

Les enquêtes santé

Les enquêtes santé constituent un élément central d'un système d'information sur la santé. Un projet de système européen d'enquêtes santé se met en place.

Évaluation des enquêtes santé par interview et par examen de santé

Arpo Aromaa
Päivikki Koponen

Institut national
de santé publique,
Helsinki, Finlande

Jean Tafforeau
Claudine Vermeire

Institut scientifique
de la santé publique,
Bruxelles, Belgique

Cet article est adapté
d'une version présentée
dans le *European Journal*
of Public Health

Les enquêtes santé par interview (HIS¹) et les enquêtes santé combinées par interview et par examen de santé (HIS/HES²) sont des éléments centraux d'un système de surveillance de la santé global. Les HIS fournissent une information précieuse sur l'état de santé, les maladies, les styles de vie, les capacités fonctionnelles et l'utilisation des services de santé. Par définition, les interviews et les questionnaires constituent les seules possibilités pour obtenir des données sur la santé perçue, les symptômes et les comportements en relation avec la santé. Par ailleurs, des mesures cliniques sont nécessaires pour obtenir une information valide concernant beaucoup de conditions chroniques, sur les limitations fonctionnelles et les incapacités relatives à plusieurs déterminants clés de la santé.

Les maladies chroniques font souvent l'objet de sous- ou de sur-déclarations dans les enquêtes par interview. Les personnes asymptomatiques peuvent souffrir d'affections (hypertension...) justifiant de traitements, les symptômes rapportés (acuité visuelle ou auditive...) peuvent ne pas être suffisamment spécifiques,

ou encore, il peut y avoir des biais considérables de mémoire (infections ou vaccinations). Le résultat des examens physiques et des réponses subjectives concernant la douleur et l'incapacité peuvent différer. Un exemple bien connu de différences entre les déclarations et les mesures réelles sont la sous-déclaration du poids et les sur- ou sous-déclarations de la taille.

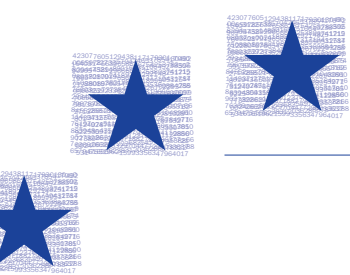
Pour obtenir une information complète et comparable en vue d'établir des indicateurs de santé dans la Communauté de façon pertinente et fiable, il est nécessaire d'utiliser des méthodes d'enquêtes par interview standardisées. La comparabilité de l'information est essentielle pour mettre en évidence les différences et les similarités entre pays, ainsi que les problèmes et les succès. Des comparaisons pertinentes sont utiles pour établir les objectifs d'amélioration de la santé.

Les enquêtes par examen sont plus coûteuses financièrement et en moyens logistiques que les enquêtes par interview du fait qu'elles requièrent une variété de personnel qualifié et une formation minutieuse. En pratique, une enquête par interview fait partie intégrante de toute enquête par examen et parfois l'enquête par examen est conduite sur un sous-échantillon par suite de contraintes particulières dans la conception de l'enquête et dans les procédures. Beaucoup de mesures et d'examens d'une HES typique s'approchent de la médecine clinique et certains présentent une plus grande validité que les méthodes des enquêtes par interview, ce qui ne signifie pas que des examens physiques ne sont pas sujets à erreurs. Un avantage majeur de la combinaison HIS/HES porte sur la mesure des tendances temporelles et des différences entre groupes de population, car l'interprétation des résultats est facilitée par la disponibilité de différentes catégories de mesures partiellement indépendantes.

Des données utiles pour la surveillance de la santé

1. *Health Interview Survey*. On utilisera dans la suite le sigle HIS qui apparaît de façon commune dans de nombreuses publications.

2. *Health Examination Survey*, enquêtes par examen.



sont également régulièrement obtenues à partir d'autres sources. Les sources administratives et les registres, par exemple les données hospitalières d'admission et de séjours et les données des médecins généralistes, peuvent fournir une vue d'ensemble de la morbidité et suggérer des hypothèses pour des études ultérieures. Les données de registres sont précieuses pour l'évaluation des services de soins de santé, mais ne sont pas suffisantes pour des objectifs de surveillance de l'état de santé de la population. En effet, des données de registres exhaustives et pertinentes sont disponibles

seulement pour quelques maladies et il existe des différences dans la couverture et la disponibilité de ces données. Les enquêtes en population surmontent beaucoup des problèmes de biais de sélection des données d'état de santé basées sur les services de santé, à condition que la participation soit élevée.

Les taux de réponse dans les enquêtes santé varient beaucoup. Un grand nombre des personnes les plus susceptibles de souffrir de plusieurs affections chroniques ou de limitations fonctionnelles, par exemple les personnes vivant en institutions, peuvent être

Méthodes suivies

Durant la première phase du projet, un noyau d'experts dans le champ de la recherche sur les enquêtes santé a été constitué avec des partenaires de huit pays. Un réseau européen plus large d'experts en méthodologie des enquêtes HIS et HES a été initié.

L'inventaire des enquêtes santé nationales dans les pays membres de l'Union européenne et les pays de l'European Free Trade Association (EFTA, Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse) a été réalisé et mis à jour durant les première et deuxième phases du projet. L'information a été collectée par revue de la littérature, par des communications personnelles, par une enquête postale systématique dans tous les pays membres et ceux de l'EFTA, ainsi que par l'intermédiaire d'un questionnaire méthodologique adressé à des personnes contact pour des enquêtes identifiées. Un seul institut n'a pas retourné le questionnaire méthodologique. C'est à travers ces questionnaires qu'a été collectée l'information concernant le type d'enquête, le mode de collecte des données, la population cible, le plan et les procédures d'échantillonnage, la taille de l'échantillon, le taux de non-réponses, le personnel d'enquête et sa formation, les procédures d'assurance qualité et les contrôles.

L'information sur ces enquêtes a été entrée dans la base de données en même temps que les instruments et protocoles recommandés par exemple par l'OMS

Europe et par le projet sur la surveillance des facteurs de risque*. La base de données comprend, pour chaque enquête, l'information méthodologique, toutes les questions posées (à la fois en langage original et en anglais) et les protocoles d'examen, de même que la mention des institutions en charge de la coordination de l'enquête et les coordonnées des personnes contact responsables.

Les critères d'inclusion retenus pour les enquêtes ont été les suivants. Les enquêtes doivent être basées sur un échantillon de population représentatif au niveau national, elles doivent être répétées à un intervalle plus ou moins régulier et leur champ d'intérêt ne doit pas être limité à une maladie ou un thème de santé spécifique ou restreint à un âge de population trop étroit, par exemple les enfants ou les personnes âgées. La version actuelle (janvier 2003) de la base de données inclut 90 enquêtes par interview (ce qui représente un total de 13 809 questions) et 16 enquêtes par examen (soit un total de 221 protocoles) de pays de l'Union européenne, de l'EFTA ainsi que d'Australie, du Canada et des États-Unis. Sept enquêtes par interview internationales (de l'OMS et de la Communauté européenne) sont aussi incluses. L'inventaire des enquêtes par interview sera complété par l'information de provenance des nouveaux États membres et des pays candidats. Ce travail sera finalisé en 2004.

La base de données a été mise

à disposition en premier lieu sous forme de CD-Rom et une version Internet en phase de finalisation est d'ores et déjà consultable sur le site <https://www.iph.fgov.be/hishes>.

L'analyse du contenu des questionnaires et des protocoles d'examen conduit à une classification des domaines et thèmes de santé ou reliés à la santé. Cette classification a été adaptée à la liste des indicateurs présentée dans le projet Echi. Les questions et protocoles ont été classés en utilisant les codes de domaines de cette liste, constituant ainsi un critère de recherche dans la base de données.

La liste des thèmes des enquêtes par interview est divisée en sept domaines : facteurs démographiques et socio-économiques, état de santé, facteurs personnels et biologiques, styles de vie, conditions de vie et de travail, prévention, protection et promotion de la santé, services de santé et services sociaux. La liste des thèmes des enquêtes par examen est en partie basée sur la classification internationale du handicap et du fonctionnement et est divisée en 17 domaines, entre autres : facteurs de risques, fonctions et affections cardio-vasculaires, diabète et autres affections métaboliques, appareil et affections rénales et urinaires, fonction thyroïdienne et maladies associées, infections et inflammations, fonctions sensorielles, fonctions et aptitudes physiques. ★

* Voir liste des projets année 1999.

exclues de l'échantillon ou encore les problèmes de santé peuvent s'accumuler parmi les non-répondants. Le recrutement reste l'une des phases qui représentent le plus grand défi et dont la difficulté est sous-estimée dans le processus de recherche. Les efforts réalisés pour améliorer la comparabilité des résultats des enquêtes à travers l'usage d'instruments standardisés communs doivent être complétés par une plus grande attention portée à d'autres problèmes méthodologiques, tels que l'échantillonnage, le recrutement et les biais potentiels dus à la non-réponse.

Objectifs du projet

Dans le cadre du programme communautaire de surveillance de la santé (1997-2002), le projet « Enquêtes santé par interview et par examen dans l'Union européenne : évaluation et modèles » a pour objectif la production d'un inventaire de ces enquêtes parmi les États membres de l'Union ainsi que parmi les pays de l'EFTA¹. Une base de données sur les HIS, sur les enquêtes combinées HIS/HES et sur les autres enquêtes nationales en population comportant une partie significative sur la santé a été développée, incluant également le Canada, l'Australie et les États-Unis. Le projet fournira un aperçu sur la couverture par les enquêtes nationales et internationales des thèmes portant sur la santé, ou reliés à la santé, pertinents pour la surveillance de la santé. L'autre centre d'intérêt du projet porte sur l'évaluation et l'amélioration des instruments, méthodes et mises en application des enquêtes santé. Le projet a été développé en deux phases, la première en 1999-2001, la deuxième en cours sur la période 2001-2003. Une troisième phase est prévue.

Les objectifs spécifiques de cette deuxième phase sont de passer en revue, évaluer et établir des recommandations de méthodes à utiliser dans les enquêtes et de maintenir, mettre à jour et développer la base de données réalisée durant la première phase.

On a rassemblé de l'information sur les recommandations, instruments et standards existants à partir de plusieurs projets récents développés dans le cadre du programme communautaire de surveillance de la santé ou sous les auspices d'organisations internationales. La base de données fournit l'occasion d'un forum sur les questions recommandées et les protocoles d'examens. Elle permet des comparaisons sur les méthodes, questions et contenus des examens des enquêtes dans les différents pays. Elle vise à faciliter le développement des questions et protocoles d'examens dans les futures enquêtes santé, ce qui doit conduire à une meilleure validité et comparabilité des données et indicateurs. Les institutions et personnes contact ont été identifiées pour chaque enquête de manière à maintenir un réseau européen opérationnel.

L'évaluation inclura l'appréciation de l'utilité, de la

faisabilité et de la comparabilité des méthodes, instruments et recommandations existantes. Lorsque existent différents instruments et recommandations, l'attention est attirée sur leurs différences ainsi que sur l'absence éventuelle de résultats satisfaisants dans les tests de terrain. L'évaluation sera faite en détail pour quelques thèmes (santé mentale et activité physique) et quelques problèmes de méthode (échantillonnage, inclusion des personnes vivant en institution, recrutement et participation) choisis sous forme de sous-projets.

Par ailleurs les résultats d'enquêtes par interview et par examen conduites dans trois pays seront comparés pour ce qui concerne les facteurs de risques cardio-vasculaires, la santé subjective et la qualité de vie (mesurée par le SF 36, cf. page 55), cela à titre d'exemple de mise en commun et d'analyse jointe de données de plusieurs enquêtes santé nationales.

Enquêtes actuelles et prévues en Europe

L'inventaire montre que des enquêtes santé nationales par interview sont régulièrement réalisées dans la plupart des pays membres de l'Union européenne et de l'EFTA (tableau 1). En Finlande, France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, beaucoup d'enquêtes santé sont répétées régulièrement. Une ou deux enquêtes santé par interview ont été rapportées en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Islande, en Irlande, en Italie, en Norvège, au Portugal, en Espagne, en Suède et en Suisse. Le modèle de ces enquêtes varie depuis des modules ou sections consacrés à la santé à l'intérieur d'enquêtes sur les conditions de vie à des enquêtes spécifiques sur le handicap, les styles de vie liés à la santé, ou des enquêtes relatives à l'utilisation des services de santé, ou enfin à des enquêtes générales et complètes sur la santé. Dans le futur proche, environ 20 enquêtes nationales par interview seront réalisées par an dans les pays de l'Union européenne et de l'EFTA.

Il y a des similitudes, mais aussi d'importantes différences dans la méthodologie (tableau 2). Il s'agit le plus souvent d'enquêtes transversales sans suivi. Les échantillons sont tirés dans des registres de population ou bien dans des fichiers d'adresses de logements ou d'individus, le plus souvent selon un tirage à plusieurs degrés stratifié par zones géographiques. Presque la moitié des enquêtes ne présentent pas de limite d'âge. Lorsque cela est le cas, la limite inférieure varie de 2 à 30 ans et la limite supérieure de 64 à 84 ans. Les personnes vivant en institutions sont incluses dans 15 enquêtes provenant de 7 pays.

La taille des échantillons varie de moins de 2 000 personnes (Islande) à 79 000 ménages (Espagne) et les taux de non-réponses de 5 % à 48 % pour les enquêtes par interview et de 15 % à 75 % pour les enquêtes par examen. Les taux de non-réponses élevés peuvent s'expliquer, par exemple, par le grand nombre de personnes qui n'ont pu être contactées dans certains pays, en lien avec le degré de précision du plan d'échantillonnage. Des explications supplémentaires pour des taux de

1. European Free Trade Association qui regroupe l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse.

réponses faibles de certaines enquêtes par examen se situent dans le fait que seules les personnes préalablement interviewées ont été invitées à passer les examens, dans des conditions de rendez-vous restrictives et avec un faible retour vers les participants de leurs résultats personnels.

Il y a également des différences dans le lieu où se déroulent les examens (au domicile ou à l'hôpital), dans les méthodes de collecte des données (tableau 3), dans l'origine professionnelle du personnel d'enquête et dans sa formation avant et durant le travail de terrain.

Un résumé de l'analyse des questionnaires d'enquête inclus dans la base de données est fourni dans

tableau 1

Enquêtes nationales santé par interview et combinées interview/examen dans les pays de l'Union européenne et de l'EFTA (nombre d'enquêtes incluses dans la base de données réalisées entre 1998 et 2002)

	Enquêtes par interview ^a	Enquêtes par interview/examen ^b
Autriche	1 ^c	
Belgique	2 ^c	
Danemark	1	
Finlande	3	2
France	8	
Allemagne	2	1
Grèce	1	
Irlande	2	2
Islande	2	
Italie	3	
Luxembourg	1	
Pays-Bas	3	1
Norvège	2	
Portugal	2 ^c	
Espagne	2	
Suède	2	
Suisse	1	
Royaume-Uni	5 ^c	6
Total	43^c	12

a. Enquêtes générales santé par interview, enquêtes sur le handicap, enquêtes sur l'éducation à la santé, sur les styles de vie ou les conditions de vie avec un module ou une section spécifique sur la santé.

b. Combinaison d'enquêtes par interview et d'enquêtes par examen, enquêtes incluant un examen de santé pour tous ou certains participants à une enquête par interview.

c. Incluant des modules santé à l'intérieur de « microrecensements », de recensements généraux ou d'une enquête socio-économique concernant toute la population.

tableau 2

Types d'enquêtes et plans de sondage pour les enquêtes santé par interview et par interview/examen dans les pays de l'Union européenne et de l'EFTA (nombre d'enquêtes sur la période 1998-2002)

	Enquêtes par interview (total 43)	Enquêtes par interview/examen (total 12)
Type d'enquêtes		
Transversale sans suivi	22	6
Transversale avec suivi	6	6
Panel	3	0
Combinaison panel transversale	6	0
Information manquante	6	0
Unités échantillonnées		
Ménages	20	6
Individus	20	6
Information manquante	3	0
Plans de sondage		
Sondage à plusieurs degrés	29	11
Sondage à un seul degré	10	1
Autre	3	0
Information manquante	1	0

tableau 3

Information concernant les procédures de collecte des données pour les enquêtes par interview nationales et internationales en Europe (60 enquêtes pour la période 1998-2002)

	Nombre d'enquêtes
Mode de réalisation des interviews	
Face à face	43/60
Téléphone	14/60
Questionnaires auto-administrés	28/60
Utilisation permise de proxys	
Pour les enfants	26/60
Pour les adultes dans l'incapacité de répondre	28/60
Pour les adultes absents du domicile	22/60
Proxis non permis	13/60
Interview assistée par ordinateur	30/60

le tableau 4. Les questions sur l'état de santé des répondants sont les plus courantes. Les maladies, la santé perçue, les activités de la vie quotidienne et les affections chroniques sont étudiées dans la plupart des enquêtes. Les styles de vie, en particulier le tabagisme sont souvent abordés. D'autres questions fréquentes portent sur l'usage des services de santé et des services sociaux, tels que l'hospitalisation ou les consultations de généralistes, ainsi que la prise de médicaments. Les thèmes rarement présents sont par exemple la consommation de drogues illicites, la participation à des programmes de dépistage du cancer, la santé reproductive, la santé dentaire et la violence.

La comparabilité des questions dans les différentes enquêtes a été étudiée. La comparabilité entre tous les pays apparaît tout à fait limitée pour la plupart des thèmes. Une évolution favorable en ce sens ainsi qu'un élargissement de l'éventail des thèmes couverts sont cependant manifestes dans la période la plus récente (2000-2002). Les questions sont déjà comparables sur plusieurs thèmes pour un certain nombre de pays européens, par exemple pour divers aspects de la morbidité déclarée (voir ainsi l'hypertension et le diabète) ainsi que pour le tabagisme.

Des enquêtes générales par examen sur une base nationale ont été réalisées à intervalle plus ou moins régulier dans cinq pays (Finlande, Allemagne, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni) (tableau 1). Dans ces pays plusieurs enquêtes locales, régionales et/ou centrées sur un sujet particulier ont été conduites en plus des enquêtes nationales. Toutes les enquêtes par examen comportent une composante par interview qui précède ou s'effectue en parallèle. Des enquêtes par examen en phase de planification ou en phase pilote sont identifiées dans deux pays supplémentaires (France, Italie) et des travaux préliminaires dans un autre (Portugal). En outre, on a répertorié des enquêtes centrées sur des groupes d'âge spécifiques (par exemple les personnes âgées en Suède) ou portant sur des échantillons régionaux (Norvège). De telles enquêtes par examen spécifiques à un groupe d'âge, à une maladie ou un facteur de risques ou encore limitées à une zone géographique ont été conduites dans presque tous les pays de l'Union européenne et de l'EFTA. Un exemple bien connu sont les enquêtes réalisées dans le cadre du projet OMS Monica¹.

Dans les réponses à notre questionnaire, les principales raisons fournies pour la non-réalisation d'enquêtes nationales par examen, jusqu'à présent, sont le coût et les difficultés de mise en œuvre. Cependant tous les répondants ont exprimé la nécessité de telles enquêtes et la plupart d'entre eux énoncent le besoin du développement d'un module minimal en Europe.

Les enquêtes combinées HIS/HES correspondent à différents schémas allant d'une interview agrémentée

tableau 4

Exemples de thèmes fréquemment couverts dans les enquêtes santé nationales et internationales par interview en Europe (60 enquêtes pour la période 1998-2002)

Thème	Nombre d'enquêtes
Facteurs démographiques et socio-économiques : niveau d'éducation et/ou statut d'emploi	34/60
État de santé : auto-appréciation, santé perçue	49/60
État de santé : maladies et affections chroniques/incapacités	49/60
État de santé : limitations d'activité de la vie quotidienne	23/60
État de santé : santé mentale générale	21/60
Facteurs personnels : poids et taille	33/60
Styles de vie : tabagisme	44/60
Styles de vie : consommation d'alcool et usage à risque	32/60
Styles de vie : activité physique	33/60
Conditions de travail	27/60
Conditions de logement	24/60
Pratiques de prévention : contraception	12/60
Pratiques de prévention : vaccinations	16/60
Services de santé et services sociaux : fréquentation des médecins généralistes	32/60
Services de santé et services sociaux : consommation de médicaments	27/60
Services de santé et services sociaux : hospitalisations	27/60

de quelques mesures et/ou d'une prise de sang à un examen de santé complet nécessitant plusieurs heures pour une personne. Les différences dans les protocoles et le travail de terrain limitent la comparabilité des résultats de ces enquêtes. De manière générale, il y a un clair accent mis sur les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque (tableau 5), mais d'autres thèmes sont également couverts, le plus souvent la fonction respiratoire, le diabète, la fonction hépatique, les fonctions des systèmes hématopoïétique, les infections et les allergies. L'enquête santé finlandaise 2000 est la seule qui couvre des thèmes tels que le système et les affections ostéo-musculaires (y compris la densité osseuse), les fonctions sensorielles (avec des tests de vue et d'audition) et un examen clinique dentaire. Dans d'autres pays, la santé mentale et la santé dentaire sont souvent étudiées par des enquêtes spécifiques. Des diagnostics de santé mentale sont compris dans des enquêtes santé générales combinées interview/examen dans deux pays, tandis que des enquêtes de santé mentale spécifiques sont accomplies dans deux autres.

Conclusions et recommandations

La base de données permet la consultation rapide et la comparaison des méthodes et instruments utilisés dans les enquêtes santé nationales. Celles-ci constituent un

1. Projet concernant les affections cardio-vasculaires en relation avec leurs facteurs de risque.

tableau 5

Thèmes couverts par examen clinique dans les enquêtes nationales par interview/examen en Europe (12 enquêtes sur la période 1998-2002)

Thème	Nombre d'enquêtes
Facteurs de risque : poids et taille	12/12
Facteurs de risque : tour de taille et tour de hanches	11/12
Facteurs de risque : lipidémie	10/12
Appareil circulatoire : pression artérielle	12/12
Appareil circulatoire : électrocardiogramme	3/12
Appareil respiratoire : spirométrie	5/12
Diabète et autres fonctions métaboliques : glycémie	5/12
Appareil génito-urinaire : tests sanguins et/ou d'urine (albumine...)	4/12
Fonctions hépatiques : gamma-GT et tests similaires	6/12
Hématologie : numération sanguine	5/12
Infections : échantillons sanguins, marqueurs généraux ou spécifiques	5/12
Allergies : échantillons sanguins, immunoglobulines	5/12
Aptitudes physiques : par exemple tests de coordination	2/12
Affections mentales : diagnostics	2/12
Fonctions cognitives : tests de mémoire	2/12
Statut nutritionnel : échantillons sanguins pour la mesure des vitamines et/ou des minéraux	5/12

instrument largement utilisé pour la politique de santé et la planification. Des enquêtes générales santé par examen sont encore relativement rares, mais l'intérêt qui leur est porté grandit dans de nombreux pays. De telles enquêtes ont été conduites occasionnellement à un niveau local ou régional dans différents pays. Plusieurs enquêtes combinées par interview et examen à un niveau régional et local ont été réalisées dans la plupart des pays et de même la plupart des pays ont participé aux principales enquêtes combinées multicentriques internationales effectuées depuis les années cinquante.

Il n'a pas toujours été facile de décider quelles enquêtes devaient être incluses dans la base de données. Dans certains pays, il existe seulement un court module santé dans le cadre d'un recensement, tandis que dans d'autres plusieurs enquêtes santé générales ont été réalisées. La différence entre une enquête régionale et une enquête nationale ainsi qu'entre une enquête thématique et une enquête générale n'est pas

toujours non plus très claire. Lorsque nous concluons qu'un thème particulier n'est pas du tout ou rarement couvert, cela peut s'expliquer par la non-introduction dans la base de données d'enquêtes spécifiques ou régionales ou bien parce que ce thème n'a effectivement pas été étudié du tout dans le pays. Cependant nous pensons avoir identifié toutes les principales enquêtes dans les pays de l'Union européenne et les pays de l'EFTA au moyen des questionnaires et des consultations des personnes contact. Toute information sur des enquêtes supplémentaires non identifiées est la bienvenue.

La mise à jour et le développement de la base de données constitueront un important défi pour la troisième phase du projet. On étudiera l'inclusion des principales enquêtes régionales, ainsi que de celles spécifiques à un thème ou à un groupe d'âge en collaboration avec les autres projets du programme traitant de sujets spécifiques. Cette troisième phase continuera l'évaluation et l'élaboration de recommandations concernant la méthodologie, les instruments et les protocoles, ainsi que l'établissement de propositions pour l'amélioration et la comparabilité des enquêtes nationales. L'évaluation des méthodes et instruments sera approfondie par la prise en compte des résultats des autres projets pertinents du programme. Il faudra également conduire une recherche systématique de toutes les recommandations existantes. Une information supplémentaire est nécessaire concernant les tests et la validation de terrain.

Les enquêtes nationales santé HIS et HIS/HES utilisent différentes conceptions et modèles. Il y a également des différences importantes dans les plans d'échantillonnage, le taux de participation et les processus de production. Tous ces facteurs peuvent créer de sérieux biais dans les résultats et rendre les comparaisons invalides. Des recommandations pour les protocoles et les contrôles de qualité sont disponibles, mais pour certains types de mesures il n'existe pas de standards communs. Par ailleurs, même si des recommandations et des standards existent, leur application est très variable. Un prérequis pour une meilleure comparabilité semble être une formation des enquêteurs et des contrôles de qualité organisés conjointement.

Les différences dans les instruments de mesure utilisés, dans leur version, dans le choix de formulation des questions et dans les protocoles d'examens restreignent les comparaisons pour beaucoup de thèmes des enquêtes santé. La base de données peut être utilisée pour faciliter l'amélioration future de la validité et de la comparabilité. Les instruments développés le plus récemment requièrent des tests et une évaluation plus approfondis avant d'être suffisamment mûrs pour être mis à disposition pour une plus large application. La collaboration internationale permanente des experts et la coordination des enquêtes sont nécessaires pour promouvoir un système de surveillance de la santé complet au niveau européen. ★

Vers un système européen d'enquêtes sur la santé

Jacques Bonte
Carol Jagger
Jean-Marie Robine
Participants à la
task force sur les
enquêtes santé
d'Eurostat

Les enquêtes santé par interview (HIS)¹ constituent désormais le noyau de tout système national d'information et de statistiques sur la santé. Le développement de telles enquêtes a commencé il y a plusieurs décennies et ces dix dernières années elles ont occupé une position dominante dans le système statistique international traitant des aspects sociaux, en particulier de l'état de santé de la population, et du système de santé. Dans les années récentes, il existe une reconnaissance croissante du besoin de mise en commun, à la fois dans le contenu et dans la date des enquêtes, pour obtenir des données de qualité adéquate pour les comparaisons internationales de l'état de santé et de l'utilisation des services de soins de santé, ventilées à la fois selon les caractéristiques individuelles et du ménage ainsi qu'en fonction des déterminants de la santé. De plus, la multitude des enquêtes existantes sur des aspects spécifiques de la santé et de ses déterminants tels que la nutrition, la santé des enfants, la santé mentale ou les comportements sexuels, le plus souvent utilisant des instruments légèrement différents, rend la comparaison avec les résultats d'autres enquêtes plutôt difficile et confuse. Un cadre général pour l'aménagement futur des enquêtes santé par interview dans les États membres et au niveau de l'Union européenne a été récemment approuvé, ce qui est considéré comme un important pas en avant.

Les enquêtes par interview dans un système d'information et de statistiques sur la santé

Les systèmes modernes d'information et de statistiques sur la santé sont complets et organisés autour de quatre domaines :

- *Les déterminants de la santé*, qui incluent principalement des données sur l'environnement, les styles de vie, les conditions de vie et les conditions socio-économiques, l'environnement au travail.
- *L'état de santé*, qui comprend quatre principaux sujets : l'état de santé perçue de la population, la morbidité diagnostiquée, les conditions reliées à l'incapacité (telles que décrites par la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS, CIF), les causes de décès (étudiées, de même que la morbidité, à travers la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM-10).
- *Le système de santé* avec trois principaux sujets : les fournisseurs de soins de santé et les équipements,

la force de travail et les aspects financiers (coûts et financement).

- *L'utilisation du système de santé* inclut les données sur les patients hospitalisés et reçus en consultations externes ou en services de jour, les patients en soins ambulatoires et ceux qui fréquentent les services médico-sociaux.

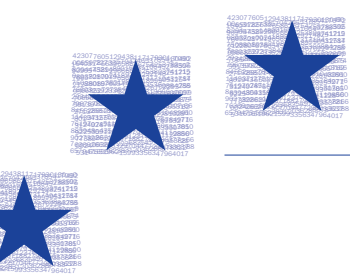
Bien que des variations existent au niveau national et international, des éléments concernant ces quatre domaines peuvent généralement être trouvés. Une autre observation importante porte sur les relations fonctionnelles entre les statistiques de santé et d'autres systèmes. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- Les statistiques de population, en particulier les naissances et les décès, et les distributions par âge et sexe ;
- Les conditions socio-économiques, par exemple les professions, l'emploi et le chômage ;
- Les statistiques professionnelles, principalement pour les données sur les fournisseurs individuels de soins et sur les cliniques ;
- Les comptes nationaux pour les comptes de la santé et la force de travail ;
- L'environnement pour les données sur les expositions ;
- Les enquêtes de population, par exemple les recensements et les enquêtes sur les conditions de vie et de travail.

Dans ces domaines, il existe beaucoup de concepts et de classifications très utiles pour les statistiques de santé. Cela évite des redondances dans la recherche et les développements peuvent être concentrés sur les adaptations aux problèmes spécifiques du domaine de la santé. Mais le bénéfice le plus important provient du fait que ces concepts et classifications testés et certifiés garantissent l'existence de liens fonctionnels avec l'information sur la santé et les statistiques de santé en particulier. Ainsi des aspects importants de l'état de santé peuvent être incorporés à des descriptions sociétales plus larges, comprenant par exemple l'intégration ou l'exclusion, des indicateurs de développement ou de conditions de vie. L'information sur le système de soins peut être intégrée à des descriptions de la situation économique ; de fait, le secteur de la santé est lui-même un secteur économique représentant en gros dix pour cent du produit national brut.

Les enquêtes santé par interview sont importantes car elles permettent l'analyse au niveau individuel d'aspects de la santé, des situations personnelles et de travail et de styles de vie tout au long de l'utilisation ou de la demande de services de santé, éventuellement aussi en lien avec les services sociaux. Les autres principales sources de données ne permettent pas ces analyses parce qu'elles n'incluent qu'un sous-ensemble de variables, comme les certificats de décès, ou bien parce qu'elles ne concernent qu'un groupe spécifique de population, comme par exemple les statistiques

1. Health Interview Survey.



de morbidité diagnostiquée issues des données hospitalières.

En fin de compte, dans des systèmes modernes d'information en santé, deux caractéristiques importantes sont à noter. *Premièrement* l'information sur la santé inclut les données des systèmes administratifs, de la recherche, des systèmes d'alerte, des systèmes de remboursement, des connaissances cliniques et professionnelles et de l'expertise, des assurances sociales et de maladie, d'enquêtes spéciales, etc. et cette information n'est pas toujours quantitative et ne couvre pas toujours le pays entier. L'information en santé est donc plus que les simples statistiques de santé. Cependant les statistiques de santé établies sur un cadre logique constituent le noyau d'un système d'information sur la santé, noyau à compléter par d'autres sources d'information. *Secondement*, dans l'information en santé ainsi que dans les statistiques de santé, il y a beaucoup d'acteurs dont le travail en commun est nécessaire et, en général, une seule personne ne peut fournir toutes les données requises, mais peut au mieux agir en tant que coordonnatrice. En d'autres mots, la plupart des systèmes d'information en santé ont une structure opérationnelle horizontale plutôt pragmatique.

Développement d'enquêtes sur la santé par interview dans le cadre du système statistique européen (SSE)

La *première réalisation* dans la voie d'un développement coordonné d'enquêtes santé par interview en Europe a été l'introduction d'un petit module sur la santé dans le panel communautaire européen de ménages (PCM 1994-2002) d'Eurostat. Cela a constitué le premier essai de collecte harmonisée de données annuelles par enquête par interview avec les mêmes questions dans tous les États membres. Quoique les mêmes questions puissent ne pas mesurer en fin de compte les mêmes concepts sous-jacents, les résultats de ces enquêtes ont représenté le point de départ d'efforts supplémentaires pour atteindre une meilleure comparabilité des données de santé et d'incapacité à travers l'Europe et leurs résultats ont été largement publiés.

La *deuxième* étape fut la collecte par Eurostat de 12 (désormais 18) items sur la santé, par exemple sur la santé perçue, et sur des thèmes reliés à la santé, tels que le poids et la taille, à partir d'enquêtes nationales. Cependant la fréquence et la complétude des données varient selon les États membres.

La *troisième* étape fut en 2002 l'inclusion d'un module sur l'incapacité en relation avec les conditions de travail dans l'enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) dont l'analyse est en cours.

Finalement, une *quatrième étape importante* fut la décision d'inclure le Module minimum européen sur la santé (MMES) dans l'enquête annuelle d'Eurostat sur les revenus et les conditions de vie (ERCV) qui démarre en 2003. Ce petit module, qui fournit un indicateur général pour la santé perçue et l'incapacité, a été développé en ayant spécialement à l'esprit la comparabilité entre

pays. En raison de sa concision, il peut facilement être inclus dans d'autres enquêtes thématiques, par exemple sur le travail ou les revenus, lorsque des variables de référence sur la santé sont nécessaires.

Parallèlement à ces efforts dans le cadre du système statistique européen, plusieurs enquêtes santé en population à un niveau national ont été lancées en Europe, également sous l'auspice de programmes de l'Union européenne pour certaines. Un inventaire a dénombré plus de quatre-vingt-dix enquêtes nationales. Beaucoup de sujets spécifiques sont couverts en détail, par exemple la santé mentale et la nutrition.

Il est devenu clair avec le temps, à la lumière de ces initiatives, qu'il existe une demande pour une information statistique générale régulière ainsi que pour une information approfondie plus au coup par coup sur des thèmes spécifiques, mais avec une exigence de comparabilité entre les États membres.

Le système européen d'enquêtes santé (SEES)

L'information attendue des enquêtes santé par interview est large et diverse et ne peut, ni ne devrait, jamais être obtenue par une seule enquête. L'information peut être recherchée pour différents groupes de population, par exemple les enfants ou les personnes âgées, ou pour différentes maladies ou états, par exemple l'incapacité, la santé dentaire, les maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs elle peut être obtenue par la voie de différents types d'enquêtes, par exemple des enquêtes par examen, ou l'Eurobaromètre. Il existe déjà un grand nombre de réseaux pour la collecte de données particulières. Dans un système d'information national et européen complet, il est nécessaire d'utiliser l'information en provenance de toutes ces sources, ce qui requiert une bonne coordination tout en respectant les objectifs spécifiques de ces différentes études.

Après consultation des personnes qui travaillent sur les enquêtes santé et du groupe de travail sur les statistiques de santé publique d'Eurostat, le cadre suivant a été soumis et approuvé par le comité européen des directeurs des statistiques sociales qui a fait la demande d'avancer dans les propositions concernant l'implémentation d'un système européen d'enquêtes santé (SEES).

L'objectif d'un SEES est d'anticiper les besoins en information sur la santé des États membres et de l'Union européenne sur le moyen terme (2003-2008), y compris les besoins provenant du nouveau programme d'action dans le domaine de la santé publique et des autres programmes communautaires. Il doit coordonner les efforts concernant les enquêtes santé par interview, en évitant les chevauchements inutiles, les incompatibilités et en comblant les lacunes existantes.

Le SEES est un ensemble d'enquêtes complet et coordonné mais flexible, permettant les comparaisons entre pays et construit autour d'une enquête noyau de base, selon une implémentation flexible et modulaire.

Le SEES consiste en trois parties :

- Une enquête européenne de base (EESIB) : cette enquête doit répondre aux besoins d'information et demandes de base et doit être développée plus avant dans le cadre du partenariat européen sur les statistiques de santé publique du système statistique européen, comme suite des activités en cours concernant les enquêtes santé par interview au sein d'Eurostat (il est spécifié que les éléments statistiques du nouveau programme européen d'action dans le domaine de la santé publique doivent prendre place dans le programme statistique européen).

- Un ensemble complémentaire d'enquêtes particulières (EESIP) : les instituts nationaux de santé publique et groupes de recherche pourraient jouer un rôle central dans le développement de ces enquêtes qui correspondent à des demandes spécifiques.

- Une base de données d'instruments de référence standards et recommandés : il s'agit de la base en cours de développement d'instruments en « prêt à porter » pour les différents types d'enquêtes par interview.

L'EESIB consiste en deux parties :

- Le module minimum européen sur la santé (MMES) inclus dans l'enquête annuelle sur les revenus et les conditions de vie (ERCV) déjà implémenté en 2003.

- Une enquête européenne sur la santé par interview (EESI) à réaliser tous les cinq ans devant inclure les modules suivants : un module sur l'état de santé, un module sur les systèmes de santé, un module sur les déterminants et un module sur les variables de référence

démographiques et sociales, on pourrait y ajouter un module sur l'incapacité.

Tous ces modules doivent être prêts pour 2004. Ils devront être réalisés dans tous les États membres en 2006, 2011... et peuvent être regroupés dans une enquête nationale *ad hoc* bien qu'ils puissent également être introduits dans des enquêtes nationales existantes. En ce sens, les États membres bénéficient de la flexibilité maximale bien qu'au travers de l'Europe les mêmes données soient collectées et soient disponibles à la même période.

Les *enquêtes complémentaires* peuvent venir s'ajouter dans le cadre des programmes communautaires sur la santé ou connexes à la santé. Elles peuvent aborder différents thèmes ou groupes de population, tels que la nutrition, les adolescents, la santé mentale. Cependant pour des raisons de comparabilité et pour renforcer la coordination, ces enquêtes devraient au minimum inclure le MMES et de préférence un ou plus des modules de l'EESI. Dans ce domaine, il est nécessaire d'intensifier la coordination.

La *base de données sur les instruments* est conçue comme une suite de l'inventaire réalisé par Eurostat. Elle est actuellement mise en œuvre sous l'égide du précédent programme communautaire de surveillance de la santé par des instituts de santé publique belge et finlandais et sera à l'avenir développée en étroite collaboration avec le système statistique européen et le SEES. ★

Histoire de sigles

Certains sigles employés en anglais et en français sont traduits ci-dessous.

OMS Organisation mondiale de la santé
WHO World health organization

CIM Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
ICD International statistical classification of diseases and related health problems

CIF Classification internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé
ICF International classification of functioning, disability and health

PSS Programme de surveillance de la santé
HMP Health monitoring programme

SSE Système statistique européen
ESS European statistical system

PCM Panel communautaire des ménages
ECHP European community household panel

ERCV Enquête sur les revenus et les conditions de vie
SILC Survey on income and living conditions

EFT Enquête communautaire sur les forces de travail
LFS European labour force survey

ESI Enquêtes santé par interview
HIS Health interview survey

ESE Enquêtes santé par examen
HES Health examination survey

SEES Système européen d'enquêtes santé
EHSS European health surveys system

EESIB Enquête européenne santé par interview de base
ECHIS European core health interview survey

EESIP Enquêtes européennes santé par interview particulières
ESHIS European special health interview surveys

EESI Enquête européenne sur la santé par interview
EHIS European health interview surveys

MMES Module minimum européen sur la santé
MEHM Minimum european health module