

→ CES/AC.36/18
EURO/ICP/DHS 003/11
22 novembre 1976
FRANCAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'EUROPE
CONFERENCE DES STATISTICIENS EUROPEENS

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

Deuxième Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques sanitaires
(25-29 octobre 1976)



RAPPORT

de la deuxième Réunion commune tenue à Genève du 25 au 29 octobre 1976

Table des matières

	<u>Paragraphes</u>
I. INTRODUCTION	1 - 4
II. INTEGRATION DES STATISTIQUES SANITAIRES A D'AUTRES STATISTIQUES SOCIALES ET DEMOGRAPHIQUES	5 - 14
III. CLASSIFICATION DE LA SANTE POUVANT SERVIR DE CLASSIFICATION COMMUNE DANS LE SSSD	15 - 21
IV. LES INDICATEURS SOCIAUX DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ...	22 - 27
V. CLASSIFICATION DES SERVICES DE SANTE DANS LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE TYPE DE TOUS LES BIENS ET SERVICES (CIBS)	28 - 34
VI. METHODES PERMETTANT DE RECUEILLIR DES DONNEES PLUS DETAILLES ET FIABLES SUR LA MORBIDITE	35 - 45
VII. MISE AU POINT DE LA COMPTABILITE ECONOMIQUE POUR LES SERVICES DE SANTE DANS LE CADRE DES SYSTEMES DE COMPTES ET BILANS NATIONAUX	46 - 57
VIII. TRAVAUX ULTERIEURS	58 - 60

I. INTRODUCTION

1. La deuxième Réunion commune CEE/OMS sur les statistiques sanitaires s'est tenue à Genève du 25 au 29 octobre 1976 sous les auspices du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé et de la Conférence des statisticiens européens. Ont participé à cette réunion des représentants des pays ci-après : Allemagne, République fédérale d'; Algérie; Autriche; Belgique; Canada; Espagne; Etats-Unis; France; Hongrie; Irlande; Italie; Luxembourg; Norvège; Pays-Bas; Portugal; Royaume-Uni; Suède; Suisse; Turquie; URSS et Yougoslavie. L'institution spécialisée ci-après était représentée : Organisation internationale du Travail. Ont assisté à la réunion des représentants de la Communauté économique européenne. A l'invitation du secrétariat, des fonctionnaires de l'Organisation de coopération et de développement économiques y ont aussi assisté.
2. L'ordre du jour provisoire (CES/AC.36/8; EURO/ICP/DHS 003/1) a été adopté, sous réserve que le point 4 (Mise au point de la comptabilité économique pour les services de santé dans le cadre des systèmes de comptes et bilans nationaux) serait examiné après le point 8 (Méthodes permettant de recueillir des données plus détaillées et plus fiables sur la morbidité).
3. Le Professeur R. Beckers (Belgique) a été élu Président et le Docteur G. Gerkovnyj (URSS) a été élu Vice-Président.
4. Les participants étaient saisis des documents ci-après :
 - a) un document de travail du Dr A. S. Hårø (Conseiller temporaire auprès de l'OMS) sur le contenu des statistiques et les besoins des usagers (CES/AC.36/9; EURO/ICP/DHS 003/2);
 - b) une note du secrétariat de la CEE sur le sous-système de la santé du Système de statistiques sociales et démographiques (SSSD) et ses liens avec d'autres sous-systèmes (avec des extraits des parties pertinentes de la dernière version du SSSD) (CES/AC.36/10; EURO/ICP/DHS 003/7);
 - c) un document établi par le Dr A. A. Weber, de l'OMS, sur les indicateurs sociaux dans le domaine de la santé (CES/AC.36/11; EURO/ICP/DHS 003/4);
 - d) un document de travail du Dr P. Gilliland (Conseiller temporaire auprès de l'OMS) sur divers aspects de l'intégration des statistiques sanitaires aux statistiques sociales, économiques et démographiques (CES/AC.36/12; EURO/ICP/DHS 003/5);
 - e) un document de travail du Professeur W. W. Holland (Conseiller temporaire auprès de l'OMS) sur la mesure de la morbidité (CES/AC.36/13; EURO/ICP/DHS 003/3);
 - f) un document de travail de MM. J. T. P. Bonte (Conseiller temporaire auprès de l'OMS) et H. W. J. Donkers sur l'élaboration de comptes de la santé dans le cadre du système de comptabilité nationale (CES/AC.36/14; EURO/ICP/DHS 003/6);
 - g) un document de travail du Dr A. Vessereau, de l'OMS, sur les problèmes posés par l'établissement d'une classification de santé pouvant être utilisée comme classification commune du SSSD (CES/AC.36/15; EURO/ICP/DHS 003/8);

- h) un document soumis par le secrétariat de la CEE et contenant la dernière version du projet de directives concernant les indicateurs sociaux (CES/AC.36/16; EURO/ICP/DHS 003/9);
- i) des extraits de la dernière version du projet international de classification type de tous les biens et services (CIBS), soumis par le secrétariat de la CEE (CES/AC.36/17; EURO/ICP/DHS 003/10);

En outre, les documents de référence ci-après ont été soumis :

- a) Recommandations et déclarations de Groupes d'experts de l'OMS au sujet des statistiques sanitaires (WHO/HS/NAT.COM/75.345);
- b) Classification des incapacités et handicaps (WHO/ICD.9/REV.CONF/75.17).

II. INTEGRATION DES STATISTIQUES SANITAIRES A D'AUTRES STATISTIQUES SOCIALES ET DEMOGRAPHIQUES

5. Les participants ont examiné cette question sur la base des documents du Dr Härö (CES/AC.36/9; EURO/ICP/DHS 003/2) et du Dr Gilliland (CES/AC.36/13; EURO/ICP/DHS 003/5) et des parties pertinentes du document intitulé "Vers un système de statistiques démographiques et sociales" 1/ (reproduit dans le document CES/AC.36/10; EURO/ICP/DHS 003/7).

6. Les participants ont été informés de l'évolution des travaux relatifs à un système de statistiques sociales et démographiques (SSSD), depuis la publication par l'Organisation des Nations Unies du document intitulé "Vers un système de statistiques démographiques et sociales" en 1974. Ils ont noté en particulier que la Commission de statistique avait approuvé la publication de ce document comme étude technique ou méthodologique et non pas comme un aperçu de directives internationales relatives à un système intégré de statistiques pour utilisation aux niveaux national et international.

7. Le document intitulé "Vers un système de statistiques démographiques et sociales" a donné lieu à de nombreuses discussions et études nationales et internationales concernant les moyens appropriés de collecte et d'analyse de statistiques sociales et démographiques intégrées, les indicateurs sociaux et les problèmes d'harmonisation des notions, définitions et classifications sociales et démographiques, et des notions, définitions et classifications économiques apparentées. Les participants ont estimé que dans le cas des statistiques sanitaires, il fallait encore réaliser des travaux dans ces trois domaines avant qu'une structure générale appropriée pour le développement intégré des statistiques sanitaires dans leur ensemble puisse être adoptée. A cet égard, les participants ont estimé qu'une priorité élevée devait aller aux travaux futurs concernant certains problèmes de l'harmonisation des classifications et des définitions à l'intérieur du domaine des statistiques sanitaires et aussi avec les éléments correspondants des autres statistiques sociales, démographiques et économiques. En outre, les essais faits dans les pays pour atteindre à une intégration plus poussée seraient utiles aussi pour la vérification des possibilités pratiques et l'examen des problèmes concrets de la collecte, de l'exploitation, de l'harmonisation et de l'analyse. Ces essais devraient être poursuivis aux niveaux national, régional et local. Les critères de

1/ Publication des Nations Unies, No de vente : F.74.XVII.8.

l'utilité finale des statistiques rassemblées pour les décideurs, les directeurs de programme et les gestionnaires, les administrateurs et les analystes devraient venir au premier plan pour l'évaluation des résultats des études faites.

8. Les participants ont décidé d'examiner les questions précises concernant les séries et les classifications dans le domaine de la santé, à propos du point de l'ordre du jour relatif aux indicateurs sociaux dans le domaine de la santé.

9. Les participants ont été d'avis que tout système d'information devait répondre à une fin précise. Cette idée était développée dans le document de travail du Dr Härö, qui porte sur le contenu du système d'information étudié du point de vue des planificateurs et des administrateurs de la santé. L'auteur décrit le processus de la prise des décisions et souligne le rôle du système d'information qui consiste à procurer à la direction des données pertinentes. Les participants ont été d'avis qu'il fallait un dialogue plus nourri entre utilisateurs et fournisseurs de l'information. On a fait observer toutefois que les besoins d'information des gestionnaires étaient souvent mal définis. Il était donc souhaitable que l'occasion soit donnée aux statisticiens de participer dès le début aux discussions sur la prise des décisions de principe pour qu'ils soient mieux à même de faire une évaluation des types d'information dont on a besoin pour faciliter le processus de la prise de décision et les analyses nécessaires pour l'interprétation de cette information.

10. Plusieurs participants ont parlé du rôle et des tâches des deux grands groupes de sources d'information : les services statistiques officiels, d'une part, et les instituts de recherche, les départements des universités ou d'autres organismes, d'autre part. On a fait observer que ces deux sources devaient se compléter, mais on a admis que leurs possibilités différaient. C'est pourquoi on a émis l'avis que si les services statistiques officiels devaient être chargés de la production de routine d'informations de base, les instituts de recherche ou des départements des universités pourraient utilement participer aux travaux sur les problèmes méthodologiques et à la collecte de l'information par le moyen d'enquêtes et d'études spéciales sur le terrain. Plusieurs participants ont donné des exemples de cette méthode, tirés de l'expérience de leurs pays, et ont insisté sur le rôle coordonnateur des organismes tels que les services centraux de statistique dans leur pays pour la collecte et l'exploitation des statistiques sanitaires. A ce propos, on a souligné l'importance de notions, de définitions et de classifications normalisées permettant de relier entre elles des données venant de différentes sources.

11. Le débat a montré qu'au cours des dernières années, des pays de plus en plus nombreux de la région de la CEE avaient commencé à recourir aux enquêtes sur les ménages pour réunir des données sur les conditions sanitaires de la population et, dans quelques cas, sur le coût des soins sanitaires de divers groupes de la population. Dans plusieurs pays, les données étaient rassemblées à l'aide d'enquêtes à plusieurs fins, dans d'autres à l'aide d'enquêtes spécialisées et dans au moins un pays à l'aide d'enquêtes de ces deux types. Des participants ont décrit les types de données rassemblées dans les enquêtes faites dans leur pays ainsi que les plans de développement des statistiques. Dans de nombreux pays, les taux de réponse dans les enquêtes sanitaires bien préparées et soigneusement testées ont été élevés. Cependant, force est de constater qu'il existe certains caractères, tels que les maladies mentales, les maladies vénériennes et la consommation d'alcool, sur lesquels il est particulièrement difficile de recueillir des données fiables auprès des ménages, et qui peuvent tendre à abaisser le taux de réponse s'ils sont prévus dans le questionnaire.

12. Les participants ont tous estimé que les enquêtes sur les ménages étaient l'un des meilleurs moyens d'arriver à l'intégration des données sur diverses caractéristiques sociales et démographiques tels que le revenu, les conditions de logement, la profession, les conditions de travail et les conditions de l'environnement, qui agissent sur les conditions sanitaires de la population, et qu'il fallait poursuivre les efforts pour répandre cette façon de concevoir l'intégration des statistiques sanitaires avec d'autres statistiques sociales et démographiques. On a estimé que l'utilisation des données venant d'enquêtes sur les ménages pour l'étude de ces relations réciproques pourrait donner de meilleurs résultats que les efforts faits pour inclure des variables d'autres sous-systèmes, comme la profession, la situation matrimoniale et le niveau d'instruction, dans les statistiques sanitaires de routine parce que le personnel médical est souvent incapable de rassembler des données suffisamment fiables sur ces variables. Toutefois, le débat a montré que plusieurs pays se proposaient d'harmoniser, dans toute la mesure du possible, les notions, les définitions, et les classifications utilisées dans les enquêtes sur les ménages et dans les statistiques sanitaires de routine, en vue d'utiliser les données ensemble. Un participant a déclaré que dans son pays il y avait dans chaque entreprise un médecin connaissant les professions des travailleurs et que ce type d'information pouvait servir pour l'analyse des dossiers médicaux. Un autre participant a signalé des plans de rattachement des données sur les causes de décès aux données sur les professions tirées du recensement de la population, le but étant l'utilisation des données dans la recherche médicale.

13. On a attiré l'attention des participants sur les besoins des législateurs et des planificateurs et administrateurs de la santé pour l'approche "groupes clients" proposée dans le document de Sir Claus Moser sur la SSSD intitulé "Utilisations possibles et utilité du système" ^{1/}. On a fait observer, par exemple, que les services sanitaires s'adressant aux personnes âgées étaient si étroitement imbriqués avec les services de protection sociale et de préservation des revenus qu'ils devaient être étudiés en liaison les uns avec les autres. Les enquêtes à plusieurs fins sur les ménages étaient un moyen efficace de rassembler les données nécessaires pour l'analyse de la situation et des problèmes de groupes particuliers de la population. Les participants ont noté que le document sur une stratégie pour la poursuite des travaux relatifs à un SSSD comprenait des propositions de développement de cette approche, que le groupe de travail pour un système de statistiques sociales et démographiques de la Conférence des statisticiens européens projetait aussi d'étudier.

14. Des participants ont appuyé la proposition contenue dans le document du Dr Gilliland tendant à ce que des études pilotes d'une portée très précise soient entreprises au niveau régional pour encourager les efforts d'intégration des statistiques de différents domaines en montrant l'utilité pratique de statistiques intégrées pour la prise des décisions au niveau régional. Les données régionales étaient importantes pour de nombreux types de statistiques sanitaires et les coûts des études pilotes régionales pouvaient être inférieurs à celui des études faites au niveau national. Les participants ont suggéré de prévoir une discussion de cette approche de la vérification de l'utilité du SSSD dans la version définitive du document sur une stratégie pour la poursuite des travaux relatifs à un SSSD.

^{1/} Document ST/ESA/STAT.75 du Bureau de statistique des Nations Unies.

III. CLASSIFICATION DE LA SANTE POUVANT SERVIR DE CLASSIFICATION COMMUNE DANS LE SSSD

15. Pour l'examen de ce point, les participants étaient saisis d'un document du Dr A. Vessereau présentant les problèmes posés par l'établissement d'une classification de santé pouvant être utilisée comme classification commune du SSSD (CES/AC.36/15; EURO/ICP/DHS 003/8). Le document attirait l'attention sur les options et les contraintes qui conditionnent la structure et le contenu d'une telle classification. En particulier, il convenait non seulement de préciser à quel aspect de la santé (états de santé, maladies, traitements, handicaps) serait consacrée la classification, mais d'envisager également quelle utilisation en serait faite, quels en seraient les utilisateurs, quelles seraient les sources d'information et les conditions de la collecte. D'autre part, comme pour toute classification, il était nécessaire que les faits ou les événements à classer répondent à des critères et définitions aussi objectifs et aussi peu ambigus que possible.

16. On a rappelé que le Groupe de travail du Système de statistiques sociales et démographiques de la Conférence des statisticiens européens, après avoir de nouveau discuté de la question à sa cinquième session en mai 1975, avait souhaité qu'une classification commune du SSSD soit établie aussitôt que possible afin de répondre aux demandes qui étaient formulées d'une manière pressante. Il faudrait donc pouvoir disposer à bref délai de classifications très simplifiées couvrant les besoins du SSSD et permettant d'orienter les politiques sanitaires nationales. Les participants à la Réunion ont cependant noté qu'il pouvait y avoir quelque difficulté à concilier le besoin d'une classification suffisamment détaillée pour jouer un rôle utile et celui d'une classification suffisamment condensée pour être d'un emploi aisé en relation avec les autres sous-systèmes du SSSD.

17. Les participants à la Réunion ont accordé une attention particulière à la question des incapacités. Ils ont pris connaissance du projet de classification des incapacités et handicaps qui avait été soumis à la Conférence de révision de la Classification internationale des maladies en septembre 1975 ^{1/}. Bien que n'ayant été acceptée par cette Conférence que pour être utilisée sur une base expérimentale, le projet de classification a été considéré comme un document de travail très utile pour la suite des travaux sur les classifications communes du SSSD. Les participants ont noté avec intérêt que des essais seraient faits dans plusieurs pays en 1977.

18. Des doutes sérieux ont toutefois été exprimés quant à la possibilité d'établir actuellement une classification des invalidités aussi longtemps que les problèmes de nomenclature n'auraient pas été résolus et qu'un accord minimum ne serait pas obtenu sur les définitions; on a en outre souligné que dans la situation actuelle, toute classification des invalidités se heurterait à des obstacles considérables du fait des différences qui existent entre les institutions sociales et juridiques des divers pays. Des doutes ont aussi été exprimés quant à la possibilité d'appliquer la classification des incapacités et handicaps de l'OMS.

19. Les participants ont estimé que, même si les recommandations se révélaient difficiles à mettre en pratique d'une façon généralisée à brève échéance, la poursuite d'un objectif dont l'urgence demeurerait ne devait pas en être ralentie.

^{1/} Document WHO/ICD9/REV.CONF/75.15, qui sera publié par l'OMS en 1977.

On a insisté pour que d'autres travaux de recherche soient menés, avec des moyens accrus, afin de résoudre les difficultés qui avaient été évoquées et de permettre un réel progrès dans la prise en considération des informations sur les états de santé dans le cadre du SSSD.

20. A cet effet, il était indispensable que soit renforcée la collaboration déjà instaurée entre tous les organismes particulièrement concernés. Il faudrait peut-être limiter au début ces travaux aux pays de la région européenne de l'OMS et à la région de la CEE.

21. On a aussi souligné que toutes les activités futures devraient être menées par le moyen d'un dialogue entre utilisateurs et fournisseurs d'informations.

IV. LES INDICATEURS SOCIAUX DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

22. Pour l'examen de ce point de l'ordre du jour, les participants étaient saisis d'un document dans lequel était reproduite la dernière version du Projet de directives établie par le Bureau de statistique des Nations Unies concernant les indicateurs sociaux (CES/AC.36/16; EURO/ICP/DHS 003/9), d'un document du Dr A. A. Weber de l'OMS contenant un résumé et une analyse des observations présentées par les services nationaux de santé au sujet d'une version antérieure du Projet de directives, ainsi que de renseignements supplémentaires disponibles au bureau régional de l'Europe de l'OMS.

23. Les participants ont été informés des progrès réalisés jusqu'alors dans l'élaboration du Projet de directives internationales concernant les indicateurs sociaux ainsi que de la source et de l'objet de ce Projet de directives. Ils ont noté que le document exposait des principes assez généraux qui seraient utiles pour le choix et la construction des indicateurs, aux services nationaux et internationaux de statistique et à d'autres services qui portaient un intérêt général à la planification et à la prise de décisions dans les divers domaines sociaux. L'adéquation, la validité, l'exactitude et l'actualité de ces indicateurs dépendraient bien entendu de la qualité et du champ des données de base. Les séries et les classifications pour servir au choix des indicateurs donnés dans les annexes au Projet de directives étaient seulement des exemples; elles étaient fondées, dans toute la mesure du possible, sur les normes internationales pertinentes relatives aux notions, aux définitions et aux classifications et elles étaient conformes à ces normes. Il ne fallait pas voir dans les séries et les classifications des recommandations concernant des statistiques à réunir ou des indicateurs à construire aux niveaux national et international. Ces séries et classifications ne feraient pas non plus ressortir les grandes différences que l'on constatait fréquemment entre les pays pour ce qui est des sources, des méthodes et des normes dans l'établissement des statistiques sociales et démographiques.

24. Les participants ont noté, toutefois, que l'amélioration de la comparabilité internationale faisait de grands progrès dans quelques domaines des statistiques de la santé dans des pays européens et qu'il semblait possible de progresser davantage vers la comparabilité, les statistiques de la santé réunies à l'occasion des enquêtes sur les ménages devenant de plus en plus largement disponibles.

25. Les participants ont estimé que la façon de concevoir les indicateurs sociaux qui était exposée dans le Projet de directives, à ce stade du développement des statistiques sanitaires dans la plupart des pays représentés, était pragmatique et utile mais ils ont souligné que les exemples de séries et d'indicateurs devraient

néanmoins être le résultat le meilleur possible des réflexions des statisticiens de la santé en ce qui concerne les notions, définitions et classifications utiles que l'on pourrait prendre pour construire ces séries et indicateurs. Les participants ont aussi estimé que les réserves au sujet des possibilités de construction de certaines des séries et des classifications indiquées par quelques pays seulement devraient être clairement signalées dans la partie correspondante du texte. Il convenait de noter aussi que leur utilité et leur interprétation pouvaient différer fortement d'un pays à l'autre. Les participants ont aussi souligné l'importance d'une coordination concertée, au sujet de la question des indicateurs sociaux, entre toutes les organisations internationales intéressées.

26. Pendant l'examen détaillé du champ, de la teneur et des définitions des exemples de séries, de classifications et d'indicateurs dans le domaine de la santé, les observations et les suggestions ci-après ont été présentées :

- a) On a besoin de définitions uniformes pour plusieurs termes tels que "personne exposée au risque", utilisés dans le libellé de plusieurs indicateurs.
- b) Plusieurs des classifications données dans les exemples de séries d'indicateurs sociaux, par exemple classes socio-économiques, zones urbaines/rurales, peuvent donner lieu à des difficultés :
 - i) Il n'est pas toujours possible de faire une distinction appropriée entre population urbaine et population rurale, les données étant habituellement agrégées au niveau des subdivisions administratives qui peuvent comprendre des zones urbaines et des zones rurales.
 - ii) En raison des grands flux migratoires et du manque fréquent de données suffisantes dans les pays récepteurs au sujet de caractéristiques comme les vaccinations et les incapacités antérieures des migrants, il est parfois difficile de donner des indicateurs par nationalité.
- c) Outre les indicateurs de l'état de santé, de la disponibilité et de l'utilisation de services sanitaires et de l'action de ces services, on a besoin d'indicateurs pour faire voir la relation entre les différentes séries, par exemple des indicateurs de l'utilisation (et de la non-utilisation) des services en relation avec l'état de santé ou d'indicateurs permettant de comparer l'action et l'utilisation des services de santé.
- d) Les types ci-après d'indicateurs sont souvent utilisés pour la gestion et l'évaluation des services sanitaires et peuvent être ajoutés aux exemples de séries :
 - i) Indicateurs fondés sur les caractéristiques biométriques et physiologiques de la population;
 - ii) Indicateurs des facteurs de risques y compris l'usage du tabac;
 - iii) Indicateurs de la mortalité, de la morbidité et de l'invalidité résultant des accidents de la circulation routière; et
 - iv) Indicateurs des malformations, de la mortalité et de la morbidité congénitales.

On a en outre noté que des indicateurs relatifs à la satisfaction de la population en ce qui concerne les services et les programmes sanitaires, particulièrement l'accès à ces services, pouvaient aussi avoir une utilité.

On a jugé extrêmement importants des indicateurs des handicaps, des invalidités et de l'activité restreinte. Toutefois, la présentation de l'information par type d'invalidité et par cause d'invalidité était difficile et appelait une autre étude.

27. Les participants ont exprimé l'avis qu'un service international de références pourrait être mis en place concernant les indicateurs de la santé couramment utilisés, pour aider les pays à choisir et à utiliser des indicateurs appropriés et pour leur faciliter l'évaluation de l'utilité et de la validité de ces indicateurs.

V. CLASSIFICATION DES SERVICES DE SANTE DANS LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE TYPE DE TOUS LES BIENS ET SERVICES (CIBS)

28. Les participants ont étudié ce point de l'ordre du jour en se fondant sur un extrait du troisième projet de la CIBS (E/CN.3/493), contenant la partie se rapportant aux services médicaux et dentaires et aux autres services sanitaires. Cet extrait avait été distribué avec une note de couverture portant la double cote CES/AC.36/17 et EURO/ICP/DHS 003/10. L'introduction du document E/CN.3/493 avait fait l'objet d'une distribution limitée en anglais seulement.

29. Les participants ont noté que la CIBS était une classification de tous les biens et services selon les branches d'activité dont ils étaient les produits caractéristiques, c'est-à-dire une classification reliée à la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI). Les critères en étaient les procédés et les technologies de production, les matériaux employés, le stade de la fabrication, l'utilisation qui serait donnée aux biens et aux services, les types de marchés où ils seraient vendus et la façon dont la production était organisée. La classification était conçue pour des objectifs tels que l'analyse de la production et de la consommation, l'analyse de l'offre et de la demande, l'analyse des flux de produits et l'analyse entrées-sorties.

30. Des participants ont fait observer que sur divers points importants, la classification ne faisait pas apparaître la manière dont les services de santé étaient fournis dans leurs pays. C'était le cas notamment des ventilations au niveau à huit chiffres des services hospitaliers spécialisés et des autres services médicaux et chirurgicaux spécialisés. Par exemple, divers services fournis par les hôpitaux tels que les services de laboratoire et de radiologie ne pouvaient être ventilés selon le type de maladie; les services chirurgicaux fournis par les hôpitaux aux cancéreux ne pouvaient être séparés des autres services thérapeutiques fournis à ces malades et les services fournis aux personnes âgées se trouvant dans les hôpitaux pour des raisons très diverses ne pouvaient être ventilés comme il était proposé. On a fait observer également que le traitement des services dentaires était différent de celui des services médicaux; ainsi, les services relevant de la chirurgie buccale et les services auxiliaires fournis dans les hôpitaux venaient respectivement sous les services dentaires et les services auxiliaires et non sous les services hospitaliers. Plusieurs participants ont déclaré qu'il serait très difficile, voire impossible, pour leur pays, de rassembler des données conformément à la classification proposée. Plusieurs participants ont, en outre, exprimé l'avis que la classification était exagérément détaillée pour utilisation dans l'analyse économique et insuffisamment détaillée pour utilisation par les spécialistes de la santé.

31. Au cours du débat, des suggestions concrètes ont été faites :

- a) La classe "produits pharmaceutiques et médicaux" (classe 3522 de la CIBS) devrait séparer les préparations destinées aux animaux et les préparations destinées aux humains;
- b) Les services psychiatriques et neurologiques devraient faire l'objet de rubriques distinctes;
- c) Des rubriques distinctes devraient être ajoutées pour les services dans le domaine de i) la gérontologie; ii) la rééducation et la médecine physique, étant donné l'importance de plus en plus grande de ces services dans les pays représentés.

32. Plusieurs participants ont souligné que la classification proposée ne pourrait pas servir pour l'analyse des coûts des différents types de maladies. En outre, il ne paraissait pas opportun, sauf à des fins expérimentales, de retenir ce critère dans la classification des biens et services dans le domaine de la santé en raison des difficultés auxquelles on se heurterait dans la plupart des pays pour recueillir les statistiques nécessaires.

33. On a aussi attiré l'attention sur la nécessité d'assurer la compatibilité de la classification des services de santé de la CIBS et du projet de classification des méthodes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques en médecine qui a été examiné par la Conférence internationale sur la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM) et qui sera publiée en 1977 par l'OMS pour être mise à l'essai.

34. Les participants ont recommandé que la classification des biens et services de la CIBS dans le domaine de la santé soit revue, compte tenu des débats, par l'OMS et par le Bureau de statistique des Nations Unies, avant que la version définitive de la CIBS soit publiée.

VI. METHODES PERMETTANT DE RECUEILLIR DES DONNEES PLUS DETAILLEES ET FIALES SUR LA MORBIDITE

35. Les participants ont examiné ce point de l'ordre du jour à partir d'un mémorandum du Professeur W. Holland, Conseiller temporaire auprès de l'OMS, sur la mesure de la morbidité (CES/AC.36/13; EURO/ICP/DHS 003/5).

36. Dans la présentation de son mémorandum, l'auteur a souligné qu'il importait de savoir quelle était l'utilisation à donner aux indicateurs de morbidité. Il existait cinq sources principales d'informations sur la morbidité :

- 1) Les données figurant dans les déclarations, par exemple concernant les maladies infectieuses, les anomalies congénitales et les accidents professionnels;
- 2) Les dossiers, que l'on pouvait répartir en a) dossiers permanents, par exemple ceux qui concernent le cancer; b) les dossiers pour servir à résoudre un problème déterminé, par exemple les dossiers sur les soins aux malades ayant eu une attaque d'apoplexie;
- 3) Les dossiers sur les malades hospitalisés;

- 4) Les dossiers sur les malades non hospitalisés recevant un traitement ambulatoire, y compris les dossiers sur les premiers secours; et
- 5) Les dossiers de la sécurité sociale.

37. Pour que les données sur la morbidité soient utiles, il fallait qu'elles soient souples et adaptables. La difficulté que posaient une grande partie des données de routine était que ces données manquaient de souplesse. Il convenait de mentionner aussi les problèmes de la fiabilité et des retards dans l'analyse.

38. L'orientation principale à donner au changement devrait être la collecte des données sur la prévention, les soins et la guérison. Il ne fallait pas oublier, toutefois, qu'une faible proportion seulement des symptômes perçus incitent les particuliers à s'adresser aux services de soins médicaux et que la perception des symptômes dépendait à la fois des facteurs d'environnement et des facteurs psychologiques individuels. Les données enregistrées sur la base de l'utilisation des services sont par conséquent insuffisantes pour la mesure de la morbidité.

39. Au cours du débat, plusieurs participants se sont demandés ce qu'il fallait entendre par morbidité. Certains ont estimé que la morbidité n'équivalait pas à la présence d'une maladie, mais qu'elle était la présence de symptômes qui pouvaient parfois être assimilés à la présence d'une pathologie sous-jacente. On a par conséquent émis l'avis qu'il fallait, à l'avenir, une classification fondée sur quelque dix à vingt groupes de symptômes. A ce propos, on a exprimé l'espoir que ces groupes de symptômes seraient compatibles avec les recommandations de l'OMS dans ce domaine.

40. Plusieurs participants ont mentionné l'utilisation de données dérivées des systèmes "rémunération pour service" dans la collecte d'informations sur la morbidité. De nombreux participants ont souligné la difficulté que posait la détermination des limites entre les aspects soins/guérison et les axes de prévention dans la classification.

41. Plusieurs participants ont estimé que le renvoi de l'information à ceux qui la fournissent la rendrait plus exacte. D'autres ont estimé que c'était insuffisant et qu'il fallait des stimulants, comme par exemple la dépendance existant entre l'affectation des ressources et l'exactitude des statistiques.

42. On a souligné le problème du caractère confidentiel des données communiquées sur la morbidité. On a noté qu'un groupe de travail restreint de la CEE avait en préparation un document à ce sujet, les pratiques différant selon les pays.

43. Plusieurs participants ont insisté sur la nécessité d'une information rapide au sujet des maladies contagieuses en raison des mesures à prendre. On a souligné que dans les enquêtes sur la morbidité, il s'agissait non pas de poser des diagnostics mais de mesurer les problèmes perçus, de déterminer comment ils affectaient le mode de vie et par conséquent peut-être d'en déterminer la gravité. De la sorte, on pourrait arriver à obtenir une répartition appropriée des ressources. A ce propos, plusieurs participants ont aussi posé le problème des "grands" groupes d'utilisateurs de ressources et la nécessité d'identifier les caractéristiques de ces groupes. On a en outre exprimé l'avis que les données tirées des enquêtes sur les ménages par la méthode de l'entrevue pourraient être utilement combinées avec les données tirées des dossiers médicaux pour améliorer la fiabilité des enquêtes sur la santé, mais on a par ailleurs souligné que certaines études avaient montré que les dossiers médicaux étaient souvent incomplets.

44. Plusieurs participants ont jugé que le mémorandum était trop pessimiste en ce qui concerne l'utilité des données de routine et que certains des problèmes avaient été exagérés. On a admis cependant qu'à moins que les gestionnaires ne soient formés à l'interprétation et à l'utilisation des données et en comprennent les limites, des progrès n'étaient guère possibles.

45. En conclusion, tous les participants ont reconnu qu'il importait de s'entendre sur des systèmes utiles de classification des données sur la morbidité.

VII. MISE AU POINT DE LA COMPTABILITE ECONOMIQUE POUR LES SERVICES DE SANTE DANS LE CADRE DES SYSTEMES DE COMPTES ET BALANS NATIONAUX

46. Pour l'examen de ce point de l'ordre du jour, les participants étaient saisis d'un document de MM. BONTEI, conseiller temporaire auprès de l'OMS, et DONKERS. (CES/AC.36/14; EURO/ICP/DHS 003/6). Dans ce document, les auteurs décrivaient la création, en cours aux Pays-Bas, d'un système de comptes de la santé dans le cadre à la fois du Système de comptabilité nationale (SCN) et du Système de statistiques sociales et démographiques (SSSD).

47. Les participants ont noté que la création de comptes de la santé dans le cadre de la comptabilité nationale était la méthode d'approche qu'employaient les pays qui construisaient déjà des comptes de la santé ou allaient le faire. Il existait toutefois, dans la manière d'appliquer la méthode, des différences selon les pays, qui venaient de différences dans les systèmes de fourniture des soins de santé, dans la disponibilité des données et dans les vues au sujet du rang de priorité à donner à la mise au point des diverses parties du système.

48. Les participants ont estimé que les tableaux d'entrées-sorties proposés dans le document pourraient beaucoup aider à la mise au point de comptes économiques pour les services de santé et qu'un système satellite du système central de comptes nationaux devait suivre les définitions du SCN et du SSSD.

49. Au sujet du champ de la "santé" à saisir dans les comptes, les participants ont estimé que des domaines tels que la recherche dans le domaine de la santé, la formation du personnel médical, l'administration sanitaire et les services médicaux des entreprises à l'intention des salariés, devaient être prévus mais apparaître séparément de manière que soient supprimés les doubles comptages avec d'autres catégories du système de comptabilité et à l'intérieur du système de comptabilité dans son ensemble.

50. A propos de la présentation en tableaux, dans le document, du coût des soins de santé selon le type d'activité et la fonction, les participants se sont interrogés sur le ou les types de classification des fonctions que requièrent les comptes de la santé. Les aspects multidimensionnels de la question ont été illustrés par les informations communiquées par plusieurs participants concernant les pratiques nationales, informations qui ont montré qu'en plus d'une classification pour l'ensemble de la population, on considérerait aussi comme étant nécessaires des ventilations par groupes socio-économiques, catégories de maladies, etc.

51. Les problèmes rencontrés paraissaient être identiques dans la plupart des pays. A partir d'hypothèses fondées sur les données concernant les diagnostics posés pour les malades hospitalisés et/ou sur les données des notes des hôpitaux, il semblait probable que des résultats seraient obtenus plus rapidement pour les soins aux malades hospitalisés que pour les soins aux autres malades.

52. On a souligné que les classifications des fonctions devaient tenir compte à la fois de la classification des opérations et de celle des agents. On a noté que sur ce point la Réunion sur les statistiques du secteur public, qui s'était tenue en juin 1976 dans le cadre du programme de la Conférence des statisticiens européens et à laquelle un projet de version élargie de la classification du SCN sur les fonctions des administrations avait été examiné, avait déjà souligné la nécessité d'une classification fondée sur les opérations.

53. On a proposé que, dans l'élaboration des classifications se rapportant aux comptes de la santé, la classification fonctionnelle du SCN et la classification des services sanitaires de la Classification internationale type de tous les biens et services, soient dûment prises en considération.

54. Il est ressorti du débat que plusieurs pays pensaient être en mesure de construire des comptes de la santé selon la méthode de la comptabilité nationale et des entrées-sorties, en se fondant sur des données supplémentaires ou en procédant à une meilleure analyse des données existantes, par exemple les données des enquêtes par entrevue portant sur les dépenses de consommation et de santé, les données de la sécurité sociale, les données sur les malades hospitalisés, etc. On a souligné la nécessité de construire une série de tableaux complémentaires, fondés sur les mêmes classifications des services et des fonctions, portant sur les données non financières telles que le nombre des visites, l'effectif du personnel, le nombre de jours d'hospitalisation, etc., pour être un outil de la gestion et de la planification dans le domaine de la santé.

55. On a fait observer que les problèmes que posent les séries chronologiques du fait des déplacements dans la consommation (changements dans les flux de malades ou consultations moins tardives) et des difficultés qu'il y a à distinguer le premier diagnostic et la cause sous-jacente, ne sauraient guère être résolus par un système de comptes de la santé et devaient être étudiés par d'autres moyens.

56. L'importance des comptes à prix constants aussi bien qu'en prix courants, particulièrement pour la planification, a été soulignée par plusieurs participants.

57. Les participants ont estimé que les possibilités d'élaborer des recommandations relatives à un système normalisé de comptabilité, particulièrement pour les services destinés aux malades hospitalisés, devraient être examinées. Plusieurs participants ont dit qu'une collaboration plus étroite à la création d'un système de comptes de la santé les intéressait.

VIII. TRAVAUX ULTERIEURS

58. Les participants ont passé en revue le programme de travail sur les statistiques de la santé, à la lumière des progrès réalisés concernant les divers points inscrits à l'ordre du jour et des conclusions qui se sont dégagées des débats. Les propositions de la Réunion sont données ci-après. Les participants ont souligné une nouvelle fois l'importance d'une coordination adéquate des travaux des différentes organisations internationales dans le domaine des statistiques de la santé. Une telle coordination est nécessaire non seulement pour les activités des organisations dans le domaine des statistiques de la santé, mais aussi pour les travaux sur les statistiques de la santé et d'autres domaines connexes.

59. Les propositions spécifiques de la Réunion concernant les travaux ultérieurs sont les suivantes :

A. Classifications

a) Classification des biens et services :

La classification des biens et services de la CIBS concernant la santé devrait être réexaminée par l'OMS et par le Bureau de statistique des Nations Unies avant que la version finale de la CIBS soit publiée.

b) Classification des incapacités et handicaps :

Les possibilités d'élaborer une classification qui pourrait être utilisée pour ordonner les données provenant des enquêtes auprès des ménages et compatibles avec la classification plus détaillée publiée à titre expérimental par l'OMS, devraient être étudiées en commun par l'OMS et l'Organisation des Nations Unies. Pour ces travaux, il faudrait tenir compte des résultats de tous autres travaux pertinents, comme ceux de l'OCDE sur la mise au point des indicateurs des incapacités.

B. Rattachement des données fondées sur la population et des données fondées sur les institutions

Les pays ayant l'expérience du rattachement des données provenant de ces sources pourraient être priés d'établir, à un stade approprié, des rapports sur leurs travaux, pour examen à la prochaine Réunion commune.

C. Indicateurs sociaux dans le domaine de la santé

Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS pourrait être invité à faire une étude comparative des indicateurs sociaux dans le domaine de la santé construits par les pays de sa région et par d'autres pays de la région de la CEE, pour examen à la prochaine Réunion commune. Cette étude pourrait servir de base à l'examen de la liste des indicateurs de la santé des Directives des Nations Unies sur les indicateurs sociaux, à la lumière des résultats des travaux réalisés dans les différents pays et de ceux d'autres organisations internationales.

D. Comptes économiques des services de santé

De nouveaux travaux pourraient être entrepris en commun par un petit groupe de pays intéressés pour mettre au point des comptes économiques des services de santé. Des économistes et des spécialistes de la santé devraient y participer et les travaux devraient comprendre un nouvel examen des classifications selon le type d'activité et la fonction devant servir à élaborer les comptes. Un rapport sur les résultats des travaux devrait être établi pour examen à la prochaine Réunion commune. Ce rapport devrait aussi être soumis au Groupe de travail du système de statistiques sociales et démographiques de la Conférence des statisticiens européens, pour qu'il soit examiné dans un cadre plus large.

E. Bibliographie des études et autres documents

Le secrétariat devrait être chargé d'examiner les possibilités de dresser une bibliographie des études et autres documents se rapportant à la méthodologie et à l'analyse des statistiques de la santé.

60. Les participants ont estimé que la mise en oeuvre du programme de travail ci-dessus prendrait à peu près trois ans et ils ont proposé de fixer 1980 comme année d'achèvement des travaux. Ils ont en outre jugé qu'il serait souhaitable de tenir une autre réunion sur les statistiques de la santé pour l'examen des résultats des travaux sur les différents sujets, mais que la date de cette réunion devrait être fixée plus tard à la lumière des progrès réalisés. Ils ont recommandé également que soient explorées les possibilités de consultations techniques entre petits groupes de pays intéressés pour mettre au point les travaux préparatoires sur les différents sujets, en particulier sur les problèmes de classification et de comptes économiques des services de santé.