



## La Lettre de SCORE-Santé - n° 10 - Janvier 2015

### Actualités sur SCORE-Santé :

- ▶ Nouveaux tests statistiques sur les données de mortalité
- ▶ Refonte du thème Prestations sociales et des indicateurs « SAE »
- ▶ Intégration de données de mortalité à partir de 1979



### Mises à jour SCORE-Santé

**Depuis juin 2014, les mises à jour ont porté sur :**

#### Population et conditions de vie

- Population estimée
- Aide sociale à l'enfance

#### État de santé des populations

- Espérance de vie à la naissance
- Naissances
- Interruptions volontaires de grossesse

#### Pathologies

- Cas de sida
- Découvertes de séropositivité au VIH
- Dépistage du VIH

#### Environnement

- Eaux de distribution
- Cas de leptospiroses

#### Structures et activité de soins

- Professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes).

#### Production de soins libéraux

- Actes produits par habitant
- Actes produits par professionnel de santé

#### Structures et activités de prévention

- Vaccinations
- Professionnels des services de PMI

**La mise à jour de plusieurs catégories de données transversales aux différents thèmes présentés dans SCORE-Santé a permis d'actualiser :**

- L'ensemble des indicateurs sur la mortalité générale, prématurée et par cause de décès (nombre de décès, taux de mortalité, taux standardisé de mortalité, indice comparatif de mortalité) pour l'année 2011. Ces indicateurs sont présentés dans les chapitres État de santé des populations, Pathologies et Comportements.
- L'ensemble des indicateurs PMSI relatifs aux séjours hospitaliers par pathologie (nombre de séjours et taux de recours selon le sexe et l'âge, taux standardisé de recours, indice comparatif de recours) pour les années 2008 à 2011. Ces indicateurs sont présentés dans les chapitres Pathologies et Consommation de soins.

**De plus, de nouveaux indicateurs ont été créés pour les thèmes suivants :**

#### Prestations sociales

- Caractéristiques générales des allocataires de prestations sociales et familiales
- Revenu de solidarité active (RSA)

**De nouveaux contextes nationaux sont également disponibles pour les thèmes suivants :**

VIH-Sida, Cancer de l'estomac, Cancer du côlon-rectum, Cancer du foie, Cancer du pancréas, Mélanome, Cancer de l'utérus, Établissements de santé, Soins de suite et de réadaptation, Soins de courte durée, Actes produits par habitant, Actes produits par professionnel de santé.



## Nouveaux tests statistiques sur les données de mortalité

Différents tests de significativité portant sur les écarts entre les taux standardisés de mortalité sont calculés sur SCORE-Santé pour la période 2000-2011 : ceux permettant des comparaisons territoriales étaient déjà disponibles ; ceux permettant des comparaisons temporelles viennent d'être introduits. D'autres tests seront réalisés ultérieurement pour permettre de savoir si l'évolution notée sur un territoire diffère statistiquement ou non de celle observée sur un territoire de référence.

### Comparaisons territoriales (rappel) :

Pour une année donnée, les tests permettent de savoir si la valeur du taux du territoire considéré est significativement différente de celle du territoire de référence, la valeur de référence étant à chaque fois celle calculée pour la France hexagonale. Dans le tableau ci-dessous, l'interprétation des résultats des tests de significativité doit se faire pour une année donnée sur l'ensemble des territoires (lecture en colonne).

Hommes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux de variation 2004-2009
France entière	12,5 (1)	12,1 (1)	11,7 (1)	11,3 (1)	11,0 (1)	10,8 (1)	-13,8%(2)
France hexagonale	12,5	12,0	11,7	11,3	11,1	10,8	-13,4%(2)
Alsace	14,0 (1)	12,5 (1)	12,2 (1)	11,2 (1)	12,4 (1)	12,2 (1)	-12,6%(1)
Aquitaine	11,0 (1)	10,3 (2)	9,9 (2)	9,8 (1)	9,7 (1)	9,3 (2)	-15,2%(1)
Auvergne	13,9 (1)	12,9 (1)	12,9 (1)	13,4 (1)	13,7 (1)	12,3 (1)	-11,2%(1)
Basse-Normandie	18,8 (2)	17,4 (2)	17,1 (2)	15,3 (2)	13,8 (2)	13,2 (1)	-30,0%(2)
Bourgogne	12,0 (1)	11,3 (1)	11,1 (1)	11,5 (1)	11,7 (1)	12,2 (1)	1,9%(1)

(1) écart non significatif (2) écart significatif

Tableau 1 : Période 2000-2011 : Taux standardisé de mortalité par cancer de l'œsophage (pop. réf. RP 2006) - Hommes

En 2009 (année centrale de la période triennale), le taux standardisé de mortalité par cancer de l'œsophage chez les hommes en Basse-Normandie n'est pas significativement différent de celui observé pour la France hexagonale. Par contre, le taux standardisé pour l'Aquitaine est significativement différent de celui observé pour la France hexagonale.

### Comparaisons temporelles :

Les tests permettent de connaître la significativité de l'écart du taux standardisé pour un territoire donné entre deux dates distantes d'au minimum 5 ans. Ici, ce n'est plus l'écart territorial qui est mesuré mais l'écart temporel. Dans le tableau ci-dessous, l'interprétation des résultats du test de significativité pour le taux de variation se fait pour un territoire donné (lecture en ligne).

Hommes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux de variation 2004-2009
France entière	12,5 (1)	12,1 (1)	11,7 (1)	11,3 (1)	11,0 (1)	10,8 (1)	-13,8%(2)
France hexagonale	12,5	12,0	11,7	11,3	11,1	10,8	-13,4%(2)
Alsace	14,0 (1)	12,5 (1)	12,2 (1)	11,2 (1)	12,4 (1)	12,2 (1)	-12,6%(1)
Aquitaine	11,0 (1)	10,3 (2)	9,9 (2)	9,8 (1)	9,7 (1)	9,3 (2)	-15,2%(1)
Auvergne	13,9 (1)	12,9 (1)	12,9 (1)	13,4 (1)	13,7 (1)	12,3 (1)	-11,2%(1)
Basse-Normandie	18,8 (2)	17,4 (2)	17,1 (2)	15,3 (2)	13,8 (2)	13,2 (1)	-30,0%(2)
Bourgogne	12,0 (1)	11,3 (1)	11,1 (1)	11,5 (1)	11,7 (1)	12,2 (1)	1,9%(1)

(1) écart non significatif (2) écart significatif

Tableau 2 : Période 2000-2011 : Taux standardisé de mortalité par cancer de l'œsophage (pop. réf. RP 2006) - Hommes

Sur la période 2004-2009 (années centrales de chaque période triennale), le taux standardisé de mortalité par cancer de l'œsophage chez les hommes de Basse-Normandie a significativement diminué de 30,0 %. Sur cette même période, l'Auvergne enregistre une baisse de 11,2 %, mais celle-ci n'est pas significative.

## Refonte du thème Prestation sociales

Un nouveau thème Prestations sociales est disponible dans le chapitre Population et conditions de vie. Il se substitue à l'ancien thème Minima sociaux.

Plusieurs sous-thèmes ont été créés :

- **Caractéristiques générales** : sont présentés des indicateurs sur les allocataires de prestations sociales ou familiales et leurs caractéristiques (âge, situation familiale) et des indicateurs sur la population couverte.
- **Revenu de solidarité active (RSA)** : sont présentés des indicateurs sur les allocataires du RSA selon ses différentes composantes (socle seul, socle + activité, activité seul) et certaines caractéristiques des allocataires (âge) ainsi que des indicateurs sur les personnes couvertes par le RSA.

Les indicateurs de ce thème sont actualisés à partir des données produites par la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) et par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA). Ils sont disponibles aux niveaux régional, départemental et des territoires de santé, à partir de 2011.

À l'avenir, ces deux sous-thèmes vont s'étoffer avec notamment la déclinaison du RSA selon la situation familiale des allocataires. Des indicateurs sur les bénéficiaires d'allocations liées à la famille et aux enfants, au logement et au handicap seront également mis en ligne.

## Publication d'une nouvelle population européenne de référence par Eurostat – Suite

Dans le précédent numéro de la Lettre de SCORE-Santé, nous avons annoncé la publication en 2013 d'une nouvelle population européenne de référence par Eurostat. Elle vient se substituer à celle utilisée jusqu'à présent pour le calcul des taux standardisés : la population européenne IARC 1976.

Lors de l'intégration des données de mortalité pour l'année

2011, tous les taux standardisés sur la population européenne pour la série 2000-2011 ont été recalculés à partir de la **nouvelle population européenne de référence**. Celle-ci s'intitule **PSE 2013** (population standardisée européenne 2013).

Prochainement, lors de l'intégration des admissions en affection de longue durée (ALD) pour les années 2012 et 2013, les taux standardisés sur la population européenne seront recalculés pour la période 2005-2011 en référence à la PSE 2013.



## Actualités des bases de données

### Refonte de l'enquête SAE en 2014 (données d'activité de 2013)

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence sur les établissements de santé en France. Elle renseigne sur les moyens de production des soins hospitaliers : capacités, équipements et personnels. Actualisée tous les ans, la SAE permet d'observer des évolutions sur une longue période aux niveaux national et local. Elle permet aussi le suivi de plans nationaux et du programme de qualité et d'efficacité « maladie » annexé au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

La SAE a été refondue en 2014 pour la collecte des données 2013, sur la base d'un travail conjoint de la Drees et de l'Atih. Cette refonte était rendue nécessaire par l'évolution des systèmes d'information (hospitaliers et administratifs), des organisations et modes de coopérations et du paysage institutionnel régional.

Le recueil de la SAE s'effectue désormais au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que les niveaux de recueils étaient auparavant différents pour le public et le privé. Ce mode d'interrogation permet une analyse localisée de l'offre de soins pour répondre aux besoins de connaissance sur l'accès aux soins (supprimant les interrogations en double entre l'entité juridique et l'entité géographique).

L'objectif de la refonte est aussi de s'appuyer sur les autres recueils réglementaires, notamment le PMSI, pour alléger la charge de la collecte par les établissements. La convergence entre les deux systèmes d'information SAE et PMSI a été développée par un pré-remplissage dans la SAE des données d'activité issues du PMSI.

Le questionnaire a été en outre rénové pour tenir compte des nouvelles formes de prises en charge, des nouvelles

organisations et des nouvelles technologies. La terminologie et la déclinaison des spécialités ont été révisées pour suivre au plus près la loi HPST, les schémas régionaux d'organisation des soins et les prises en charge ciblées donnant lieu à des financements spécifiques (missions d'intérêt général notamment).

En raison des importantes modifications de cette enquête et de leurs répercussions (changements de statuts, catégories d'établissements, développement des données sur les activités, sur certaines disciplines...), **une nouvelle série d'indicateurs a été créée dans SCORE-Santé à partir de l'année 2013**, en commençant par ceux présentés au niveau régional, ceux des départements et territoires de santé devant être mis en ligne d'ici le mois de mars.

### Mortalité 30 ans

Une **nouvelle série d'indicateurs de mortalité** sera bientôt disponible sur SCORE-Santé : elle couvrira la **période 1979-2011** et se substituera aux deux périodes les plus anciennes actuellement sur SCORE-Santé : période 1990-2008 et période 1980-1996.

Pour la période 1979-2011, les décès seront classés en CIM9 et en âge révolu. Les indicateurs présentés seront identiques à ceux de la période 2000-2011 :

- Nombre de décès par cause selon le sexe et l'âge quinquennal
- Proportion de décès par cause selon le sexe (uniquement pour la mortalité prématurée)
- Taux de mortalité par cause selon le sexe et l'âge quinquennal
- Taux standardisé de mortalité par cause selon le sexe (population européenne PSE 2013 et RP2006)
- Indice comparatif de mortalité par cause selon le sexe

Ces indicateurs seront mis à disposition dans les chapitres État de santé des populations, Pathologies et Comportements pour les régions, départements et territoires de santé.



## Bon à savoir

### Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'Outre-mer

Offrir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire des départements ultramarins à partir du croisement d'indicateurs de ces deux domaines, tel est l'objet du travail engagé par la Fnors et plusieurs ORS, notamment ceux d'Outre-mer, à la demande de la Cour des comptes.

Centré autour de trois grandes thématiques (population et conditions de vie, professionnels de santé et état de santé), l'ouvrage, préfacé par les ministres des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et des Outre-mer,

offre, dans sa dernière partie, une vue d'ensemble de ces trois thématiques. Ainsi, à travers l'analyse sur deux unités géographiques infrarégionales (bassin de vie et canton), ressortent les similitudes et les différences entre les quatre départements ultramarins comparés en parallèle avec le niveau national.

Pour consulter la publication :

<http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/InegalitesDom2014.pdf>

## Questions-réponses

### Q : Comment utiliser les informations présentées sur SCORE-Santé ?

Les informations mises à disposition sur SCORE-Santé sont libres de droit, chaque utilisateur est libre de les utiliser selon ses besoins. Néanmoins, certaines règles doivent être respectées.

Pour toute utilisation des données de SCORE-Santé, il est essentiel de mentionner les sources de données,

telles qu'elles figurent dans le dictionnaire de l'indicateur par respect des producteurs de données et dans un souci de rigueur scientifique. Les indicateurs étant produits suivant des caractéristiques précisées dans le dictionnaire des indicateurs, il est conseillé d'ajouter, entre parenthèses, SCORE-Santé suivi de la date de consultation/extraction des données.

Pour toute utilisation des contextes nationaux, il est demandé de les citer sous la forme : SCORE-Santé – Contextes nationaux (date de mise à jour).



> Vous souhaitez apporter une information pour le prochain numéro, réagir sur ce numéro ou vous souhaitez vous abonner :  
[lettrescore@fnors.org](mailto:lettrescore@fnors.org)