



Conseil économique et social

Distr. générale
16 décembre 2008
Français
Original : anglais

Commission de statistique

Quarantième session

24-27 février 2009

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

**Questions soumises pour examen et prise de décisions :
statistiques concernant la santé**

Rapport du Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires

Note du Secrétaire général

En réponse à une demande formulée par la Commission de statistique à sa trente-neuvième session**, le Secrétaire général a l'honneur de lui transmettre le rapport du Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires. Elle est invitée à examiner les propositions faites par le Groupe de travail et à les approuver. Celui-ci propose en particulier de continuer de mettre au point le Cadre de coordination des statistiques sanitaires au cours de l'année qui vient et d'organiser une réunion d'experts qui seraient chargés d'examiner et d'évaluer la version préliminaire du Cadre.

* E/CN.3/2009/1.

** Voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2008, Supplément n° 4 (E/2008/24)*, Chap. I.B, décision 39/115.



Rapport du Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires

I. Résumé des débats

1. Le Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires a tenu sa cinquième réunion (en deux parties) à Shanghai (Chine) les 13 et 17 octobre 2008, en même temps que la conférence de l'Association internationale pour les statistiques officielles. Les deux parties de la réunion ont été présidées par Jennifer Madans (États-Unis). Des représentants des pays ci-après ont participé aux travaux de la réunion : Australie, Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, Norvège, Philippines (le représentant de l'Afrique du Sud n'a pas pu participer à la réunion). Le Groupe de travail a en outre parrainé une séance de travail de l'Association internationale pour les statistiques officielles consacrée à l'utilisation des données administratives dans les statistiques sanitaires. Les États-Unis ont organisé et présidé la séance, au nom du Groupe de travail; le Canada, les Philippines et l'Afrique du Sud y ont présenté des exposés et le Brésil a présenté les conclusions.

2. À sa réunion de novembre 2007, le Groupe de travail avait proposé de se charger d'élaborer un cadre de coordination des statistiques sanitaires, à partir de l'année suivante. Il s'agissait de décrire le contenu des statistiques sanitaires et le lien entre celui-ci et les sources les plus courantes de données sanitaires. Cette proposition a été présentée à la Commission de statistique du Secrétariat de l'ONU à sa trente-neuvième session. Cette dernière s'est dite favorable à l'action engagée pour améliorer la coordination des statistiques sanitaires et à la proposition d'élaborer un cadre à ce sujet. Depuis lors, le Groupe de travail s'est employé à mettre au point un plan général de cadre ainsi qu'une première version des différents chapitres du texte. Lors de la réunion tenue à Shanghai, le Groupe de travail a examiné les projets de chapitres élaborés par ses membres. Le Cadre de coordination est encore en cours d'élaboration mais il en existe déjà une version préliminaire, qu'on trouvera en annexe au présent rapport.

3. Le Cadre est créé pour combler le manque de statistiques sanitaires de base aux niveaux national et des comparaisons internationales. Il facilitera la coordination, au niveau national, entre les autorités statistiques et les ministères de la santé et comprendra un mécanisme grâce auquel les ressources apportées par les organismes internationaux et d'autres donateurs pour collecter un grand nombre de données sanitaires serviront à communiquer des informations sanitaires aux niveaux national et international. Les défaillances de la coordination entre les ministères et les systèmes statistiques et la mesure dans laquelle les donateurs financent des activités de collecte de données influencent particulièrement la conjoncture des statistiques sanitaires. Le Cadre permettrait d'améliorer la qualité de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données et faciliterait la mise au point de moyens techniques au niveau national.

4. Le futur Cadre aidera à répertorier les types d'information à collecter, à évaluer la disponibilité, à déceler les lacunes, à mesurer la qualité des données et à cerner les domaines où il faut des normes internationales pour appuyer la collecte d'informations de qualité. Concrètement, le Cadre devrait permettre de préciser le contenu des statistiques sanitaires, mettre en évidence la nature des liens entre les différents domaines et à l'intérieur de ceux-ci, définir un système de collecte des

données complet et cohérent couvrant une ample gamme de questions, permettant d'éliminer les systèmes de statistiques compartimentés ou au coup par coup; il aiderait en outre à circonscrire les domaines dans lesquels il faudrait adapter les méthodes de collecte des données.

5. La participation de la communauté des statisticiens à la mise au point du Cadre, par le biais du Groupe de travail, garantit que les principes fondamentaux de la statistique officielle adoptés par la Commission de statistique en avril 1994 seront pris en compte et incorporés, renforce la responsabilité et augmente la probabilité que les statistiques sanitaires soient intégrées dans les systèmes nationaux de collecte de données.

6. Le premier chapitre de la version préliminaire traite de la nécessité d'un cadre de coordination et énumère les buts à atteindre. Dans le deuxième chapitre, il est question de la portée et des composantes de la santé. Le but poursuivi n'est pas d'y répertorier ou évaluer tous les aspects de la santé mais de fournir un aperçu des questions qui relèvent des statistiques sanitaires. Le troisième chapitre concerne les sources des données sanitaires; ici non plus, il ne s'agit pas de répertorier ou d'évaluer toutes les sources de données sur la santé ou les soins de santé mais de fournir un aperçu de ces sources. Le quatrième chapitre concerne la structure du Cadre de coordination. On y décrit les principaux éléments de cette structure, les liens entre ceux-ci (par ex., l'organisation des différentes questions abordées et les liens entre elles), et on fournit des exemples d'indicateurs à l'intérieur de chaque élément. On y trouvera également un débat sur les difficultés rencontrées pour obtenir des méthodes de mesure de la santé comparables au niveau international. Le cinquième chapitre, encore en gestation, traitera des travaux réalisés en matière de statistiques sanitaires qui trouveront leur place dans le futur Cadre (autrement dit, qui fourniront des mesures correspondant aux concepts retenus) tels que la Famille des classifications internationales de l'OMS, ou encore les classifications du Groupe de Washington, de l'Initiative de Budapest, des groupes de travail sur des maladies spécifiques, du Réseau de métrologie sanitaire et de l'Office de statistique des Communautés européennes (Eurostat). La Commission pourra consulter un document de séance sur la situation de l'Initiative de Budapest et du Groupe de Washington. Le cinquième chapitre complétera les premiers; il établira des liens entre les indicateurs, les autres travaux en cours et les sources de données actuelles, ce qui permettra de recenser les domaines où les données font défaut et où l'établissement de normes internationales est nécessaire.

7. Le texte présenté en annexe au présent document correspond à une version préliminaire plus ou moins avancée des différents chapitres du Cadre. Il est clair que le contenu de ces chapitres évoluera encore; néanmoins, la présente version donne déjà un bon aperçu de la manière dont le Groupe de travail souhaite structurer le Cadre de coordination. Il a fallu élaborer les quatre premiers chapitres avant de pouvoir commencer le cinquième, qui traite de l'ensemble des éléments constituant le Cadre. À mesure que le projet s'étoffera, le Groupe de travail aura à prendre des décisions sur le degré de précision du Cadre et sur les modalités à mettre en place pour obtenir la collaboration d'interlocuteurs ne faisant pas partie du Groupe. Ce dernier aspect sera particulièrement important si l'on décide d'incorporer des indicateurs spécifiques dans le corpus des indicateurs de base. Il serait certainement très utile, pour obtenir la collaboration de la communauté des statisticiens, de présenter le Cadre à l'occasion d'une réunion d'experts, à l'instar de ce qui s'est fait pour les statistiques sociales.

8. Outre la mise au point du cadre, le Groupe de travail peut fournir un mécanisme visant à faciliter l'institutionnalisation des statistiques sanitaires en faisant office de lien entre le système statistique et les organismes intéressés par la santé et les données sanitaires, telles que les ministères de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes des Nations Unies. Afin de ne pas empiéter sur les travaux menés par d'autres organisations sur les statistiques sanitaires, le Groupe de travail peut, au besoin, proposer de nouvelles initiatives. Il pourrait également passer en revue les propositions formulées par d'autres groupes. Le Groupe de travail favorise l'élargissement des responsabilités; en effet, certains de ses membres représentent leurs autorités statistiques nationales alors que le Groupe dépend de la Commission de statistique.

9. La composition du Groupe de travail devrait être élargie, pour permettre la participation de tous les pays et de toutes les organisations internationales intéressés et disponibles pour consacrer du temps à un ensemble de problèmes qui se posent depuis longtemps. Il est par ailleurs essentiel que l'appartenance au Groupe respecte l'équilibre géographique et tienne compte du niveau de développement des systèmes statistiques. Les travaux qui seront menés par le Groupe au cours des prochaines années seront grandement facilités par la tenue de quelques réunions. Des ressources seront nécessaires pour couvrir les frais de voyage de certains participants. Le Groupe de travail envisage de faire coïncider une de ses réunions avec celle de l'Institut international de statistique qui se tiendra à Durban, dont elle parrainerait une séance.

10. La Commission souhaitera peut-être formuler des observations sur le futur Cadre de coordination des statistiques sanitaires et donner des conseils sur l'approche générale retenue, encourager les pays et les organisations qui ne sont pas membres du Groupe de travail à participer à ses travaux, et approuver la poursuite des travaux du Groupe concernant l'établissement du Cadre. La Commission souhaitera peut-être aussi adopter la proposition d'organiser une réunion d'experts auxquels elle demandera d'évaluer le Cadre. Une telle réunion pourrait avoir lieu lorsque le premier projet de texte sera prêt.

Annexe

Cadre de coordination des statistiques sanitaires : Version préliminaire Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires, novembre 2009

Chapitre 1. Utilité d'un cadre de coordination des statistiques sanitaires

Le domaine des statistiques sanitaires a progressé plus lentement que d'autres domaines de la statistique, particulièrement en ce qui concerne la fiabilité, l'actualité et l'importance des informations utilisées par les pays et dans les comparaisons internationales. Cette situation est en partie imputable à la complexité de la question de la santé et des systèmes sanitaires, mais aussi au fait que, dans la plupart des pays, la coordination de la collecte et de la diffusion des statistiques sanitaires laisse à désirer parce qu'il n'existe pas de cadre clair ni de normes de statistiques sanitaires analogues à ceux qui ont été mis au point par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans le domaine de l'éducation (http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_37455_31603886_1_1_1_37455,00.html) ou encore par le Groupe de Canberra sur les revenus des ménages (Commission de statistique du Secrétariat de l'ONU) (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/canberra.htm>, <http://www.lisproject.org/links/canberra/finalreport.pdf>). Au niveau national, il faudra améliorer la coordination entre les instituts de statistique et les ministères de la santé. Dans de nombreux pays, l'existence de statistiques sanitaires de qualité dépend fortement du fait que la collecte des informations sanitaires est souvent financée par des organismes internationaux ou d'autres bailleurs de fonds, qui s'attachent surtout au suivi d'activités correspondant à des programmes particuliers; le résultat en est un système fragmentaire ne répondant pas aux besoins statistiques, qu'il s'agisse de mener des politiques nationales ou d'établir des comparaisons au niveau international.

La mise au point et l'adoption d'un cadre général de coordination renforcerait la coordination et la qualité de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données sanitaires, l'objectif final étant d'améliorer les résultats obtenus en matière de santé. Les cadres contribuent en effet utilement à développer et à organiser l'activité statistique. Ceux qui existent au niveau international facilitent la coordination et l'amélioration des systèmes et des activités statistiques en contribuant à recenser les lacunes et à répertorier les domaines où l'activité statistique doit être développée. Ils constituent donc une base de travail relativement complète en ce qui concerne l'affectation des ressources au niveau national et, dans les pays en développement (où les moyens manquent, qu'il s'agisse de programmer des objectifs à atteindre ou d'axer la gestion sur les résultats), fournissent des orientations relativement claires aux donateurs en ce qui concerne les domaines d'appui prioritaires. Les cadres permettent en outre aux donateurs de rationaliser leur appui aux programmes et aux pays et facilitent l'action des organismes internationaux qui mettent au point de nouvelles techniques ou adaptent les méthodes existantes à des situations encore peu connues dans certains pays en développement.

Objectifs du Cadre de structuration

Le futur Cadre permettra de répertorier les types d'information à collecter, d'en évaluer la disponibilité, la qualité et la comparabilité; il contribuera à déceler les lacunes et à cerner les domaines où il faut des normes internationales pour appuyer la collecte d'informations de qualité. Son existence facilitera le dialogue entre les autorités statistiques nationales et les autres parties prenantes qui financent ou dirigent la collecte de données sanitaires, telles que les ministères de la santé et autres institutions parastatales comme les instituts de santé publique. Concrètement, le Cadre servira à :

a) Préciser le contenu des statistiques sanitaires (par exemple, sur les niveaux et les facteurs de mortalité ou de morbidité, la situation sanitaire mesurée en termes de fonctionnement, les facteurs de risques, les déterminants de la santé, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services sanitaires ou encore les dépenses de santé) et le lien entre le contenu et les sources les plus courantes de données (registres de l'état civil, enquêtes démographiques et institutionnelles, surveillance des maladies et soins de santé, registres administratifs);

b) Intégrer la hiérarchie des informations dans les différents domaines étudiés et mettre en évidence le besoin impérieux d'indicateurs généraux de santé publique et d'indicateurs spécifiques de l'état physique, définies selon des critères biomédicaux, et des déterminants de ces états;

c) Définir un système de collecte des données général et cohérent fournissant des informations dans une série de domaines, pour en finir avec les systèmes de statistiques compartimentés ou au coup par coup;

d) Circonscrire les domaines où les méthodes de collecte des données doivent être modifiées;

e) Faciliter l'institutionnalisation des partenariats entre les bureaux de statistique nationaux, les ministères de la santé et les autres parties prenantes au niveau national.

L'établissement d'un Cadre de coordination des statistiques sanitaires s'inscrit dans la suite logique de la résolution adoptée par le Conseil d'administration de l'Assemblée mondiale de la santé à sa cent dix-huitième session et complète le cadre du Réseau de métrologie sanitaire et les normes des systèmes nationaux d'information sanitaire. De nombreux travaux sont actuellement menés dans ce domaine, notamment par le Groupe de Washington, l'Initiative de Budapest, l'Office de statistique des Communautés européennes (EUROSTAT), l'Organisation de coopération et de développement économiques et la Famille des classifications internationales de l'Organisation mondiale de la Santé. Ces travaux trouveront leur place dans le futur Cadre de coordination des statistiques sanitaires.

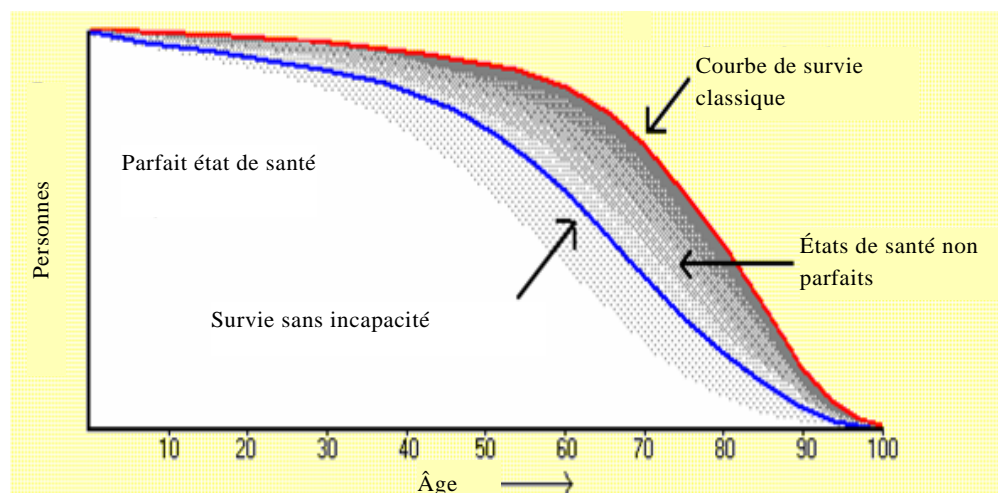
Le deuxième chapitre traite de la portée et des composantes de la santé. Le but poursuivi n'est pas d'y répertorier ou évaluer tous les aspects de la santé mais de fournir un aperçu des questions qui relèvent des statistiques sanitaires. Le troisième chapitre concerne les sources des données sanitaires; ici non plus, il ne s'agit pas de répertorier ni d'évaluer toutes les sources de données sur la santé ou les soins de santé mais d'en donner un aperçu. Le quatrième chapitre concerne la structure du Cadre. On en décrit les principaux éléments, les liens entre ces derniers (par exemple, l'organisation des différentes questions abordées et les liens entre ces

dernières), on fournit des exemples d'indicateurs et on explique comment utiliser les différentes sources pour obtenir des indicateurs correspondant à différents aspects du Cadre. On trouvera également un débat sur les questions liées à la difficulté d'obtenir des indicateurs sanitaires comparables au niveau international. Le cinquième chapitre, encore en gestation, traitera des travaux réalisés en matière de statistiques sanitaires qui trouveront leur place dans le futur Cadre (autrement dit, qui fourniront des indicateurs correspondant aux concepts retenus) tels que la Famille des classifications internationales de l'OMS, ou encore les travaux du Groupe de Washington, de l'Initiative de Budapest, des groupes de travail sur des maladies spécifiques, du Réseau de métrologie sanitaire et de l'Office de statistique des Communautés européennes (EUROSTAT). Tous les chapitres sont au stade du projet mais certains sont plus avancés que d'autres. Il est clair que le contenu de ces chapitres évoluera encore; néanmoins, la présente version donne déjà un bon aperçu de la manière dont le Groupe de travail souhaite structurer le Cadre.

Chapitre 2. Portée et composantes de la santé

La santé, telle qu'elle est définie au sens le plus large, englobe ou concerne les principaux aspects du bien-être physique, mental et social. Néanmoins, le but poursuivi dans le cinquième chapitre n'est pas de répertorier ni d'évaluer tous les aspects de la santé mais de fournir un aperçu des questions qui relèvent des statistiques sanitaires.

Il convient de noter que la mortalité est souvent l'indicateur sanitaire unique ou central. Mais pour importante qu'elle soit, cette composante ne peut décrire à elle seule l'état de santé d'une population. Comme on le voit dans la figure ci-après (Wolfson M.), les statistiques de mortalité produisent la courbe de survie classique, qui est utilisée pour mesurer l'espérance de vie. Il est néanmoins important de diviser les années de vie en catégories d'années vécues dans différents états de santé, qui vont de l'état de santé parfait ou optimal, à des états définis par la maladie ou les limitations fonctionnelles de niveaux divers. Dans certains groupes d'âge, la catégorie « parfait état de santé » est la moins importante et il y a plusieurs manières de caractériser les années de vie restantes. Le Cadre traitera des différents indicateurs utilisables pour définir un état de santé « parfait » et un état de santé « non parfait ».



Les informations relatives à la santé, recueillies par de nombreuses parties prenantes pour répondre à des besoins très divers, illustrent bien le caractère complexe et fragmentaire du système sanitaire de nombreux pays; à son tour, celui-ci explique pour une bonne part la difficulté qu'il y a à établir des rapports normalisés et complets, tant au niveau national qu'international. Pour délimiter la notion de santé, on peut la décomposer en une série de questions ou de composantes. Les différentes sources de données utilisées et l'objectif visé par leur collecte (par exemple, le suivi des résultats obtenus en matière de santé publique, l'évaluation d'une politique donnée, etc.) jouent un rôle important dans la définition de ces composantes. Nombre de données ou d'éléments de l'information sanitaire proviennent naturellement du système sanitaire ou de registres administratifs connexes; ils fournissent des renseignements sur le système sanitaire même et sur les caractéristiques des actes médicaux. Les informations obtenues par enquêtes ou dans des séries de données longitudinales éclairent différentes parties du tableau (l'état de santé, l'utilisation du système sanitaire, les facteurs de risque ou encore les déterminants sociaux). Ces questions sont abordées plus en détail dans le troisième chapitre.

Dans le deuxième chapitre, il est proposé de diviser les composantes de la santé en six grands domaines, pour la facilité de la présentation, même si, en réalité, la plupart des questions sont interdépendantes. Dans chacun de ces grands domaines, les statistiques sanitaires devraient couvrir les questions de répartition et être ventilées par grandes catégories de stratification telles que le sexe, l'âge, la situation socioéconomique, l'éducation, l'appartenance ethnique, la géographie, etc. Les six domaines en question sont les suivants :

1. La mortalité

La mortalité est une composante essentielle de l'information sanitaire. Décrite pour des sous-groupes définis par l'âge, le sexe et la cause de décès, la mortalité fournit un tableau détaillé des causes de décès dans une population ou un pays donné. Les données sur la mortalité infantile et postinfantile, et sur l'espérance de vie sont particulièrement intéressantes; elles sont souvent utilisées comme indicateurs de la santé et du bien-être généraux d'une population.

2. L'état de santé

Le suivi sanitaire de groupes particuliers et de collectivités est une des principales activités de la plupart des systèmes sanitaires. Concernant les diverses affections d'une population, les estimations de prévalence fournissent des étalons qui permettent de mesurer les progrès accomplis et fournissent une base de renseignements utiles pour la programmation et la prestation de services et l'évaluation de leur coût. Les progrès réalisés au niveau technologique et méthodologique permettent d'effectuer des mesures précises et non biaisées en recueillant des données cliniques et biologiques (par exemple, pour le paludisme et le VIH). Il peut aussi s'agir d'indicateurs plus larges de la santé tels que le bien-être subjectif et l'état de santé par auto-évaluation. Les indicateurs détaillés de l'état de santé permettent, grâce à la comparaison de différents segments de la population, d'identifier les groupes dont l'état de santé est médiocre et de dégager les domaines dans lesquels il est possible d'améliorer la situation (en ciblant les populations et les affections). Les informations sur la comorbidité peuvent aussi constituer un facteur important de ce type d'analyse.

3. Le handicap et le fonctionnement

Tout en étant étroitement liées aux données sur l'état de la santé, les données relatives au handicap et au fonctionnement fournissent également des informations sur la mesure dans laquelle les handicaps influencent le fonctionnement et le limitent, dans une population donnée. Contrairement à l'état de santé ou de l'utilisation des services de santé, qui, par nature, sont souvent épisodiques, le fonctionnement est généralement lié aux conditions de santé et aux besoins à long terme. Les questions telles que la gravité ou la durée du handicap, le niveau d'indépendance, et le besoin et la demande d'aide sont des éléments essentiels de ce type de données.

4. Les facteurs de risque et la prévention

Les renseignements sur les facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et comportementaux de la santé sont essentiels pour la prévention de nombreuses affections. Les facteurs de risque peuvent varier considérablement d'un état de santé à l'autre mais les informations sur ces facteurs sont tout aussi pertinentes pour les maladies chroniques que pour les maladies transmissibles. Lorsqu'elle est efficace, la prévention permet d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les dépenses du système sanitaire. Les informations sur les facteurs de risque peuvent aller des indicateurs biomédicaux (pression artérielle ou niveau du cholestérol) aux indicateurs sur les comportements quotidiens (tabagisme, habitudes concernant l'activité physique) ou encore sur les facteurs socioéconomiques (revenu et éducation). Les autres questions, telles que le comportement ayant des incidences sur la santé, l'autotraitement et l'instruction sanitaire sont des éléments de l'information sur la prévention et les facteurs de risque, tout comme la question de la comorbidité (non seulement les conditions de santé mais aussi les facteurs de risque).

5. Les systèmes et les services sanitaires

La qualité du système sanitaire est un facteur essentiel de l'état de santé d'une population donnée. Cette qualité se compose d'un ensemble complexe d'éléments, dont la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation de services de soins. Pour répondre à la question « Tel ou tel système sanitaire donne-t-il de bons résultats? », des aspects tels que l'efficacité, l'adéquation, l'accès, l'efficacité, la réactivité ou encore la viabilité revêtent une importance capitale. Dans cette composante, on inclut les soins primaires et secondaires, les interventions, les médicaments, les traitements fournis, ainsi que leur coût et leur efficacité, la sécurité des patients et les normes de soins. Comme on l'a dit plus haut, les données utilisées dans le cas de cette composante concernent souvent le système sanitaire et sont créées à l'intérieur même de celui-ci. Elles proviennent également des exigences de respect des normes, de la responsabilité, de l'évaluation des politiques menées et de leur suivi. La viabilité financière et les questions relatives au personnel sanitaire sont aussi des questions essentielles. Les statistiques sur les intrants et sur le mode de fonctionnement du système sanitaire (disponibilité et répartition de l'infrastructure et du personnel sanitaires, des médicaments, ainsi que du matériel et des technologies de base) sont fondamentales pour la programmation et la gestion du secteur de la santé. Les services ne sont pas seulement évalués en fonction de leur disponibilité mais aussi de leur accessibilité, notamment économique, de leur qualité et de leur acceptabilité. Pour cibler correctement les populations vulnérables

ou délaissées, les responsables de la planification sanitaire doivent disposer de statistiques sur l'utilisation des services sanitaires, ventilées par catégories de stratification.

6. Les dépenses de santé

Le dosage des dépenses sanitaires publiques, privées (des particuliers et des entreprises) et de source étrangère a souvent une influence sur l'efficacité et le coût des systèmes sanitaires, l'accès aux traitements et, en fin de compte, sur l'état de santé de la population. On sait que les dépenses de santé constituent une des grandes composantes des dépenses publiques, même dans les pays prospères, qui connaissent des problèmes de viabilité et d'efficacité dus au vieillissement de la population. À cet égard, des informations détaillées sur les modèles de dépenses, les coûts unitaires, les systèmes d'assurance santé, les subsides et les projections sur les coûts sont des éléments essentiels. Dans de nombreux cas, l'affectation de ressources dépend des gestionnaires sanitaires de districts; il faut des données financières qui rendent compte de cette tendance.

Chapitre 3. Méthodes d'acquisition des données sanitaires

Les méthodes utilisées pour collecter des données sanitaires sont extrêmement diverses. Le Cadre de coordination peut contribuer à renforcer la cohérence de ces méthodes et à améliorer la qualité de l'information recueillie. Le présent chapitre passe en revue les principales méthodes de collecte de données sanitaires et les sources utilisées. Il en présente les points forts et les faiblesses et analyse les manières de les améliorer, afin qu'elles contribuent utilement à la gestion du secteur de la santé et à la maîtrise des coûts des programmes d'intervention sanitaire.

Principes de base

Actuellement, l'élaboration de statistiques sanitaires n'est soumise qu'à des normes générales telles que les Principes fondamentaux de la statistique officielle, le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne ou encore des normes de qualité statistique. À ce jour, il n'existe pas encore de norme spécifique pour les statistiques sanitaires; en revanche, il y a des initiatives structurelles telles que le Réseau de métrologie sanitaire et le Cadre des comptes nationaux de la santé, ainsi que des mécanismes de contrôle de la qualité des informations pour des maladies particulières, associés aux systèmes de classification utilisés par l'OMS.

Les Principes fondamentaux de la statistique officielle. Les Principes fondamentaux mettent en évidence l'importance des statistiques officielles face aux besoins d'information des pays et nourrissent la réflexion sur les critères de qualité, d'utilisation et de diffusion de la statistique officielle. Ils soulignent qu'il faut réglementer l'établissement des systèmes statistiques et garantir la confidentialité des données recueillies. Les statistiques sanitaires officielles doivent respecter les Principes fondamentaux. Le cinquième principe traite en particulier des sources statistiques : les données utilisées à des fins statistiques peuvent être tirées de toutes sortes de sources, qu'il s'agisse d'enquêtes statistiques ou de fichiers administratifs. Les organismes responsables de la statistique doivent choisir leur source en tenant

compte de la qualité des données qu'elle peut fournir, de leur actualité, des coûts et de la charge qui pèse sur les répondants.

Le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne est plus concret et plus détaillé que les Principes fondamentaux qui, en revanche, portent davantage sur le caractère indispensable des statistiques pour l'information de toute société démocratique. Le Code de bonnes pratiques énonce 15 principes fondamentaux à observer dans la production de statistiques officielles, qui suivent tous des critères adoptés par plusieurs pays. Tout en utilisant des critères de qualité quelque peu différents, le Fonds monétaire international et l'Organisation de coopération et de développement économiques suivent les grands principes énoncés dans le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne.

Normes de qualité statistique. Les normes de qualité mises au point par le FMI peuvent servir à mesurer la qualité des statistiques sanitaires disponibles.

Réseau de métrologie sanitaire. Le Réseau de métrologie sanitaire a proposé une structure de systèmes d'information sanitaire englobant l'ensemble de l'information sanitaire, des intrants et des processus à l'évaluation des résultats et des incidences. Cette structure vise l'exhaustivité des données sanitaires mais elle ne peut en assurer la qualité ni le contenu.

Les comptes nationaux de la santé. Les comptes nationaux de la santé consistent des informations sur les dépenses consacrées par un pays à son système de santé. Ils se composent d'une série de données statistiques qui rendent systématiquement compte des dépenses de santé d'un pays pendant une année donnée. Concrètement, ils renseignent sur : a) les montants dépensés par le système de la santé; b) les sources de financement; c) les services de soins assurés; d) le coût de gestion des systèmes de financement de la santé. Ils donnent un aperçu de l'efficacité du financement du système sanitaire et aident les décideurs à prendre des mesures afin de rendre le système plus performant. En tant que schéma directeur, ils permettent de vérifier la cohérence des estimations.

Les classifications internationales types sont des normes acceptées à l'échelle internationale, que les pays devraient utiliser dans la mesure du possible aux fins de la comparabilité internationale. La Classification internationale des maladies et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé sont des exemples des grandes classifications utilisées pour les statistiques sanitaires. Les tables de correspondance qui établissent des liens entre les classifications nationales et les classifications internationales sont utiles.

Le choix des sources à retenir pour établir les indicateurs fondamentaux de la santé dépendra des besoins d'information, de la disponibilité de l'information et de sa fréquence, des coûts, du travail de communication des données, et de l'équilibre à établir entre la nécessité de disposer de séries chronologiques et d'une comparabilité historique, et les grands changements qui sont définis sur des périodes relativement longues.

Les recensements

Les recensements constituent souvent une source importante de données sanitaires. Ils fournissent une vue d'ensemble de la population visée et permettent de collecter les données soit en interrogeant les personnes soit en leur demandant de remplir elles-mêmes des bulletins, soit encore en combinant les deux méthodes.

L'ONU et certaines commissions régionales ont mis au point des recommandations sur la conduite des recensements de la population et du logement. Les deux domaines couverts par le recensement, les caractéristiques démographiques et les caractéristiques des unités de logement et autres zones de vie peuvent être utiles à la planification du système sanitaire et à l'élaboration de grandes orientations dans ce domaine. Les recensements comprennent souvent des indicateurs sur l'espérance de vie à la naissance, la mortalité et les handicaps chez les enfants et les adultes, ainsi que le nombre d'agents de santé et leur répartition. Ils ne servent pas uniquement à dénombrer la population et le logement; ils incluent souvent la collecte de données provenant des municipalités (données locales) ou des dispensateurs de soins de santé.

Points forts et faiblesses

Les recensements donnent un aperçu général de la population visée mais ils sont coûteux et, comme ils sont souvent établis au moyen de bulletins complétés directement par les ménages, ne répondent pas parfaitement aux besoins d'informations sanitaires, qui sont complexes et parfois délicats. Les recensements visant une population limitée sont une manière économique de recueillir un grand nombre de données. Néanmoins, il est important de tenir compte de la charge de travail qu'ils représentent pour les répondants, car des questions apparemment simples, par exemple sur les soins hospitaliers, entraînent parfois des recherches dans les fichiers des institutions et des calculs compliqués. Les réponses risquent alors d'être incomplètes, ce qui pèse sur la qualité des données ou augmente la charge de travail.

Les enquêtes par sondage

L'enquête par sondage est une méthode d'acquisition de données statistiques sur la santé très importante. En effet, elle permet d'établir des taux de prévalence (par exemple, pour les symptômes, les handicaps ou encore les facteurs de risque) que ne livrent pas les données administratives fondées sur l'utilisation de services. De même, elle peut servir à dégager une demande potentielle ou non satisfaite de services de santé et à mesurer, dans une population donnée, les comportements par rapport à la santé et les facteurs de risque. Comme dans le cas du recensement, les informations peuvent être collectées soit en interrogeant les personnes soit en leur demandant de remplir elles-mêmes des bulletins, ou encore en combinant ces deux méthodes. L'enquête par sondage peut aussi bien viser une population donnée qu'un établissement de santé ou d'autres entités. Ce qui suit concerne principalement les enquêtes auprès des ménages.

L'enquête par sondage offre des données statistiques sur l'état de santé, l'utilisation des services de soins et les comportements en matière d'hygiène. Dans la plupart des milieux à faibles revenus, les enquêtes auprès des ménages constituent

la source principale d'information sur la mortalité postinfantile, grâce aux détails fournis sur les circonstances des naissances et aux méthodes indirectes. Dans certains cas, l'enquête par sondage offre la seule source de données disponible; c'est le cas des données fournies par les intéressés sur leur propre santé ou des données sur le degré de satisfaction des utilisateurs : la personne interrogée exprime une opinion introuvable dans des données d'origine administrative. Souvent, l'enquête par sondage est aussi un bon outil de description des résultats obtenus dans le domaine de la santé.

Elle remplace parfois avantageusement le recensement, lorsque celui-ci s'avère trop onéreux ou qu'il risque d'imposer une charge de travail trop importante aux répondants.

Dans certains pays, elle peut pallier l'inexistence de l'état civil; néanmoins, il ne faudrait pas qu'à long terme, les ressources consacrées aux enquêtes mettent en péril la création d'un état civil efficace.

Points forts et faiblesses

Par rapport aux données administratives, l'enquête auprès de la population offre l'avantage de donner des informations sur l'utilisation réelle des services. Un autre avantage des données obtenues par enquête est le contrôle direct qui peut être exercé sur le contenu des données, puisqu'il est possible de poser des questions particulièrement précises. Cela peut faciliter grandement la comparaison internationale.

L'enquête est la seule source de données utile quand on souhaite que la personne interrogée fournisse des précisions sur sa santé (douleur, fatigue ou certains aspects du fonctionnement) ou qu'elle évalue son état de santé, ou encore si on souhaite obtenir toute autre donnée introuvable dans un registre administratif.

En général, les données fournies par l'enquête par sondage peuvent être traitées et publiées beaucoup plus rapidement que les données des registres, lorsqu'on utilise des techniques modernes telles que les méthodes d'entretien individuel ou téléphonique assisté par ordinateur.

L'enquête par sondage est une méthode de collecte de données relativement coûteuse. Les non-réponses peuvent entraîner des distorsions dans les résultats et les personnes ou les ménages interrogés ne sont pas toujours désireux ou en mesure de donner des réponses adéquates, en particulier à propos des diagnostics de maladies ou de description des services reçus.

Système d'information sur les maladies : partie à ajouter

Registres administratifs

Registres

Certains pays utilisent depuis longtemps les registres administratifs pour produire des statistiques officielles. Ces dernières années, d'autres pays, de plus en plus nombreux, s'engagent sur la même voie.

Un registre est le résultat de la collecte systématique de données du niveau de l'unité, organisée de telle sorte qu'elle peut être mise à jour. La mise à jour est le processus qui consiste à répertorier tout changement dans les données, en décrivant les unités et leurs attributs. Les registres informatisés sont plus faciles à utiliser comme sources de données statistiques que les registres sur papier.

Source de données statistiques dont l'importance et la faisabilité varient d'un pays à l'autre, le registre bien conçu peut néanmoins entraîner une réduction des coûts et diminuer la charge de travail des personnes interrogées.

En règle générale, il contient des informations sur un groupe complet d'unités d'une population donnée (notamment des personnes ou des hôpitaux). Ces unités sont définies par un ensemble précis de règles (par exemple, le personnel sanitaire hospitalier) et les attributs sont adaptés à mesure que les unités évoluent. Au niveau le plus basique, le registre pourrait n'être qu'une liste de toutes les unités d'une population cible. Néanmoins, dans la pratique, la plupart des registres contiennent aussi des caractéristiques supplémentaires pour chaque unité. Parmi les unités pertinentes pour les statistiques sanitaires, on retiendra les événements liés aux personnes tels que les événements démographiques (naissances, décès).

Il est essentiel que chaque unité d'un registre soit toujours définie de manière unique. Le meilleur moyen d'y arriver est d'utiliser un système de codes d'identification mais celle-ci est également possible sans ce code si l'on dispose d'une information suffisante sur les unités (pour les personnes, il peut s'agir du nom, de l'adresse, de la date de naissance, etc.). L'utilisation des mêmes séries de code d'identification d'un registre à l'autre permet d'établir des recoupements mais actuellement, les registres n'utilisent pas tous les mêmes séries de code et ne peuvent donc être reliés entre eux.

Les registres administratifs sont utilisés avant tout dans les systèmes d'information administrative. Certains registres administratifs utilisés à des fins statistiques sont des registres nationaux gérés par l'État ou par les autorités locales; c'est le cas, par exemple, des registres de l'état civil, qui enregistrent les naissances et les décès. Les registres privés peuvent aussi s'avérer utiles, par exemple lorsqu'ils sont gérés par le secteur privé des soins de santé.

Les registres statistiques sont créés en traitant les données des registres administratifs. Tantôt, ils dépendent d'un seul registre administratif, tantôt ils sont le résultat de la combinaison de données provenant de diverses sources administratives.

Il est important que les registres administratifs soient particulièrement précis et complets; néanmoins, même incomplets, ils peuvent servir à des fins statistiques.

Il importe également que les statistiques suivent les mêmes événements et les mêmes unités sur une longue période. Les définitions utilisées dans les registres administratifs doivent rester les mêmes au fil du temps afin d'assurer la comparabilité historique. Les dimensions temporelles et les dates des événements doivent apparaître dans les registres administratifs; elles sont en effet essentielles pour les statistiques.

De nombreux pays possèdent un registre administratif officiel des causes de décès. La couverture et le niveau d'informatisation varient d'un pays à l'autre mais ces registres sont généralement une bonne source d'information statistique.

L'information contenue dans les registres administratifs peut être conservée de diverses manières. Dans de nombreux pays, les registres administratifs utilisés à des fins statistiques sont informatisés et les données sont disponibles sous forme électronique.

Utilité des données administratives à des fins statistiques

Du point de vue de l'État, l'utilisation de données administratives à des fins statistiques comporte les avantages suivants :

- La rentabilité;
- Le fait que les déclarants ne sont pas soumis inutilement à des demandes de renseignements;
- Le fait que la sécurité des données est d'autant meilleure que le nombre de gestionnaires des données est limité;
- Le fait que la confidentialité peut être renforcée par l'utilisation du support électronique.

L'existence d'un système d'identification unique tant à l'intérieur de la même source, sur une longue période, que dans des sources diverses, facilite grandement l'utilisation statistique des données administratives. En l'absence d'un tel système d'identification unique, il est beaucoup plus malaisé de produire des statistiques exploitables qui ne soient pas de simples énumérations d'événements.

Obligations juridiques

Les dispositions législatives déterminent l'utilisation des sources de données administratives à des fins statistiques. Le droit national devrait s'inspirer des lignes directrices établies au plan international afin de réduire la charge de travail du déclarant et de pouvoir tirer profit des sources de données administratives existantes plutôt que de répéter la collecte des données à des fins statistiques. Dans certains pays, les producteurs de statistiques ont l'obligation d'utiliser principalement et prioritairement des données déjà recueillies à d'autres fins. Le bureau national de statistique doit d'abord vérifier si les données sont disponibles dans les registres administratifs avant d'entamer une collecte de données directe.

Certains pays se sont dotés de lois sur le traitement des données personnelles qui garantissent que les registres informatisés contenant des informations personnelles sont établis et utilisés dans le respect de la confidentialité et des droits des particuliers.

La multiplication des registres administratifs dans une société donnée risque évidemment de susciter des débats sur le respect de la vie privée, surtout dans le cas de l'information sur la santé. Lorsque l'opinion publique est sceptique ou négative, il peut arriver que les responsables politiques hésitent à créer de nouveaux registres ou à améliorer ceux qui existent et limitent l'accès aux registres sanitaires pour les statisticiens.

Il est important que le grand public apprécie et comprenne les avantages que comporte l'utilisation des registres à des fins statistiques et qu'il approuve largement l'utilisation des registres administratifs à de telles fins. Il est essentiel que la législation sur les registres nationaux soit à jour et que l'action menée par les autorités responsables de ces registres soit ouverte et transparente.

Points forts et faiblesses

En principe, les registres administratifs couvrent toute la population ciblée et les coûts de la collecte des données et du traitement statistique sont relativement peu élevés. Généralement, il est possible de produire des statistiques plus détaillées en utilisant des registres administratifs qu'en procédant à des enquêtes par sondage, par exemple pour les zones géographiques limitées ou les critères de classification détaillés.

Les données extraites des registres ont un grand potentiel car ces derniers peuvent être reliés entre eux par des identifications uniques clairement définies. En général, les données des registres administratifs sont cohérentes et d'une qualité très satisfaisante d'un point de vue administratif. L'utilisation à des fins statistiques de données extraites des registres font parfois apparaître des problèmes de cohérence et de qualité.

Lorsque la couverture est insuffisante dans les registres, des distorsions risquent d'apparaître au niveau des données, comme dans le cas de non-réponses dans les enquêtes par sondage.

Dans une large mesure, les statisticiens sont liés par les définitions et les pratiques administratives des autorités responsables des registres. Les données provenant des sources administratives peuvent être considérées comme le point de vue des autorités. En outre, n'étant pas proches de la collecte réelle des données, les statisticiens risquent de ne pas tout savoir sur le contenu, le traitement et la qualité des données. Pour éviter cet écueil, il faut établir des liens étroits de coopération entre les statisticiens et les autorités responsables des registres administratifs.

Les registres ne contiennent pas toujours toutes les variables et observations nécessaires pour les statistiques visées. Des informations supplémentaires peuvent alors être recueillies par sondage, non seulement pour compléter les statistiques (par exemple en cas de couverture insuffisante) mais aussi pour évaluer la qualité des données et dégager les différents aspects d'une même question (par exemple, comparer la morbidité consignée dans les registres hospitaliers et les indicateurs de l'état de santé tel qu'il est perçu par l'intéressé).

Fichiers des soins de santé

Lorsqu'il n'existe pas de registre administratif des prestations de soins de santé, les dossiers tenus par les dispensateurs de soins sont souvent utilisés pour produire des statistiques sanitaires. Deux types d'information peuvent être obtenus à partir de ces dossiers : a) des informations produites par les rapports des établissements sanitaires, telles que la consommation de médicaments et de fournitures, les lits d'hôpital, la durée moyenne du séjour; et b) l'information provenant du dossier médical des patients, telle que le diagnostic, l'anamnèse, les opérations et traitements, et la survie.

Les systèmes de comptabilité

Au niveau national

Les systèmes de comptabilité tels que ceux qui sont tenus par les services publics, les hôpitaux et les compagnies d'assurance sont également des sources potentielles de données sanitaires, telles que les coûts et les modes de financement du secteur de la santé.

Les hôpitaux, les établissements de santé ainsi que les autorités nationales et locales consignent leurs dépenses, leurs recettes et leurs sources de financement dans des systèmes comptables. Des rapports comptables sont produits pour informer la direction de la situation financière et opérationnelle des hôpitaux et du système sanitaire. Les rapports comptables incluent souvent des récapitulatifs des recettes et des dépenses, des actifs et des passifs ou encore des mouvements de trésorerie. En outre, les divers établissements ou services publics établissent un grand nombre de rapports et de documents détaillés. La période sur laquelle porte la communication d'informations est parfois annuelle, parfois trimestrielle ou, parfois encore, mensuelle.

Points forts et faiblesses

Ces systèmes n'utilisent pas de modèles de rapports uniformes et ne sont pas toujours informatisés. Lorsque c'est le cas, les statistiques peuvent être produites en utilisant les extraits des fichiers électroniques des divers systèmes de comptabilité.

Comme les systèmes de comptabilité sont conçus de diverses manières, il est nécessaire de classer et de codifier les différents postes afin de permettre la production de valeurs globales comparables et cohérentes. Il faut également assurer la révision et le contrôle de la qualité pour garantir la cohérence des données provenant de différents secteurs et institutions. Les valeurs revues et corrigées donneront un tableau d'ensemble du coût de la santé, qui peut ensuite être ventilé par secteurs et par institutions. On peut établir des indicateurs qui renseigneront sur l'activité, les priorités, la productivité et la couverture des besoins. En normalisant les données recueillies, il devient possible de comparer des régions, des institutions et des groupes d'institutions et d'en surveiller l'évolution dans le temps.

Au niveau international

Le système de comptes de la santé de l'OCDE fournit une structure de communication des coûts, des recettes et des modes de financement qui permet la comparaison transnationale. Il donne aussi des orientations concernant la systématisation et la normalisation des sources de données comptables nationales.

En tant que cadre, il produit un ensemble de comptes global, cohérent, logique et comparable d'un point de vue international, permettant de satisfaire les besoins des analystes et des décideurs du secteur sanitaire public ou privé. Il permet de comparer au niveau international les coûts, les recettes et les modes de financement.

Le manuel du système de comptes de la santé est une base conceptuelle qui décrit les règles de la communication d'informations statistiques, compatibles avec les autres statistiques économiques et sociales. On y propose une classification internationale des comptes de la santé (actuellement la version 1.0) qui couvre trois dimensions des soins de santé :

- Le financement des soins de santé;
- Le secteur des soins de santé;
- Les sources de financement des soins de santé.

Chapitre 4. Structure du Cadre

Le Cadre présente un mode d'organisation des diverses dimensions de la santé que le système statistique doit envisager et permet de mettre en évidence des relations entre ces dimensions. Les indicateurs sanitaires plus généraux viennent en premier lieu; viennent ensuite des indicateurs particuliers dont le nombre va croissant. Les liens entre les indicateurs ne sont pas nécessairement des liens de causalité; leur écheveau est extrêmement complexe. L'objectif du Cadre n'est pas de préciser chaque lien mais de définir les types d'indicateurs inclus dans la rubrique générale des statistiques de la santé et de dégager dans les grandes lignes la nature de leurs liens. On trouvera ensuite un bref aperçu de la structure du Cadre ainsi qu'une description des types d'indicateurs inclus.

Indicateurs sanitaires généraux. Ils sont généralement considérés comme les indicateurs qui permettent le mieux de mesurer l'état de santé général d'une population. Les niveaux de ces indicateurs et les changements qu'ils subissent sont le résultat d'un ensemble de facteurs qui sont saisis par d'autres indicateurs du Cadre. Un grand nombre de combinaisons différentes de mesures plus spécifiques peuvent donner une valeur unique concernant un indicateur général de sorte que l'égalité de ces mesures peut indiquer des situations sanitaires très diverses. En général, ils ne sont pas directement utiles, en ce sens qu'ils ne fournissent pas d'informations sur ce qu'il convient de changer pour que la situation sanitaire évolue. Cependant, ils fournissent une bonne description de l'état sanitaire général de populations ou de sous-populations. Il serait bon qu'ils reflètent tant l'amélioration apportée au système de la santé par les politiques et programmes que la dégradation du système des soins de santé ou de la structure économique ou sociale. Les indicateurs actuellement disponibles ne répondent pas nécessairement à tous ces critères mais on tend vers ce but. Les indicateurs sanitaires généraux incluent : l'espérance de vie, la mortalité infantile et l'état de santé déterminé par auto-évaluation.

On peut y ajouter l'indicateur récapitulatif. Ces types d'indicateurs sont extrêmement élaborés et souvent d'une nature composite. Par exemple, les divers indicateurs de l'espérance de vie modulés en fonction de l'état de santé visent à indiquer non seulement la durée de vie mais aussi sa qualité en fonction de l'état de santé. Pour établir de tels indicateurs, il faut disposer d'informations sur les indicateurs sanitaires de mortalité et de non-mortalité et pouvoir combiner ces derniers de manière à décrire le nombre d'années en « bonne santé » qu'une personne d'une population donnée peut espérer vivre en fonction de la mortalité et de l'état de santé général de la population en question. Le Cadre propose un outil

pour les indicateurs sanitaires de non-mortalité, à utiliser dans les indicateurs récapitulatifs.

Les indicateurs de l'état fonctionnel de la population (appelés état de santé par l'Initiative de Budapest). Le fonctionnement peut être mesuré dans différents domaines tels que les capacités sensorielles, la mobilité, les domaines cognitif et psychologique, la communication et les fonctions liées à la partie supérieure du corps. Les indicateurs du handicap sont aussi inclus à ce niveau; en effet, ils combinent le fonctionnement et l'information sur l'environnement pour décrire la mesure dans laquelle tous les citoyens peuvent participer à la vie de la société. L'Initiative de Budapest et le Groupe de Washington mettent actuellement au point des indicateurs sur l'état de fonctionnement.

Les indicateurs biologiques (caractéristiques physiologiques, pathologies et maladies). Les maladies et les affections sont définies par un ensemble de caractéristiques pathologiques elles-mêmes liées à la structure et à la fonction biologique. Ces caractéristiques physiologiques peuvent être complexes et mesurées au niveau de l'organe (ou des organes) ou peuvent être ciblées plutôt comme des anomalies ou des prédispositions génétiques. Les indicateurs des états de maladie sont courants et de nombreux exemples d'indicateurs spécifiques de maladie sont disponibles. Les indicateurs des causes de décès trouveraient leur place ici, tout comme les indicateurs de la douleur ou de la fatigue.

Facteurs de risque. Cette série d'indicateurs inclut les facteurs d'augmentation ou de diminution du risque de développer des pathologies et des maladies et ont donc une incidence sur les indicateurs des niveaux fonctionnels et les indicateurs généraux de la santé. Les exemples particuliers sont le régime et la nutrition, le tabagisme et l'activité physique.

Facteurs apparentés. Il existe une vaste série de facteurs apparentés à la santé. Les soins de santé font l'objet d'une série importante d'indicateurs relatifs à l'offre, l'accès, l'utilisation, les dépenses et les caractéristiques des systèmes. Les caractéristiques du système public et des interventions sanitaires publiques constituent une autre composante principale, tout comme les facteurs liés à la situation socioéconomique des personnes et les caractéristiques structurelles. Les liens entre ces facteurs et la santé sont complexes.

Rapports entre les groupes d'indicateurs. Le mode d'établissement d'une matrice peut être illustré par un exemple. L'indicateur général de la santé qu'est l'espérance de vie fournit des informations sur les niveaux de mortalité mais pas sur la qualité de la santé. Cette information sera fournie dans la partie de la matrice qui porte sur l'état fonctionnel. La variation de l'état fonctionnel peut être causée par un ensemble de pathologies liées à la structure et à la fonction corporelle qui, elles, sont liées aux facteurs biologiques, génétiques et environnementaux. Dans les pays développés, les affections chroniques sont responsables de nombreuses limitations fonctionnelles; l'information sur la prévalence de ces affections serait fournie par l'ensemble des indicateurs traitant des aspects biologiques. Dans les pays en développement, les maladies infectieuses sont responsables de limitations fonctionnelles et de décès; le Cadre recommanderait l'inclusion d'indicateurs sur ces affections. Les facteurs de risque et les efforts de prévention ciblant certaines maladies sont inclus dans cette partie du Cadre tout comme les facteurs connexes tels que les effets environnementaux (niveau de l'assainissement ou mesure dans laquelle l'environnement est propice ou non à l'exercice physique).

Chapitre 5. Travaux en cours (relevé des indicateurs du Cadre)

À établir. Le cinquième chapitre, encore en gestation, traitera des travaux en cours dans le domaine des statistiques sanitaires, qui trouveront leur place dans le futur Cadre (autrement dit, qui fourniront des indicateurs correspondant aux concepts retenus). Il s'agit de la Famille des classifications internationales de l'OMS, ou encore des classifications du Groupe de Washington, de l'Initiative de Budapest, des groupes de travail sur des maladies spécifiques, du Réseau de métrologie sanitaire et de l'Office de statistique des Communautés européennes (EUROSTAT). On utilisera la matière traitée dans les quatre premiers chapitres, en établissant des liens entre les indicateurs, les autres travaux en cours ainsi que les autres sources de données, ce qui permettra de recenser les domaines où les données font défaut et où l'établissement de normes internationales est nécessaire.

Références

Principes fondamentaux de la statistique officielle adoptés par la Commission de statistique à sa session extraordinaire tenue du 11 au 15 avril 1994, *Documents officiels du Conseil économique et social, 1994, Supplément n° 9 (E/1994/29)*, chap V.

Système des comptes de la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques, version 1.0, OCDE, 2000.

Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil concernant l'indépendance, l'intégrité et la responsabilité des autorités statistiques nationales et communautaires (COM/2005/0217 final, 25 mai 2008).

Register-based statistics in the Nordic countries, United Nations, New York et Genève, 2007.
