

# Les indicateurs de santé : de l'Europe au niveau local, des cohérences à trouver

**Rechercher des indicateurs permettant des travaux de comparaison entre les États membres et entre les régions est un chantier considérable à entreprendre.**

**Laurent Chambaud**  
Président de la Société française de santé publique

Observer l'état de santé de la population, choisir les « bons » indicateurs, c'est-à-dire ceux qui produisent une information de qualité, ceux qui mesurent au plus près un événement de santé et en temps opportun : tels sont les enjeux auxquels sont confrontés tous ceux qui produisent ou utilisent les informations en santé.

Le chantier est vaste. Il est fondamental dans un domaine où les inégalités de santé ou les différences d'accès aux soins font irruption dans le débat public.

Mon propos est de montrer que les problèmes rencontrés dans l'élaboration de ces indicateurs ne doivent pas se traiter à un seul niveau. Il est indispensable d'accompagner cette réflexion de l'Europe au niveau local (ou du niveau local à l'Europe...), si l'on souhaite disposer d'outils utiles pour la décision politique.

## **Établir une continuité pour comparer**

Tout d'abord, dans ce domaine où les outils sont encore perfectibles, il est important que les projets européens puissent trouver un relais tant au niveau national que régional ou local. Trop souvent ces projets s'élaborent dans des cénacles restreints et ne diffusent pas auprès du tissu des organismes ou institutions chargés de l'observation de la santé. L'Europe ne doit pas être un lieu abstrait et les organismes nationaux, au premier rang desquels le ministère, doivent jouer avec force et conviction ce rôle de relais. D'autres États membres savent l'utilité de cette fonction-relais. La France semble ne pas l'avoir réellement compris.

La continuité me paraît un maître mot

dans ce domaine. De l'Europe aux régions, il est indispensable de mener les projets en parallèle. Il faut développer les articulations pour que puissent être conduits des travaux de comparaison. L'Union européenne tente de renforcer cette capacité de comparaison entre les États membres. Il me semble important de souligner qu'il est tout aussi nécessaire, et utile, de mener des comparaisons régionales, voire infra-régionales. Ainsi, à titre d'exemple, nous avons besoin de mieux connaître les différences existant dans le domaine de la consommation alimentaire et de la nutrition et de les mettre en regard d'indicateurs de santé. Dans cette illustration, si le niveau national peut être intéressant, il ne pourra expliquer les variations existant au sein de la population française. Autre exemple, les travaux récents montrent bien que les inégalités de santé doivent s'approcher à des niveaux fins pour fournir des stratégies d'actions cohérentes. N'oublions pas également l'importance grandissante des interactions entre régions voisines d'États membres différents, nécessitant de disposer de données comparables à travers des modes de recueil souvent très différents.

Le développement de l'observation et la surveillance de la santé nécessitent également une approche de plus en plus complexe. Se limiter aux causes de mortalité ou à quelques indicateurs de morbidité hospitalière n'a pas grand sens dans un contexte où la majeure partie des problèmes de santé se déclinent sur le mode chronique. Il faut investir de nombreux domaines, permettant de mieux connaître la prévalence et les caractéristiques des maladies chroniques et invalidantes et du

handicap. Il faut intégrer la santé au travail, secteur traditionnellement à part dans le recueil des données, comme si le travail était totalement exclu de la vie en société. Il faut approcher de plus près l'ensemble des déterminants de la santé, y compris les déterminants sociaux ; il faut mieux connaître l'environnement physique et être en mesure d'associer, sur une base routinière, mesures métrologiques et mesures sur l'état de santé ; il faut associer à cette plate-forme d'observation les éléments notables de l'offre de soins, préventifs et curatifs ; il faut élaborer des indicateurs sur des domaines particulièrement négligés dans notre pays comme la pratique professionnelle ou l'organisation du système de santé. Enfin, il faut intégrer la dimension économique à travers les notions de coût efficacité et d'efficience.

Il y a donc un travail considérable à effectuer pour mieux organiser cette observation, définir des indicateurs de base et des modalités de construction de ces indicateurs. À mon sens, cet effort doit avant tout être produit pour permettre de définir un « panier d'observations » qui permette aux régions de se comparer entre elles, ce qui est pour l'instant extrêmement difficile. Le seul instrument disponible est celui développé par la Fédération des observatoires régionaux de la santé, sans véritables moyens ni reconnaissance institutionnelle.

Enfin, la réflexion sur les indicateurs est entièrement liée à l'utilisation qui en sera faite. Il ne s'agit pas seulement d'un travail de recherche sur les indicateurs, mais également de notre capacité à dynamiser les volontés professionnelles autour des données sur l'état de santé de la population. Nous devons être en mesure d'élaborer un modèle associant mise en place de données, diffusion et valorisation des informations pour les preneurs de décisions et pour les populations concernées. Il nous faut également mettre en relation l'élaboration d'indicateurs et la mise en place et l'évaluation d'actions en santé publique. Si nous n'y prenons garde, l'étendue du champ d'utilisation des informations peut aboutir à la production de données hétérogènes, atomisant les stratégies et diluant notre analyse.

De l'Europe au niveau local, la recherche de plus de cohérence dans les indicateurs est une nécessité. Il est indispensable que les différents niveaux alimentent la réflexion. L'Europe ne se construit pas uniquement dans les projets phares européens. Elle se construit également tous les jours dans nos préoccupations quotidiennes. ★

## bibliographie

- Achterberg P. *et al.* *A healthy start. Mortality around birth in the Netherlands : trends and causes from an international perspective*. Bilhoven : RIVM, report 271558003, 2001.
- Berthod-Wurmser M. *La Santé en Europe, le système de santé grec*. Paris : La Documentation française, Vivre en Europe, 1994.
- Beseke F., Hallauer J. F. *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. Deutscher Ärzte-Verlag, 1999.
- Bingham S. A., Cassidy A., Cole T. J. *et al.* « Validation of weighed records and other methods of dietary assessment using the 24 h urine nitrogen technique and other biological markers ». *Br J Nutr Apr* ; 73 [4] : 531-50, 1995.
- Brugha R. C. *et al.* « The List of Threatening Experiences : a subset of 12 life event categories with considerable long term contextual threat ». *Psychol Med* 15 :189-194, 1985.
- Chappert J.-L., Péquignot F., Pavillon G., Jougla E. Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : « Biais et impact sur les données nationales en France, à partir de l'analyse des causes indéterminées quant à l'intention ». *Convention d'étude de la Drees, n° 01. 1400. 20* ; 2002, 42 p.
- Conseil de l'Europe. Série « Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale ». Strasbourg : Conseil de l'Europe, 1992-2000.
- Den Ouden A. L. *et al.* « Sequelae of premature birth : substantial medical consumption and physical limitations ; survey among parents of 10-years olds ». *Ned Tijdschr Geneesk* 1998 ; 142 : 138-142.
- Di Renzo G. C., O'Herlihy C., van Geijn H. P., Copray F. J. « Organization of perinatal care within the European community ». *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*. 1992 ; 45 [2] : 81-7.
- Duriez M., Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Paris : Presses universitaires de France, Que sais-je n° 3343, 1998.
- Eurostat. *Demographic Statistics 1999*. Luxembourg : Commission européenne, 1999.
- Eurostat. *Harmonisation of recommended core units, variables and classifications*. Luxembourg : Eurostat, mai 2000.
- Favier J. C., Ireland-Ripert J., Toque C., Feinberg M. *Répertoire général des aliments, table de composition. 2<sup>e</sup> édition*. Paris : Tec et Doc Lavoisier, 1995.
- Graafmans W. C., Richardus J. H., Macfarlane A. *et al.* « Comparability of published perinatal mortality rates in Western Europe : the quantitative impact of differences in gestational age and birthweight criteria ». *Bjog*. 2001 ; 108 [12] : 1237-45.
- Health care system in transition*. Série « European observatory on health care system ». Copenhague : 1996-2001.
- Jougla E., Pavillon G., Rossollin F., De Smedt M., Bonte J. « Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community ». *Rev Epidémiol santé publique* 1998 ; 46 : 447-456.
- Jougla E., Rossollin F., Niyonsenga A., Chappert J. L., Johanson L. A., Pavillon G. *Comparability and quality improvement in European causes of death statistics*. Eurostat, Project 96/S 99-5761/EN, 2001 : 190 p. [europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp\\_monitoring\\_1998\\_frep\\_04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_1998_frep_04_en.pdf)
- Jougla E., Péquignot F., Chappert J.-L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. « La qualité des données de mortalité sur le suicide ». *Rev Épidémiol santé publique* 2002 ; 50 : 49-62.
- Jougla E., Salem G., Gancel S., Michel V., Kurzinger M. L., Pavillon G., Rican S. *Atlas on mortality*. Eurostat, Health statistics, parution 2003.
- Kessler R. C. *et al.* « The WHO CIDI Short-Form ». *Int J Methods Psychiatr Research* 1998 ; 7 :172-85.
- McQuide P. A., Delvaux T., Buekens P. « Prenatal care incentives in Europe. Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe ». *J Public Health Policy*. 1998 ; 19 [3] : 331-49.
- Ministère de la Santé du Danemark. *Annex A : Assessment of available health data in the EC ; Annex B : Description of indicators ; Annex C : Health resources and price statistics*. Copenhague/Luxembourg : Working Party on Community Health Data and Indicators, Octobre 1994.
- Ministère de la Santé du Danemark. *Life-time in Denmark. Second report from the Life Expectancy Committee*. Copenhague : Statens Information, 1994.
- Ministère de la Santé et de la Consommation d'Espagne. *Estrategia de salud en el año 2000 en España*. Madrid : 1990.
- OCDE, Credes. *OCDE Health Data 1999*. 1999.
- OCDE. *A System of Health Accounts, version 1.0*. Paris : OCDE, 2000.
- OCDE. *General guidelines for updating OECD Health Data 2001*. Paris : OCDE