'analyse en termes de territoire de santé, qu'il convient de bien décrire.
- ♦ En outre, les inégalités de santé en France révèlent des aspects préoccupants.
- ♦ Les nouvelles menaces :
 - émergence de nouveaux problèmes : grippe aviaire
 - réémergence de risques connus : pandémie de grippe à virus nouveau
 - terrorisme international pouvant générer de nouvelles menaces biologiques ou chimiques.

Cela a conduit à définir de nouvelles méthodes d'observation comme la "syndromic surveillance" dont l'objet est de surveiller les signes et symptômes indésirables ou inhabituels pour détecter tout phénomène *nouveau* réputé menaçant.

Ce qui nous amènera à la conclusion suivante : la nécessité de disposer *d'un système d'information qui soit réactif pour fournir l'aide à la décision face à ces enjeux de santé*.

1. Les crises sanitaires passées

Différentes "affaires" de santé publique ont secoué la France de 1970 à 2003 :[liste non exhaustive, les dates mentionnées entre parenthèses caractérisent les époques où l'information scientifique était disponible pour mettre en évidence la présence d'un risque réel pour la santé de la population.]

- ◆ l'amiante (1970)
- ◆ l'hormone de croissance (1980)
- ◆ le sang contaminé (1983)
- ◆ l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) (1985-1991)
- ◆ ...
- ◆ la canicule été 2003

Explication

Ainsi, dans *l'affaire de l'hormone de croissance*, le professeur Luc Montagnier indique *en 1980* dans un rapport scientifique le risque de transmission de l'agent de la maladie de Creutzfeld-Jakob par l'hormone de croissance avec la technique d'extraction de l'époque.

Malgré cette communication, l'utilisation de l'hormone d'extraction perdure sans amélioration *jusqu'en 1985*.

Ce n'est qu'à partir de cette époque, que les autorités sanitaires mettent en place *une nouvelle technique de purification* qui écarte tout risque de transmission de la maladie, avant d'utiliser l'hormone de synthèse.

L'argument : "*on ne savait pas*" n'est qu'à moitié valide.

Certes, on ne savait *pas tout* à l'époque.

Mais, comme indiqué précédemment, l'état des connaissances était très largement suffisant pour se mobiliser.

Ces crises soulignent l'importance de l'observation, de la surveillance, de l'alerte, et, plus généralement, *de la disponibilité d'un système d'information, réactif en temps opportun, pour décider et agir.*

Un tel système n'existe pas à l'époque de ces crises.



Extrait de texte légal

Deux lois permettent de répondre à cette exigence :

- ◆ *La loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.*

Elle crée l'ensemble des agences de santé dont l'Institut de Veille Sanitaire.

➤ Voir annexe A en fin de fascicule

♦ *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

Loi de programmation en santé publique dont son titre III procède à la modernisation et au renforcement de la veille sanitaire en France ainsi qu'à la gestion des crises de santé.

➤ Voir annexe B en fin de fascicule

2. Un monde sanitaire "globalisé"

Les nombreux *échanges internationaux* induisent de nouveaux problèmes :

- ♦ *Maladies d'importation* : paludisme, "SRAS" [Syndrome Respiratoire Aigu Sévère] [Syndrome Respiratoire Aigu Sévère], dengue, fièvre du Nil, grippe aviaire ...
- ♦ *Réémergence de maladies* : tuberculose (précarité, "SIDA" [Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise] [Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise], antibiorésistance)



la tuberculose

La réémergence de certaines maladies comme la tuberculose provient du changement des conditions de notre environnement. Les changements sont assez nombreux : accroissement de la pauvreté et de la précarisation, facteurs favorisants liés à l'infection à "VIH" [Virus de l'Immunodéficience Humaine] [Virus de l'Immunodéficience Humaine], et enfin l'apparition du phénomène d'antibiorésistance.

Le suivi de ces phénomènes est donc nécessaire afin d'en assurer *la maîtrise*.

3. Les inégalités de santé

Les inégalités de santé

Dans le monde :

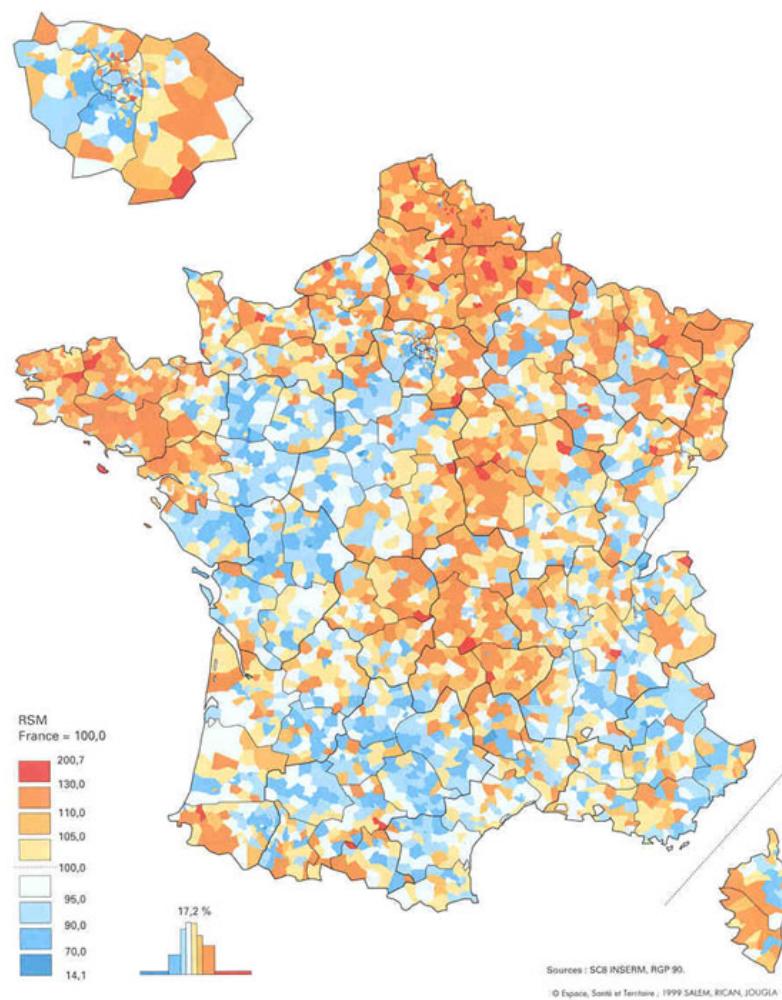
- ◆ "SIDA" SRAS [Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise],
- ◆ tuberculose,
- ◆ maladies liées à la pauvreté (diarrhées),
- ◆ paludisme
- ◆ le niveau de santé ; par exemple les différences d'espérance de vie : de 32 à 77 ans,
- ◆ ...

En Europe :

Exemple de la tuberculose dont l'incidence[nombre de nouveaux cas par an]varie de 1 à 32 dans les pays de l'Union Européenne.

Rapport OMS sur la santé dans le monde, 2000

Les inégalités en France



Ratios standardisés de mortalité à l'échelle cantonale (carte « brute ») (1988-1992)

© Atlas de la santé en France - Volume1 : Les causes de décès - John Libbey Ed, 2000.

▲ IMG. 1 : LA MORTALITÉ EN FRANCE À L'ÉCHELLE CANTONALE



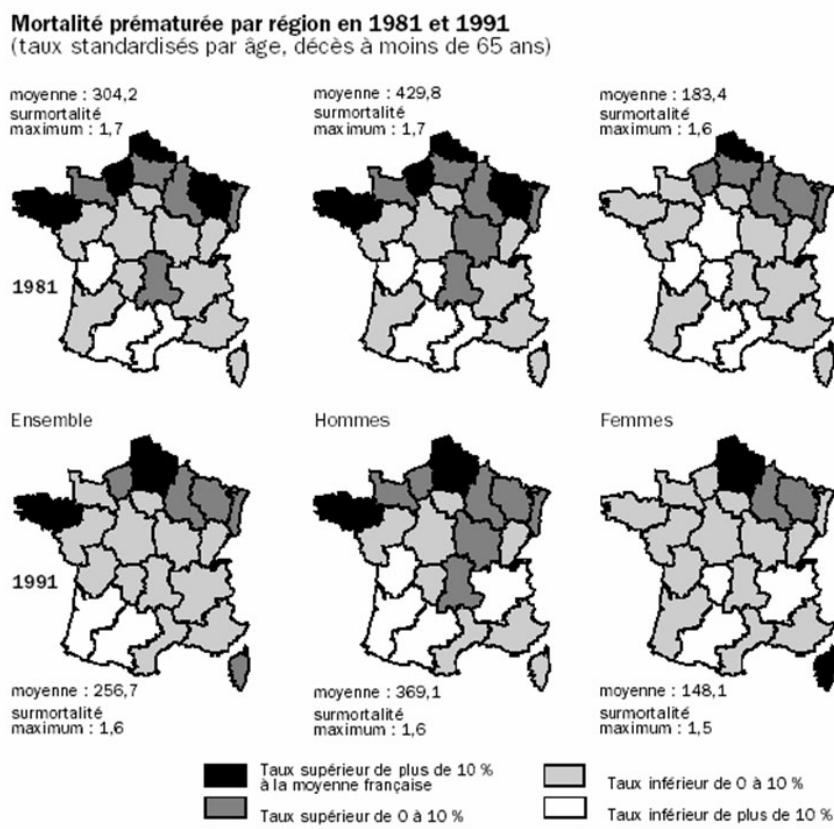
Explication

Cette carte représente la mortalité globale en France pour l'ensemble hommes et femmes toutes causes confondues.

Bien entendu, il s'agit de taux comparatifs c'est-à-dire de taux de mortalité obtenus après avoir pris en compte les différences de structure par âge des populations. En outre, l'échelon géographique retenu est celui du canton. C'est le plus petit granule géographique que l'on peut utiliser pour ce type de données épidémiologiques.

Si l'on regarde attentivement les légendes qui se situent au bas de la carte, on s'aperçoit que la classification colorée retenue pour la cartographie, est ajustée strictement à une loi normale ou encore loi de Laplace et Gauss, c'est-à-dire que l'hypothèse initiale de représentation de la carte était celle d'une répartition purement aléatoire du phénomène de mortalité. On s'attend donc à observer un

tableau d'ombres et de lumières qui mélange de façon purement aléatoire les taches brunes et les taches bleues. Comme vous le constatez, tout au contraire on observe un aspect tout à fait caractéristique, la mortalité maximum s'ordonnant dans un schéma d'arc et flèche positionnés au nord de l'hexagone et en son centre et les zones de faible mortalité apparaissent en bleu dans une forme en u complémentaire de la précédente. En outre, l'étendue des variations s'observe dans un rapport de 1 à 15.



Interprétation : en 1991, la région de mortalité maximum avait un taux de décès 1,6 fois plus élevé que la région de mortalité minimum.

Source : Insem-SC8.

© Rapport HCSP 1994

▲ IMG. 2 : LA MORTALITÉ PRÉMATUÉE PAR RÉGION

Ces données proviennent du rapport du Haut Comité de Santé Publique publié en 1994.

➤ Voir annexe C en fin de fascicule

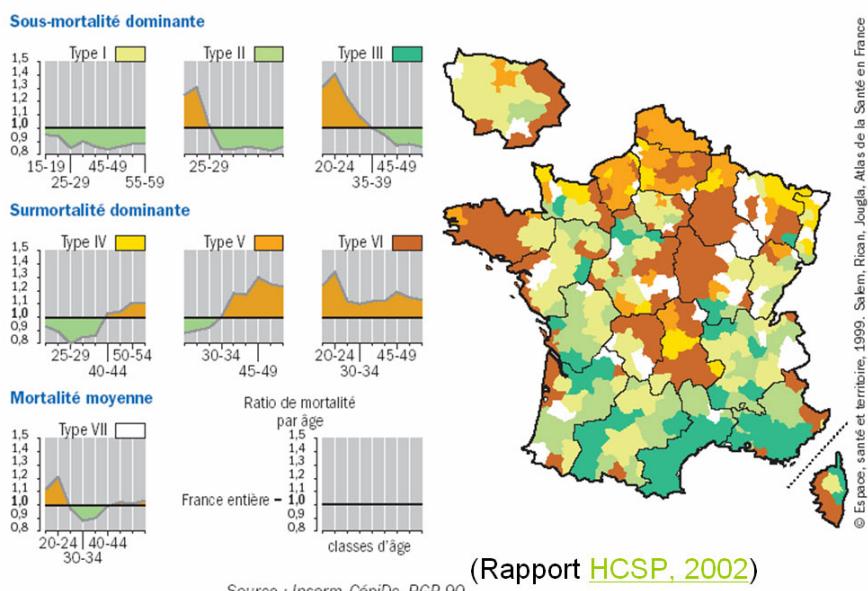
Explication

Comme précédemment, il s'agit de données cartographiques. *La mortalité prématuée a été indiquée pour les différentes régions de France.* Deux séries de données sont disponibles, celles de l'année 1981, puis celles de l'année 1991. Les cartes représentent soit l'ensemble hommes et femmes réunis soit les données séparées pour les femmes et pour les hommes. *Que constatons-nous ?*

- ◆ Premièrement, il existe de *très fortes disparités régionales*. Ce constat n'est pas original, mais il est sur ces données très contrasté.
- ◆ Deuxièmement, on note que *ces disparités perdurent sur une décennie* sans aucune réduction.

4. La dimension territoriale des problèmes de santé

Figure 5 Profils des zones d'emploi selon le taux de mortalité par groupe d'âges quinquennaux (15-59 ans), 1988-1992



© Espace santé et territoire, 1999. Salomé, Rican, Jougla, Atlas de la Santé en France

▲ IMG. 3 : DIMENSION TERRITORIALE DE LA MORTALITÉ EN FRANCE

Ces données proviennent du rapport du Haut Comité de Santé Publique publié en 2002.

➤ Voir annexe D en fin de fascicule



Explication

Cette carte apporte une dimension complémentaire à l'analyse des disparités de santé au plan géographique.

Plusieurs types de mortalité ont été définis pour cette analyse. Les types de mortalités ont été numérotés de 1 jusqu'à sept.

Intéressons-nous à la région Bretagne. *Que voyons-nous ?*

La zone de Rennes présente une mortalité de type un, c'est-à-dire, une sous mortalité par rapport à la moyenne nationale à tous les âges de la vie. Mais, dès que l'on quitte Rennes pour s'orienter à l'ouest, on rentre au contraire dans une zone beaucoup moins bien classée. Il s'agit en effet d'une zone de type six, c'est-à-dire de surmortalité à tous les âges de la vie. Seul l'extrême nord-ouest de la région Bretagne échappe à cette classe. [On retrouve bien sûr le schéma en arc

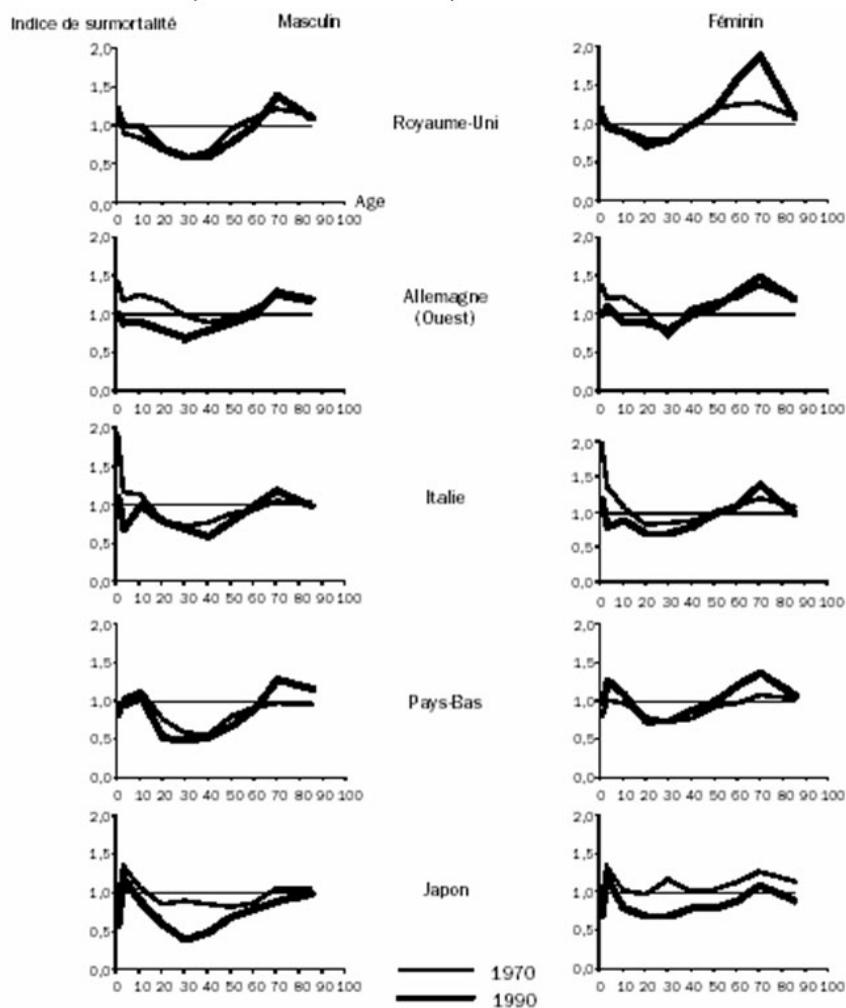
et flèche déjà évoqué dans les chapitres précédents.]

Cette carte illustre parfaitement la dimension territoriale des inégalités de santé en France. Ce qui mérite aussi d'être noté, c'est dans l'exemple Rennes et Bretagne, le passage sans transition de la zone type 1 à la zone type 6.

5. Quelques aspects préoccupants

Aspects préoccupants

Figure 13 : Niveau de mortalité dans différents pays par rapport à la France selon l'âge en 1970 et 1990 (mortalité de référence fixée à 1)



Interprétation : une valeur de 1,5 pour un pays à un âge donné signifie que la mortalité à cet âge dans le pays considéré, est 1,5 fois plus élevée qu'en France ; une valeur de 0,5 signifie que la mortalité à cet âge est moitié moins élevée qu'en France. Par exemple, on note en 1990 pour les hommes, une surmortalité en France avant 65 ans par rapport à l'Allemagne ; en 1970, la différence est moins nette.

© Rapport HCSP, 1994

▲ IMG. 4 : MORTALITÉ EN EUROPE

Explication

Cette figure présente une analyse comparative de la mortalité en Europe.



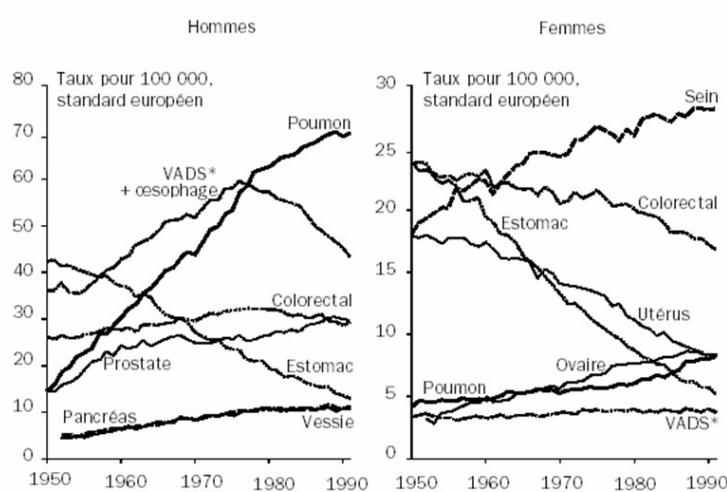
Commentons le premier graphique. [Graphique en haut à gauche de la diapositive.]

Il s'agit de la comparaison de la mortalité entre la France et le Royaume-Uni pour le sexe masculin.

Que voyons-nous ?

Nous observons depuis la naissance jusqu'à 65 ans une sous mortalité systématique dans le Royaume-Uni par rapport à la France. Au-delà de 65 ans, au contraire, la mortalité est plus élevée dans le Royaume-Uni qu'en France. Une précision complémentaire : les deux courbes ont été réalisées pour les années 1970 et 1990. Aucune réduction de surmortalité précoce ne s'observe en France pendant ces deux décennies.

Figure 18 **Evolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1990**



* VADS (voies aérodigestives supérieures) : bouche, pharynx, œsophage et larynx.

© Rapport HCSP, 1994

▲ IMG. 5 : MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE



Explication

Il s'agit des courbes d'incidence de mortalité par cancer en France pour le sexe masculin et pour le sexe féminin.

◆ *Commentons d'abord les résultats pour le sexe masculin.*

Le fait marquant de ce graphique est l'accroissement incessant de l'incidence du cancer du poumon. Cet accroissement, traduit la non maîtrise de l'exposition au facteur d'exposition : le tabac.

◆ *Regardons les résultats pour le sexe féminin.*

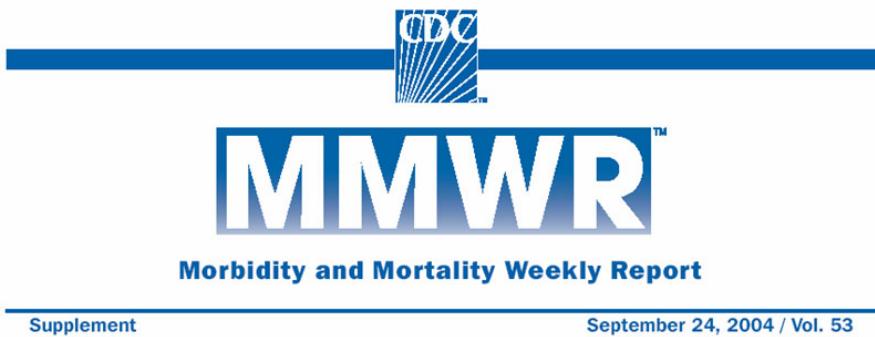
Le fait marquant de ce graphique est l'accroissement permanent du taux d'incidence du cancer du sein. Cet accroissement est vraisemblablement lié à différents facteurs extrinsèques : amélioration du diagnostic, allongement de la durée de vie, mais aussi à des facteurs intrinsèques, âge à la première grossesse, statut hormonal, exposition à des facteurs délétères.

Ces données montrent donc que nous n'avons pas la maîtrise soit d'un facteur d'exposition bien repéré le tabac, soit d'autres facteurs responsables d'un accroissement réel et important d'une maladie associé à un taux de mortalité important.

6. Crise sanitaire et nouvelles menaces

Cette diapositive présente un concept nouveau :

Celui de surveillance des signes et symptômes, appelé en anglais « *syndromic surveillance* ».



Syndromic Surveillance

Reports from a National Conference, 2003

▲ IMG. 6 : MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Il s'agit de mettre en oeuvre un nouveau type de système de surveillance. Dans ce cas précis, on tente de recenser tous les signes et tous les symptômes jugés indésirables qui pourraient résulter de l'apparition dans l'environnement d'agents toxiques, qu'il s'agisse d'agents chimiques, physiques ou biologiques.

Cette surveillance des signes et symptômes s'inscrit dans un contexte de terrorisme international. Au-delà de ce champ d'application, on constate que le concept est parfaitement valide pour se préparer à des alertes en relation avec des agents inconnus en dehors de toute action terroriste.

* *

*

La maîtrise de la mortalité précoce évitable, la réduction des inégalités, enfin le suivi des nouveaux phénomènes ne peuvent se réaliser que si nous disposons de *systèmes d'information produisant des données fiables et réactives*.

C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de mettre en place *des réseaux* :

- ◆ *d'observation,*
- ◆ *de surveillance de la santé,*
- ◆ *de vigilance,*
- ◆ *et enfin d'alerte sanitaire.*

Définition et mise en oeuvre

1. Observation de la santé - Définition



Observation de la santé

"recueil d'informations de base ayant pour objectif la gestion du système de santé et son amélioration à travers l'étude de phénomène de santé à moyen et long terme. Peut intéresser l'état de santé et ses déterminants" (Rapport HCSP, 1994)

Une première définition est donnée dans le rapport du Haut comité de santé publique de 1994, déjà cité précédemment.



Remarque

L'observation de la santé produit effectivement des informations à caractère très général qui servent à la fois de *données de cadrage* mais aussi de *données de gestion du système de santé*.

2. Définition selon les observatoires régionaux de la santé

Vous trouverez ci-dessous un fac-similé provenant du site Internet de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé.

Une mission : l'aide à la décision

L'objectif des ORS est d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations régionales, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision.

Ils contribuent ainsi à mettre à disposition des informations sur la santé, en recherchant les données disponibles, en les validant, en les analysant et en les diffusant, afin de permettre leur prise en compte dans l'élaboration des choix des décideurs (élus, administrations, organismes de protection sociale, établissements et professionnels de santé...).

Les travaux des ORS visent à améliorer la connaissance de l'état de santé de la population régionale, de ses besoins et des équipements sanitaires et sociaux qui permettent d'y répondre. Pour remplir cette mission, les ORS mettent en œuvre de nombreuses démarches : analyse et synthèse de données disponibles, réalisation d'enquêtes spécifiques, recherches documentaires, conseils, formations, participation à des groupes de travail...

Leur champ d'activité est très large et leurs études portent sur des domaines très variés : études épidémiologiques sur des pathologies (sida, cancers, cardio-vasculaires...) ou sur des facteurs de risque (alcool, tabac, toxicomanie...), travaux sur l'offre et la consommation de soins, sur des populations spécifiques (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficulté...), sur des évaluations d'actions ou de structures, sur les relations santé-environnement...

▲ IMG. 7 : MISSION DES ORS

La mission première des observatoires régionaux de la santé est *l'aide à la décision*.

3. Exemple : Rhône-Alpes



Pieros

Donnons un exemple d'observation régionale de la santé : l'observatoire Rhône alpin de la santé dénommé Pieros.

▲ IMG. 8 : SITE PIEROS

Cet exemple est intéressant car il montre *le dynamisme de la santé publique au*

niveau régional.

Paraphrasons un proverbe :

"Les données ne s'usent que lorsque l'on ne s'en sert pas."

Cela signifie que pour disposer de bonnes données de santé, il convient de les collecter et de les traiter localement ou régionalement ainsi que de publier le plus rapidement possible les résultats provenant de cette collecte et de ce traitement des données.

Cela permet non seulement de détecter très précolement les erreurs de collecte et de les corriger, mais encore de produire de l'information locale à visée décisionnelle, gage de dynamisme des réseaux, qui, sans publication de résultats voient leur système d'information s'asphyxier progressivement.

Chapitre
III

Les méthodes d'observation

1. La mise en réseau des partenaires

Abordons maintenant les différentes méthodes utilisées dans l'observation de la santé.

Une première méthode couramment mise en oeuvre est *la mise en réseau des différents partenaires*.



SCORE Santé

Les différents partenaires, de la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, se sont mis en réseau afin de fournir un système d'information cohérent, appelé : SCORE Santé.



▲ IMG. 9 : SCORE-SANTÉ



FNORS : SCORE-Santé

Il s'agit de l'ensemble des partenaires mobilisés pour produire ces rapports de la santé observée en France.

Les producteurs de données

- [ADEME : agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie](#)
- [ANPE : agence nationale pour l'emploi](#)
- [CANAM : caisse autonome nationale d'assurance maladie \(non salariés non agricoles\)](#)
- [CCMSA : caisse centrale de la Mutualité sociale agricole](#)
- [Centre national de référence des leptospiroses \(Institut Pasteur\)](#)
- [CETAF \(centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé de la CNAMTS\)](#)
- [CITEPA : centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique](#)
- [CNAF : caisse nationale d'allocations familiales](#)
- [CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés](#)
- [CNAVTS : caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés](#)
- [DGS : direction générale de la santé \(Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées\)](#)
- [DGAS : direction générale de l'action sociale \(Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées\)](#)
- [Direction de l'Eau \(Ministère de l'environnement et du développement durable\)](#)
- [Direction générale des douanes et des droits indirects \(Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie\)](#)
- [Direction générale des impôts \(Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie\)](#)
- [DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)
- [FRANCIM - Réseau français des registres du cancer](#)
- [Groupe d'étude de la fécondation in vitro en France](#)
- [INSEE : institut national de la statistique et des études économiques](#)
- [INSERM Cepi DC : institut national de la santé et de la recherche médicale, service commun d'information sur les causes de décès](#)
- [InVS : institut national de veille sanitaire \(ex-RNSP : réseau national de santé publique\)](#)
- [Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche](#)
- [Ministère de l'intérieur](#)
- [Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer](#)
- [OMS : organisation mondiale de la santé](#)
- [OCRTIS : office central de répression du trafic illicite de stupéfiants](#)
- [RNSA : réseau national de surveillance aérobiologique](#)
- [SETRA : service d'études techniques des routes et autoroutes](#)
- [SONACOTRA : société nationale de construction pour les travailleurs](#)
- [UFJT : union des foyers de jeunes travailleurs](#)
- [UNAFO : union nationale des associations gestionnaires de foyers de travailleurs migrants et résidences sociales](#)
- [UNEDIC : union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce](#)
- Union nationale des établissements thermaux

▲ IMG. 10 : LES PRODUCTEURS DE DONNÉES



PIEROS : un exemple régional

Accédez à [Pieros](#)



The image shows a screenshot of the PIEROS website. At the top, there is a navigation bar with the PIEROS logo and a link to 'ACCÈS DIRECT AUX SITES' which lists various regional health observatories: ARH, CJB, CRAES, CRAM, DRASS, ORS, URCAM, and URML. Below this, a green curved banner on the left side lists navigation links: SITE ET PARTENAIRES, BASE D'ÉTUDES RÉGIONALES, NOUVELLES ÉTUDES, RÉPERTOIRES D'ADRESSES EN SANTÉ, TRAVAUX EN COURS, and NOUS CONTACTER. The main content area is titled 'ACTUALITÉS' and contains several sections: 'Quelques études à la une ...', '...sur l'état de santé' (with a link to 'Epidémiologie des cancers dans la Drôme'), '...sur l'offre et la consommation de soins' (with a link to 'Evaluation du Schéma Régional d'organisation Sanitaire (SROS III) en Rhône-Alpes, 2006'), '...sur les comportements de santé' (with a link to 'Etat des lieux sur les consommations et la diffusion des produits psychoactifs en Rhône-Alpes'), and '...sur la politique de santé' (with a link to 'Score ICALIN des établissements en 2005 - Rhône-Alpes'). Below these, there are two more sections: 'Nouveautés sur le site' (with a note about the 'Nouvelles études' section) and 'Pieros Infos' (with a note about the 'Lettre Pieros Infos N°8').

▲ IMG. 11 : EXEMPLE DE LA RÉGION RHÔNE ALPES

2. Construction d'indicateurs et de tableaux de bord

La deuxième méthode, mise en oeuvre dans l'observation de la santé, est *la production des indicateurs de santé*.



▲ IMG. 12

Voici le fac-similé de l'écran de la base de données SCORE santé, où il est possible d'interroger de façon interactive le système d'information pour obtenir des tableaux ou des graphiques répondant à ces mesures.

Les différents types d'indicateurs

Les indicateurs du système de santé peuvent se décliner en quatre grands types, qu'il est nécessaire, dans une optique de planification ou d'évaluation de programmes de santé, d'inclure dans l'analyse d'une situation au risque sinon de déboucher sur une identification incomplète des problèmes et sur des constats erronés :

- les indicateurs socio-démographiques,
- les indicateurs sanitaires (mortalité, morbidité),
- les indicateurs d'utilisation des services de santé (consommation),
- les indicateurs de ressources.

Quatre grandes catégories de sources d'informations servent à élaborer ces indicateurs :

- Le recensement ;
- « L'état civil » (naissance, décès, causes de décès) ;
- Les systèmes de recueil de données de morbidité (données hospitalières, données de l'Assurance maladie, maladies à déclaration obligatoire, registres, certificats de santé, ...) et de consommation de soins ;
- Les enquêtes systématiques.

Les principales sources de données correspondantes pour le champ de la santé sont passées en revue en **annexe**.

© Extrait de "L'observation sanitaire et sociale au sein de l'ERSP - Les méthodes d'observation"

▲ IMG. 13

Cet extrait présente les différents types d'indicateurs que l'on peut produire ainsi que les données qu'il convient de mobiliser pour produire ces indicateurs.

➤ **Voir annexe E en fin de fascicule**

3. Les limites des indicateurs

Discutons ici les limites des indicateurs:

les indicateurs sont-ils accessibles aux professionnels de santé publique ?

- ♦ *Accessibilité et finalité de certains systèmes d'information* [RGP (Recensement Général de la Population) de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), contrôle médical de l'assurance maladie]

La plupart des systèmes d'informations nationaux produisent des indicateurs normalement accessibles aux professionnels de santé. Toutefois, il convient de noter que les indicateurs produits peuvent ne pas correspondre aux besoins précis des professionnels. Ainsi, les données du recensement démographique dans la publication usuelle utilisent des classes d'âge trop larges pour être vraiment utiles pour répondre aux besoins de l'épidémiologie. Il est alors possible en se rendant à l'observatoire régional de l'institut national de statistiques d'obtenir des données plus détaillées. Ces données doivent toutefois être commandées à l'avance et seront préparées au cas par cas en fonction de leur utilisation.

Un autre exemple concerne l'INSERM. Les données de mortalité sont normalement disponibles sur la base de données de l'INSERM. Toutefois, pour des raisons évidentes de confidentialité ces données ne sont pas disponibles à un échelon plus petit que le canton.

- ♦ *Absence de système d'information proposant l'information*

Un exemple plus problématique concerne celui des données non disponibles pour produire les indicateurs pourtant indispensables. Dans ce cas, la seule solution est de procéder à une collecte de données spécifiques qui permettra d'établir les indicateurs désirés. On conçoit aisément qu'il puisse s'agir d'un travail important.

- ♦ *Le problème des petites échelles géographiques et de la validité statistique*

En effet à un échelon géographique très modeste, les populations sont petites, et les résultats statistiques ne présentent aucune stabilité dans le temps ; nous dirons que les données ne sont pas robustes ou encore sont d'une année à l'autre très variables. Au final, la validité des indicateurs que l'on peut produire sur des échelons géographiques très petits est tout à fait sujette à caution.

- ♦ *Les délais de production de l'information.*

Il est évident que la production d'indicateurs de santé fiable peut prendre un certain nombre de mois voir d'années. Ces délais incontournables peuvent ne pas convenir à l'action à conduire sur le terrain.

- ♦ *Les limites conceptuelles*

Pour aborder ces limites conceptuelles référons nous au rapport sur la "Construction et utilisation des indicateurs, dans le domaine de la santé" publié par l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé (2002).

- Voir annexe F en fin de fascicule



Explication

Discutons de quelques problèmes mentionnés dans ce rapport.

- ◆ Premier point de discussion, *la finalité de l'indicateur*. C'est à dire, que veut-on mesurer?

Contrairement à une opinion très répandue, un indicateur n'est pas un outil neutre. L'indicateur est produit pour répondre à un besoin précis. Il s'agit en général d'une prise de décision. Dans ces conditions l'indicateur est hautement finalisé et s'insère dans une chaîne de prise de décision.

- ◆ *Qui utilise des indicateurs?*
- ◆ *Validité, contexte et limites d'un indicateur*
 - Objectifs poursuivis?
Pour être utile, l'indicateur doit donc avoir des objectifs et des conditions d'utilisation très précis
 - Questions qui en découlent?
 - Eléments d'interprétation, référentiels de jugement, contexte décisionnel, ...?

Ainsi donc, l'idée d'un indicateur chiffre abstrait neutre et objectif est certainement une idée fausse.

Un indicateur est une donnée quantitative très finalisée s'inscrivant dans un système d'aide à la décision, donc dans un processus décisionnel précis.

L'observation de la santé en France

1. Qui observe en France?

Qui observe la santé en France?[]

De façon non exhaustive, on peut citer :

- ♦ *les ORS*

Les "ORS" [Les Observatoires Régionaux de la Santé] sont, nous l'avons vu précédemment, fédérés au sein de la "FNORS" FNORS [Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé]. [La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé]

- ♦ *le Ministère de la Santé ("DGS" DGS [La Direction Générale de la Santé] , "DREES" DREES [La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques] ,....)*

Au ministère de la santé de nombreuses directions observent la santé parmi lesquelles on peut citer bien entendu la Direction générale de santé ainsi que la direction de la recherche de l'évaluation et des études statistiques.

- ♦ *les pôles régionaux* (voir supra) structurés en réseaux

Nous avons également vu qu'au niveau régional il existe des pôles conduisant des études d'observation de santé.

- ♦ *"le HCSP" HCSP [Le Haut Conseil de la Santé Publique]* [le Haut Comité de Santé Publique]

- ♦ *"l'InVS" InVS [L'Institut de Veille Sanitaire]* [l'institut de veille sanitaire]

- ♦ "l'INSEE" INSEE [L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques] , "INSERM" INSERM [L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale] , "INED" INED [L'Institut National d'Etudes Démographiques] , "CNRS" CNRS [Le Centre National de la Recherche Scientifique] , ...

2. Quelques résultats en France



Les travaux du HCSP

Cette page liste tous les rapports concernant la santé en France publiés de 1994 à 2003 par le Haut Comité de Santé Publique.

The screenshot shows the HCSP website's homepage. At the top, there is a navigation bar with links for 'avis et rapports', 'la santé en France', 'la revue adsp', 'revue de presse', 'plan du site', 'rechercher', 'mon HCSP', and 'm'identifier'. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: 'accueil > la santé en France'. The main content area is titled 'Sont déjà parus' and lists various reports with their titles and years. The reports include: 'La santé en France 2002 (2002)', 'La santé en France 1994-1998 (1998)', 'La santé en France 95 (1995)', 'La santé en France (1994)', 'La santé des Français (2002)', 'La santé des Français (1998)', 'La santé des Français (1995)', 'Health in France 2002 (2003)', 'Health in France 1994-1998 (1999)', and 'Health in France 1994 General report (1996)'. On the left side, there is a sidebar with a 'Diaporama' section titled 'La santé en France 2002' and an image of a presentation slide.

© Site internet HCSP

▲ IMG. 14 : QUELQUES TRAVAUX D'OBSERVATION RÉALISÉS PAR LE HAUT COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE



La FNORS

Vous trouverez sur le site de la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, le sommaire de l'ensemble des travaux de la collection « la santé observée ». Chacun des chapitres peut aisément être téléchargé.

The screenshot shows the FNORS website's homepage. At the top, there is a navigation bar with links for 'Présentation et renseignements', 'F N O R S', and 'La santé observée dans les régions de France'. Below the navigation bar, there is a section titled 'Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé'. The main content area is a table of contents for the collection 'La santé observée dans les régions de France'. The table of contents is organized into several sections: 1 - Contexte d'ensemble, 2 - Offre de soins, 3 - Mise en œuvre, 4 - Personnes âgées, 5 - Personnes handicapées, 6 - Peuvent - Précariat, 7 - Pathologies, 8 - Facteurs de risque, 9 - Santé et environnement. Each section contains a list of sub-chapters with their titles and years. At the bottom of the page, there is a note: '← Chaptres actualisés en mai 2001 → Nouveaux chapitres de mai 2005'. There is also a note: 'Les autres chapitres datent de 1997 (première édition de ce document)'.

© FNORS, 2001

▲ IMG. 15 : LA SANTÉ OBSERVÉE DANS LES RÉGIONS DE FRANCE



Les pôles régionaux : La Mayenne

Principales causes de décès en Mayenne en 1995-97 (moyenne annuelle)		
35 à 64 ans		
15 à 34 ans		
HOMMES	Effectif	%
Morts violentes	35	69,3
<i>dont accidents de la circulation</i>	19	37,9
<i>dont suicides</i>	10	19,0
Tumeurs	4	7,8
Maladies de l'appareil circulatoire	3	5,2
Autres	9	17,6
Total	51	100,0
FEMMES	Effectif	%
Morts violentes	8	51,0
<i>dont accidents de la circulation</i>	4	24,5
<i>dont suicides</i>	2	10,2
Tumeurs	3	18,4
Maladies de l'appareil circulatoire	1	6,1
Autres	4	24,5
Total	16	100,0
HOMMES	Effectif	%
Tumeurs	113	41,5
<i>dont cancer du poumon</i>	30	10,9
<i>dont cancer des voies aéro-digestives sup.</i>	22	8,1
Maladies de l'appareil circulatoire	43	15,8
Morts violentes	55	20,1
<i>dont suicides</i>	26	9,4
Maladies de l'appareil digestif	23	8,4
Autres	39	14,2
Total	273	100,0
FEMMES	Effectif	%
Tumeurs	64	50,4
<i>dont cancer du sein</i>	21	16,3
Morts violentes	23	17,8
<i>dont suicides</i>	14	11,0
Maladies de l'appareil circulatoire	15	12,1
Maladies de l'appareil digestif	6	4,7
Autres	19	15,0
Total	127	100,0

© Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire.

▲ IMG. 16 : EXTRAIT DE DONNÉES - MAYENNE

Il s'agit de résultats de la santé observée au niveau local, c'est-à-dire celui d'un département, la Mayenne.

➤ Voir annexe G en fin de fascicule



Les pôles régionaux : Le Limousin

Voici un autre exemple, celui de l'observatoire de la santé du Limousin ; on trouve ici la publication interactive des résultats au niveau d'un pôle régional.

➤ Voir annexe H en fin de fascicule



L'INSERM, et autres instituts cités supra

Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC) de l'INSERM propose une base de données interactive permettant d'accéder aux causes de décès à l'échelon géographique désiré.

The screenshot shows the CepiDC website interface. At the top, there is a search bar with the placeholder "Rechercher une cause de décès". Below the search bar, there are two main sections: "Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès" (CepiDC) and "Inserm". The CepiDC section includes the acronym "CépiDC - IFR69", the address "44 avenue de Flandre 75724 Paris Cedex 15", and the phone number "Tel: 01 34 82 24 35 Fax: 01 34 82 24 23". The Inserm section includes the acronym "Inserm" and the text "Institut national de la santé et de la recherche médicale". Below these sections, there are two columns of links. The left column includes: "Introduction", "Données", "Publications", "Statistique", "Variables", "Vocabulaire", "CepiDC", "O.M.S.", "Moyen d'accès", "Context", and "Liens". The right column includes: "Introduction des données (1979 - 2005)", "Fichier de données (Liste résumée des causes de décès ayant 1 an)", "Publications", "Présentation de la statistique sur les causes médicales de décès", "Dictionnaire des variables de la base de données", "Principaux indicateurs de mortalité", "Le CépiDC", and "Centre collaborateur O.M.S. pour la famille des classifications internationales des maladies". At the bottom of the page, there is a footer with the text "Centre collaborateur O.M.S. pour la famille des classifications internationales des maladies en langue française".

▲ IMG. 17 : CEPIDC

L'Institut National d'Études Démographiques INED propose entre autres

informations, de nombreux indicateurs sur la population française, par exemple, les indices de fécondité.



▲ IMG. 18 : SITE WEB DE L'INED

Le CNRS fournit à la rubrique « Sciences du vivant » les résultats les plus récents des travaux de recherche concernant, entre autres, la santé de l'homme. Exemple ci-dessous consacré au SIDA.



▲ IMG. 19 : SIDA LE COMBAT SANS RÉPIT

L’Institut National de la Statistique et des Études Économiques INSEE réalise l’enquête décennale santé auprès des ménages.



▲ IMG. 20 : ENQUÊTE DÉCENNALE

L'observation de la santé dans le monde

1. Qui observe dans le monde?

Qui observe la santé en Europe et dans le monde? [liste non exhaustive]

♦ *L'Union Européenne*

La section santé publique du site Internet de l'union européenne est particulièrement intéressante.

Vous êtes invités à le visiter et à prendre connaissance dans le détail des différents chapitres qui composent la section santé publique.

L'élaboration d'indicateurs de santé dans l'Union européenne

Un des objectifs de la Commission européenne est de fournir des informations comparables sur la santé et les comportements de la population en matière de santé ainsi que sur les maladies et les systèmes de soins de santé. Ces informations doivent s'appuyer sur des indicateurs communs, adoptés au niveau européen, en ce qui concerne leur définition, leur collecte et leur utilisation. La plupart des initiatives soutenues par le [programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique \(2003-2008\)](#) concernaient l'élaboration de ces indicateurs. Elles ont débouché sur des recommandations pour la création d'indicateurs dans divers domaines de la santé ou pour l'amélioration des techniques de collecte de données en relation avec ces indicateurs.

Un premier ensemble d'indicateurs de santé dans la Communauté européenne a été créé par le projet ECHI et largement diffusé. L'objectif final de ce projet était de pouvoir poursuivre les travaux sur des indicateurs spécifiques en vue de compléter la liste des indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI), sur laquelle reposera le système communautaire d'informations et de connaissances en matière de santé, ainsi que leurs définitions opérationnelles. Le programme a également financé l'élaboration régulière de [rapports sur la santé en Europe](#).

Ainsi que le prévoit le futur programme de santé publique, et comme c'est déjà le cas dans le cadre du programme actuel, les travaux relatifs aux indicateurs et à la collecte de données seront coordonnés par des groupes de travail qui créeront le prototype du futur système de surveillance de la santé. Les tâches de ces groupes de travail couvriront les cinq phases de la gestion des données: l'analyse des besoins de données dans leurs domaines respectifs, la définition des indicateurs et l'assurance de la qualité, un appui technique pour les efforts nationaux, la collecte de données à l'échelle de l'Union européenne, la réalisation de rapports et d'analyses et la promotion des résultats. L'action constituera le point de départ de la mise en place ultérieure de structures appropriées pour la surveillance de la santé. La collaboration et une étroite coordination avec Eurostat et ses groupes partenaires sont de la plus haute importance.

Dans le domaine des indicateurs de santé, un premier ensemble d'indicateurs a été créé dans la Communauté européenne par le projet ECHI et largement diffusé. Il s'agit à présent de compléter cette liste, sur laquelle reposera le système communautaire d'informations et de connaissances en matière de santé, ainsi que les définitions opérationnelles de ces indicateurs. Dans le cadre du programme de surveillance de la santé, le projet ECHI a permis de dresser une liste exhaustive d'indicateurs, en étroite coordination avec de nombreux autres projets du programme. En juin 2006, cette liste comportait environ 400 indicateurs.

La Commission européenne souhaitait également en extraire une liste restreinte pour fixer les priorités en ce qui concerne l'harmonisation de la collecte de données par les États membres de l'Union. Le projet ECHI a entrepris la sélection des indicateurs à retenir dans cette liste restreinte en étroite collaboration avec les chefs de projet, les groupes de travail et les services de la Commission concernés.

Dans le domaine de l'information sur la santé, il est impossible de collecter des données ou de mettre au point des indicateurs ECHI sans pouvoir compter, à la base, sur d'excellents instruments communautaires pour rassembler ces informations. L'action communautaire vise à améliorer la qualité et la comparabilité de ces instruments (enquêtes sur la santé, registres des maladies, activité hospitalière, comptes de santé, etc.) pour aider les Etats membres, les réseaux européens et l'ECHI à comparer et à analyser les informations. Faute d'une action efficace à long terme dans le domaine des instruments liés à l'information qualitative, il est impossible de répondre aux questions fondamentales que pose la santé: combien? qui? et pourquoi?

▲ IMG. 21 : SITE DE L'UNION EUROPÉENNE - LA COLLECTE DES INDICATEURS DE SANTÉ

♦ *L'OMS*

Le bureau Europe de l'organisation mondiale de la santé, est également un site à consulter car il présente l'ensemble des travaux que conduit l'organisation notamment en matière d'observation de la santé.

- ♦ Les CDC[Centers for Disease Control and Prevention], USA
- ♦ L'OCDE[Organisation de coopération et de développement économiques]
- ♦ La Banque Mondiale
- ♦ Les ONG[Organisations non gouvernementales]
- ♦ ...

2. Quelques résultats en Europe



OMS - EURO

Le bureau Europe de l'organisation mondiale de la santé présente un ensemble de résultats de grand intérêt, notamment dans le cadre de l'élargissement de l'union européenne.

On trouve en particulier deux types de publication sur l'ensemble des pays de la zone OMS Europe :

- ◆ Première série de publications, les faits marquants de la santé "*Panorama de la santé*" dans les différents pays de l'Europe.

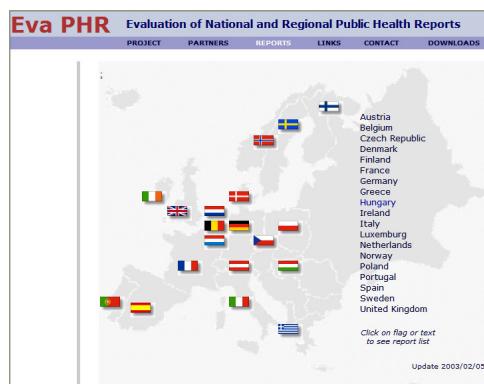
Vous trouverez ci-dessous un exemple concernant la Lituanie.

- Voir annexe I en fin de fascicule

- ◆ Deuxième série de publications, les rapports relatifs au système de santé en transition qui présente *l'évolution de l'ensemble des systèmes de santé* des différents pays de l'Europe.



Union Européenne



© Site Eva PHR

▲ IMG. 22 : EVALUATION OF NATIONAL AND REGIONAL PUBLIC HEALTH REPORT

Exemple de coopération internationale dans la région Europe, concernant l'évaluation de l'ensemble des rapports de santé publique régionale des différents membres de l'union européenne.

Ce programme d'évaluation a été financé par la commission européenne.



L'observatoire européen des systèmes de santé

Dépendant du bureau Europe de l'organisation mondiale de la santé, l'observatoire Européen des systèmes de santé se trouve à Londres.

Il publie d'intéressantes analyses sur les différents systèmes de santé des pays de l'union.

➤ Voir annexe J en fin de fascicule

3. Quelques résultats dans le monde



OMS - Monde

Voici un exemple remarquable de résultats obtenus par l'organisation mondiale de la santé.

Tableau 1 de l'annexe Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997

Etat Membre	Santé Nombre (OMS)	RÉALISATION DES OBJECTIFS				Dépense de santé en % du PIB	Performance d'après les cinq critères énoncés			
		Sancté Réactivité	Degré Distribution	Équité de la distribution des dépenses	Nombre de meilleurs résultats					
Algérie	168	182	181 - 182	172 - 173	100 - 104	183	184	156	173	
Afrique du Sud	160	128	75 - 74	142 - 144	100 - 104	181	17	162	175	
Albanie	102	129	136	117	173 - 174	56	140	64	55	
Algérie	84	110	90 - 91	50 - 52	74 - 75	59	114	45	61	
Allemagne	22	20	28	3 - 4	1 - 2	14	45	24	25	
Andorre	10	25	28	39 - 42	33 - 34	17	23	7	4	
Angola	165	178	47	177	188	103 - 104	181	164	165	181
Angola et Béchirda	48	58	47	34 - 42	116 - 120	107	41	123	96	
Arabie saoudite	56	70	67	50 - 52	138 - 140	61	63	26	26	
Argentine	39	69	40	3 - 38	89 - 95	49	34	71	75	
Armenie	41	63	92	111 - 112	181	81	182	56	104	
Argentine	2	17	12 - 13	73 - 79	26 - 28	12	12	12	32	
Armenie	17	8	3 - 38	12 - 13	12 - 15	10	6	15	9	
Azerbaïdjan	65	99	130 - 131	125	116 - 120	103	162	46	109	
Azerbaïdjan	100	67	19	3 - 38	138 - 139	109	22	22	94	
Bahreïn	61	72	43 - 44	3 - 38	61	58	45	30	42	
Bangladesh	140	125	178	181	51 - 52	131	144	103	88	
Barbade	53	36	39	3 - 38	107	38	36	46	46	
Bolivie	85	46	76 - 78	45 - 47	84 - 86	55	74	116	72	
Brésil	16	26	16 - 17	3 - 38	3 - 5	13	15	28	21	

▲ IMG. 23 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA SANTÉ DANS LE MONDE EN 2000

Il s'agit de l'enquête réalisée en 2000 comparant l'ensemble du système de santé des 193 pays membres de l'organisation.

Cette enquête avait été l'objet d'une vive polémique lors de sa parution. En effet, l'enquête avait classé le système de santé français le premier au monde. Ce résultat n'avait pas manqué de susciter de nombreux commentaires!

130 Rapport sur la santé dans le monde 2004

Etat Membre	Population 2000 1980-2000	Taux d'excès mortalité enfant (0-4)	ESTIMATIVES RELATIVES À LA POPULATION				ESPERANCE DE VIE À LA NAISSANCE (années) 2002		
			Population 1990 1980-2000	Taux de mortalité enfant (0-4)	Pourcentage de la population d'âge de 60 ans et plus	Taux de mortalité générale			
			1990	2002	1990	2002			
1 Algérie	22 500	3,8	88	86	4,7	4,7	70	6,6	42,6
2 Algérie du Sud	44 759	1,5	70	59	5,2	6,1	7,4	2,6	50,7
3 Albanie	3 141	-0,4	84	53	7,9	9,5	2,8	2,3	70,4
4 Argentine	37 595	1,1	82	60	2,3	2,3	5,2	2,8	76,4
5 Allemagne	82 414	0,2	48	45	20,5	24,0	1,3	1,3	78,7
6 Andorre	10	1,3	40	40	20,1	29,0	14	1,3	40,0
7 Angola	15 114	2,9	97	101	9,6	4,4	7,2	7,2	49,9
8 Argentine-Bolivie	75	1,2	63	56	9,5	19,5	1,8	1,1	71,4
9 Argentine-Bolivie	25 520	2,8	72	72	8,2	8,2	3,8	4,6	70,0
10 Argentine	37 081	1,3	44	59	11,0	11,5	2,8	2,5	74,4
11 Argentine	3 052	-1,3	37	44	10,5	13,7	2,2	1,2	70,9
12 Argentine	10 444	1,2	38	44	10,4	14,1	1,9	1,1	69,6
13 Argentine	8 111	0,3	48	47	19,8	21,3	1,5	1,3	78,4
14 Azerbaïdjan	297	1,1	43	57	7,6	9,2	2,8	2,1	65,8
15 Argentine	17 010	1,3	53	53	8,5	8,5	2,8	2,3	75,8
16 Bahreïn	769	3,8	51	47	3,7	4,0	3,5	2,7	73,2
17 Bangladesh	141 860	2,3	81	71	6,4	5,2	4,4	3,5	65,2
18 Argentine	12 269	0,4	55	42	15,6	17,0	1,8	1,5	74,7
19 Bolivie	8 940	-0,4	32	46	17,4	19,3	1,7	1,2	68,3
20 Belgique	10 296	0,3	39	35	26,9	22,2	1,8	1,7	78,4

▲ IMG. 24 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA SANTÉ DANS LE MONDE EN 2004

Cet extrait montre les très grandes inégalités de santé que l'on peut observer, ici notamment en matière d'espérance de vie.

➤ Voir annexe K en fin de fascicule

Surveillance en santé publique

1. Surveillance en santé publique



Surveillance

"La surveillance en santé publique (ou surveillance épidémiologique) est une méthode permettant aux agences de santé publique de surveiller la santé de leurs communautés. Elle a pour but de fournir les données scientifiques à partir desquelles les agences pourront définir de manière appropriée les priorités, élaborer les programmes et prendre les actions destinées à promouvoir et à protéger la santé publique." (Principes d'épidémiologie)

Ce thème, la surveillance, est développé dans le cours d'épidémiologie. Merci de vous référer au chapitre 5 "Surveillance en santé publique".[Accessible sur la plate-forme REAL dans la rubrique : Santé Publique / Epidémiologie / Principes d'épidémiologie.]

Retrouvez également le cours en format pdf en cliquant sur le lien suivant :

- Voir annexe L en fin de fascicule

Observation, surveillance et aide à la décision

Nous avons indiqué précédemment à plusieurs reprises que la surveillance consistait à produire de la formation pour l'action sous forme *d'aide à la décision*.

Abordons maintenant une partie de discussion, dans laquelle nous allons nous poser la question suivante :

les systèmes de surveillance produisent ils une information utile pour la prise de décision?

1. Conditions à satisfaire pour une information utile à la décision

Discutons des conditions à satisfaire pour produire une information utile à la décision.

- ♦ Le premier obstacle pour la production de cette information, est le très classique fossé *connaissance – action*.



La relation tabac-cancer

Un bel exemple de ce fossé est celui de la *relation tabac-cancer*.

La relation tabac-cancer est solidement établie depuis 1970. De très vastes campagnes d'information ont été entreprises notamment ces 20 dernières années. Pourtant, la diminution de la consommation de tabac ne s'effectue que très lentement. *Il est clair que dans cet exemple la connaissance n'est pas suffisante pour induire l'action.*

- ♦ Un autre obstacle pour l'action est *le manque d'intégration des différents systèmes*

d'information en général disponibles.

- statistiques
- épidémiologiques
- management

Ce manque d'intégration procède à la fois d'une construction historique et d'une résistance au changement.

◆ *L'information est-elle en forme décisionnelle?*

Le dernier obstacle pour l'action, est le format même des informations produites. Pour être utile à l'action, l'information doit utiliser des formats compréhensibles par les décideurs, par exemple :

- indicateurs
- scénarii
- recommandations
- prévisions

La valeur décisionnelle d'une information

"Une connaissance possède une valeur décisionnelle si elle permet d'expliciter un ou plusieurs critères utilisés dans la prise de décision" (William DAB, in "La décision en santé publique", Editions de l'ENSP, 1993.)

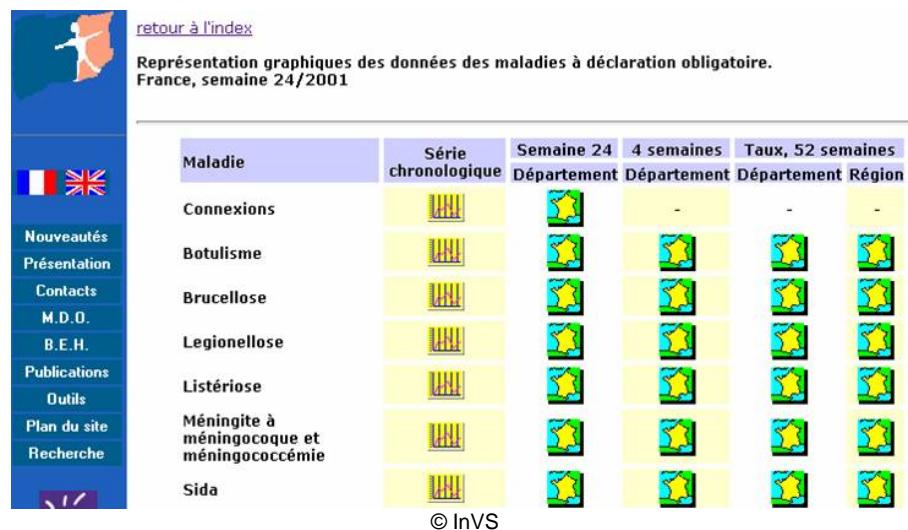
2. Indicateurs et tableaux de bord

Nous avons indiqué précédemment les critères à respecter pour produire de l'information à visée décisionnelle.

Présentons ici deux exemples d'informations issues de la surveillance répondant à ces critères.



Tableau de bord



▲ IMG. 25 : TABLEAU DE BORD



Indicateurs

Recherche

Sélectionnez un indicateur

- Indice comparatif de mortalité générale
- Nombre de décès par tranches d'âge chez les hommes
- Nombre de décès par tranches d'âge chez les femmes
- Nombre total de décès par tranches d'âge
- Taux de mortalité générale chez les hommes
- Taux de mortalité générale chez les femmes
- Rapport du taux de mortalité régional sur le taux national, pour les hommes
- Rapport du taux de mortalité régional sur le taux national, pour les femmes
- Espérance de vie à la naissance
- Espérance de vie à 20 ans
- Espérance de vie à 35 ans
- Espérance de vie à 40 ans
- Espérance de vie à 60 ans
- Taux comparatif de mortalité générale

Sélectionnez un indicateur

Lieu géographique

Sélectionnez un lieu géographique

Valider

© FNORS

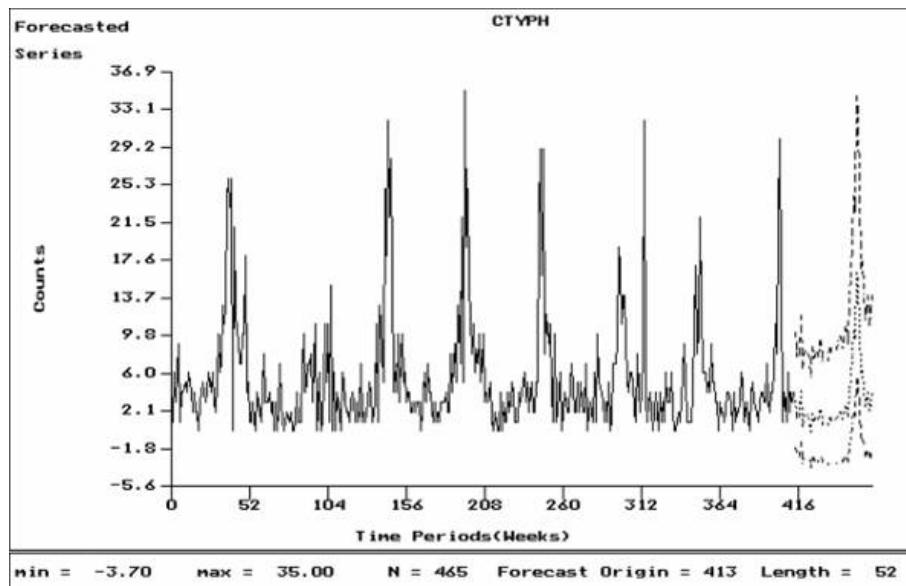
▲ IMG. 26 : BASE INTERACTIVE PERMETTANT DE PRODUIRE DES INDICATEURS

3. Prévisions

Voici un autre exemple d'informations décisionnelles : *les prévisions*



Prévisions de nombres de cas de maladie.



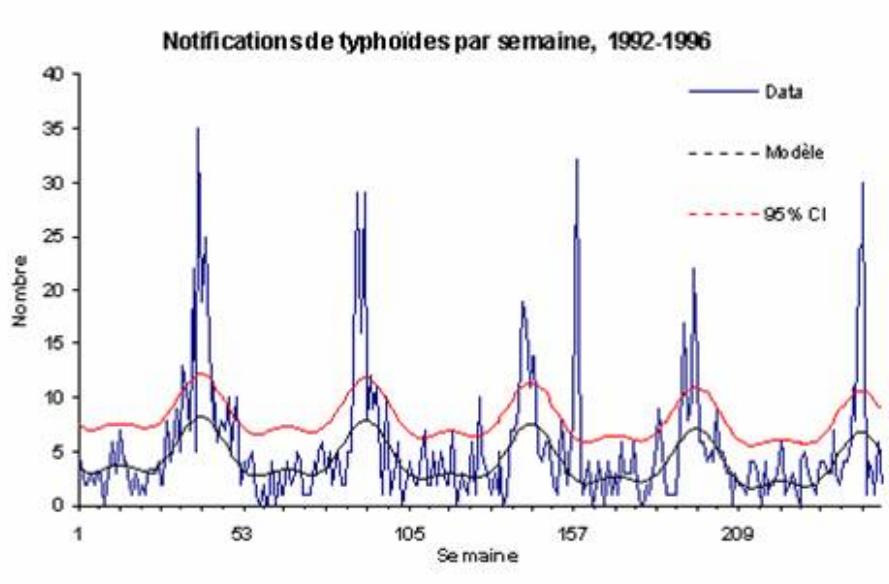
▲ IMG. 27 : GRAPHIQUE SOURCE INVS



Détection de seuils épidémiques

Voici une application de la prévision.

Il s'agit de la définition de *seuil épidémique*, c'est-à-dire de seuil au-delà duquel le nombre de cas observés déclenche l'alerte.



▲ IMG. 28 : GRAPHIQUE SOURCE INVS

4. Recommandations

Une autre forme d'informations à visée décisionnelle : *les recommandations*.

Voici un exemple de deux types de recommandations.



La coqueluche

Conduite à tenir en cas de coqueluche

- Voir annexe M en fin de fascicule



La méningite

Conduite à tenir en cas de méningite

- Voir annexe N en fin de fascicule

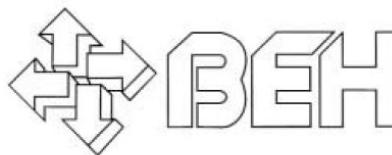
5. Evaluations

Un autre type d'informations à visée décisionnelle est *le rapport d'évaluation d'action ou de programmes de santé*.



Evaluation du dépistage du cancer du sein en France

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la santé
de la famille et des personnes handicapées
Institut de veille sanitaire



Numéro thématique
Dépistage organisé du cancer du sein p. 13

N° 04/2003

21 janvier 2003

Numéro thématique DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Editorial

Le réseau Francim des registres des cancers estime que les nouveaux cas de cancer du sein atteignaient en France, pour l'année 2000, le chiffre de 42 000 ce qui représente un doublème sur les 20 dernières années tandis que, dans le même temps, le nombre de décès restait stable autour de 11 000 cas annuels*.

Ces données sont à mettre en parallèle avec l'amélioration de l'efficacité thérapeutique et le diagnostic précoce ou le dépistage qui entraînent un pronostic plus favorable.

Le dépistage du cancer du sein commence en France, sur un plan individuel, dès le début des années 1980. Le dépistage organisé dont l'objectif est la réduction de la mortalité est initié en 1989, la France suivant l'exemple de certains pays de l'Union européenne. Il s'agit, à cette date, des premiers programmes départementaux mis en place sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) qui couvriront dix départements en 1991.

La Direction générale de la santé (DGS) prend ensuite le relais en instaurant, en 1994, un « Programme national de dépistage systématique du cancer du sein » dont l'objectif est d'inclure progressivement dans le dispositif l'ensemble des départements français.

Le nouveau cahier des charges, dont l'impact sur les indicateurs de dépistage est présenté page 16, est actuellement en cours d'application. La couverture générale du territoire sera effective début 2004.

Ce numéro thématique du BEH présente les dernières données d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein pour les 32 départements opérationnels avant 2001 ainsi que l'important travail d'évaluation effectué par le département de l'Isère. Il comprend aussi une première approche descriptive de la mortalité comparée entre les départements avec et sans dépistage organisé. Les travaux ayant une approche comportementale sont présentés ensuite. Tout d'abord, la connaissance du dépistage des femmes consultant dans les Centres d'examens de santé, puis les synthèses de trois études menées par la Ligue nationale contre le cancer sur les comportements des femmes, des médecins généralistes et des gynécologues en matière de dépistage organisé.

Rosemary Ancelle-Park, Institut de veille sanitaire, coordinateur scientifique du numéro

▲ IMG. 29 : EXTRAIT DU BEH - JANVIER 2003

➤ Voir annexe O en fin de fascicule

6. Exemples très "décisionnels"



Légionellose et voyage : le travail de EWGLI

EWGLI[The European Working Group for Legionella Infections] est le réseau de surveillance de la légionellose en Europe.

Une des utilisations des données de surveillance :

la liste détaillée des établissements de tourisme ne répondant pas à des conditions d'hygiène satisfaisantes.



The European Working Group for Legionella Infections

Accommodation Site Updates

Home

EQA Schemes

EWGLINET

Data / Information

Collaborators

Site Updates

Subscribe

Events

Search

Contact Us

Links

In the course of its normal surveillance activities, EWGLINET detects many clusters of legionnaires' disease cases each year, at accommodation sites throughout Europe and beyond.

When a cluster is detected within a country which has agreed to follow the [European Guidelines](#), collaborators are expected to report on investigations conducted to deal with these clusters. Usually these reports are submitted on time and show that adequate steps have been taken to control the risk of further legionella infection at these sites in the future.

Occasionally however, the report will either not be submitted by the required deadline, or will not convincingly show that the required standard of remedial action has been met. In these situations, the name of the accommodation site is published on this page of the EWGLI website. It will be removed only when a new report is received demonstrating that adequate control measures have been implemented and steps have been taken to minimize the risk of further cases occurring.

If you wish to receive an email update whenever a site name is added to/ removed from this page, please [subscribe](#) to our mailing list.

The table below was last updated at 15.00 (UK time) on 07 December 2007.

[Top of page](#)

SITE NAME	LOCATION	NUMBER OF CASES	ONSET OF MOST RECENT CASE	REASON FOR PUBLICATION
Berr Hotel	Turkey	2	30/09/2007	The Form A has not been received for this accommodation site, and its status is uncertain.
Grand Hotel de Rose	Scalea, Calabria, ITALY	3	17/09/2005	It is not known whether adequate control measures to prevent the spread of legionella are currently in place at this hotel.

[Top of page](#)

© The European Working Group for Legionella Infections 1999 - 2007

▲ IMG. 30 : SIGNALLEMENT DES HÔTELS NON CONFORMES

La surveillance des infections nosocomiales

L'enjeu de la surveillance des *infections nosocomiales* :

♦ *L'enquête nationale de prévalence*

➤ Voir annexe P en fin de fascicule

♦ *Le projet HELICS-ICU*

Vers une surveillance européenne des infections nosocomiales dans les unités de soins intensifs.

➤ Voir annexe Q en fin de fascicule

♦ *SRAS (SARS) et infection nosocomiale (OMS)*

♦ Le site Nosobase

♦ L'exemple d'un CCLIN[Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales]

♦ Données CCLIN - Ouest

Comme vous pouvez le constater, il existe un grand nombre de systèmes d'information consacrés à *la surveillance des infections nosocomiales*.

L'enjeu de la maîtrise des infections nosocomiales est important, puisque qu'on attribue à ces infections une mortalité de 10 à 15 000 personnes par an en France.

Discussion

Aide à la prise de décision

Désormais, on ne peut plus dire : "on ne savait pas". En effet, vous avez pu constater tout au long de cet exposé, que de très nombreux systèmes d'information sont disponibles, tant en France qu'en Europe, voire dans le monde pour fournir des données de santé.

L'observation et la surveillance de la santé font désormais partie des méthodes incontournables de la constitution d'aides à la décision.

Démocratie sanitaire

Les systèmes de surveillance et les systèmes d'information qui les accompagnent introduisent une transparence supplémentaire dans la gestion des systèmes de santé et de ce fait participent au mouvement de *démocratie sanitaire*.

Un effort en communication

Encore faut il que le décideur, le professionnel, l'usager et le citoyen puissent obtenir l'information dont il a besoin. Il nous reste des progrès à faire, en particulier en matière de *disponibilité de l'information*.

Si l'on regarde hors des frontières, force est de constater que d'autres pays communiquent beaucoup mieux que nous en matière d'information sur la santé.[Canada, USA, Royaume-Uni, notamment]

Pour s'en convaincre, une recherche sur le Web montre l'importance dans la littérature francophone de la contribution canadienne!

Conclusion

Nous rencontrons en France une grande difficulté : *la multiplicité des sources d'information ainsi que leur hétérogénéité.*

Non seulement il peut réellement s'avérer un manque de cohérence, mais encore l'usager pourra se sentir quelque peu perdu dans ce grand ensemble de systèmes d'information à consulter.

Il est clair qu'un réel *effort d'intégration et de communication* est à promouvoir.

Bibliographie

- ADELFI** , "Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie. Recommandations de l'Association des Epidémiologistes de Langue Française", 31 pages, ADELFI, Villejuif, 1997.
- AHRENS (W.) , PIGEOT (I.)** , "Handbook of epidemiology", 1617 pages, Springer, Berlin, 2004.
- ANCELLE (T.)** , "Statistique et épidémiologie", 300 pages, Maloine, Paris, 2002.
- ANTOINE (P.) , LELIEVRE (E.) , GOURGEAU (D.)** , "Etats flous et trajectoires complexes. Observation, modélisation, interprétation", 301 pages, INED, Paris, 2007.
- AUBIN (M.) , AUDET (N.) , BEAUCAGE (C.) , ET AL** , "Epidémiologie appliquée : une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé", 550 pages, Gaëtan Morin, Paris, 1996.
- BASTUJI-GARIN (S.)** , "Interprétation d'une enquête épidémiologique. Types d'enquête, notions de biais, causalité" in "La revue du praticien", 15 04 1996, n°.8, pp.997-1003.
- BERNARD P, LAPOINTE C** , "Mesures statistiques en épidémiologie", 314 pages, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1991.
- BERTHIER (N.)** , "Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthode et exercices corrigés", 352 pages, Armand Colin, Paris, 2006.
- BOUYER (J.)** , "Epidémiologie : exercices et corrigés", 189 pages, ESTEM, Paris, 2001.
- BOUYER (J.)** , "Méthodes statisques médecine-biologie", les Editions INSERM, Paris, 1996.
- CZERNICHOW P, CHAPERON J, LE COUTOUR X** , "Epidémiologie", 443 pages, Masson, Paris, 2001.
- DE BRUIN (A.) , PICAVET (H.S.J.) , NOSSIKOV (A.)** , "Health interview surveys : towards international harmonization of methods and instruments", 161 pages, OMS - Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1996.
- DESGANTI (R.) , CARDON (P.)** , "L'enquête qualitative en sociologie", 95 pages, Lamarre/Editions ASH, Paris, 2007.
- DETELS (R.) , McEWEN (J.) , BEAGLEHOLE (R.) , ET AL** , "Oxford Textbook of Public Health, 4e ed", 1955 pages, Oxford University Press, Oxford, 2002.
- EDWARDS (S.)** , "Objective system for interviewer performance evaluation for use in

epidemiologic studies" in "American journal of epidemiology", SLATTERY (M.L.) , , MORI (M.) et al , . 01 12 1994, n°.11, pp.1020-1028.

FLETCHER (R.H.) , FLETCHER (S.W.) , WAGNER (E.H.) , "Clinical epidemiology: the essentials, 3rd ed", 276 pages, Williams & Wilkins, Philadelphia, 1996.

GOLDBERG (M.) , "L'épidémiologie sans peine", 194 pages, Editions Frison-Roche, Paris, 1990.

KLEINBAUM (G.G.) , KUPPER (L.L.) , MORGENSTERN (H.) , "Epidemiologic research: principles and quantitative methods", 529 pages, Lifetime Learning Publications, Belmont (CA), 1982.

MOREAU (A.) , "Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group" in "La revue du praticien", DEDIANNE (M.-C.) , , LETRILLIART (L.) et al , . 15 03 2004, n°.645, pp.382-384.

MORNET (C.) , "L'évaluation de la satisfaction du patient : les vertus de la méthode qualitative ?" in "Bulletin d'éducation du patient à sa maladie", 12 2001, n°.4, pp.28-32.

MORTON (R.F.) , HEBEL (J.R.) , MCCARTER (R.J.) , ROUGEMONT (A.) , "Epidémiologie et biostatistique : une introduction programmée, 4e édition", 255 pages, Doin, Paris, 1998.

PAGANO (M.) , GAUVREAU (K.) , "Principles of Biostatistics", 524 pages, Wadsworth Publishing Company, Belmont (CA), 1993.

PAPOZ (L.) , "Evaluer - pourquoi faire ? Qualité des données dans les études épidémiologiques" in "Gérontologie et société", 2001, n°.99, pp.25-36.

ROTHMAN (K.J.) , GREENLAND (S.) , "Modern epidemiology. 2nd ed", Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998.

RUMEAU-ROUQUETTEC , BLONDEL (B.) , KAMINSKI (M.) , ET AL , "Epidemiologie : méthodes et pratique", 312 pages, Flammarion, Paris, 1993.

SCHAFFER (P.) , "Interprétation d'une enquête épidémiologique" in "La revue du praticien", VELTEN (M.) , . 15 05 2002, n°.10, pp.1131-1137.

TOUZET (S.) , "Interprétation d'une enquête épidémiologique" in "La revue du praticien", COLIN (C.) , . 15 10 1999, n°.16, pp.1797-1804.

VALLERON (A.J.) , SCHWARTZ (D.) , GOLDBERG (M.) , ET AL , "L'épidémiologie humaine. Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques", 424 pages, EDP Sciences, Les Ulis, 2006.

Signification des sigles

- **CNRS** Le Centre National de la Recherche Scientifique
- **DGS** La Direction Générale de la Santé
- **DREES** La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **FNORS** Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
- **HCSP** Le Haut Conseil de la Santé Publique
- **INED** L'Institut National d'Etudes Démographiques
- **INSEE** L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- **INSERM** L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- **InVS** L'Institut de Veille Sanitaire
- **SIDA** Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
- **SRAS** Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
- **VIH** Virus de l'Immunodéficience Humaine