



Conseil économique et social

Distr. générale
20 décembre 2002
Français
Original: anglais

Commission de statistique

Trente-quatrième session

4-7 mars 2003

Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire*

Statistiques démographiques et sociales : statistiques de la santé

Rapport de l'Office statistique des Communautés européennes

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à la Commission de statistique le rapport de l'Office statistique des Communautés européennes (EUROSTAT) sur les statistiques de la santé. Les points devant être examinés par la Commission sont énumérés aux paragraphes 11 à 69.

* E/CN.3/2003/1.



Rapport de l'Office statistique des Communautés européennes sur les statistiques de la santé

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-11	3
II. Stratégies et besoins d'information de l'Union européenne	12-20	4
III. Un système de statistiques de la santé pour l'Union européenne.....	21-26	6
IV. État actuel des statistiques de la santé dans l'Union européenne.....	27-41	7
V. Coopération internationale	42-49	10
VI. Dispositions pratiques existant avec les organisations internationales	50-57	11
VII. Autres réflexions sur l'amélioration de la collaboration internationale	58-69	12

I. Introduction

1. Les statistiques de la santé ne sont établies dans l'Union européenne que depuis quelques dizaines d'années. Ces statistiques n'étaient pas encore regroupées et se rangeaient soit dans la rubrique démographique, (comme pour les statistiques sur les causes de décès par région), soit dans d'autres domaines des statistiques sociales, (comme pour les statistiques sur la santé et la sécurité au travail).

2. En 1993, le Traité de Maastricht (en particulier l'article 129) a offert pour la première fois à la Communauté le cadre juridique nécessaire pour intervenir dans le domaine de la santé publique. Il fallait au préalable définir les problèmes existants et en connaître la nature et l'ampleur; aussi le Traité de Maastricht a-t-il servi de base à la révision et à l'élargissement d'un ensemble de statistiques sociales au sein de l'Union européenne en général et de l'Office statistique des communautés européennes (EUROSTAT) en particulier. Les statistiques de la santé sont apparues pour la première fois en tant que secteur distinct dans le programme statistique communautaire 1993-1997.

3. Divers programmes communautaires ont été lancés dans le domaine de la santé publique, dont le Programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé (1997-2001), et dans d'autres domaines sociaux; tous ont fait ressortir la nécessité de recueillir des informations et des données sur la situation sanitaire et ses déterminants, la participation de la société et l'égalité des chances.

4. Avec ces nouvelles initiatives, il est devenu impératif d'avoir des données statistiques en plus grande quantité et de meilleure qualité sur la situation sanitaire et ses déterminants et sur l'utilisation des services sociaux et sanitaires et les ressources allouées à ces services.

5. Le cadre d'action communautaire en matière de santé publique a été récemment modifié et la nouvelle stratégie qui en est résultée a été entérinée par le Parlement européen et le Conseil dans leur décision, en date du 23 septembre 2002, concernant un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

6. Depuis 1994, les États membres et EUROSTAT ont petit à petit constitué, dans le cadre du Système statistique européen, des réseaux de partenaires qui, joignant leurs compétences et leurs efforts, s'emploient à produire de façon coordonnée des statistiques de la santé tant au niveau de l'Union européenne qu'à celui des États membres. Les 10 pays candidats qui seront membres de l'Union en 2004 ont déjà commencé à se joindre à ces réseaux.

7. Les compétences techniques et l'expérience des organismes internationaux tels que la Division de statistique de l'ONU, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), qui bénéficient de la collaboration de nombreux spécialistes des États membres de l'Union européenne, ont également été mises à profit.

8. Au fil des ans, EUROSTAT a pris, avec les organisations internationales compétentes dans le domaine de l'information sanitaire telles que l'OMS et l'OCDE, des dispositions concrètes pour la collecte de données et les méthodes statistiques, telles que la classification.

9. Vu l'état d'avancement actuel et l'importance croissante attachée à la santé publique, force est de faire de plus en plus appel à des statisticiens qualifiés et expérimentés dans certains domaines des statistiques de la santé, d'où la nécessité absolue d'une meilleure collaboration entre les organismes statistiques internationaux et supranationaux.

10. Le besoin de collaboration est apparu par exemple lorsque l'OMS a décidé d'effectuer une grande enquête sur la santé dans le monde, sur laquelle l'attention de la Commission de statistique a été appelée à sa trente-troisième session en mars 2002 à New York. Au cours de cette réunion, les responsables des services statistiques des États membres de l'Union européenne et le Directeur général d'EUROSTAT, M. Y. Franchet, ont expressément demandé à l'OMS de veiller à ce que ses activités soient bien coordonnées avec les travaux en cours et en prévision des États membres de l'Union européenne avant d'effectuer une nouvelle enquête sur la santé dans le monde et, dans tous les cas, avant de s'assurer par des arrangements concrets la participation des États membres à l'enquête.

11. Nous avons appris que l'enquête avait débuté dans le courant des derniers mois de 2002 et au début de 2003. Selon l'information diffusée par le Système statistique européen, les services compétents des bureaux nationaux de statistique n'ont pas été associés aux préparatifs ni consultés. L'OMS s'est mise en rapport avec les ministères de la santé des pays sans s'assurer de la participation de tous les services compétents des bureaux nationaux de statistique dans la région de la Commission économique pour l'Europe, comme l'avaient demandé la Commission de statistique, les participants à la réunion plénière de la Conférence des statisticiens européens et le bureau de la Conférence. Il est par conséquent nécessaire d'attirer de nouveau l'attention de la Commission de statistique sur la question de la coopération internationale en matière de statistiques de la santé.

II. Stratégies et besoins d'information de l'Union européenne

12. Au niveau national, les changements politiques et sociaux que connaissent les États membres de l'Union européenne font peser de lourdes contraintes sur les services sanitaires et sociaux et drainent les ressources qui leur sont allouées. La structure des services nationaux de santé se transforme dans tous les États membres. Outre l'évolution générale des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires, les États membres dotés d'un système national d'assurance maladie classique s'orientent vers le recours croissant aux soins privés et la limitation des remboursements.

13. L'application de valeurs sociales essentielles, comme l'égalité des chances et la facilité d'accès aux services sociaux et sanitaires, nécessite des mesures et des services bien précis. L'effet néfaste bien connu de certains modes de vie, comme la consommation de tabac ou les mauvaises habitudes alimentaires, est fort préoccupant et de nombreuses campagnes de promotion sanitaire ont été lancées.

14. En raison du vieillissement de la population, la demande de soins augmente dans le troisième âge et d'autres types de traitement et de soins sont nécessaires. Cela implique des traitements non seulement plus complexes et plus onéreux mais aussi novateurs. Le nombre total de personnes âgées n'augmente pas autant que leurs besoins de soins. Les ressources nécessaires, aussi bien financières que humaines, ne croissent pas en proportion. Dans certains États membres même, le

manque criant de personnel qualifié entraîne la suppression de certains services hospitaliers.

15. Les changements que connaissent les États membres se reflètent dans les différents programmes de l'Union, où sont dégagées les préoccupations communes et les initiatives. On y trouve également la description exacte du rôle des États membres et de la Commission européenne et, selon le cas, du rôle des organismes nationaux et internationaux et des chercheurs. Les paragraphes portant sur les statistiques ou sur l'information décrivent le rôle dévolu aux services nationaux de statistique et d'EUROSTAT.

16. Comme il est mentionné plus haut, entre 1996/97 et 2002, huit programmes d'action communautaires en matière de santé publique ont été exécutés, couvrant des domaines bien précis tels que les maladies rares, les maladies transmissibles, le cancer et la toxicomanie mais aussi la promotion de la santé et la surveillance de la santé. Le 23 septembre 2002, le Parlement européen et le Conseil ont adopté un nouveau programme de santé publique. Portant sur la période 2003-2008, ce programme d'action communautaire unique rassemble les grandes orientations et les mesures convenues par les membres de l'Union en matière de santé publique.

17. Ce programme vise trois grands objectifs :

- a) Améliorer l'information et les connaissances en vue de promouvoir la santé publique;
- b) Renforcer la capacité de réaction rapide et coordonnée aux menaces pour la santé;
- c) Promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant sur les déterminants de la santé dans toutes les politiques et initiatives.

18. Pour atteindre le premier et le dernier objectif, on doit disposer de statistiques sur la santé. Aussi, le volet statistique est-il décrit dans le programme comme étant à développer, avec la collaboration des États membres, et en recourant le cas échéant au programme communautaire de statistique pour susciter une synergie et éviter les doubles emplois; ceci est prévu dans le Programme statistique communautaire 2003-2007.

19. Les arrangements nécessaires seront donc conclus entre les groupes de travail qui doivent être créés dans le cadre du nouveau programme de santé publique et les structures prévues dans le programme statistique communautaire.

20. Pour appuyer la politique de santé publique, il faut, entre autres, établir des indicateurs de santé. On peut soit utiliser des indicateurs statistiques, soit en dégager d'autres des systèmes administratifs et des résultats des recherches. Le programme est réalisé grâce à des programmes annuels de financement des réseaux d'instituts. Il existe plusieurs projets, qui doivent permettre de produire de meilleures statistiques ou de combler les lacunes du système statistique.

III. Un système de statistiques de la santé pour l'Union européenne

21. Depuis 1994, EUROSTAT a érigé, avec l'aide de spécialistes des États membres, un système de statistiques de la santé complet et solide. À sa première réunion tenue au début de 1996, le Groupe de travail sur les statistiques de santé publique d'EUROSTAT a recommandé de consacrer de nouveaux travaux : aux statistiques sur les causes de décès, aux données d'enquête relatives à la santé et aux domaines connexes et aux statistiques relatives aux soins de santé.

22. En 1997, des statisticiens de quatre États membres ont pris l'initiative de créer un partenariat avec EUROSTAT afin de faire en sorte que les nouveaux travaux cadrent avec les modalités fixées par le Groupe de travail sur les statistiques de santé publique. Cette première expérience de travail avec un groupe d'animation (LEG Santé) a été lancée par le Comité du Programme statistique, auquel le groupe doit rendre compte de son action. Chaque partenaire a apporté les ressources de ses spécialistes et EUROSTAT a financé la participation aux réunions des trois équipes spéciales chargées des trois domaines statistiques cités plus haut, à savoir : les statistiques sur les causes de décès, les données d'enquête relatives à la santé et aux domaines connexes (dans lesquels sont progressivement incluses la morbidité et l'invalidité) et les statistiques relatives aux soins de santé, dont les travaux sont dirigés par le LEG Santé. Chaque partenaire en coopération avec EUROSTAT, a pris en charge une équipe spéciale de façon à susciter une synergie pour tout le système des statistiques de la santé. Tous les États membres ont pris activement part aux travaux des équipes spéciales.

23. Chaque équipe a commencé par élaborer un cadre de travail en accord avec son domaine de compétence, arrêter les priorités et décider des mesures à inclure dans les programmes de travail annuels qui attendaient d'être approuvés par le Groupe de travail sur les statistiques de santé publique. En 1998, à partir des propositions des équipes et du Groupe de travail, des principes ont été fixés pour la production de statistiques sanitaires complètes et fiables pour l'Union européenne, principes approuvés par le Comité du Programme statistique la même année.

24. Les équipes spéciales ont peu à peu mis au point leurs méthodes de travail, en se servant principalement de divers projets financés par EUROSTAT ou d'autres services de la Commission, et utilisé ces méthodes pour recueillir, analyser et diffuser les données de façon régulière.

25. On a dépassé le stade de la définition des méthodes de travail pour arriver à celui de leur application à la collecte de données. Étant donné cette évolution, à laquelle s'est ajoutée la nécessité de préparer l'élargissement, il est devenu impératif d'adopter une nouvelle forme de partenariat pour la santé. Lors de leur réunion tenue en avril 2002, les directeurs des statistiques sociales ont décidé que ce partenariat prendra effet en 2004.

26. Le nouveau partenariat s'inscrit dans une structure où chaque groupe joue un rôle distinct, à savoir : la direction des travaux, la mise au point des méthodes de travail et la réalisation concrète.

IV. État actuel des statistiques de la santé dans l'Union européenne

Données d'enquête par entretien relatives à la santé et aux domaines connexes

27. La collecte de données a commencé il y environ quatre ans, au terme d'un minutieux recensement des enquêtes par entretien sur la santé et les domaines connexes, auxquelles procédaient les États membres ainsi que des sujets traités et des instruments utilisés à cet effet. Les données collectées ont porté d'abord sur 12 domaines, puis ont été élargies à six autres domaines. Elles ont été collectées selon un modèle commun organisé autour de catégories couramment admises, telles que l'âge et le sexe, en tenant compte des facteurs socioéconomiques, par exemple, l'éducation et l'activité économique.

28. Les travaux d'harmonisation des instruments ont abouti à la mise au point d'un module minimal sur la santé en Europe qui figurera dans toutes les enquêtes annuelles de l'Union européenne, telles que les statistiques sur le revenu et les conditions de vie. Lorsque cela sera approprié, les États membres ajouteront ce module à leurs enquêtes nationales afin de faciliter la comparaison au niveau international des résultats issus d'enquêtes multiples.

29. Des modules élargis portant sur l'harmonisation des mesures de l'état de santé, des facteurs influant sur la santé et des variables de référence concernant les particuliers et les ménages devraient être prêts en 2003. Ils sont mis au point selon les modalités suivantes : accord sur des notions acceptées par l'ensemble des pays de l'Union européenne, assorties de variables définies avec précision et acceptées par tous et d'instruments de référence propres à l'Union européenne. À l'échelon national, les instruments de référence de l'Union européenne pourront ensuite être adaptés en instruments opérationnels tenant compte des particularités culturelles, par exemple les unités de mesure, et traduits dans les différentes langues.

30. Outre cette harmonisation au stade de la collecte des données, il sera peut-être nécessaire d'ajuster les résultats selon des principes rigoureux et des méthodes concertées (harmonisation a posteriori).

Statistiques des incapacités

31. On a commencé par étudier de façon approfondie les besoins des usagers. Cela a donné lieu à l'adoption d'une démarche en deux temps. Dans un premier temps, le Système statistique européen (SSE) a choisi de faire du module minimal son plus petit dénominateur commun afin de mesurer les incapacités dans le cadre des enquêtes générales sur la population. Dans un second temps, il s'est mis d'accord sur une liste de thèmes et a prévu de commencer les travaux sur les notions, les variables et les instruments de référence en 2003, en se fondant sur les nombreux récapitulatifs existants. Entre-temps, les variables relatives aux incapacités disponibles depuis 1993 avec le panel communautaire de ménages (ECHP 1994-2001) ont été analysées et publiées. Elles constituent le premier ensemble de données harmonisées sur les incapacités dans l'Union européenne.

32. Ces 10 dernières années, de très nombreuses enquêtes sur la population portant sur la santé, les questions relatives à la santé et les incapacités ont été conduites dans l'ensemble de l'Union européenne, et certaines ont même été subventionnées

par l'Union européenne. Par ailleurs, de nouvelles enquêtes multinationales, telles que l'enquête sur la santé dans le monde, ont été lancées récemment.

33. La prolifération des enquêtes ne manque pas d'entraîner des disparités dans les résultats obtenus pour une même notion, ce qui ajoute à la confusion au lieu de faciliter les comparaisons. Lors de leur dernière réunion en date tenue en septembre 2002, les directeurs des statistiques sociales se sont prononcés en faveur de la proposition tendant à créer un système européen d'enquêtes sur la santé, jugeant qu'il fallait se doter de systèmes durables capables de tirer parti de ressources modestes et de compétences trop peu nombreuses et agir afin d'améliorer la qualité des données et rendre celles-ci plus comparables et plus homogènes tout en évitant les doubles emplois.

34. Le système européen d'enquêtes sur la santé est pour l'instant un ensemble d'enquêtes coordonnées et détaillées, qui facilite les comparaisons entre les pays et qui s'articule autour d'une enquête centrale. Sa mise en oeuvre se fera de façon ajustable et modulaire. L'objectif est de suivre les tendances dans le domaine de la santé et dans les domaines connexes au fil du temps. Le système européen d'enquêtes sur la santé se compose de trois éléments :

a) L'Enquête européenne sur la santé par entrevue, qui est l'enquête centrale du système statistique européen pour ce qui est de la mesure statistique générale en matière de santé;

b) Des enquêtes complémentaires spécialisées (par tranches d'âge, groupes de maladies, etc.) qui devraient être plus précisément axées sur les besoins des utilisateurs et qui pourraient être confiées à des réseaux de chercheurs et d'instituts;

c) Une base de données regroupant les instruments de référence et autres instruments recommandés (cette base est en cours de création).

35. En ce qui concerne l'Enquête européenne sur la santé par entrevue, on peut déjà compter sur le module minimal, qui sera incorporé aux statistiques annuelles sur le revenu et les conditions de vie. Par ailleurs, tous les cinq ans, les États membres devraient veiller à procéder au cours de la même période aux enquêtes prévues dans le cadre de quatre modules harmonisés : le module européen sur les variables de référence, le module européen sur l'état de santé, le module européen sur les soins de santé et le module européen sur les facteurs influant sur la santé. Ces modules s'articulent autour de notions communes et sont ou seront étayés par des instruments de référence.

Statistiques de la morbidité

36. Exception faite des données relatives aux diagnostics que l'on peut se procurer auprès des services de santé et des réseaux spécialisés, par exemple les données ayant trait aux maladies infectieuses et au cancer, il n'y a pas de cadre type qui définisse une approche générale et qui permette le suivi des données établissant un lien entre morbidité et diagnostic au niveau de la population. Les méthodes ne sont pas encore arrêtées, mais des travaux existent dans ce domaine dans l'Union européenne et la question devrait retenir l'attention en 2003.

Statistiques des causes des décès

37. La situation dans l'Union européenne se caractérise par l'existence de règlements nationaux concernant la notification des causes des décès et par des pratiques nationales disparates quant à l'application des règles de certification et de codage des causes de décès énoncées dans la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Le réseau de statisticiens spécialisés a grandement facilité la mise en commun des données d'expérience en vue d'obtenir des statistiques de meilleure qualité se prêtant à des comparaisons. Il est prévu d'étaler l'introduction de la dixième révision de la CIM dans l'Union européenne sur une dizaine d'années, ce qui nuit singulièrement à l'établissement de comparaisons détaillées entre les États membres. Une liste abrégée de 65 codes a donc été élaborée. Elle peut servir à la collecte des données au niveau sous-national, permettant ainsi de mieux apprécier les différences régionales que font apparaître les schémas de la mortalité.

38. Il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'introduction des systèmes américains de codage automatisé. Ceux-ci posent des problèmes particuliers dans les pays de l'Union européenne du fait de la multiplicité des langues en usage. En d'autres termes, l'adaptation de ces systèmes communément admis passe par des investissements nationaux importants. Le problème tient à l'automatisation de la mise en concordance de la terminologie médicale utilisée sur les certificats de décès et des codes de la Classification internationale des maladies. L'objectif est que tous les États membres appliquent les règles de codage automatisé en 2005 et qu'EUROSTAT et ses partenaires assurent la formation aux techniques de codage et à la saisie manuelles des données dans l'ensemble de l'Union européenne.

Statistiques sur les soins de santé

39. On dispose de statistiques sur les hôpitaux et le personnel depuis de nombreuses années, ce qui explique qu'elles aient été revues et considérablement élargies et englobent désormais des données telles que les diagnostics portés avant la sortie des patients hospitalisés. Le premier projet à grande échelle a consisté à regrouper les métadonnées relatives à la structure et à l'organisation des systèmes sanitaires nationaux. Les différences entre les États membres de l'Union européenne sont telles qu'elles rendent difficiles les comparaisons de données. Les types d'hôpitaux et les services offerts sont différents – par exemple, certains pays distinguent plusieurs catégories d'établissements spécialisés –, les services ambulatoires sont différents et les établissements de soins de longue durée présentent des disparités importantes, certains États membres par exemple n'ont pas de maisons de repos.

40. La délimitation des soins de santé et les systèmes de financement ne sont pas non plus homogènes. Un système de métadonnées très détaillé, EUCOMP, a donc été mis au point en vue de l'établissement d'un classement des prestataires par fonction. Ce système permettra de procéder à des comparaisons fonctionnelles et servira de base à un système de comptes de la santé véritablement comparable, qui sera fondé sur le manuel relatif au système de comptes de la santé élaboré par l'Organisation de coopération et de développement économiques avec un apport et un concours appréciables du Système statistique européen. Ce manuel s'enrichira prochainement de directives à l'intention des États membres de l'Union européenne.

41. La première nomenclature fonctionnelle du système de comptes de la santé dans l'Union européenne sera organisée par âge et par sexe. Les résultats préliminaires sont encourageants : un prototype de statistiques relatives au personnel a été mis au point et un prototype de système de comptes de la santé est en train d'être mis en place.

V. Coopération internationale

42. Plusieurs organisations internationales, en particulier l'OMS et l'OCDE, ont déjà une expérience assez importante dans le domaine de la collecte de données sur la santé et de l'utilisation d'indicateurs sanitaires. La coopération entre ces organisations et l'Union européenne (Direction générale de la santé et de la protection du consommateur et EUROSTAT) en ce qui concerne les statistiques de la santé publique et du suivi médical est facilitée par leur participation aux réunions des groupes de travail d'EUROSTAT et leur présence, en qualité d'observateur, aux réunions du groupe de travail sur les statistiques de la santé publique; souvent, des représentants de l'OMS et de l'OCDE sont également invités, comme participants ou comme observateurs, aux réunions organisées dans le contexte des actions lancées en vertu du programme communautaire sur la santé publique.

43. Un échange régulier d'informations sur les activités statistiques des diverses organisations est assuré grâce aux réunions de la Conférence des statisticiens européens de la CEE, qui a désigné l'OCDE comme organisme chef de file pour les statistiques de la santé. En outre, l'échange de lettres entre l'OMS et l'Union européenne a établi un nouveau cadre de coopération et, à intervalles réguliers, les informations sont échangées aux réunions de hauts fonctionnaires de l'OMS et de l'Union européenne.

44. Durant le débat sur les statistiques de la santé, le Comité du programme statistique a penché pour une collaboration avec les organisations internationales sur la base ou bien de « questionnaires communs » ou bien d'une « division territoriale » du travail, plutôt que sur la base d'une division par sujet : mortalité, enquête sur les coûts des soins médicaux.

45. Les raisons d'une telle préférence sont aussi bien formelles que pratiques : il n'est pas possible de transférer les mandats entre organisations internationales ou supranationales, et la démarche exhaustive d'EUROSTAT suppose des données régulières et appropriées pour toutes les composantes. Le modèle de questionnaire territorial et le modèle de questionnaire commun sont appliqués avec succès dans d'autres domaines, comme les statistiques de l'agriculture, de l'éducation, de la démographie ou des études environnementales. Ces modèles concernent déjà d'autres organismes des Nations Unies comme l'UNESCO et la Division de statistique des Nations Unies, et pourraient également être appliqués aux statistiques de la santé, et notamment aux rapports remis à l'OMS et éventuellement à d'autres organismes.

46. Une autre étape pourrait consister à chercher des solutions pratiques afin d'éviter les doubles emplois et d'assurer une plus grande transparence. Les relations de travail entre les organisations pourraient être améliorées dans trois volets techniques :

a) Les structures mêmes des systèmes statistiques des États membres, et notamment une aide générale aux États membres relative aux normes et instruments de collecte, de définition et de classification des données;

b) La collecte des données en tant que telle, la collation des données et leur éventuelle transmission;

c) L'utilisation des données pour la gestion, la planification, l'analyse et les publications, la recherche, etc.

47. S'agissant du premier volet, le chef de file international devrait être l'organisme dont l'expertise peut le mieux être mobilisée : par exemple, s'agissant de la CIM et de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), l'OMS, et s'agissant de la classification des dépenses de santé, l'OCDE, ce qui ne devrait pas empêcher d'autres organismes de travailler avec ces chefs de file.

48. En ce qui concerne le deuxième volet, les deux modèles mentionnés plus haut devraient être suivis (ils sont déjà adoptés par l'OCDE, EUROSTAT et certaines autres organisations). La raison éventuelle de s'écarter de ces normes dans l'application devrait être soigneusement indiquée.

49. S'agissant du troisième volet, chaque organisation doit être libre d'agir en fonction de son mandat, celui de l'OMS étant, par exemple, de publier le *Rapport sur la santé dans le monde*, celui de l'Union européenne les rapports sur la santé publique.

VI. Dispositions pratiques existant avec les organisations internationales

50. Des dispositions pratiques de coopération, s'inspirant de la démarche qui vient d'être présentée, existent déjà.

Statistiques des causes de décès

51. La Classification internationale des maladies, qui a été créée par l'OMS, est utilisée comme classification principale pour les statistiques des causes de décès; il existe une procédure prévoyant une démarche commune pour la collecte de données sur les causes de décès : elle a été définie avec le siège de l'OMS (Genève) et avec le bureau de l'OMS pour l'Europe.

Statistiques des incapacités

52. Au cours d'un séminaire international sur la mesure des incapacités, organisé par la Division de statistique des Nations Unies du 4 au 6 juin 2001 à New York, avec le concours et l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du « Center for Disease Control » des États-Unis et d'EUROSTAT, tous les participants ont admis que la CIF, établie et approuvée par l'OMS en 2001, offrait le cadre nécessaire pour la mesure statistique des incapacités.

53. Sur proposition de ce séminaire, la Commission de statistique a créé le Groupe de Washington sur la mesure des incapacités; EUROSTAT et ses partenaires de la

Conférence des statisticiens européens participent activement aux travaux sur les statistiques des incapacités.

Données provenant des enquêtes par entretien sur la santé et les problèmes connexes

54. EUROSTAT encourage l'emploi dans les enquêtes européennes et nationales des instruments convenus et testés pour les enquêtes sur la santé publique, tels que ceux qui sont établis par le bureau de l'OMS pour l'Europe dans ses enquêtes par entretien sur la santé.

55. Un premier exercice de collecte commune de données sur 12 problèmes bien précis de santé publique a été lancé en 1998; le second exercice de collecte, sur 18 problèmes de santé sélectionnés, a eu lieu en 2002. Dans les deux exercices, des dispositions de coopération ont été prises avec les organisations internationales; les données recueillies seront également mises à la disposition de l'OCDE.

56. Par le canal de son groupe de travail sur les statistiques des soins de santé et de son groupe de travail sur les statistiques de la santé publique, le Système statistique européen a activement soutenu la création d'un manuel sur les systèmes de comptes nationaux de la santé, menée par l'OCDE, et EUROSTAT, actuellement, apporte des directives complémentaires aux États membres pour l'application de ce manuel grâce à des projets pilotes.

57. Dans le cadre de l'échange de données entre l'OCDE et EUROSTAT, il a été convenu qu'EUROSTAT collecterait des données sur le personnel soignant et sur le matériel médical auprès des États membres et communiquerait les réponses des États membres (les fichiers originaux et la documentation) à l'OCDE.

VII. Autres réflexions sur l'amélioration de la collaboration internationale

58. Malgré la qualité de la relation de travail entre les organisations internationales qui s'occupent des statistiques de la santé, il demeure nécessaire d'étudier les moyens d'améliorer la coopération, principalement pour mieux servir les usagers les plus divers, de plus en plus confrontés à un besoin grandissant et urgent de données fiables susceptibles de servir de base à des décisions qui, dans ce domaine, ont souvent des conséquences lointaines. Cette coordination doit d'abord viser à un meilleur partage des travaux à accomplir.

59. Les organisations et organes internationaux qui travaillent au niveau mondial (Division de statistique de l'ONU, OMS, OCDE) pourraient s'attacher à développer encore les normes, concepts, classifications, structures et méthodes, en préparant une « boîte à outils » pour la collecte et l'analyse des données.

60. Pour leurs travaux courants de collecte des données statistiques, les organisations et organes internationaux devraient utiliser uniquement des sources secondaires, c'est-à-dire les données agrégées déjà fournies par les différents pays.

61. Les organisations internationales travaillant dans une région particulière : le bureau de l'OMS pour l'Europe, l'Union européenne, en sa qualité d'organisation supranationale, pourraient se concentrer sur l'adaptation de ces boîtes à outils statistiques mondiaux en fonction des caractéristiques de chaque région. Les

organisations régionales pourraient ainsi renforcer leur appui à l'utilisation de ces boîtes à outils communes au niveau mondial.

62. Au niveau national, l'accent devrait être mis sur l'application de concepts et d'instruments de référence communs, étant donné les différences culturelles et linguistiques. Les pays devraient collecter les données primaires et devraient donc fournir eux-mêmes les données agrégées aux organisations internationales ou supranationales.

63. Il est important de réfléchir au rôle du Système statistique européen, quand des accords sont déjà conclus dans le contexte du programme statistique de l'Union européenne, pour la collecte, le traitement et l'analyse des statistiques de l'Union européenne, de façon harmonisée par EUROSTAT, et en partenariat avec les États membres.

64. Dans une perspective globale, EUROSTAT pourrait assumer un rôle de coordination de la fourniture de données statistiques nécessaires, par les États membres de l'Union européenne, aux organisations internationales.

65. Ce n'est que quand il y aurait un besoin urgent d'ensembles complémentaires de données ne figurant pas dans les appareils statistiques nationaux et supranationaux ou internationaux, que les organisations internationales devraient se livrer elles-mêmes, si nécessaire, à la collecte de données primaires et à des collectes de données en dehors des appareils statistiques existants, mais en pareil cas ces initiatives ne devraient être lancées qu'après consultation approfondie avec les organisations nationales et supranationales, afin d'éviter les doubles emplois et les résultats divergents.

66. Toutes les dispositions de collaboration internationale dans le domaine des statistiques de la santé devraient être prises en consultation et en accord avec les autorités statistiques compétentes des différents pays et avec EUROSTAT, dans le cadre du Système statistique européen.

67. À maintes occasions, il n'y a pas eu suffisamment de consultation avec les autorités statistiques nationales. Les organisations internationales devraient elles-mêmes prendre l'initiative de s'assurer que les dispositions appropriées sont bien prises avec les autorités statistiques nationales responsables des statistiques de la santé et des statistiques sociales.

68. En effet, faute de dispositions de ce type, la collecte de données risque d'être lancée, sur des thèmes très voisins, par plusieurs organisations internationales, de sorte qu'il y a un risque grave de discordance entre les divers ensembles de données. En pareil cas, afin de ne pas compromettre la crédibilité des autres enquêtes, en particulier des enquêtes nationales par entretien sur la santé, les données obtenues devraient d'abord être évaluées par un groupe de spécialistes des enquêtes sur la population et des méthodes statistiques, qui devraient être convoquées conjointement par les autorités nationales coopérantes et par les organisations supranationales et internationales avant toute diffusion des résultats.

69. Les modalités d'une telle coopération devraient être consignées dans une charte ou un code de conduite, qui seraient convenus et établis par la Commission de statistique, les institutions internationales spécialisées, telles que l'OMS, et les organisations supranationales et internationales, telles que l'Union européenne et EUROSTAT, et avec les autorités statistiques compétentes des États membres.
