

20 idées et vérités sur IDB

(Injury Data Base)

marc nectoux - décembre 2006 - v4.1

Le contexte :

- Après les nombreuses évolutions du système IDB (Injury Data Base) qui alimentent une histoire longue et mouvementée depuis 1986 (système successivement nommé EHLASS, HLA, ISS, IDB puis IDB-AI pour All Injuries), nous voudrions aujourd'hui faire un point synthétique sur son fonctionnement, à un moment où certains acteurs s'interrogent sur son utilité.
- Par chance et par choix, nous avons été associés, en France comme au niveau européen, à l'histoire de ce système depuis sa naissance et, plus particulièrement, à la gestion de la composante française du système IDB, nommée maintenant EPAC. Nous en connaissons donc de l'intérieur les forces et les faiblesses et, par deux fois, la Commission nous a confié, comme « project leader », une étude se rapportant au système européen :
 - « Evaluation du fonctionnement du système européen pour la surveillance des accidents domestiques et de loisirs » (rapport août 1997 - contrat n°AO-2600/96/000262) ;
 - « Etablissement et développement d'outils de Data Mining et d'aide à la décision sur les données issues des accidents domestiques et de loisirs, dans le cadre du Programme prévention des blessures » (rapport octobre 2000 - contrat n°VS/1999/5238-99CVF3-301).
- C'est donc aux différents titres, d'observateur, d'utilisateur et d'acteur du système IDB que nous formulons aujourd'hui ces 20 idées et suggestions, ce que nous croyons être des « vérités ».

1. Les trois approches :

- Rappelons les trois différentes approches possibles pour un système d'information sur les traumatismes, approches que nous avons très fréquemment évoquées dans nos travaux précédents. Soit :
 - les buts visés 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 »* ;
 - 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 »* ;
 - le but visé est le repérage d'accidents très rares, de produits précis dangereux (d'un type donné, d'une marque donnée) : *c'est l'approche « micro-accidentologique »*.
- Les trois approches ont leurs qualités et leurs défauts propres, mais correspondent clairement à des objectifs différents, relativement peu compatibles. Mais surtout, elles impliquent l'utilisation de méthodologies différentes et d'outils d'analyse spécifiques.

2. Les méthodologies efficaces :

- A chacune de ces approches correspondent des méthodologies et des outils d'analyse différents d'où découlent des périmètres d'efficacité contrastés :

Méthodologie → Périmètre d'efficacité selon l'approche	Recueil par enquête représentative	Recueil dans les services d'urgence hospitalier	Système d'alerte
Macro-accidentologique	Elevé	Faible	Nulle
Méso-accidentologique	Faible	Elevé	Nulle
Micro-accidentologique	Très faible	Très faible	Elevé

- Ainsi, pour l'approche « macro », la méthodologie la plus appropriée sera le recueil de données par enquête : cette approche a pour objectif premier un recueil représentatif sur un nombre de traumatismes limité de fait. Le but visé est prioritairement le calcul de taux d'incidence et en second l'approche descriptive épidémiologique et produit. C'est la vision macro-accidentologique typique dans laquelle la qualité statistique de l'outil est primordiale. Le nombre d'accidents recueillis sera relativement faible et ne permettra pas un niveau fin d'analyse des différents types d'accidents.
- Pour l'approche « micro », on privilégiera les recherches d'informations directes sur des cas ponctuels signalés, comme dans les systèmes d'alerte européens de type RAPEX ou le nouveau système EASI (European Alert System on Injury) que nous mettons en place.
- Pour l'approche « méso », le recueil dans les services d'urgence hospitalier est tout à fait adapté puisqu'il 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, permettant d'avoir une approche descriptive d'un grand nombre de types d'accidents.

3. La représentativité pour quoi faire ? :

- Le critère de la représentativité doit être évalué en fonction de l'objectif du système d'information :
 - si l'objectif premier est de calculer des incidences, des statistiques globales de morbidité et de construire des indicateurs en santé publique absolument fiables, alors le critère de représentativité est majeur.
 - si l'objectif est de conduire des études épidémiologiques pragmatiques fondées sur un grand nombre de cas et conduisant à des mesures préventives concrètes en matière de traumatismes, alors le critère de représentativité est secondaire. C'est bien dans cette perspective que s'est situé le système IDB au cours de son existence.
- *Il ne faut donc pas que l'exigence de représentativité soit paralysante pour IDB.* Soyons clair : si la représentativité est donnée par une méthodologie dans certains Etats, nous nous en réjouissons, mais si elle ne l'est pas, ou pas complètement, ce n'est pas pour cela qu'il faut rejeter globalement le système et affirmer qu'il ne vaut rien !
- Pour le moment, des efforts sont faits pour introduire le calcul des taux d'incidence dans IDB, mais tant que nous ne pourrons pas obtenir des intervalles de confiance statistiquement fiables, la méthodologie sera contestable. Quand ce calcul est possible, comme en France par exemple, les intervalles obtenus sont très larges.
- Nous avons, partenaire dans une étude précédente, indiqué une autre voie, en proposant d'articuler le recueil hospitalier actuel avec la conduite "d'enquêtes représentatives IDB" permettant de "redresser" les résultats du recueil hospitalier (Projet IPP 2002 « Enquête-type » n°2002/IPP/203701).
- **En définitive, jusqu'à présent, tout s'est passé comme si l'on assignait un but au système IDB (le calcul des taux d'incidence nationaux - l'approche « macro ») pour lequel la méthodologie utilisée (le recueil dans les services d'urgence hospitalier) n'est pas faite. Parallèlement, on se refusait obstinément d'utiliser les données IDB déjà collectées dans l'optique pour laquelle la méthodologie est faite (l'analyse de grandes classes d'accidents - l'approche « méso »).**

4. L'extension du système IDB, une chance et un danger :

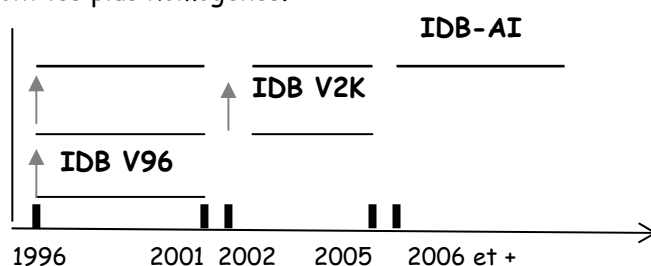
- Les acteurs du recueil IDB HLA (Home and Leisure Accidents) n'avaient pas fini de régler les problèmes que posait le système (coexistence de deux méthodologies de recueil, de deux systèmes de codage, données non uniformément contrôlées, base européenne inaccessible, etc.) que déjà la Commission incitait ces mêmes acteurs à étendre le champ de recueil du système. Le nouveau système devait prendre en compte tous les traumatismes, pas seulement les accidents de la vie courante, mais aussi les accidents de la circulation, les accidents du travail et les traumatismes intentionnels (suicides et tentatives, ainsi que les violences). C'est le système actuel IDB-AI (All Injuries).
- Cette extension est une chance car elle étend le champ de compétence du système en le rendant plus complet. Mais c'est aussi un risque car cette extension rend le recueil plus lourd pour les équipes hospitalières, plus coûteux et scientifiquement plus complexe, car il mêle le recueil de données sur les traumatismes non intentionnels et intentionnels (voir le point 17). Il importe de laisser les Etats membres (EM) libres de choisir l'amplitude du champ de leur recueil suivant le contexte et leurs propres possibilités.
- Par ailleurs, il faut être conscient que les différences entre les Etats sont et resteront fortes en termes d'importance attribuée aux questions de prévention dans les différents domaines, de méthodologie utilisée, comme d'approche culturelle et éthique.

5. Des positions différentes des Etats membres face à IDB :

- Il faut bien être conscient que les EM ont des intérêts et des positions très différentes face au système IDB. Pour certains EM, IDB n'est qu'un sous-produit d'un système national préexistant. De fait, pour ces Etats, IDB n'a pas un grand intérêt épidémiologique. Ils n'utilisent d'ailleurs quasiment jamais les données IDB et les connaissent mal. Pour d'autres Etats, IDB est le seul système de recueil systématique dans ce domaine et revêt donc une grande importance.
- Il serait légitime de privilégier l'avis des Etats pour lesquels IDB est le seul système réellement utilisé, sans pour autant négliger l'expérience profitable des Etats plus avancés dans le recueil d'information. Mais il ne faut pas compter sur ces derniers pour utiliser et promouvoir les données IDB, car ils préfèrent utiliser les données de leur propre système national, qu'ils jugent de meilleure qualité.

6. La nécessité d'une base IDB unique et contrôlée :

- Pour le moment, nous avons potentiellement 3 formats de bases de données IDB : la base IDB V96 (fichiers 1986-2001), la base IDB V2K (fichiers 2002-2005) et la future base IDB-AI (fichiers 2006 et +). Il est urgent et impératif de travailler à l'unification de ces bases pour offrir à l'utilisateur une base unique, propre et contrôlée.
- Nous y contribuons en ayant contrôlé et transcodé tous les fichiers IDB V96 de 1996 à 2001 vers le format IDB V2K et en ayant proposé des tables de transcodage du codage IDB V2K vers le codage IDB-AI. C'est une condition nécessaire, mais non suffisante, d'une utilisation rationnelle de la base.
- Il faut donc charger dans une base unique les fichiers nationaux contrôlés (contrôle de validité, mais aussi contrôle de cohérence et de vraisemblance - voir le point 7), en indiquant par une variable supplémentaire le codage d'origine (voir le point 8), tout en gardant à l'esprit que les données les plus récentes sont les plus homogènes.



7. Les différents types de contrôle à effectuer sur la base IDB :

- Les équipes nationales sont chargées d'effectuer sur leurs propres fichiers un minimum de *contrôle de validité*. Durant ces contrôles, on vérifie uniquement la présence des codes utilisés dans la liste des codes valides du système de codage. C'est un contrôle automatique mono variable. Mais il est aussi nécessaire d'effectuer des *contrôles de cohérence*, et surtout des *contrôles de vraisemblance*.
- Quelques contrôles de cohérence sont possibles avec les données IDB (ex : Si « Traitement » = Hospitalisation, alors la « Durée d'hospitalisation » > 0 jour). Ils sont par définition multi variables. Mais il faut surtout introduire des *contrôles de vraisemblance* : ainsi, si tous les codes de la variable « Activité » sont à « Sport » dans un fichier annuel, il y a manifestement une erreur, bien que les codes soient individuellement valides. Il s'agit de contrôles multi enregistrements fondés sur l'idée d'une vraisemblance des résultats au vu de l'expérience acquise. Ils pourraient se faire par comparaison avec les fichiers de données des années antérieures pour détecter les écarts anormalement importants dans les répartitions des modalités des variables.
- Nous pensons qu'il faut aussi effectuer ces contrôles au niveau de la base européenne avant le chargement des cas, en opérant des corrections automatiques sans destruction d'enregistrement.

8. Deux indicateurs de qualité pour chaque cas IDB :

- Il s'agit d'associer à chaque cas présent dans la base (un accident) deux indicateurs de qualité, l'un tenant compte de *la qualité de la réponse* du cas aux différents types de contrôle, l'autre de son système de codage d'origine (V86, V96, V2K, système national, etc.) et donc du nombre de transcodages subis par l'enregistrement.
- On peut ensuite choisir de travailler avec l'ensemble des données ou avec des données de qualité plus grande selon les besoins de l'étude.

9. Mettre l'accent sur l'exploitation de la base IDB telle qu'elle est :

- Beaucoup soulignent, avec une espèce de satisfaction, la mauvaise qualité de la base IDB, son manque de représentativité, évoquant ce qu'il aurait fallu faire, ce qu'il faudrait faire, mais personne ou presque ne s'occupe de mettre en valeur le contenu de la base IDB telle qu'elle est.
- Il est très étonnant et regrettable que parmi la multitude de projets financés par la Commission se rapportant au programme « Prévention des blessures », aucun n'ait porté principalement sur l'exploitation de la base IDB par des études épidémiologiques concrètes mettant en valeur certes les défauts, mais aussi les grandes qualités de la base.
- Depuis 20 ans, les institutions nationales et européennes ont consacré beaucoup d'énergie, d'argent, de temps et de talent à la collecte des données, à leur contrôle et à leur stockage dans des bases de données et très peu, trop peu, à l'exploitation des données de la base européenne. Pour nous, la base de données IDB est « normalement imparfaite » si l'on veut bien l'utiliser dans sa bonne approche. Mais bien entendu, il importe d'avoir, accompagnant les données, un descriptif court et précis des méthodes de recueil et des processus de validation utilisés dans chaque Etat, pour avoir une idée des différents biais, afin que ceux-ci ne faussent pas fortement les résultats.

10. L'outil Public Access actuel :

- L'outil Public Access est actuellement un outil techniquement bien conçu, facile d'emploi, malgré certains défauts techniques de jeunesse, mais bien trop limitatif pour être vraiment utile. On fait fausse route, en mettant l'accent sur le calcul des taux d'incidence plutôt que sur l'accessibilité aux cas anonymisés. On privilégie toujours le point de vue « macro », sans voir que la vraie efficacité de la base IDB réside dans l'approche « méso ». Une politique de sécurité trop sévère, ajoutée à l'erreur d'approche dans l'exploitation des données et à un certain manque de qualité intrinsèque des données de la base non suffisamment contrôlées, font que les données IDB Public Access risquent d'être assez peu

utilisées, nous semble-t-il, comme durant l'expérience malheureuse de la base HIEMS. C'est dommage, car la base IDB recèle de grandes qualités pour une exploitation épidémiologique efficace.

11. Le développement et l'utilisation d'outils spécifiques d'analyse :

- Dans des travaux précédents, nous avons développé et utilisé des outils d'analyse spécifiques à la base IDB, comme le SSRD (Synthetic Score of Relative Dangerousness), qui permet de hiérarchiser la dangerosité relative (au sens endogène IDB) des produits, ou encore la méthode des scénarios ou celle du Système d'Alerte Automatisée (SAA). Nous avons récemment étendu l'utilisation du SSRD pour permettre aussi de hiérarchiser la dangerosité relative des sports, des mécanismes, des activités, etc.
- L'équipe hollandaise du CSI (Consumer Safety Institute) a, de son côté, développé un score avec les mêmes buts, le Priority Score (PS), mais fondé sur une hiérarchie d'avis d'experts et non sur des caractéristiques de statistiques descriptives issus de l'ensemble des cas étudiés.
- C'est à notre avis une direction dans laquelle les autres équipes du réseau devraient nous accompagner. L'existence de 6 millions de données infertilisées mérite que l'on s'interroge sur les outils spécifiques permettant d'en extraire les informations de prévention les plus utiles (des outils de Data Mining).

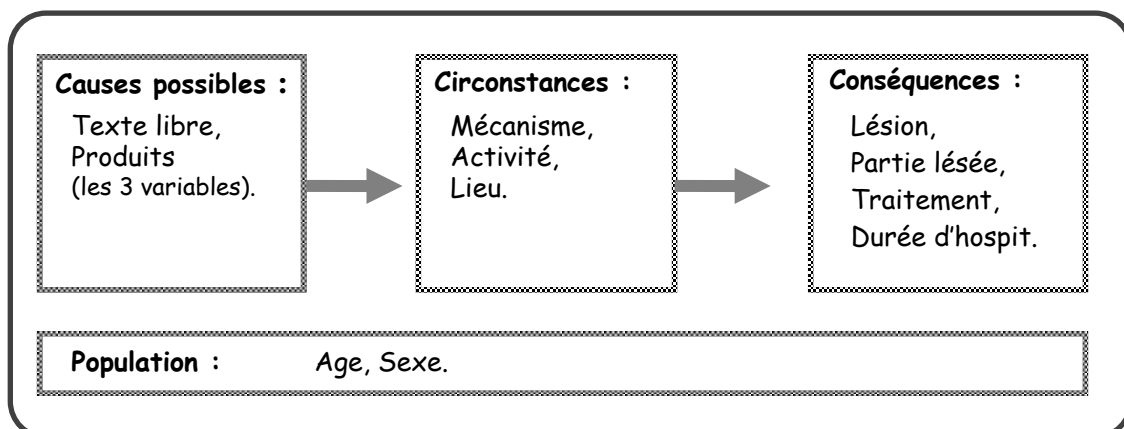
12. L'importance du texte libre :

- Pour nous, le texte libre est une variable importante pour au moins deux raisons. Il permet de :
 - sélectionner les cas quand, par exemple, il n'y a pas de code produit spécifique ou en complément de celui-ci. En France, plus de deux tiers des études sont conduites à partir de la sélection d'une chaîne de caractères dans le texte libre (ex : accidents avec des bouchons de champagne) ;
 - analyser finement les cas sélectionnés, dans le but d'avoir une meilleure connaissance des circonstances de l'accident et/ou des précisions sur le type de produit impliqué dans l'accident.
- Jusqu'à présent, les informations contenues dans le texte libre ont été très peu utilisées à l'échelle européenne. On pourrait envisager de développer un programme multilingue de sélection et de traduction des mots-clés du texte libre pour une exploitation automatisée.

13. L'établissement des scénarios d'accidents :

- Les principales variables du système IDB peuvent être réparties en fonction de leur rôle dans la logique et la chronologie du déroulement de l'accident :

Un scénario d'accident au sens IDB



- A partir de ce descriptif, il est relativement simple de repérer des scénarios d'accidents par croisement des trois variables Mécanisme X Activité X Lieu, en déterminant conjointement les populations, les implications médicales (comme indicateur de gravité) et les causes possibles (produits, comportements des consommateurs, etc. en utilisant aussi le texte libre). Nous avons déjà décrit cette méthodologie statistique simple, sans perte d'information, dans des documents précédents. Les descriptions de ces scénarios peuvent servir aussi bien en santé publique que pour la protection des consommateurs.

14. Santé publique et Protection des consommateurs :

- Il nous semble essentiel de maintenir les deux pôles d'utilisation de la base IDB : le pôle santé publique, puisque les données IDB permettent l'analyse épidémiologique des grandes catégories d'accidents, et le pôle protection des consommateurs, puisque la base IDB est l'unique base européenne contenant aussi des informations sur les produits possiblement impliqués dans des accidents de la vie courante.

- Il nous semble que les données IDB sont encore fortement sous utilisées dans cette approche « analyse de produits à risques ». Même si cette base ne peut pas être vue comme un système d'alerte permettant d'identifier de nouveaux produits dangereux, elle recèle des informations générales tout à fait pertinentes en termes de sécurité de classes de produits et de comportements des consommateurs.

- Nous avons proposé à la DG SANCO B3 (Sécurité des produits et des services) de mettre en place des « *Etudes flash IDB* » permettant une réponse rapide et simple à des questions que les services de la Commission se posent en termes de sécurité des produits ou de caractérisation des types d'accidents.

15. Une procédure de réponse rapide à des questions de la Commission :

- Les données IDB existent depuis 20 ans et depuis 20 ans elles ne servent pas au niveau européen. Il ne s'agit plus maintenant de proposer une énième étude mettant plusieurs mois à se faire et dont les résultats seraient rangés précieusement sur une étagère. *Il s'agit de mettre en place une procédure de réponse rapide*, utilisant les données IDB existantes, à des questions (saisines) à différentes entrées : les accidents d'équitation sont-ils graves ? (entrée par la gravité) ; quels sont les outils de bricolage les plus dangereux (entrée par la dangerosité des produits) ; il y a-t-il de nombreux enfants brûlés avec l'eau du bain ? (entrée par l'aspect quantitatif) ; quels sont les types de lésions les plus fréquentes au ski ? (entrée par l'aspect médical) ; quelle est la population victime des intoxications au CO ? (entrée par la population) ; comment se déroulent les accidents de barbecue ? (entrée par le scénario) ; etc.

- Il ne s'agit pas de mener de longues études épidémiologiques d'un haut niveau scientifique, il s'agit, pour un petit groupe d'experts compétents sur la base IDB, de donner rapidement (en moins de 48 heures) des réponses simples à des questions simples que toutes sortes d'acteurs de prévention se posent, notamment et en priorité à la Commission.

16. La confidentialité des données :

- En premier lieu, on peut se demander pourquoi s'interroger longuement sur la confidentialité de données IDB que personne n'utilise. Plus sérieusement, il nous semble essentiel de pouvoir accéder aux données de cas, ceux-ci étant bien entendu anonymisés.

- Des moyens simples et connus existent pour que la garantie de confidentialité puisse être facilement respectée (pas de code hôpital, pas de date de naissance mais un âge en classe, pas de jour ni d'heure de l'accident, etc.). Nous pourrions nous inspirer avec profit des règles appliquées par Eurostat pour l'accès aux données de mortalité.

- Il ne faut surtout pas que le problème de confidentialité soit un obstacle de plus à l'exploitation des données. Il nous semble relativement simple de respecter les critères de confidentialité tout en

permettant une exploitation pertinente de la base (chargement dans un tableur d'un nombre plafonné de cas sélectionnés - mais > 5 cas - contenant l'ensemble des variables).

- Pour l'accès public, des précautions d'utilisation des données et d'interprétation des résultats doivent être soulignées fortement pour un public non averti.

17. Une méthodologie différenciée pour le recueil des traumatismes intentionnels :

- Il est clair pour nous que l'extension du recueil aux traumatismes intentionnels, dont les violences de genre, introduit une rupture de nature dans le recueil IDB. L'enjeu n'est pas uniquement l'adoption de nouveaux éléments techniques (extension du système de codage et des nomenclatures), mais bien *la prise en compte de nouvelles problématiques, comme celle des violences de genre, dans une stratégie globale* par les hôpitaux qui participent au recueil IDB.

- L'extension du recueil hospitalier aux violences implique une redéfinition forte de l'accueil et du traitement des victimes (formation des équipes, protocole spécifique de recueil, existence d'une pièce isolée dans le service, fourniture d'une assistance et d'informations utiles à la victime, engagement éthique de l'équipe, etc.), faute de quoi la sous-estimation de la fréquence et de la gravité de ces types de traumatisme peut avoir un effet contre-productif, de même qu'un recueil mal adapté sur les violences peut mettre en danger les victimes tout autant que l'équipe de recueil. *Nous avons développé ces points de vue dans une étude du programme DAPHNE 2004 (DG JLS) « Etude de l'extension du recueil européen ISS sur les accidents aux violences envers les adolescents et les femmes ».*

18. Pour une nouvelle philosophie de l'approche de la base IDB :

Cette nouvelle philosophie doit s'articuler autour de trois points principaux et complémentaires :

- **Point 1** : *Reconnaître la « compétence » des données IDB actuelles.* Aucun système d'information n'atteindra jamais une rigueur scientifique absolue. Il y a toujours des approximations, des zones d'incertitude. Mais, ces manquements à l'orthodoxie statistique ne doivent pas nous empêcher, sous prétexte de « rigueur scientifique », de faire émerger des solutions pragmatiques, des points de vue « utiles ». **La base IDB actuelle est pour nous, comme l'avons déjà dit, « normalement imparfaite ».** Il faut la considérer comme un réservoir de données utiles et se poser la question « que pouvons-nous apprendre de ces données ? » et non pas toujours les questions, certes légitimes mais improductives sur le long terme : « qu'est-ce qu'on ne peut pas faire avec ces données ? », « comment devraient être les données ? », « comment améliorer la qualité des données dans le futur ? », etc. Les données IDB telles qu'elles existent recèlent un fort potentiel informatif que l'on peut dès maintenant exploiter.

- **Point 2** : *Utiliser les données IDB dans l'optique pour laquelle elles sont collectées.* Nous disposons de 6 millions de données issues des services d'urgence des hôpitaux qui attendent d'être utilisées à leur bon niveau « méso-accidentologique ». Menons enfin de telles études pragmatiques à partir des données IDB visant à mieux comprendre et prévenir la survenue à l'échelon européen, par exemple, des :

- Accidents d'équitation
- Accidents de Quad
- Accidents de bricolage
- Brûlures chez les enfants
- Accidents de football
- Accidents par incendie
- Accidents liés à l'alcool (état d'ébriété), etc.

Bien souvent, la base IDB sera la seule base européenne contenant des informations concernant les thèmes en question.

- **Point 3** : *Adopter une logique réactive de réussite.* N'ayons pas peur d'utiliser fréquemment nos données. Notre but premier n'est pas de publier dans des revues scientifiques un travail de recherche théorique approfondi, *notre but est de fournir, notamment à la Commission, de façon très réactive des informations pratiques suffisamment fiables et qui n'existent pas autre part.* Ceci qui n'empêche pas,

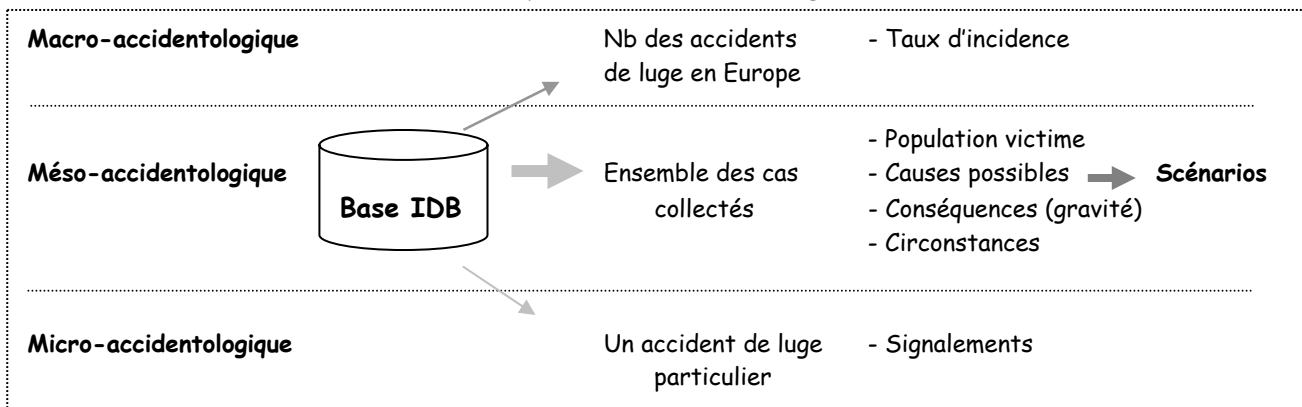
par ailleurs, de développer toute une stratégie d'amélioration de la qualité des données ou de publier des travaux à visée scientifique.

→ Il s'agit en somme de construire un nouvel horizon à la base IDB en développant des concepts opérants (ex : l'approche « méso ») et des outils adaptés (ex : la méthode des scénarios) au-delà d'une hégémonie statistique paralysante et paresseuse.

19. Prenons un exemple, les accidents de luge :

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

Exemple : les accidents de luge



20. De 10 actions simples à mener pour valoriser le système IDB :

Au terme de ces réflexions, nous voudrions énumérer 10 actions simples à mener pour valoriser le contenu de la base IDB dans les directions décrites précédemment et transformer définitivement ce quasi « cimetière de données » en base vivante :

1. Accélérer le transcodage de l'ensemble des fichiers IDB dans un format unique (IDB-AI) et charger la base avec des fichiers nationaux contrôlés : contrôle de validité, de cohérence mais aussi contrôle de vraisemblance ;
2. Rendre la base de cas anonymisés facilement accessible pour pouvoir conduire de nombreuses études épidémiologiques sur les données ;
3. Développer des outils spécifiques et simples d'analyse valorisant le contenu épidémiologique de la base (ex : le Score Synthétique de Dangereusité Relative, le Priority Score, la méthode des scénarios, etc. - des outils de Data Mining) ;
4. Développer et utiliser un programme multilingue de sélection et de traduction des mots-clés du texte libre pour une exploitation automatisée ;
5. Soutenir des projets dans le cadre du PHP utilisant centralement les données IDB avec des outils adaptés ;
6. Mieux utiliser les données IDB pour la protection des consommateurs (ex : les Etudes flash IDB) ;
7. Mettre en place une procédure de réponse rapide, notamment pour la Commission, avec la base IDB ;
8. Prendre en compte le fait que le recueil sur les traumatismes non intentionnels, dont les violences de genre, est d'une autre nature et implique donc une méthodologie différenciée ;
9. Etudier la possibilité d'articuler le recueil hospitalier IDB avec des enquêtes IDB représentatives, pour contribuer à résoudre la question de la représentativité ;
10. Enfin, privilégier les avis des acteurs qui connaissent et utilisent réellement la base IDB et veulent la faire progresser.