

INDICATEURS DE SANTÉ

***du Service de la santé
publique
du canton du Valais***

Concepts théoriques



Observatoire valaisan de la santé

Walliser Gesundheitsobservatorium



Département de la santé, des affaires sociales
et de l'énergie
Etat du Valais

IUMSP

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Laurence Peer, Jean-Christophe Luthi, Nathalie Nanchen,
Frédéric Favre, Fred Paccaud

Janvier 2003

TABLE DES MATIERES

Résumé	p. 3
1. Présentation	p. 4
2. Introduction	p. 4
3. Qu'est-ce qu'un indicateur ?	p. 7
3.1 A quoi et à qui servent les indicateurs ?	p. 8
3.2 Critères de base pour la définition d'indicateurs	p. 8
4. Définir de bons indicateurs, choisir les bases de données	p. 9
5. Actualisation des indicateurs de santé et propositions de nouveaux indicateurs pour le système de santé valaisan	p. 11
5.1 Mise à jour : Indicateurs de santé 2001	p. 12
5.2 Propositions de nouveaux indicateurs	p. 13
6. Conclusions	p. 13
Remerciements	p. 14
Articles et ouvrages de référence	p. 15
ANNEXE : INDICATEURS - PROPOSITIONS	p. 20

Résumé

Afin d'explorer les causes et les effets d'un phénomène pour ensuite le contrôler, il convient de recourir à des systèmes d'information plus ou moins complexes. Les indicateurs – qui sont des informations chiffrées, condensés de données dont certaines valeurs sont significatives d'un état – représentent le point central à partir duquel la compréhension d'un fait, son contrôle, ainsi que les stratégies autorisant sa gestion, doivent être élaborés.

Si la valeur d'un indicateur est largement déterminée par sa validité, sa fiabilité et sa sensibilité, il n'en demeure pas moins qu'une attention aussi grande doit être apportée aux objectifs qui sous-tendent son utilisation, au contexte dans lequel il est élaboré, aux ressources disponibles pour assurer la cohérence et la pertinence du relevé des données, et à l'utilisation préférentielle d'une méthode de gestion et de diffusion de l'information que cet indicateur fournit.

En cela, la prise en compte et l'adaptation de l'expérience des pays dont le système de soins s'apparente au système helvétique, la mise à jour régulière des connaissances en matière de savoirs et de planification sanitaires (enquêtes nationales sur la santé, déterminants individuels, collectifs ou environnementaux de la santé, économétrie de la santé, etc.), tout comme la volonté de collaborations et d'échanges entre partenaires, qu'il s'agisse d'administrations, de régions ou d'états, constituent les facteurs indiscutables d'une politique sanitaire résistante.

Le présent rapport a été réalisé sur la demande du Service de la santé publique (SSP) du canton du Valais; il est composé d'une partie théorique, relative à la définition et au fonctionnement des différents systèmes en présence dans le domaine de la santé publique (cf. chapitres 1 et 2); le concept d'indicateur et son utilisation sont discutés dans ce cadre-là (cf. chapitres 3 et 4). L'élaboration de lignes directrices pour la constitution d'un répertoire d'indicateurs, susceptible, à moyen ou à long terme, d'être développé à différents niveaux (cf. chapitre 5) prolonge cette partie théorique, à laquelle s'ajoute une série de propositions de nouveaux indicateurs, puis nos conclusions (cf. chapitre 6). Une liste d'articles et d'ouvrages de référence, traitant de la problématique de la gestion et du management des systèmes (ou des indicateurs) de santé figure à la suite de cette section. Enfin, un annexe complète ce travail avec deux tableaux comprenant des propositions ainsi que des exemples d'indicateurs à développer.

1. Présentation

Dans le cadre de la collaboration Vaud-Valais¹, le Service de la santé publique du canton du Valais a demandé, au printemps 2001, l'expertise de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne relativement à l'organisation et la mise à jour d'indicateurs de santé.

Le présent rapport constitue le résultat de ce mandat; tout d'abord, il synthétise, en s'appuyant sur une revue de littérature idoine, l'essentiel des démarches de planification et de gestion développées dans les systèmes sanitaires de quelques pays industrialisés. Ensuite, en veillant à définir au mieux ce qu'est un indicateur, et son utilité dans le domaine de la santé, le rapport présente la réorganisation et la mise à jour du fichier d'indicateurs fournis par le service de la santé publique du Valais. Une liste d'articles et d'ouvrages de référence en la matière clôt ce rapport.

A la composition de ce travail s'ajoutent encore l'annexe suivante :

Un tableau présentant de nouvelles variables sanitaires à collecter, en vue de développer les activités d'information, de planification et de gestion du système sanitaire valaisan (via l'Observatoire valaisan de la santé).

2. Introduction

Il existe **plusieurs modèles théoriques pour expliquer l'effet d'un phénomène ou d'un problème dans un contexte particulier, tout en cherchant à identifier les moyens de les contrôler**². Un premier modèle, simple, de rétroaction entre la santé et ses déterminants serait celui qui s'appuie sur les faits suivants :

- les fournisseurs (ou prestataires) de soins occupent une place institutionnelle et intellectuelle dominante dans les systèmes de santé de la plupart des pays industrialisés;
- l'opinion courante veut que la santé de la population est largement déterminée par la qualité de son système de soins;
- la qualité même de ce système dépend pour l'essentiel de la quantité des ressources qu'on y investit.

Un tel modèle fait appel à des notions qui doivent tout d'abord être définies; pour ce qui nous concerne, voici ce que nous entendons par les notions de *santé*, *système*, *prestataires de soins*, et *économie de la santé*.

La santé

Dans la littérature scientifique, c'est la définition fournie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui est le plus souvent adoptée pour dire ce qu'est la santé :

¹ Convention-cadre de collaboration dans le domaine de la santé publique.

² W. D'Hoore et L. Roegiers, respectivement professeur et chargé de cours à l'Université Catholique de Louvain, en Belgique.

"La santé n'est pas que l'absence de maladie ou l'absence d'infirmité; elle est un état global de bien-être physique, psychique et social".

Pour décrire l'état de santé d'un individu il est en effet important de tenir compte de toutes ces composantes, car elles constituent, dans une perspective très généraliste, autant d'aspects susceptibles d'expliquer la maladie et la santé.

Un système

La définition précédente contient déjà l'idée de système : la santé est un état qui dépend autant de facteurs individuels, que de facteurs environnementaux et des interactions qui les unissent. Autrement dit, un organisme, quel qu'il soit, est continuellement sous l'influence d'éléments qui interagissent entre eux. En ce qui concerne les organismes vivants, ce sont généralement des éléments internes, c'est-à-dire propre à l'individu, et externes – à savoir, son environnement – qui se combinent pour assurer le maintien d'un certain équilibre dans une situation donnée; si, par contre, ce mode de fonctionnement révèle des limites qui pourraient nuire à la survie de cet organisme, en règle générale, celui-ci est à même de mobiliser les ressources à sa disposition pour s'adapter à de nouvelles conditions. Mais encore faut-il que ces ressources existent, qu'il en ait connaissance, et qu'elles lui soient accessibles. **S'agissant d'une population et de sa santé, ou de la gestion et de l'organisation d'éléments structurels, il n'en va pas autrement : pour, à une large échelle, assurer une certaine cohésion, pour mettre à disposition de ceux qui le nécessitent les infrastructures les plus adaptées, et pour disposer des interventions les plus efficaces, une série de mesures doivent être prises, qui dépendent non seulement des besoins de la population, mais également des ressources dont elle dispose, tant à un niveau individuel qu'au niveau collectif.**

Aussi, la planification et la gestion d'un système sanitaire sont étroitement liées :

- à l'identification des principaux facteurs influençant positivement ou négativement la santé d'un individu et à la production d'informations dans ce domaine;
- à la définition et à l'analyse des besoins des individus en matière de santé (compte tenu de ce qui précède);
- au recensement des structures (qu'il s'agisse des établissements ou des individus prestataires de soins) disponibles dans un environnement donné, à l'évaluation de leur adéquation, et à leur développement;
- aux ressources financières à disposition, ou engagées dans le système, pour maintenir l'équilibre souhaité/déterminé.

Les prestataires ou services de soins

Les prestataires (ou services) de soins sont les structures (y compris les personnes) qui prodiguent des soins. Ces structures dépendent généralement du type d'organisation adopté par une communauté; en Suisse, pour ce qui concerne les établissements, les prestataires de soins correspondent généralement aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux, aux services d'aide et de soins à domicile, aux cabinets médicaux, aux polycliniques, etc. Au niveau des professions, les prestataires de soins sont représentés le plus souvent par les médecins, les différents représentants du corps infirmier, les autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, psychologues, diététiciens, etc.), les praticiens des médecines alternatives (y compris médecine manuelle), etc.

Economie de la santé

L'économie est la science qui a pour objet la connaissance des phénomènes de production, de distribution et de consommation des richesses ou des biens matériels d'une société; l'économie a également pour objet l'allocation optimale de ressources rares. **Analyser la santé en tant que phénomène économique est une démarche complexe, car la santé, comme nous**

l'avons vu, est déterminée par de nombreux facteurs (individuels, environnementaux, structurels, etc.). En ce sens, et rapportée à un contexte économique, elle représente un marché particulier, qui comporte notamment les caractéristiques suivantes : tout d'abord, la santé est une activité non programmable; ensuite, l'information qu'elle génère et/ou qu'elle distribue est asymétrique, c'est-à-dire inégale (en terme de quantité et de qualité) et discontinue; le système économique dans lequel elle s'insère est régi par une réglementation des prix; enfin, les prises en charge instituées s'inscrivent dans un système social, qui dispose lui aussi de ses propres règles.

Revenons sur le modèle présenté en début de chapitre, qui laissait supposer qu'un système de santé peut être réduit aux trois postulats suivants : leadership des prestataires de soins par rapport à la gestion du système sanitaire, déterminisme du niveau de santé d'une population d'une part en fonction de la qualité de ce dernier et, d'autre part, de la quantité de ressources qu'on y injecte. Un tel modèle laisse facilement penser que les individus tombent malades pour des raisons non spécifiées, et qu'ils réagissent en faisant appel au système de soins à leur disposition, étant entendu que dans ce système, la maladie (ou toute autre forme d'atteinte physique ou psychique), est interprétée comme un besoin de service de santé. **En d'autres termes, le système interprète le besoin, détermine la réponse adéquate et réagit en rétablissant autant que faire se peut la santé de l'individu dans la communauté.**

Ce modèle est malheureusement réducteur, et n'invite pas à un développement équilibré des ressources d'un pays; c'est un leurre de penser que l'amélioration de l'état de santé d'une population se réalise à travers la production d'une quantité toujours plus importante de soins. La théorie systémique l'explique bien : tout déséquilibre³ conduit à l'effondrement du système. Aussi, un pays qui investirait toutes ses ressources dans les soins obtiendrait l'effet inverse de ce qu'il recherche : aucune société ne peut fonctionner sans administration, sans école, sans infrastructure, sans échange économique.

D'où la nécessité d'imaginer un modèle plus complexe, qui tienne compte non seulement de la survenue de la maladie et du système de soins dans lequel elle s'inscrit, mais aussi d'autres déterminants individuels et/ou collectifs de la santé, ainsi que des potentialités de l'individu et de la société dans laquelle il vit. Dans cette perspective, il peut être intéressant de considérer le modèle offert par A. Casebeer⁴, K. Deis et S. Doze (1999), et les développements théoriques de A. Haas⁵ (1974) ainsi que de T. Hancock⁶, R. Labonté et R. Edwards (1999).

La santé et ses déterminants sont des notions extrêmement difficiles à définir, et il existe, pour l'une comme pour l'autre, une variété de définitions possibles. Retenons simplement pour l'instant qu'ils procèdent de facteurs aussi divers que le patrimoine génétique d'un individu, que de certains de ses comportements (tabagisme, conduite en état d'ivresse, etc.), de l'hygiène et la qualité de son environnement, ainsi que de facteurs socio-économiques.

Connaître les déterminants de la santé des individus, en suivre l'évolution et y répondre de la manière la plus adéquate, tant au niveau individuel qu'à un niveau collectif, est nécessaire à tout système sanitaire; en outre, ils facilitent l'organisation, la planification et la gestion de ce

³ La surproduction, comme l'immobilisme, représentent des formes de déséquilibre.

⁴ Casebeer A, Deis K, Doze S, "Health indicator development in Alberta Health authorities : searching for common ground", Can J of Public Health, 1999 Nov-Dec; Suppl 1:S57-61

⁵ Haas A, "Design considerations for a state health department information system", Am J Public Health, 1974 May;64(5):481-95

⁶ Hancock T, Labonté R, Edwards R, "Indicators that count ! Measuring population health at the community level», Can J Public Health, 1999 Nov-Dec;90 Suppl 1:S22-6

dernier. **Si la systématisation de la récolte d'informations, de même que sa diffusion, sont des composantes importantes de la mise en place d'un système, elles peuvent rapidement devenir sources de problèmes. En d'autres termes, la gestion d'un système sanitaire et la planification des mesures à prendre pour en assurer un fonctionnement optimal, ne peut être réalisé qu'à travers une description aussi fidèle que possible des différents éléments impliqués dans son fonctionnement.** Ces éléments dépendent du domaine investigué, et ils peuvent aussi bien décrire des faits, que des individus, ou des types de structure.

Par exemple, dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire les déterminants de la santé, les faits peuvent correspondre à l'observation de taux d'incidence de maladies, ou à celle de fréquences d'accidents de la circulation, etc.; concernant les individus, il peut s'agir de déterminer la répartition des âges dans une population; enfin, pour ce qui est du ressort du dispositif sanitaire, il convient de savoir quels types de structure (établissements hospitaliers, système de couverture d'assurance, etc.) sont disponibles pour garantir quels types de service.

Dans ce contexte, l'utilisation d'indicateurs représente une des meilleures source d'information, car elle peut être destinée, d'une part, à rendre compte de ce qui se passe à un moment donné, dans un espace donné, et d'autre part, elle permet aux spécialistes qui les manient de transmettre à leurs autorités des observations utiles à la gestion complète d'un domaine/d'un système (cf. par exemple SR Keener⁷, JW Baker et GP Mays, 1997).

3. Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Toute description nécessite donc de disposer d'outils et d'informations permettant la réalisation de cet objectif. L'être humain, par exemple, grâce à un système neurologique complexe, et grâce à sa faculté d'expression, peut généralement assez aisément observer son environnement et le décrire de manière relativement appropriée. Les informations perçues par l'individu transitent vers le cerveau au moyen de fibres et de cellules nerveuses, contenues au niveau des différents récepteurs sensoriels; ceux-ci peuvent être auditifs, visuels, tactiles/kinesthésiques, olfactifs, gustatifs.

En règle générale, et quel que soit le type d'information à traiter, plusieurs canaux sont mobilisés simultanément; ensemble, ils contribuent à déterminer la nature des sensations perçues (qualité, quantité, etc.), en même temps que s'organise la gestion de ces informations et la transmission d'une réponse – cette dernière visant le plus souvent à l'adaptation à l'environnement. En ce sens, les récepteurs sensoriels sont des indicateurs : ils donnent des renseignements, fournissent des indices sur un phénomène.

Plus spécifiquement et rapporté au contexte épidémiologique, un indicateur est une information [chiffrée], un condensé de données, dont certaines valeurs sont significatives d'un état.

3.1 A quoi et à qui servent les indicateurs ?

⁷ Keener SR, Baker JW, Mays GP, "Providing public health services through an integrated delivery system", Qual Manag Health Care, 1997 Winter;5(2):27-34

En tant que sources d'informations, les indicateurs permettent d'appréhender un phénomène inscrit dans un certain espace, ou qui se déroule sur un certain laps de temps, et cela en fonction de paramètres choisis : économiques, structurels, démographiques, etc. Suivant leur degré de détail, les indicateurs facilitent la description de ces phénomènes, ils permettent d'observer leur évolution ou leur variation, et peuvent, en ce sens, aider à leur contrôle.

Revenons aux déterminants de la santé : dans les pays industrialisés, bien qu'il puisse y avoir des spécificités et qu'il faille en tenir compte, ces déterminants ne varient pas considérablement d'un pays à l'autre. Aussi, les indicateurs de base sont-ils sensiblement les mêmes d'une région à une autre. Ceux qui constituent la base du document qui nous a été remis correspondent tout à fait à ce que les autorités sanitaires des pays industrialisés développent. Toutefois, parce qu'elle procède de multiples facteurs, la santé, au même titre que le système sanitaire dans lequel elle s'inscrit, est en constante évolution, d'où la nécessité d'évaluer régulièrement les phénomènes qui la composent, et d'adapter les mesures permettant de la garantir. Ces mesures s'associent généralement au contexte et aux objectifs du système dans lequel elles s'insèrent; elles sont prises par les autorités sanitaires d'un pays, en fonction des informations et des ressources à disposition.

En d'autres termes, **la constitution et le monitoring d'indicateurs peut aider les autorités sanitaires à décrire les composantes structurelles (institutions, établissements, personnel hospitalier existants, etc.) et fonctionnelles (type et nombre d'entrées en EMS, nombre de consultations médicales par habitant, etc.) d'une région donnée; ces indicateurs permettent d'observer et d'expliquer les variations de ces composantes, favorisant ainsi la prise de mesures spécifiques, comme la planification de ressources sanitaires, le développement de l'accessibilité aux soins, le contrôle des coûts, ou l'instauration de programmes de prévention destinés à la population.**

3.2 Critères de base pour la définition d'indicateurs

L'efficacité des mesures entreprises, ou la détermination d'objectifs précis à mettre en oeuvre dans un système (=planification), exige que les informations à la base de ces dispositifs soient consistantes. Comme ils représentent la base à partir de laquelle peuvent être développées différentes interventions, tout développement d'indicateurs doit, par conséquent, tenir compte des critères suivants :

- Un indicateur doit être valide

On dit d'un indicateur qu'il est valide lorsqu'il mesure effectivement le phénomène qu'il est censé mesurer. En d'autres termes, la validité d'un indicateur renvoie à la conformité entre un phénomène ou un élément observé, et ce qui le représente.

- Un indicateur doit être fiable

Un indicateur est fiable si la répétition de mesures au moyen de cet indice produit systématiquement les mêmes résultats.

- Un indicateur doit être sensible

Par sensibilité de l'indicateur, on entend la propriété de ce dernier à détecter ou signifier les variations d'un phénomène, aussi faibles soient-elles. Si le phénomène auquel il est associé

évolue dans le temps ou dans l'espace, l'indicateur doit être susceptible de signaler ces changements, même s'ils sont infimes.

En outre, il est nécessaire qu'en plus des trois critères définis ci-dessus les indicateurs :

- soient élaborés au moyen de définitions normalisées, connues et comprises de toute personne impliquée dans l'élaboration, la gestion ou la mesure de ces indicateurs. Le potentiel de qualité des données produites ne peut être développé qu'au prix d'efforts de ce type, auquel devrait s'ajouter le souci de disposer d'infrastructures logistiques et techniques adaptées.

- soient accessibles sous forme de données chiffrées, disponibles électroniquement ou sur support papier – leur représentation graphique pouvant varier en fonction des effets recherchés (aires, histogrammes, courbes, secteurs, pour les plus couramment utilisés dans ce domaine).

- s'appuient sur des références (pratiques, théoriques, scientifiques, etc.), des lignes de conduite (politiques, économiques, sociales, etc.) ou des normes convenues (étatiques, gouvernementales, ou issues d'organisations internationales, etc.).

- s'inscrivent dans le sens des orientations stratégiques ou des buts fixés, tant à un niveau local (ou individuel), qu'au niveau régional (ou collectif).

4. Définir de bons indicateurs, choisir les bases de données

Qui dit planification sanitaire dit organisation selon un plan précis, ou selon une démarche technique, fondée sur des recherches scientifiques et sur l'identification des moyens à appliquer, dans le temps et l'espace, pour atteindre des objectifs prédéterminés.

En Suisse, comme l'explique P. Gilliland⁸, la planification sanitaire se réfère à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur les objets suivants :

- évaluation des besoins de santé
- définition des objectifs de la politique de la santé
- promotion de la santé/prévention des maladies et des accidents
- délimitation des régions sanitaires
- missions des différents établissements et institutions sanitaires d'intérêt public
- coordination de l'action des différents partenaires de la santé
- évaluation de la qualité des prestations fournies en fonction des besoins de santé et des objectifs de la politique de la santé
- liste des établissements et institutions sanitaires (publics et privés)

Rappelons, à titre de parenthèse, qu'à l'heure actuelle, la Suisse ne dispose pas encore d'un système complet réunissant les différentes statistiques en un ensemble d'indicateurs de la santé, qui permettrait une observation globale de celle-ci et du système sanitaire fédéral.

Outre la mise à jour d'une série d'indicateurs de santé, le Service de la santé publique du Valais a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne la

⁸ Gilliland P, "Evolution et perspectives du système de santé", *Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais*, Sion, 1998

charge d'élaborer une liste complémentaire d'indicateurs, destinés à être développés dans le cadre de l'Observatoire valaisan de la santé. La liste mise à disposition par le SSP était constituée de 97 graphiques représentant les différents indicateurs utilisés par ce service pour décrire le fonctionnement des activités de santé publique du canton, pour en assurer la gestion, ainsi que le développement. Ces indicateurs étaient regroupés en quatre catégories :

- 1) Indicateurs généraux : démographie, coûts et dépenses de santé
- 2) Etat de santé de la population [*déterminants de la santé*]
- 3) Système de soins
- 4) Assurance-maladie

Ils représentent la source globale d'informations sanitaires pour le canton, et ils ont été progressivement développés pour faciliter la mise en place d'une politique cantonale de santé.

Ces indicateurs permettent par conséquent au service de la santé publique de :

- décrire l'état de santé de la population valaisanne;
- représenter la structure du système sanitaire valaisan;
- observer le fonctionnement et les activités des différents services sanitaires (ou des prestataires de soins);
- détailler les mouvements économiques liés à ou engendrés par un tel système.

Définir de bons indicateurs nécessite de disposer de sources d'informations et de bases de données fiables. Dans la plupart des cas, ces informations proviennent des relevés de routine, ou sont issues d'enquêtes spécifiques, locales, régionales ou nationales. Les données peuvent être récoltées par l'intermédiaire de mesures directes, systématisées (questionnaires, sondages, etc.), ou par l'intermédiaire de mesures anticipées (budgets, planifications économiques, dotations structurelles des ressources, etc.). **S'assurer de la validité des données avec lesquelles on va travailler est primordial; dans les domaines où la saisie primaire des informations n'est pas effectuée par un organe administratif centralisé, ou lorsqu'elle n'est pas effectuée au moyen de procédures standardisées, la statistique peut être lacunaire et présenter des défauts qui vont se répercuter sur les résultats obtenus.**

De sérieux efforts en matière de systématisation du recensement des données ont été réalisés ces dernières années, au niveau international comme au niveau national. Pour ce qui concerne la Suisse, il existe de nombreux organismes ou services administratifs⁹ qui centralisent des données relatives à la santé; en voici, à titre d'exemple, quelques-uns :

- les services cantonaux d'information statistique, comme par exemple le SCRIS (Vaud), ou l'OCSTAT (Genève). Il existe également des services régionaux, tels l'*Espace Mittelland*.
- les services nationaux, comme l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), le Concordat des assurances-maladies (CAMS), H+ (Statistiques hospitalières), ou encore le service de centralisation des statistiques de l'assurance-accident (SSAA).

⁹ Les sites internet des différents services statistiques détaillent généralement, sous la rubrique "liens", les coordonnées des offices régionaux, cantonaux ou nationaux.

En plus d'être fiables, les données produites par les grandes organisations internationales¹⁰ telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), etc., ou par les administrations nationales étrangères comme Santé Canada (SCS), ou encore le Center for disease control and prevention (CDCP), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), the USA's National institutes of Health (NIH), ou the Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), etc., constituent de précieux outils : la comparaison des données entre pays permet aux gouvernements une évaluation directe, à une échelle mondiale, de leurs ressources ou de leurs activités; elles peuvent aussi servir de supports à des décisions futures, compte tenu, par exemple, de fluctuations démographiques ou économiques.

Les bénéfices secondaires (ou indirects) qui peuvent être tirés de la connaissance d'autres systèmes d'organisation de la santé publique (au sens large), et d'autres systèmes de gestion d'informations statistiques sur la santé sont évidents : connaître les caractéristiques sanitaires d'un pays, connaître les déterminants de la santé d'une population particulière, avoir une idée des ressources à mobiliser pour promouvoir l'accès aux soins d'une majorité d'individus dans un espace donné, facilitent sans aucun doute l'établissement de lignes directrices pour une planification sanitaire.

Toutefois, il est important de garder en mémoire que certains faits, certaines observations, restent caractéristiques d'une région géographique, d'une culture (ou d'une société), d'individus. S'il est recommandable, voire même incontournable, de considérer ce qui se fait dans les autres pays en matière de planification et de gestion de la santé publique, et plus spécifiquement relativement à l'établissement et au développement d'indicateurs de santé, il convient, dans l'appropriation de méthodes, de concepts ou de systèmes, de garder une certaine objectivité par rapport à ce qu'offrent d'autres pays. En d'autres termes, l'élaboration d'indicateurs doit impérativement être effectuée parallèlement à une démarche réflexive : de cela dépendra la qualité de leur définition, et, partant, la qualité des informations qu'ils produiront.

5. Actualisation des indicateurs de santé et propositions de nouveaux indicateurs pour le système de santé valaisan

Pour des raisons linguistiques, mais également parce que leur système sanitaire s'apparente passablement au système helvétique et que de récentes collaborations ont permis le développement d'échanges décisifs, il nous a semblé judicieux, après avoir consulté différents systèmes d'organisation et de planification sanitaire, de nous inspirer d'une série de travaux canadiens (Brink S. et Zeesman A., 1997; Casebeer A., Deis K., Doze S., 1999; Edwards N., 1999).

Pour les aspects de présentation et de classification des indicateurs actuellement utilisés par le service de la santé publique du Valais, nous nous sommes basés sur le rapport final de la "Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population"¹¹.

Enfin, d'autres sources d'informations¹² sont venu compléter le travail de recherche et d'élaboration de nouveaux indicateurs que nous avons effectué : rapports d'enquêtes (Enquête

¹⁰ Ces organisations disposent d'accès aux données aisés sur Internet, ou CDrom.

¹¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Ottawa, 1999

suisse 97 sur la santé, Etat de santé de la population valaisanne [2000]) ou de mandats très spécifiques, articles scientifiques traitants du sujet, sites Internet, brochures, CDrom, etc.

5.1 Mise à jour : Indicateurs de santé 2001

Les indicateurs transmis par le service de la santé publique du Valais ont été mis à jour. A quelques occasions, nous avons procédé à des modifications, notamment pour ce qui concernait le titre de certains indicateurs. Il est clair qu'il s'agit là de propositions, et qu'un retour aux anciennes dénominations est tout à fait possible.

Chaque indicateur est présenté avec les données suivantes :

- *Numéro*

La numérotation renvoie, à la classe et à la sous-classe auxquelles appartient l'indicateur présenté.

- *Titre*

- *Définition*

L'entrée *Définition* décrit ce que représente l'indicateur : des pourcentages, des taux, des indices, des coûts, etc., en fonction de variables telles des tranches d'âge, des périodes, des répartitions géographiques, etc.

- *Source*

L'entrée *Source* renvoie à l'organisation, à l'office ou à toute autre administration/système ayant centralisé les données utilisées pour établir l'indicateur.

- *Validité*

Le label *Validité* correspond à un chiffre allant de 1 à 3. Il est utilisé ici pour exprimer le degré de validité de la source d'information et **ne doit pas être confondu** avec la validité de l'indicateur lui-même¹³. L'échelle que nous avons utilisée est basique, et pourra, en tout temps, être modifiée. Une source valide (=bonne) d'information correspond dans notre exemple au chiffre 1; une source d'information de validité moyenne sera annotée 2, et une source d'information peu fiable, c'est-à-dire une source vis-à-vis de laquelle on peut émettre des doutes quant aux méthodes de récolte des données, ou quant à la représentativité de l'échantillon et à l'actualisation des données, correspondra au chiffre 3 (=insuffisant).

- *Commentaire*

L'entrée *Commentaire* présente une analyse succincte des données observées.

- *Type*

Chaque indicateur a été catégorisé, en fonction du secteur ou du genre d'activités qu'il représente : c'est à cette catégorisation que renvoie l'entrée *Type*.

5.2 Propositions de nouveaux indicateurs

¹² Les références exactes de tous les articles, ouvrages, documents, etc., ayant servi à la réalisation de ce rapport se trouvent en page 15.

¹³ Il ne nous a en effet pas été demandé de nous prononcer sur la validité des indicateurs transmis.

Dans un premier tableau¹⁴, nous avons reproduit, en les adaptant au contexte helvétique, les guidelines formulés par l'ICIS dans le rapport final mentionné plus haut.

Ce tableau est descriptif et contient les trois domaines suivants : Déterminants médicaux de la santé, déterminants non-médicaux de la santé, rendement du système de santé. Chacun de ces domaines est divisé en quatre parties, représentant autant de secteurs, à l'intérieur desquels sont développés des directives. Par exemple, au domaine *déterminants médicaux de la santé* correspond le secteur **décès**; il devrait en principe regrouper une gamme de taux de mortalité spécifiques à l'âge (p. ex. mortalité infantile), spécifiques à une maladie (p. ex. décès causés par le SIDA), de même que des indicateurs dérivés (p. ex. espérance de vie et années potentielles de vie perdue).

Le second tableau présente des propositions concrètes d'indicateurs; par exemple, au domaine *déterminants médicaux de la santé* correspond le secteur **décès**; dans ce secteur sont répertoriés les indicateurs ci-dessous :

- Mortalité globale
- Evolution de la mortalité infantile
- Causes de décès par tranches d'âge quinquennales

La liste fournie dans ce second tableau n'est ni définitive, ni exhaustive et son expansion dépendra des objectifs et de l'orientation pris par les autorités valaisannes en matière de planification sanitaire. Notons encore que seules les rubriques *Déterminants médicaux de la santé* et *Déterminants non-médicaux de la santé* ont été travaillées; les rubriques relatives au *Rendement du système de santé* ne font pas l'objet de propositions d'indicateurs.

6. Conclusions

Bien que ce travail se limite à définir les indicateurs et leurs conditions de validité et d'utilité en santé publique, il nous semble important de terminer en effectuant la parenthèse suivante: un indicateur, comme nous l'avons vu, est une information. C'est dire qu'un indicateur est à la fois un renseignement, qui décrit un phénomène, et aussi un message qui peut être diffusé, transmis, communiqué.

Or, pour être à même de se développer, et pour être efficace, un système d'information, qu'il renvoie à la description de phénomènes ou qu'il traite des méthodes les plus appropriées pour diffuser de l'information, a besoin de concepts théoriques. Aussi, l'élaboration d'un système régional, centralisateur d'information sur la santé, nécessite par conséquent que les données qui y sont récoltées soient au plus juste et au plus pertinent de leur fonction; autrement dit, il est important dans ce cadre-là de savoir précisément quel type d'information est souhaité, pour quelles raisons ces informations sont récoltées, de quelle manière elles le sont, quelle en est leur utilité, et à quel moment il est utile d'en disposer.

Ceci amène tout naturellement à la proposition suivante : tout système d'information, aussi élaboré soit-il, doit en outre être suffisamment souple pour pouvoir s'adapter, que ce soit dans l'absolu ou, plus prosaïquement, vis-à-vis des exigences de l'environnement dans lequel il s'inscrit. Il doit donc répondre aux besoins des autorités qui le gèrent et

¹⁴ cf. Annexe, Indicateurs - Propositions, pages 21-22.

qui l'utilisent, mais il doit aussi répondre aux besoins de la population et aux changements qui s'opèrent continuellement dans une région.

En conséquence, s'il est primordial de produire une information intelligible, fiable et valide – ces trois caractéristiques permettant un monitoring idéal des activités de base du système, en fonction d'un environnement donné et compte tenu des fluctuations inhérentes à toute société – et si le développement d'indicateurs de santé contribue effectivement à remplir cette première fonction, il n'en reste pas moins que pour être efficace, tout système d'information régional ou gouvernemental sur la santé a besoin d'être organisé et coordonné. Ce travail peut être développé au moyen de concepts théoriques, appliqués par la suite au système de santé et à son fonctionnement.

Comme le suggère A. Haas¹⁵, et c'est sur ce constat que nous terminerons, dans la littérature scientifique, trois modèles théoriques remplissent parfaitement les critères nécessaires à l'élaboration d'un cadre conceptuel servant au déploiement des diverses activités sanitaires gouvernementales. Ce sont : le modèle systémique, la théorie de l'information et le modèle cybernétique. Si le développement et l'utilisation d'indicateurs de santé s'inscrivent bien dans les deux premiers champs, leur contrôle (monitoring) et leur diffusion est peut-être trop modeste. L'application du modèle cybernétique, dont les principes sont extrêmement utiles pour systématiser les situations comprenant plusieurs niveaux d'intervention, peut très certainement aider à lever cet obstacle et à penser différemment l'organisation et la coordination d'un système de santé.

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes qui ont fourni des informations et/ou qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

¹⁵ Haas A, "Design considerations for a state health department information system", Am J Public Health, 1974 May;64(5):481-95

ARTICLES ET OUVRAGES DE REFERENCE

Al-Assaf AF, "Healthcare outcomes management and quality improvement", *J Roy Soc Health*, 1996 Aug;116(4):245-252

Anderson GF, Poullier JP, "Health spending, access, and outcomes : trends in industrialized countries", *Health Aff (Millwood)*, 1999 May-Jun;18(3):178-92

Angaran DM, "Measuring and monitoring the quality of healthcare", *Curr Concepts Hosp Pharm manage*, 1989 summer;11(2):5-5, 18

Blendon RJ, Benson J, Donelan K, Leitman R, Taylor H, Koeck C, Gitterman D, "Who has the best health care system ? A second look", *Health Aff (Millwood)*, 1995 Winter;14(4):220-30

Blumenthal D, "The future of quality measurement and management in a transforming health care system", *JAMA*, 1997 Nov 19;278(19):1622-5

Brink S, Zeesman A, "Mesure du bien-être social : un indice de santé sociale pour le Canada", 1997

Brown AD, Baker GR, Anderson GM, Brown UK, "Accountability in health care : a review of the experience of selected OECD countries", University of Toronto, Oct 1999

Booth JL, Collopy BT, "A national clinical indicator database : issues of reliability and validity", *Aus Health Rev*, 1997;20(4):84-95

Bowling A, «Measuring health : a review of quality of life measurement scales», Open University Press, 1998

Burckhardt J, Engler C, Salinas L, "La santé publique en Suisse : prestations, coûts, prix", *Pharma information*, Bâle, 2000

Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG, "Quality indicators for general practice : which ones car general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they ?", *J Public Health Med*, 1999 Sep;21(3):357

Cantrill JA, Sibbald B, Buetow S, "Indicators of the appropriateness of long-term prescribing in general practice in the United Kingdom : consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability", *Qual Health Care*, 1998 Sep;7(3):130-5

Casebeer A, Deis K, Doze S, "Health indicator development in Alberta Health authorities : searching for common ground", *Can J of Public Health*, 1999 Nov-Dec; Suppl 1:S57-61

Chenoy N, Jackson S, Hancock T, Pierre KD, "Enhancing health - a new agenda for Ontario", *Healthc Manage Forum*, 1989 Summer;(2):32-7

Clancy CM, Eisenberg JM, "Outcomes research : measuring the end results of health care", *Science*, Vol 282, oct 1998

Collopy BT, "Clinical indicators in accreditation : an effective stimulus to improve patient care", *Int J Qual Health Care*, 2000 Jun;12(3):211-6

Collopy BT, Balding C, "The Australian development of national quality indicators in health care", *Jt Comm Qual Improv*, 1993 Nov;19(11):510-6

Cremieux PY, Ouellette P, Pilon C, "Health care spending as determinants of health outcomes", *Health Econ*, 1999 Nov;8(7):627-39

Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Davis K, Binns K, "The cost of health system change : public discontent in five nations", *Health Aff (Millwood)*, 1999 May-Jun;18(3):206-16

Dubois N, "La réforme du secteur hospitalier dans le canton du Valais. De la planification hospitalière à la planification sanitaire (1988-1995)", *travail de mémoire pour l'obtention du diplôme d'études supérieures (DES) en management et analyse des politiques publiques*, Université de Genève, 1997

Eddy DM, "Performance measurement : problems and solutions", *Health Aff (Millwood)*, 1998 Jul-Aug;17(8):7-25

Edwards N, "Population health : determinants and interventions", *Can J Public Health*, 1999 Jan-Feb;90(1):10-1

Gilliand P, "Evolution et perspectives du système de santé", *Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais*, Sion, 1998

Goldberg M, Dab W, Chaperon J, Fuhrer R, Grémy F, "Indicateurs de santé et *sanométrie* : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population", *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 1979, 27, 51-68, 133-152

Guralnik JM, Fried LP, Salive ME, "Disability as a public health outcome in the aging population", 1996, *Annu Rev Public Health*, 17:25-46

Haas A, "Design considerations for a state health department information system", *Am J Public Health*, 1974 May;64(5):481-95

Hagmann HM, "Démographie et indicateurs de santé", 1987, *Médecine et Hygiène*, N°23

Hancock T, "Future directions in population health", *Can J Public Health*, 1999 Nov-Dec;90 Suppl 1:S68-70

Hancock T, Labonté R, Edwards R, "Indicators that count ! Measuring population health at the community level", *Can J Public Health*, 1999 Nov-Dec;90 Suppl 1:S22-6

Herrmann F, Chastonay P, Chopard P, Chamot E, Garnerin P, Bovier P, Perneger T, "Coûts de la santé en Suisse", *Bulletin des médecins suisses*, 2001; 82: N° 35

Institut canadien d'information sur la santé, "Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population", *Rapport final*, Ottawa, 1999

Jazairi NT, «Différentes approches pour l'élaboration d'indicateurs de santé», Paris, OCDE,

Jee M, Or Z, "Health outcomes in OECD countries : a framework of health indicators for outcome-oriented policymaking", Labour market and social policy -occasional papers #36, OECD, Directorate for Education, Labour and Social Affairs Committee, Jan 1999, 85 p.

Jones GT, "Indicator-based systems of performance management in the National Health Service : a comparison of the perceptions of local and national-level managers", Health Serv Manage Res, 2000 Feb;13(1):16-26

Kane RL ed., "Understanding health outcomes research", Aspen publications, Gaithersburg, Maryland, 1997, 1-18

Kazandjian VA, "Performance indicators : pointer dogs in disguise – a commentary", A Am Med Rec Assoc, 1991 Sep;62(9):34-6

Keener SR, Baker JW, Mays GP, "Providing public health services through an integrated delivery system", Qual Manag Health Care, 1997 Winter;5(2):27-34

McKinnon ME, McKee CM, "Heart failure : the Cinderella of cardiology ?", Public Health, 1996 Nov;110(6):351-5

Labonté R, Feather J, Hills M, "A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation", Health Educ Res, 1999 Feb;14(1):39-50

Locher H., Kleiber C. dir., "Projet intercantonal sur les indicateurs de santé« (Promes)

Lüthi JC, Favre F, Paccaud F, "Statistiques hospitalières dans le canton du Valais", *Service de la santé publique valaisan*, Sion, 2001

Millar M, McKeivitt D, "L'imputabilité et la mesure des performances : évaluation des systèmes irlandais des soins de santé«

Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig C, "A screening survey to assess local public health performance", Public Health Rep, 1994 Sep-Oct;109(5):659-64

Ministère de la santé de la Colombie-Britannique, "Health indicator workbook : a tool for healthy community ", 1995

"Community indicators of health-related quality of life – United States, 1993-1997", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2000 Apr 7;49(13):281-5

Morabia A, «Les déterminants de la santé», Genève, Centre européen de la culture, 1999

Newcomer R, "Community-level indicators of chronic health conditions and services", J Healthcare Quality, 2000 sept-oct.;22(5):29-33

O'Tarpy M, "New directions for the national Community and Health Accreditation Standards Program in Australia", J Public Health Manag Pract, 1998 Jul;4(4):44-9

Perneger T, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Garnerin P, Herrmann F, Bovier P, "Incidatifs et contraintes dans l'activité médicale", Bulletin des médecins suisses, 2001; 82: N° 37

Portrait F, Lindeboom M, Deeg D, "The use of long-term care services by the dutch elderly", 2000, Health Econ, 9:513-531

Quinn MP, Freeman J, Humble CG, "From hard copy to computer integration : developing clinical indicators for quality improvement", J Healthc Quality, 1997 Mar-Apr;19(2):27-32, 37

Roy D, Tousignant P, Paccaud F, Bergeron P, Couët S, Pineault R, Kosseim M, "La réforme du système de santé canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population", Cahiers du participant I & II, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, novembre 2000

Roy D, Lessard R, "Impact de la transformation du système de santé sur la santé de la population", Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, décembre 2000

Schellhorn M, Stuck AE, Minder CE, Beck JC, "Health services utilization of elderly swiss : evidence from panel data", Health Econ, 2000, 9:533-545

Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM, "Health care systems in twenty-four countries", Health Aff (Millwood), 1991 Fall;10(3):22-38

Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM, "Health system performance in OECD countries, 1980-1992. Organization for Economic Cooperation and Cooperation and Development", Health Aff (Millwood), 1994 Fall;13(4):100-12

Sicotte C, Champagne F et coll., "A conceptual framework for the analysis of health care organisations' performance", Health services management research, 11:24-8

Speake DL, Mason KP, Broadway TM, "Integrating indicators into a public health quality improvement system", Am J of Public Health, 1995 Oct;85(10):1448-9

Thier SO, Gelijns AC, "Improving health : the reason performance measurement matters", Health Aff (Millwood), 1998 Jul-Aug;17(4):26-8

Turpin RS, Darcy LA, Koss R, McMahill C, Meyne K, Morton D, Rodriguez J, Schmaltz S, Schyve P, Smith P, "A model to assess the usefulness of performance indicators", Int J Qual Care, 1996 Aug;8(4):321-9

Vaillancourt-Rosenau P, "Managing medical technology : lessons for the United States from Quebec and France", Int J of Health Serv, 2000, 30(3):617-639

Wright JC, Weinstein MC, "Gains in life expectancy from medical interventions - standardizing data on outcomes", N Engl J Med, 1998 aug 6;339(6):380-404

Quelques sites Internet :

Australian Institute of Health
and Welfare

www.aihw.gov.au

Australian Bureau of Statistics	www.abs.gov.au
Department of Health and Human Services (USA)	www.os.dhhs.gov
Institut Canadien d'information sur la santé	www.cihi.ca
National Health Institutes	www.nih.gov
OCDE	www.oecd.org
OFS	www.statistik.admin.ch
Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca
Satistique Canada	www.statcan.ca
Université de Louvain (B)	www.icampus.ucl.ac.be/medoc/
WHO statistical information system	www.who.int/whosis

ANNEXE
PROPOSITION DE NOUVEAUX
INDICATEURS

Proposition d'indicateurs de santé futurs à utiliser dans le cadre de l'Observatoire valaisan de la santé

I. Définitions des catégories

<p>Mortalité et décès</p> <p>Une gamme de taux de mortalité spécifiques à l'âge (p. ex. mortalité infantile), spécifiques à une maladie (p. ex. décès causés par le SIDA), de même que des indicateurs dérivés (p. ex. espérance de vie et années potentielles de vie perdue).</p>	<p>Fonction humaine et espérance de vie</p> <p>Les niveaux de fonction humaine sont associés aux conséquences de la maladie, des troubles, des blessures et autres. Ils comprennent la fonction ou la structure corporelle (déficiences), les activités (limitations de l'activité) et la participation (restrictions de la participation).</p>	<p>Problèmes de santé</p> <p>Modifications ou attributs de l'état de santé d'une personne qui peuvent causer la détresse, une interférence avec les activités quotidiennes ou une rencontre avec des services de santé; il peut s'agir d'une mala-die (aiguë ou chronique), d'un trouble, d'une blessure ou d'un traumatisme ou peut refléter d'autres états liés à la santé tels que la grossesse, le vieillissement, les malformations congénitales ou les prédispositions génétiques (OMS).</p>	<p>Comportements sanitaires</p> <p>Aspects du comportement personnel et des facteurs de risque qui ont une influence sur l'état de santé, tel que démontré par des études épidémiologiques.</p>
Déterminants médicaux de la santé [état de santé]			
<p>Facteurs économiques (Coûts et dépenses de soins)</p> <p>Indicateurs liés aux coûts et dépenses de soins. Ceux-ci comprennent aussi bien les frais pharmaceutiques, d'assurances, que les traitements médicaux ou hospitaliers, y compris les thérapies alternatives.</p>	<p>Conditions de vie et de travail</p> <p>Indicateurs liés aux caractéristiques socio-économiques et aux conditions de travail de la population qui peuvent être liés à la santé, tel que démontré par des études épidémiologiques.</p>	<p>Facteurs environnementaux</p> <p>Bien-être et qualité de vie</p> <p>Facteurs environnementaux qui peuvent influencer la santé humaine, et toutes les mesures générales du bien-être physique, mental et social d'une personne.</p>	<p>Ressources individuelles</p> <p>Mesure de la prévalence des facteurs, tels que le soutien social et le stress, qui peuvent être liés à la santé, tel que démontré par des études épidémiologiques.</p>
Déterminants non médicaux de la santé			
<p>Acceptabilité</p> <p>Tous les soins et les services fournis répondent aux attentes du client, de la collectivité, des dispensateurs et des organismes payeurs, en reconnaissant qu'il peut y avoir conflit d'intérêts entre les intervenants et que les besoins des clients et des patients doivent dominer.</p>	<p>Accessibilité</p> <p>La capacité des clients et des patients à obtenir des soins ou des services à l'endroit et au moment voulus, en fonction des besoins respectifs.</p>	<p>Caractère approprié (appropriateness)</p> <p>Les soins ou les services fournis correspondent aux besoins des clients et des patients; ils se fondent sur des normes établies.</p>	<p>Compétence</p> <p>Les connaissances et les habiletés d'une personne sont appropriées aux soins et aux services fournis.</p>
<p>Continuité</p> <p>La capacité à fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnées entre les programmes, les praticiens, les organismes et les niveaux de soins ou de services, au fil du temps.</p>	<p>Efficacité</p> <p>Les soins et les services, les interventions ou les actions produisent les résultats voulus.</p>	<p>Effizienz</p> <p>Les résultats voulus sont produits avec l'utilisation la plus rentable des ressources.</p>	<p>Sécurité</p> <p>Les risques potentiels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou réduits au minimum.</p>

II. Proposition d'indicateurs par catégorie

Déterminants médicaux de la santé (état de santé)			
Indicateurs démographiques I	Indicateurs démographiques II	Indicateurs médico-sanitaires	Indicateurs comportementaux
Mortalité et décès - Mortalité globale - Evolution de la mortalité infantile - Evolution de la mortalité périnatale - Causes de décès par tranches d'âge quin-quennales - Décès par maladie de l'appareil circulatoire (ou maladie cardio-vasculaire) - Décès par cancer - Décès par accident de la route - Décès par suicide	Fonction humaine et espérance de vie - Taux de fertilité - Espérance de vie moyenne - Espérance de vie à la naissance - Espérance de vie selon les dépenses de santé - Années potentielles de vie perdue - Taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG)	Problèmes de santé - Faible poids de naissance - Surpoids - Taux de pontages coronariens - Taux de prothèse du genou - Taux de prothèse de la hanche - Taux d'hystérectomie - Taux de césariennes - Taux d'accouchements par voie basse après césarienne - Taux d'IRM par habitant, par canton - Nombre de personnes atteintes du virus du SIDA - Nombre de personnes présentant un SIDA déclaré - Taux de dépression	- Consommation de tabac (par tranches quinquennales) - Consommation d'alcool - Taux de toxicomanie dans la population adulte - Taux de toxicomanie parmi les adolescents - Taux de consommation de médicaments - Taux de grossesse chez les adolescentes - Nombre d'accouchements parmi les adolescentes - Taux (et détail) de consommation de stupéfiants - Taux de pratique d'activités physiques
Déterminants non médicaux de la santé			
Indicateurs économiques Coûts et dépenses de soins - Coûts moyens des soins ambulatoires selon la densité médicale	Indicateurs socio-économiques Conditions de vie et de travail - Revenu moyen des ménages valaisans - Niveau de formation (le plus élevé) atteint - Nombre de jours d'arrêt de travail par habitant dans le canton - Taux de chômage - Durée du chômage - Taux de revenus modestes - Taux de ruptures d'apprentissage chez les adolescents	Indicateurs de qualité de vie Bien-être et environnement - Etat de santé subjectif - Sentiment d'isolement - Intégration sociale - Qualité de l'alimentation	Indicateurs de ressources individuelles - Aide informelle de la part de proches (existence de, nombre d'heures/mois) - Réseau social à disposition