

Distr.
GÉNÉRALE

CES/AC.36/1998/6
EUR/ICP/INFO 02603/6
29 juillet 1998

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL POUR L'EUROPE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Réunion commune CEE/OMS sur les
statistiques de la santé
(Rome, Italie, 14-16 octobre 1998)

SESSION I : Problèmes liés au manque de coordination des statistiques
nationales et internationales relatives à la santé

INDICATEURS DE LA "SANTÉ POUR TOUS" À L'USAGE DE LA RÉGION EUROPE
DE L'OMS ET DE LA BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA SANTÉ POUR TOUS

Document d'appui présenté par l'Unité d'épidémiologie, de statistiques
et d'information sur la santé du Bureau régional
de l'OMS pour l'Europe

Introduction

1. L'objet du présent document est de décrire le rôle, le concept et l'utilisation des indicateurs de la SPT de la région Europe et de son système connexe de présentation de la base de données. C'est l'expérience acquise qui a déterminé la stratégie de l'OMS visant à renforcer les systèmes nationaux d'information sur la santé, l'accent étant mis sur une plus grande utilisation des données existantes et non pas plus de données, *per se*. Cette expérience est aussi à l'origine du concept des bases de données nationales intégrées relatives aux statistiques de la santé (voir Document 2).

2. Il est à noter que nombre de pays ont utilisé des concepts et des bases de données similaires pour étudier comparativement, par zone géographique et service sanitaire, les informations sur la santé et sur des secteurs connexes aux fins d'analyser l'efficacité et l'efficacité de leurs structures et de leur action. Ces comparaisons, qui ont pris de plus en plus d'importance au cours des dernières années, sont complétées en faisant appel à des bases de données internationales pour repérer les domaines où le partage de données d'expérience et de bonnes pratiques d'autres pays peut s'avérer bénéfique.

GE.98-31756 (F)

3. Comme l'OMS, l'OCDE a constitué et tenu à jour une base de données depuis le milieu des années 80. D'autres institutions internationales s'occupant de questions de santé, dont l'UNICEF et la Banque mondiale, ont commencé à faire de même dans leurs domaines techniques et géographiques particuliers. De plus, la Communauté européenne, qui a entrepris la mise en oeuvre du Programme de surveillance de la santé, va elle aussi constituer et tenir à jour une base de données sur la santé.

Politique et cibles de la SPT de la région Europe

4. La Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT 2000) a été lancée après l'adoption de sa résolution historique par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1977. En 1980, pour soutenir la Stratégie mondiale, les États membres européens ont approuvé une stratégie de la santé pour tous spécifiquement européenne, expression collective de leurs aspirations dans le domaine de la santé. Cette stratégie nécessitait une réforme fondamentale des politiques sanitaires en Europe et une action concertée pour dynamiser la promotion de la santé et la prévention des maladies et accorder une plus grande importance au rôle que les individus, les familles et les communautés peuvent jouer dans la promotion de la santé.

5. En s'engageant, pour la première fois dans l'histoire, à suivre une politique sanitaire régionale commune, les États membres ont aussi reconnu que des mesures plus concrètes s'imposaient pour obtenir des résultats tangibles. Ils ont donc convenu de déterminer des cibles spécifiques pour soutenir l'exécution de la stratégie. En 1984, à la trente-quatrième session du Comité régional pour l'Europe, à l'issue de travaux d'analyse et de débats prolongés, les États membres ont adopté 38 cibles spécifiques et ambitieuses, mais non irréalistes, pour la stratégie de la santé pour tous au niveau régional. Décrites comme un "merveilleux mélange des réalités d'aujourd'hui et des rêves de demain", l'enjeu des cibles de la SPT est d'atteindre certains objectifs d'amélioration de l'état de santé des populations européennes et aussi de facteurs déterminants, dont le style de vie, l'environnement et les services de santé. Les États membres ont aussi convenu de réactualiser la politique de la santé pour tous et ses objectifs tous les sept ans. La dernière mise à jour de la politique et des objectifs européens a été réalisée en 1991 et celle pour le XXI^e siècle (SPT 21), qui propose 21 cibles, sera fixée en 1998. Les États membres se sont ainsi moralement engagés à oeuvrer ensemble sans relâche, au-delà des frontières politiques ou nationales, pour améliorer la situation sanitaire en Europe.

Les indicateurs statistiques de la SPT

6. En même temps que les 38 cibles de la SPT régionale, les États membres ont adopté une série d'indicateurs statistiques devant servir à l'évaluation régulière de la progression, ou de l'insuffisance de progression, sur la voie de la réalisation des objectifs de la SPT. Ces indicateurs sont utilisés d'une manière plus formelle lors de l'exercice de surveillance et d'évaluation de la SPT effectué tous les trois ans. Les résultats de la dernière évaluation effectuée en 1997 sont présentés dans le rapport Santé en Europe - 1997, qui a fait l'objet d'une large diffusion. Des exemplaires seront mis à la disposition des participants à la sixième Réunion commune CEE/OMS sur

les statistiques de la santé. Avant chaque exercice triennal de surveillance et d'évaluation, la liste des indicateurs de la SPT est réexaminée dans le cadre de consultations avec des experts nationaux et internationaux pour tenir compte des besoins nouveaux et de la disponibilité des données. La liste des indicateurs est aussi réexaminée à l'occasion de chaque mise à jour de la politique de la SPT. La liste des indicateurs de la SPT n'a nécessité aucune modification importante à l'occasion de la mise à jour de 1991, le nombre et la nature des cibles de la SPT étant pratiquement les mêmes. Les données disponibles sur les indicateurs de la SPT ont été rassemblées sans interruption depuis 1984 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et ont été largement diffusées via un système de présentation informatique connu sous le nom de base de données de la SPT.

7. La mise à jour de 1998 de la Stratégie européenne de la santé pour tous, avec ses 21 cibles, est plus étendue que celle de 1991 et reflète les besoins du XXI^e siècle, aussi a-t-on entrepris un remaniement majeur des indicateurs de la SPT actuellement utilisés. À savoir i) réaffectation de ces indicateurs aux cibles nouvellement formulées et ii) la définition de nouveaux indicateurs, en tant que de besoin. On en a aussi profité pour normaliser le système d'indicateurs existant sur la base de l'expérience acquise au cours des 15 dernières années, aux fins d'assurer un mécanisme de suivi et d'évaluation plus efficace, conformément aux vœux des États membres. Nonobstant, on s'est attaché à maintenir la continuité des indicateurs de la SPT en tant que cadre international de surveillance de la situation sanitaire. Les cibles et les indicateurs qui leur sont associés, qui ont été présentés à la quarante-huitième session du Comité régional, en septembre 1998, seront mis à la disposition des participants à la sixième Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques de la santé, en tant que document de séance.

Couverture des indicateurs de la SPT

8. Depuis 1984, les indicateurs de la SPT sont de plus en plus largement utilisés en tant que cadre commun de collecte de données internationales, d'harmonisation, de diffusion et d'utilisation de statistiques de base sur la santé dans la région. Ce cadre est le lien essentiel, en matière d'indicateurs de la SPT, de diverses séries de données jusqu'alors compartimentées en différentes unités ou programmes, tout au moins dans le contexte du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

9. Eu égard aux cibles de la stratégie de la SPT, les indicateurs SPT couvrent, "par définition", non seulement l'ensemble du secteur de la santé, mais aussi les composantes santé d'autres secteurs et sont, évidemment, plus détaillés en ce qui concerne le statut sanitaire et les services de santé. Les indicateurs de la SPT et certaines statistiques sources, telles qu'elles sont utilisées dans la base de données de la SPT, peuvent être groupés sous les rubriques ci-après :

10. Indicateurs démographiques et socioéconomiques de base.
11. Indicateurs de la situation sanitaire.
12. Indicateurs fondés sur les statistiques de mortalité.

13. Indicateurs de morbidité.
14. Invalidité et autres mesures de la situation sanitaire.
15. Indicateurs des services de santé.
16. Indicateurs des éléments de production liés aux ressources et aux coûts.
17. Indicateurs de fonctionnement.
18. Indicateurs relatifs à la qualité et aux résultats des services de santé.
19. Indicateurs relatifs aux niveaux de vie.
20. Indicateurs relatifs à l'environnement.
21. Sources et qualité des données et fréquence de communication.
22. La disponibilité et la qualité des données varient d'un indicateur à l'autre. Les données sont relativement bonnes pour les indicateurs fondés sur des statistiques régulièrement établies et disponibles dans les pays. Toutefois, même en ce qui concerne les statistiques de la santé le plus communément utilisées, elles ne sont pas toujours pleinement comparables d'un pays à l'autre du fait des divergences entre les définitions nationales et les pratiques d'enregistrement. Il existe moins de données disponibles pour les indicateurs qui sont mesurés sur la base d'enquêtes ou de recensements démographiques ou qui ne font pas partie des données statistiques régulièrement établies et communiquées dans les pays européens. Nonobstant, ces indicateurs ont été retenus au nombre des indicateurs de la SPT parce qu'il a été considéré que ce "mélange des réalités d'aujourd'hui et des rêves de demain" devrait contribuer à motiver et à stimuler les pays et les amener, à l'avenir, à étendre leurs systèmes ordinaires pour couvrir ces indicateurs.
23. Tous les indicateurs ne sont pas directement recueillis auprès des pays. Les données déjà communiquées à l'OMS ou à d'autres institutions internationales par les pays membres sont celles utilisées en premier et seules les données manquantes sont demandées aux États. Le souci de ne pas alourdir la tâche de communication des États membres et aussi la prise en compte du fait qu'une source commune (dans la mesure du possible) favorise la comparabilité, expliquent cette démarche. Par exemple, la plupart des indicateurs basés sur les statistiques de mortalité sont calculés par l'OMS à partir de données détaillées sur la mortalité qui lui ont été régulièrement communiquées depuis des années. En général, les sources de données se répartissent en trois groupes : i) les données communiquées aux services spécialisés de l'OMS (mortalité, maladies infectieuses, vaccination); ii) les données recueillies auprès d'autres institutions internationales spécialisées/sources secondaires (dépenses de santé, OCDE, consommation de denrées alimentaires, FAO, etc.); iii) homologues nationaux, pour les statistiques de la santé.

24. Pour des raisons pratiques, la collecte de données de la SPT auprès des pays se fait en deux temps : i) collecte annuelle de statistiques sur la santé, qui font partie, pour la plupart des pays, des données statistiques nationales régulièrement communiquées; ii) demandes spéciales adressées tous les trois ou six ans aux pays (dans le cadre du suivi et de l'évaluation régulière de la SPT dans la région de l'Europe), pour les données qui ne sont pas couvertes par les communications annuelles indiquées ci-dessus. Il s'agit en général de données dérivées de recensements et d'enquêtes sanitaires par entrevues lesquelles, même au niveau des pays, ne sont généralement mises à jour que tous les cinq ou dix ans.

25. Des demandes de données, accompagnées de directives et de définitions détaillées, sont adressées à l'homologue national des statistiques de la santé qui a été, pour la plupart des pays, officiellement désigné par le Ministère de la santé. Des définitions de travail, recommandées pour les indicateurs collectés chaque année pour la SPT, sont incluses dans les directives aux fins d'améliorer la comparabilité internationale des données. On compte sur les pays pour qu'ils s'efforcent de regrouper leurs données brutes conformément aux définitions recommandées. Lorsque cela n'est pas possible, ou pas acceptable, il est demandé aux pays de les fournir telles quelles, accompagnées de leurs définitions nationales ou de l'indication de leurs disparités par rapport aux définitions communes recommandées.

26. La plupart des pays européens communiquent leurs données sous forme informatisée lisible et certains ont automatisé la récupération des données destinées au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à partir de leurs banques de données nationales relatives à la santé. La préparation de séries de données types avec mises à jour des indicateurs de la SPT est ainsi devenue pour ainsi dire un exercice de "pousse-bouton". Depuis quelques années, on observe que les pays d'Europe centrale et orientale fournissent en général des données plus complètes et dans de meilleurs temps que la plupart des pays d'Europe occidentale. Toutefois, l'explication des définitions nationales reste un problème pour presque tous les pays, une explication pouvant être que les définitions nationales et les méthodes d'enregistrement de la plupart des indicateurs statistiques ne sont pas pleinement documentées parce que connues, *per se*, à l'échelon des pays. Il est généralement présumé que les indicateurs nationaux correspondent aux définitions internationales communes, mais les pratiques d'enregistrement spécifiques aux pays entraînent des distorsions dont seuls un petit nombre d'experts nationaux ont connaissance.

27. Le calendrier de collecte et de communication des données est le suivant :

Janvier-avril

28. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collecte les données disponibles pour certains indicateurs auprès de sources secondaires (par exemple d'autres institutions internationales) et les charge dans la base de données de la SPT.

Mai-juin

29. Le Bureau régional adresse une demande, accompagnée de directives, aux homologues nationaux dans le domaine des statistiques de la santé. La base de données de la SPT et les tableaux de données préstockés sont aussi inclus aux données déjà disponibles par pays, qui ont été soit communiquées à l'OMS au cours des années précédentes soit obtenues de sources secondaires. Cela permet aux pays de savoir quelles sont les données déjà communiquées à l'OMS et de ne lui fournir que des données nouvelles, manquantes ou corrigées.

Août-septembre

30. Il est demandé aux pays de récupérer les données appropriées dans leurs bases de données nationales relatives à la santé et de les communiquer au Bureau régional sous forme informatisée lisible, conformément aux spécifications recommandées dans les directives.

Octobre-novembre

31. Le Bureau régional traite les données communiquées et les charge dans le système de présentation de la base de données de la SPT.

Décembre

32. Toutes les données accumulées, sous la forme du système convivial de présentation de la base de données de la SPT, sont transmises aux pays et rendues disponibles pour une utilisation au niveau international.

33. Les pays sont encouragés à établir, dans la mesure du possible, des procédures de récupération automatique des données appropriées dans leurs bases de données nationales relatives à la santé, sous forme de fichiers types, en vue de leur transmission au Bureau régional. Passée la phase initiale, leurs efforts seront récompensés du fait que la fourniture périodique de données deviendra une tâche relativement mineure.

Système de présentation de la base de données de la SPT

34. La base de données de la SPT, établie à l'origine comme moyen de suivre l'avancement de la réalisation des objectifs de la SPT en Europe, est devenue pour les pays européens une source de plus en plus appréciée de données cruciales sur la santé, facilement accessible à chacun à travers l'Europe. La base de données de la SPT est désormais consultée par un grand nombre d'utilisateurs, dont des administrations nationales de la santé pour l'évaluation et la comparaison de la situation dans leurs pays respectifs par rapport à d'autres pays européens, des écoles de la santé publique à des fins didactiques, des chercheurs qui écrivent des communications sur la santé au niveau international, des compagnies de matériels pharmaceutiques et médicaux pour la prospection des marchés, des étudiants pour leurs thèses, et bien d'autres encore. L'une des raisons de cette réussite est que les données de la SPT sont diffusées accompagnées d'un logiciel de présentation convivial. Il permet un accès facile et rapide aux données et à ses présentations graphiques, même aux utilisateurs dont les connaissances

informatiques sont encore élémentaires. Cet atout élargit beaucoup les rangs des utilisateurs potentiels de la base de données de la SPT.

35. La première version de la base de données de la SPT a été produite en 1987. À l'origine, les mises à jour n'intervenaient qu'au titre de l'exercice triennal de surveillance et d'évaluations de la SPT. Depuis 1992, des mises à jour plus régulières ont été introduites. Déjà en avril 1992, la base de données de la SPT était la première et la seule source facilement disponible de données détaillées (surtout sur la mortalité) dans les États nouvellement indépendants. Depuis 1993, une version Windows et une version DOS de la base de données de la SPT existent et depuis, le logiciel et les possibilités de présentation ont été périodiquement améliorés pour tenir compte des observations et des demandes des utilisateurs. Nombre de ministères de la santé ont rendu la base de données de la SPT accessible sur leurs réseaux locaux. En 1995, le Bureau européen de l'OMS l'a rendue disponible sur son site Web afin qu'il puisse être téléchargé via Internet. Cette initiative a coïncidé avec l'introduction de mises à jour annuelles; en 1996, une version Internet en mode interactif a été mise au point.

36. Désormais, comme on l'a indiqué ci-dessus, la base de données de la SPT est mise à jour et rendue disponible deux fois par an : en juin-juillet (après l'inclusion des données émanant de sources secondaires) et en décembre-janvier (après l'inclusion des données communiquées par les pays). Elle est placée sur le site Web OMS/EURO (www.who.dk, Country Information page) et le serveur FTP ([ftp.who.dk\HFA](ftp://ftp.who.dk/HFA)), d'où elle peut être téléchargée à tout moment. Les données du message sont indiquées sur le menu d'accueil de la base de données de la SPT. Une version "Internet on-line", contenant moins d'options, est aussi disponible sur le site Web précité. Le prochain aménagement de la base de données de la SPT se fera dans le cadre du Réseau européen d'informations sur la santé publique pour l'Europe orientale (EUPHIN-EAST).

Faits nouveaux au niveau national

37. L'autorité d'informations comparatives et leur utilité pour les décideurs, dont le système de présentation de la base de données de la SPT est un exemple, ont été reconnus par des pays européens depuis le début des années 80. Beaucoup ont mis en place de tels systèmes, dont certains seront présentés à la Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques de la santé, à Rome. Au nombre des systèmes connus de l'OMS figurent le système d'indicateurs des services de santé du Royaume-Uni, le système d'indicateurs danois pour les praticiens des collectivités, la base de données finlandaise SOTKA, le "Wheel" norvégien, le système d'indicateurs lituanien pour les districts sanitaires, le système suédois pour ses "Kommunes", l'"Observatoire de la santé" français et le système des services sanitaires et de la santé sur Internet de l'Allemagne.

38. Beaucoup de ces systèmes se sont inspirés du système de base de données de la SPT de l'OMS, ou l'ont pris comme référence. Le Centre de collaboration de l'OMS à Vilnius, Lituanie, a joué un rôle clé à cet égard. Dans certains cas, les systèmes ont été mis au point avec l'OMS. Pour les 11 pays de l'Europe centrale et orientale et les 12 nouveaux États indépendants, l'aide initiale est venue du Royaume-Uni (1992-1994) et continue au titre des projets

conjointes UE/OMS, COPERNICUS CARESUPPORT (1995-1996) et EUPHIN-EAST (1997-1998). Une sélection appropriée des indicateurs et la formation à leur utilisation à des fins de politique et de gestion ont été des éléments vitaux de cette évolution.

39. Dans le cadre des projets mentionnés ci-dessus, l'OMS a conçu une "version à l'intention des développeurs" du système de base de données de la SPT, qui peut être facilement et rentablement adaptée (y compris la traduction dans leurs langues respectives) par les pays pour leurs districts sanitaires et leurs responsables. Les pays européens qui n'avaient pas encore de tels systèmes (dont la Suisse, l'Irlande, l'Espagne, le Portugal, l'Italie, certains Länder allemands, l'Autriche) ont utilisé, ou utilisent, cette version du système de la SPT pour construire un système de présentation de base de données pour eux-mêmes.

40. Des marques d'intérêt se sont aussi manifestées hors de l'Europe, et des demandes pour la mise en place de tels systèmes ont été reçues de lieux aussi lointains que Hong Kong, le Bhoutan, l'Inde, le Pakistan, certaines provinces du Canada, l'Australie et les USA.

Conclusions

41. La politique et les cibles de la SPT fixent les buts à atteindre dans le domaine de la santé. La série d'indicateurs internationalement approuvés de la SPT fournit un cadre et un système de suivi et d'évaluation de la réalisation de ces objectifs. Le système de présentation de la base de données de la SPT permet aux pays d'utiliser les indicateurs de la SPT pour comparer leurs situations respectives et rechercher des réponses aux disparités constatées. Des systèmes qui permettent des comparaisons rapides sont d'une aide inestimable, aussi nombre de pays européens se dotent, ou se sont dotés, de tels systèmes. Quelques pays ont utilisé ou utilisent la "version à l'intention des développeurs" du logiciel du système de présentation de la base de données de la SPT de l'OMS pour créer, dans des conditions avantageuses et rentables, leurs versions nationales.
