

### De la représentativité dans IDB

Marc Nectoux (Psytel - F) et Dr Bertrand Thélot (Institut de veille sanitaire - F) / novembre 2007 / v3

Ce document reprend certains thèmes évoqués dans le document précédent « 20 idées et vérités sur IDB » (décembre 2006), mais, surtout, il approfondit la notion de la représentativité dans le système IDB pour conclure par des recommandations simples et une invitation répétée à changer notre point de vue sur IDB.

*La question de la représentativité dans le système IDB est aussi vieille que l'existence du système lui-même. Ses détracteurs ont souvent invoqué cet argument, apparemment rédhibitoire (« IDB n'est pas représentatif ! »), pour dénier toute qualité à ce recueil, alors que nombre de ses partisans semblaient courir désespérément derrière une représentativité qui échappait toujours. D'autres encore décrétaient qu'IDB devait devenir représentatif sous peine de mort, alors que, manifestement, il est difficile qu'il le devienne. Sans être absolument simple, la question de la représentativité dans IDB n'est pas si complexe, ni si cruciale, pourvu qu'on l'aborde sous le bon angle.*

## 1. Les fondamentaux du système

Rappelons quelques fondamentaux du système :

- Dans sa première version, ce système de recueil s'est intitulé European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS). Bien qu'il ne soit pas un système de surveillance, le système se donnait comme objectif officiel et fondateur (Décision 86/138/CEE du 22 avril 1986) de "recueillir des données sur les accidents impliquant des produits de consommation en vue de promouvoir la prévention des accidents, d'améliorer la sécurité des produits de consommation et l'information et la formation des consommateurs de façon à ce qu'ils utilisent mieux les produits". L'information de base devait être obtenue auprès des "services de soins aux accidentés". Le projet s'appliquait donc aux accidents impliquant généralement un produit qui se produisent dans les foyers et leur environnement immédiat, ainsi qu'aux accidents survenant lors des activités de loisirs, sportives et scolaires.
- Les caractéristiques du recueil étaient donc les suivantes : un recueil d'information dans les services d'urgence des hôpitaux concernant les accidents de la vie courante (en anglais les HLA - Home and Leisure Accident), orienté vers la protection des consommateurs dans leur usage des produits. Il fut par la suite réorienté, dans les intentions et non dans la méthodologie, vers la prévention en santé publique sur tous les types d'accidents de la vie courante, impliquant ou non un produit. Dans ce recueil, on collecte une vingtaine de variables de base concernant des informations médicales, sur les circonstances de l'accident et les produits éventuellement en cause. Les caractéristiques méthodologiques du système n'ont pas fondamentalement changé depuis 20 ans, si l'on excepte son extension récente à tous les types de traumatismes (intentionnels et non intentionnels, incluant les accidents de la circulation et les accidents du travail).

→ Le système IDB, par essence, est avant tout, surtout et peut-être uniquement **une banque de cas européenne**, avec tous les avantages et toutes les limites que cela représente.

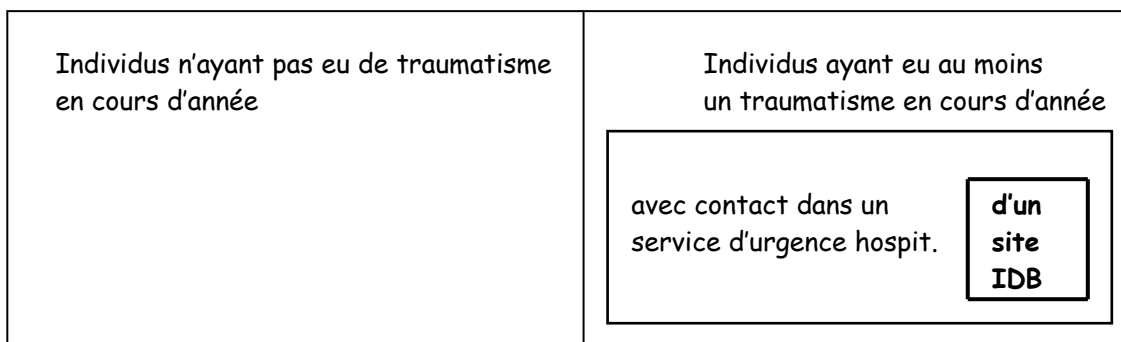
**Ce que n'est pas IDB** : IDB n'est pas un système de surveillance, ni un registre (il ne recueille pas tous les accidents dans un Etat), ce n'est pas un système d'alerte (il n'y a pas de mécanisme d'alerte dans le système). Ce n'est pas non plus une base de données à vocation strictement épidémiologique : le système de recueil est non représentatif du fait de la méthodologie choisie, comme nous le verrons plus loin, et de plus, il est aussi orienté vers la protection des consommateurs par ses informations sur les classes de produits.

**Ce qu'est IDB : IDB est une banque européenne de cas sur des grandes classes de traumatismes** (originaires, les accidents de la vie courante), collectant des informations médicales, des informations sur les circonstances de l'accident et sur les produits éventuellement en cause. C'est tout, mais c'est utile, comme nous allons tenter de le démontrer !

## 2. De quelle représentativité parle-t-on ?

### 2.1. De la non représentativité « générale » :

- Rappelons un fait simple. Le système IDB ne peut d'emblée prétendre être représentatif de l'ensemble des traumatismes (la « représentativité générale ») pour la bonne et simple raison que le système est fondamentalement un recueil dans les services d'urgence hospitaliers. Le schéma ci-dessous trace la répartition des individus d'un Etat au regard de la survenue ou non d'un traumatisme au cours d'une année :



- Le système IDB ne pourrait donc être au mieux que représentatif des traumatismes dont les victimes ont un contact avec les services d'urgence hospitaliers.  
- La « représentativité générale » ne pourrait être atteinte que par *des enquêtes limitées dans le temps sur un échantillon représentatif de la population*. Même avec cette méthode, on sait qu'il peut y avoir des biais méthodologiques importants dus par exemple à l'enquête par téléphone, au biais de la mémoire, à l'impossibilité de prendre en compte les décès, etc.

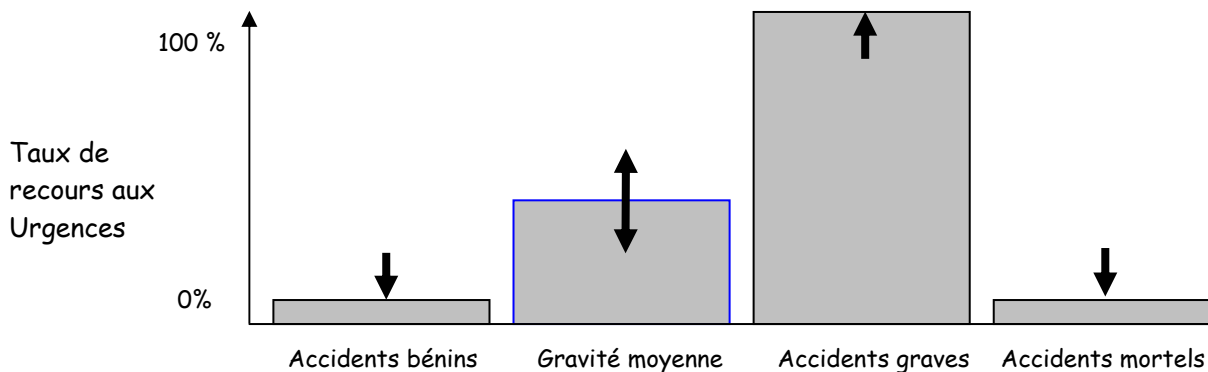
### 2.2 De la non représentativité en termes de gravité :

- Parmi l'ensemble des traumatismes qui se produisent, il faut être bien conscient que seuls des accidents spécifiques en termes de gravité sont recueillis par un système de recueil dans les services d'urgence hospitaliers :

- les accidents mortels « sur le coup » (ex : chutes d'une échelle, noyades, etc.) ne transitent pas par les services d'urgence de l'hôpital, mais sont directement conduits, par exemple, dans les Instituts médicaux légaux. Donc les accidents les plus graves échappent au système IDB. Il ne faut pas compter sur ce système pour donner une vision claire et précise de la mortalité par traumatismes !

- à l'opposé sur l'échelle de gravité, les accidents les plus bénins (ex : petites coupures, brûlures légères, etc.) ne transitent pas non plus par les systèmes d'urgence, mais sont pris en charge directement par les médecins en cabinet, les pharmaciens, les infirmiers ou plus simplement encore par la famille ou la victime elle-même. Ceux-là aussi échappent au système.

- dans la gamme des accidents de « gravité moyenne », le recours à l'hôpital va dépendre de nombreux facteurs : structuration nationale du système de soins (beaucoup ou peu de médecins généralistes, gratuité ou non, etc.), proximité géographique, attraction et réputation de l'hôpital. Ces facteurs varient d'un pays à l'autre, d'un hôpital à l'autre. Si bien que, même pour cette gamme d'accidents, la variabilité du recours est forte. Sur une échelle de gravité, certes subjective, mais relativement pragmatique, nous pouvons représenter la distribution du taux de recours aux services d'urgence de la façon suivante :



→ En conclusion, même si nous avons une représentativité en termes de recrutement des hôpitaux, nous ne l'aurions pas en termes de gravité.

### 2.3. Spécificité de certains types d'accidents recueillis :

- Le choix du CH de Béthune (hôpital de taille moyenne près de Lille, dans le Nord de la France) nous a conduit à avoir dans le système un nombre non négligeable d'accidents de « ski sur piste artificielle ». La présence, près de Béthune, d'un ancien terril reconverti en piste de ski expliquait ce fait. On ne peut pas parler de « représentativité » à ce propos. Nous avons ici affaire à des accidents très spécifiques, quasi atypiques, présents dans le système du fait de la seule proximité géographique d'un site de recueil. De telles « aberrations » au sens statistique sont toujours possibles et viennent mettre à mal le concept généraliste de « représentativité ».

- Prenons un exemple moins particulier. Si nous voulons avoir des informations sur les accidents de plongée sous-marine, il sera indispensable d'avoir un ou des sites de recueil hospitaliers près des zones de pratique de ce sport. Un tirage au sort d'un nombre restreint, d'hôpitaux peut très bien conduire à ce que nous n'ayons aucun site de recueil près d'une telle zone. C'est pour cela que la grande majorité des Etats membres pratiquent le *choix raisonné* des sites de recueil.

### 2.4. Un tirage au sort impossible pour le recrutement des hôpitaux :

Trois types d'arguments font que le tirage au sort des hôpitaux est impossible à réaliser en vue de recruter des sites de recueil IDB de façon représentative :

- Qui a un peu cotoyé les responsables nationaux du système IDB (les NDA en anglais - National Data Administrators) qui gèrent le recrutement des sites de recueil hospitaliers IDB, sait que le choix et le recrutement des équipes est une tâche difficile et prenante. Il faut avant tout que l'ensemble des équipes du site soit partie prenante du système. Il faut donc motiver, à la fois, l'équipe de direction de l'hôpital (ceux qui signent les conventions), l'équipe médicale du service d'urgence (ceux qui autorisent et supervisent le recueil dans le service) et les techniciens et administratifs du service (ceux qui vont effectuer en pratique le recueil). Si l'un des échelons manque de motivation, c'est tout l'édifice qui est en péril. Il faut donc que tous les niveaux de personnel d'un site de recueil soient volontaires et aptes à mener une action de santé publique dans la durée, bien qu'elle ne s'inscrive pas dans leur tâche première qui est le soin aux victimes. Ceci est loin d'être simple dans un contexte où les services d'urgence sont souvent surchargés de travail. Il faut donc que les sites soient fortement « volontaires » !

- Si l'on voulait appliquer le tirage au sort sur une base de sondage constituée par l'ensemble des services d'urgence d'un Etat et avec un intervalle de confiance suffisamment précis, il faudrait recruter, pour les Etats membres à forte population, un grand nombre d'hôpitaux. Prenons l'exemple de la France qui compte environ 580 services d'urgence. Si l'on voulait travailler avec un niveau de précision statistique suffisant, ce sont certainement plusieurs dizaines d'hôpitaux qu'il faudrait inclure dans le système. Ceci excède largement les capacités de financement de l'Etat et les capacités de

gestion d'un NDA. Nous sommes conscients que le cas est différent pour, par exemple, Malte ou Chypre.

- Enfin, si l'on veut avoir un recrutement diversifié couvrant *a priori* toutes les grandes catégories d'accidents et de population, il convient de mettre en place un *choix raisonné* que ne produirait pas forcément le tirage au sort. Ce choix raisonné permet d'avoir un recrutement diversifié en termes de critère géographique (sud / nord, montagne / mer, etc.), de type de population (grands centres urbains, zones plus rurales) et de taille d'hôpitaux (grands hôpitaux et petits hôpitaux). Ce *choix raisonné* est appliqué en France pour le recrutement des 12 hôpitaux du système.

→ Le tirage au sort des hôpitaux est impossible à réaliser et n'est sans doute pas souhaitable. Le système IDB ne sera jamais représentatif au sens de la statistique pure !

## 2.5. De la représentativité « partielle » :

- Avec le système de calcul du taux d'incidence fondé sur les « catchment area », c'est-à-dire les zones d'attraction d'un hôpital, on peut au mieux, en utilisant le système national de collecte d'informations sur les hospitalisations (les HDR en anglais - Hospitalisation Data Register) obtenir un taux d'incidence pour de grandes classes de population ou d'accidents. C'est au prix d'un certain nombre d'hypothèses fortes (découpage des zones d'attraction, même taux d'hospitalisation pour l'ensemble des pathologies que pour les traumatismes IDB, etc.) qu'on les obtient pour un hôpital. Le passage au taux d'incidence national à partir des taux d'incidence de chaque hôpital reste problématique, dans la mesure où il suppose d'une manière ou d'une autre que les résultats obtenus avec les hôpitaux participant à la collecte sont généralisables à l'ensemble du pays.

- Les intervalles de confiance que l'on peut établir techniquement ne représentent qu'une partie de l'incertitude sur les estimations ainsi obtenues des taux d'incidence. Une partie de l'incertitude reste non quantifiée, celle qui correspond justement à l'hypothèse de représentativité des hôpitaux participant à la collecte des données par rapport à l'ensemble du pays. Pour partie, le calcul du taux d'incidence national s'apparente plus à l'application de la bonne vieille et respectable « règle de trois » qu'à un calcul statistique sophistiqué. Comme l'indiquait Alfred Sauvy il y a bien longtemps déjà : « la précision de la décimale, supplée bien souvent à l'incertitude du chiffre ».

- Certains Etats membres affirment que leur système IDB est représentatif comme sous-ensemble d'un recueil national. Sans vouloir nous prononcer sur la validité des arguments avancés par ces pays (aucun à notre connaissance ne procède vraiment par le tirage au sort qu'impliquerait l'orthodoxie statistique), ce que l'on peut dire *a minima* c'est que le système européen n'est pas représentatif, même partiellement, du fait qu'il ne l'est clairement pas pour un certain nombre d'Etats, dont la France.

→ En conclusion, le système européen IDB n'est pas et ne sera pas représentatif de quelque manière que ce soit en utilisant la seule méthodologie du recueil hospitalier qui n'est pas faite pour cela !

## 3. La représentativité n'est pas un concept central du système IDB

- Dans ce chapitre nous voulons montrer que la représentativité n'est pas un concept central dans le système IDB actuel. IDB peut nous fournir des informations fort utiles à partir de données non représentatives, si nous savons interroger le système en tenant compte de sa « granularité efficace » :

### 3.1. Le concept de « granularité efficace » :

Nous définissons ce concept à partir du croisement de deux axes :

### Axe 1 - Le types d'accidents (généralistes versus spécifiques) :

- Distinguons les accidents « généralistes » *a priori* assez fréquents et équirépartis sur la surface du territoire (ex : les accidents liés à des articles de puériculture, les accidents de sports partout pratiqués comme le football, etc.) et les accidents spécifiques géographiquement ou temporellement circonscrits (ex : les accidents sur piste de ski artificielle, les accidents de plongée sous-marine, etc.).
- Remarque : on s'affranchit relativement facilement du caractère saisonnier de certains types d'accident en examinant des données annuelles, voire pluriannuelles. Il est plus difficile de s'affranchir des spécificités géographiques ou locales.

### Axe 2 - Le type d'approche :

- Rappelons ce que nous précisons dans notre document « 20 idées et vérités sur IDB ». Il existe trois approches différentes pour un système d'information sur les traumatismes :
  - soit les buts visés par le système sont les calculs de taux d'incidence globaux, les résultats agrégés représentatifs et la construction de données épidémiologiques nationales : *c'est l'approche « macro-accidentologique »* ;
  - soit le but visé est le recueil d'informations permettant de repérer des populations, des situations, des comportements ou des produits à risques en rapport avec des lésions précises, ainsi que la caractérisation des classes d'accidents liés à des scénarios distincts : *c'est l'approche « méso-accidentologique »* ;
  - soit le but visé est le repérage d'accidents très rares, ou liés à des produits précis potentiellement dangereux (d'un type donné, d'une marque donnée) : *c'est l'approche « micro-accidentologique »*.
- A chacune de ces approches correspondent des méthodologies et des outils d'analyse différents. Ainsi, pour l'approche « macro », la méthodologie la plus appropriée sera le recueil de données par enquête en population. Dans cette vision la qualité statistique de la méthodologie est primordiale. Le nombre d'accidents effectivement recueillis sera relativement faible au regard de la population interrogée et ne permettra pas un niveau fin d'analyse des différents types d'accidents, mais la représentativité devra être assurée. Pour l'approche « micro », on privilégiera les recherches d'informations directes sur des cas ponctuels signalés, comme dans le système d'alerte européen RAPEX. Pour l'approche « méso », la méthodologie de recueil dans les services d'urgence hospitaliers est tout à fait adaptée, puisqu'elle permet la collecte continue d'un grand nombre de traumatismes, intégrant des données médicales validées. Le caractère représentatif des données est plus secondaire, puisque c'est l'aspect quantitatif qui prime (« réservoir de cas »), permettant d'avoir une approche descriptive d'un grand nombre de types d'accidents.
- Nous définissons alors la *granularité efficace* comme combinaison du type d'approche et du type d'accidents :

#### La granularité efficace dans IDB

Approches →	Macro	Méso	Micro
Accidents généralistes	Efficace +	Efficace +++	Inefficace
Accidents spécifiques	Inefficace	Efficace ++	Inefficace

→ Le système IDB répond donc particulièrement bien à la recherche d'information sur des accidents « généralistes » dans une approche « méso » (essentiellement, détermination des principaux scénarios d'accidents et des « trends traumatiques » - des ordres de grandeur) et très mal à une recherche sur des accidents spécifiques dans une approche « micro ».

### 3.2. Des exemples explicites :

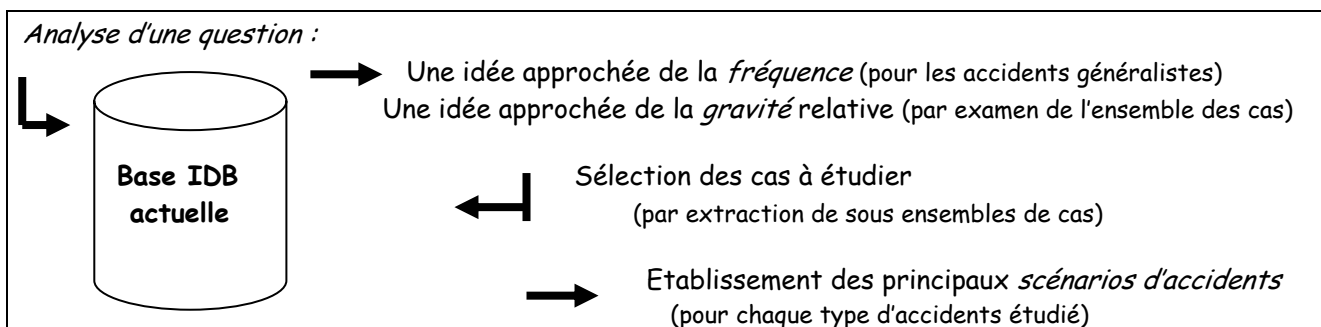
- Les accidents d'équitation : ils sont *a priori* assez fréquents et équirépartis (on pratique l'équitation à peu près partout). Dans une approche « méso », nous pourrions avoir en utilisant IDB une bonne idée approchée de leur nombre total (un ordre de grandeur au niveau national ou européen), de leur gravité relative et des principaux scénarios d'accidents → Granularité efficace +++

- Les accidents de plongée sous-marine : ils sont spécifiques à des zones géographiques. Dans une approche « méso », nous ne pourrions pas avoir avec IDB une idée de leur nombre total (au niveau national ou européen), mais une idée de leur gravité relative et des scénarios d'accidents, si toutefois nous disposons des sites de recueil hospitaliers près de ces zones → Granularité efficace +  
 → Il faut accepter que le système IDB ne nous donne qu'une vision particulière, un certain « point de vue » non représentatif sur l'ensemble des traumatismes, mais ce point de vue est loin d'être inintéressant, car il recèle une multitude d'informations utilisables pour améliorer les politiques de prévention, si nous l'utilisons en tenant compte de la *granularité efficace*.

### 3.3. L'approche raisonnée :

- L'exploitation du système IDB exige une *approche raisonnée* : à quel type d'approche correspond la question posée ? Est-ce un accident généralisé ou spécifique ? Comment traiter efficacement les données disponibles ? Comment exploiter le texte libre ? Quelles sont les limites des informations obtenues, etc. Cela demande une bonne connaissance du système et d'informations contextuelles, avant de pouvoir fournir *in fine* une approche chiffrée *trifonctionnelle*, en termes :

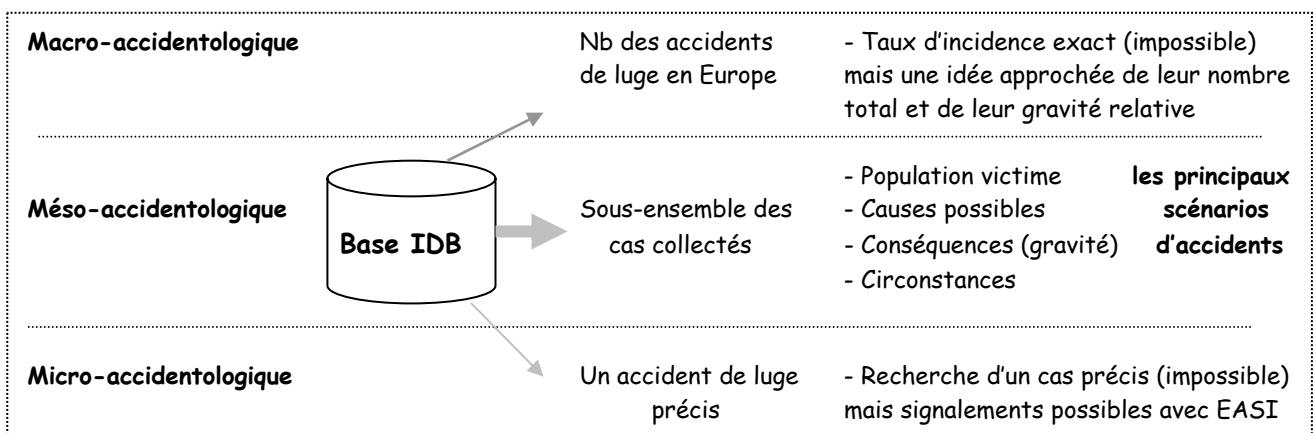
- de fréquence approchée des accidents « généralistes » : par exemple, de rare (< 10 cas sur 100 000), à fréquent (> 1000 cas sur 100 000) ;
  - de la gravité relative endogène en utilisant les indicateurs de gravité que certaines équipes ont développés (ex : le Score Synthétique de Dangerosité Relative SDR en France, PS aux Pays-Bas) ;
  - de détermination des principaux scénarios d'accidents en utilisant l'ensemble des variables présentes dans le système IDB, y compris l'analyse du texte libre.
- Résumons graphiquement une stratégie possible :



- Remarque : nous avons déjà développé une méthodologie simple d'établissement des scénarios d'accidents dans notre document précédent (« 20 idées... ») à partir des seules variables IDB (*population*: âge, sexe - *circonstances*: mécanisme, activité, lieu - *conséquences*: lésion, partie lésée, type de traitement, durée d'hospitalisation - *causes possibles*: produits et texte libre). Les descriptions de ces scénarios peuvent servir aussi bien en santé publique que pour la protection des consommateurs (approche par « classes de produit »).

### 3.4. Reprenons l'exemple des accidents de luge :

- Si, par exemple, nous voulons mener une étude sur les accidents de luge en Europe, la base IDB devra être utilisée en priorité comme une banque de cas permettant de déterminer les principaux scénarios d'accidents et de mesurer le degré d'implication possible du produit :



→ IDB n'est pas fait pour être un support pour des études scientifiques de haut niveau ou des recherches théoriques en épidémiologie. Il est fait pour répondre à un certain type de questions, suscitées ou inspirées par une approche pragmatique et opérationnelle des informations qu'il contient, visant à la prise de mesures préventives concrètes en matière de traumatisme. Il permet aussi de dresser une cartographie des grandes classes accidentologiques.

## 4. Les améliorations possibles

Certes des améliorations sont nécessaires et possibles dans le fonctionnement du système IDB. Nous proposons ici des améliorations ciblées suivant les 3 types d'approche :

### 4.1. Améliorer l'approche macro-accidentologique :

- Pour répondre à la question de la représentativité « générale », il est absolument nécessaire de compléter la méthodologie actuelle par une articulation du système IDB avec un système d'enquête en population : soit une enquête spécifique européenne IDB en population (les mêmes questions et les mêmes nomenclatures que dans le recueil permanent) ou encore en développant un « module IDB » dans le cadre des enquêtes EHIS d'Eurostat (European Health Interview Survey). Nous avons abordé cette question dans notre projet IPP 2002 « Enquête-type » (contrat n° SPC.2002340).

- Avec cette méthodologie complémentaire par enquête représentative, les types d'accidents relativement rares échapperont, mais nous aurons une connaissance plus exacte des taux d'incidence par grandes masses d'accidents. Plutôt que de vouloir augmenter sans fin le nombre des sites de recueil sans amélioration notable de la représentativité, il serait sans aucun doute préférable, à ressources égales, de ne pas augmenter leur nombre pour financer ce type d'enquête à renouveler périodiquement, par exemple, tous les 5 ans.

### 4.2 Améliorer l'approche méso-accidentologique :

- **Mise en place et harmonisation des procédures de contrôle sur site** : c'est une procédure appliquée dans le système français. Chaque année, chaque site est visité. Par tirage au sort de quelques journées (environ une journée par mois), on compare les documents du registre des urgences et les enregistrements présents dans IDB. On contrôle ainsi l'exhaustivité du recueil et de la qualité du codage.

- **Contrôle de vraisemblance** : aux contrôles de validité (mono variable : vérification de l'appartenance aux tables de code) et aux contrôles logiques (multi variables), nous proposons d'ajouter des contrôles de vraisemblance (concernant l'ensemble d'un fichier annuel) : comparaison des fréquences de distribution des modalités de chaque variable entre l'année N et l'année N-1. Ces contrôles permettent de déceler les changements importants et donc des incohérences possibles dans les données que les autres types de contrôle ne permettent pas d'exhiber.

- **Création d'une base d'excellence « IDB++ »** : nous proposons, pour les Etats membres dont les données répondraient à des critères précis de qualité (ex : contrôle d'exhaustivité sur site, etc.), de créer une base d'excellence extraite de la base IDB. Elle servirait pour les études où l'on a plus besoin de la qualité des données que de leur quantité. Le but serait aussi d'amener progressivement les données tous les Etats membres vers ce haut niveau de qualité.

### 4.3. Améliorer l'approche micro-accidentologique :

- Nous proposons la généralisation du système EASI (European Alert System on Injuries) : un site pour signaler les cas rares, nouveaux, remarquables ou en augmentation importante et voir si des cas semblables existent dans les autres Etats membres. Il est différent du système RAPEX : il n'est pas exclusivement centré sur les produits, mais aussi sur les activités et les comportements des consommateurs et il n'entraîne aucune implication administrative.

- Nous pourrions compléter ce signalement humain par un signalement automatisé : analyse des variations des fréquences de distribution des modalités de certaines variables entre deux périodes.

## 5. Conclusions

**C1.** La représentativité « générale » sera uniquement améliorée en articulant le système actuel de recueil dans les services hospitaliers avec une « enquête européenne IDB en population » ou un module d'une enquête de type EHLIS coordonnée par Eurostat. En l'absence de cette articulation méthodologique, une représentativité, même limitée, ne sera jamais atteinte via IDB. La représentativité n'est pas le concept central de ce système **qui est avant tout une banque européenne de cas.**

**C2.** Commençons d'abord par tirer du sommeil les millions de cas qui dorment dans la base IDB en utilisant fréquemment les informations qu'elle contient. Menons, à partir d'IDB, de grandes études européennes, plutôt que de nous lamenter continuellement sur ce qu'IDB aurait pu être ou devrait être ! Cette banque ne contient pas toutes les informations (de niveau micro ou macro, sur tous les types de traumatismes et tous les types de produits, etc.), mais, si nous savons exploiter intelligemment son contenu réel, nous verrons qu'elle contient un certain type d'information utile et qui n'existe pas ailleurs. **Essayons donc de comprendre la vraie richesse des données que nous collectons depuis des années !**

**C3.** Certes des améliorations sont nécessaires et possibles. Nous en proposons selon les 3 types d'approche :

→ concernant l'approche « macro » : comme nous l'avons vu, **articulation de IDB avec une enquête européenne IDB en population**, visant la représentativité « générale » ou dans le cadre des enquêtes EHIS coordonnées par Eurostat (European Health Interview Survey).

→ concernant l'approche « méso » : renforcement du **contrôle de qualité** (contrôles de qualité homogènes sur les sites de recueil et introduction des contrôles de vraisemblance sur les fichiers nationaux) + une **exploitation renforcée de IDB** (ex : études flash, grandes études européennes fondées sur IDB, etc.) + création d'une **base d'excellence IDB++**.

→ concernant l'approche « micro » : le **développement du système de signalement EASI**.

**C4.** Plus globalement encore, nous recommandons de changer notre point de vue sur IDB : nous tentons avec nos travaux de fonder **une sémantique spécifique IDB** définissant un corpus propre de concepts opérants (ex : le *choix raisonné* des sites de recueil, les *contrôles de vraisemblance* des fichiers annuels, l'*approche méso-accidentologique*, la *granularité efficace* des types d'accidents, la détermination des principaux *scénarios d'accidents*, des *trends traumatiques*, la *dangerosité endogène relative*, les *études flash*, etc.). Ce que nous proposons, c'est de parler « de l'intérieur d'IDB », à partir des compétences vérifiées de la base, en se fondant sur la connaissance de ses très rares pratiquants réels et assidus, et non de l'extérieur, avec une simple vision administrato-technocratique, faussement experte.

**C5.** L'exploitation de IDB demande une **approche raisonnée** utilisant les informations contextuelles dont les experts disposent, avant de fournir une approche chiffrée trifonctionnelle : en termes de fréquence, de gravité et de scénarios d'accidents. Ce n'est donc pas un système « presse bouton » qui fournirait automatiquement des résultats sans besoin de réflexion ni de mise en perspective.

- Pour conclure, cessons de croire que nous pourrions atteindre avec IDB à la « représentativité générale » ou même restreinte, en utilisant la seule méthodologie actuelle qui n'est clairement pas faite pour cela, et surtout, cessons de croire que rien n'est possible sans la sacro-sainte représentativité !

- Nous pouvons fort utilement, concernant les classes d'accidents « généralistes », avoir une bonne idée approchée de leur nombre, de leur gravité endogène relative et nous pouvons décrire les principaux scénarios d'accidents pour chacune de ces classes et ceci grâce à IDB. Ce n'est pas si mal ! Qu'attendons-nous pour développer et soutenir cette approche pragmatique et opérationnelle !