

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

INDEXED

ETUDE PROSPECTIVE DE LA SITUATION SANITAIRE EN EUROPE

Rapport sur la réunion d'un groupe d'orientation

Copenhague
17-19 septembre 1980



ICP/HST 009
5983B
ORIGINAL : ANGLAIS

1981

Introduction

La réunion a été ouverte par le Dr A. Weber, Directeur du Service d'information pour la santé au Bureau régional de l'Europe, au nom du Dr Leo A. Kaprio, Directeur de la Région européenne de l'OMS. La liste des participants constitue l'Annexe II au présent document.

Le groupe avait pour mission : a) d'identifier les éléments à inclure dans les projections; b) de passer en revue les méthodes possibles de projection ; c) de déterminer les priorités dans l'élaboration des projections, compte tenu des différentes catégories de maladie et des éléments à inclure dans ces prévisions; et d) d'envisager un plan d'action pour la poursuite des travaux, le Bureau régional ayant l'intention de publier périodiquement (si possible tous les quatre ans) une synthèse de la situation et une mise à jour de cette étude prospective.

Il a été reconnu que le plus important, dans le choix d'une méthode, était le but visé par la projection. Les données disponibles, comme le choix des méthodes, devaient être pris en compte lorsqu'on élaborait des projections à des fins de gestion et de planification.

Pour les besoins de la réunion, on a estimé indispensable d'adopter une définition limitée de la santé, à savoir : "l'absence de maladies ou d'infirmités bien définies". Les facteurs socio-économiques, tels que les modes de vie et le comportement, ainsi que les facteurs liés à l'environnement, devaient être considérés comme des variables à prendre en compte dans les projections de l'état de santé. A ce propos, il a été reconnu que l'un des principaux défis de la stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (voir document EUR/RC30/8) résidait dans la mise en oeuvre d'activités préventives pour des secteurs autres que celui de la santé. Les facteurs de risque et l'influence possible sur ces facteurs des activités de prévention menées dans d'autres secteurs devaient, par conséquent, occuper aussi une place très importante dans les études prévisionnelles.

Les aspects méthodologiques de la prévision des facteurs de risque, de la morbidité et de la mortalité, l'utilisation des services de santé et les ressources sanitaires ont fait l'objet de discussions. Quatre documents de base ont été présentés; l'un traitait de la prévision de l'incidence du cancer, l'autre des projections concernant l'utilisation des services de santé et les deux derniers des projections de main d'oeuvre. On en trouvera la liste en annexe (Annexe I). Ces documents (rédigés en anglais) sont disponibles en nombre limité et peuvent être obtenus sur demande adressée au Bureau régional.

Projections démographiques

Toute projection démographique réaliste doit être essentiellement fondée sur la taille et la structure escomptées de la population. A cet égard, la structure par âge et par sexe est d'une importance fondamentale; en raison des grandes différences qui existent dans la morbidité et la mortalité selon l'âge et selon le sexe des individus. Etant donné que la plupart des pays européens tiennent compte de la structure par âge et par sexe lorsqu'ils établissent leurs projections démographiques, il est possible de se procurer des informations fiables et détaillées. Cela est vrai, en particulier, des groupes d'âges qui ne sont pas soumis aux incertitudes des anticipations de fécondité.

Projections de mortalité, de morbidité et d'invalidité

Il conviendrait de se préoccuper de la mise au point de systèmes convenables d'information statistique. Les projections de la mauvaise santé semblent rarement avoir des applications dans la pratique. Il a paru utile de classer les méthodes utilisées pour les projections de santé en trois groupes : 1) l'extrapolation directe des tendances passées selon l'âge, le sexe, etc.; 2) l'exploitation des données concernant les facteurs de risque; 3) l'évaluation des effets de l'intervention. La méthode choisie dépendrait du but visé, de l'indicateur utilisé et de la cause - maladie ou autre - du mauvais état de santé.

Une connaissance suffisante de l'histoire naturelle de la maladie peut épargner des erreurs grossières dans les prévisions établies par la méthode 1. Dans plusieurs maladies chroniques, il peut en effet y avoir une longue période de latence entre l'exposition à l'agent pathogène et le diagnostic. Si l'exposition est étroitement liée au développement ultérieur de la maladie, il peut être possible de formuler des prévisions à long terme suffisamment exactes (méthode 2). Les interventions, aussi bien préventives que curatives, affectent le pronostic. Les effets de ces interventions au niveau de la population peuvent être prévus et combinés dans différentes projections correspondant aux divers scénarios possibles d'action de santé publique (méthode 3).

Projections de l'utilisation des services de santé

La discussion, dans ce domaine, a eu pour point de départ le document rédigé par le Dr K. Miltenyi. L'utilisation des services de santé est essentiellement déterminée par des facteurs démographiques et de morbidité, alors que l'accès à ces services est surtout déterminé par l'arrière-plan socio-économique et médico-institutionnel. Les assurances sociales jouent un grand rôle dans l'usage qui est généralement fait des services médicaux, car elles offrent bien souvent la gratuité des services. La proportion de la population couverte par les assurances sociales s'est accrue depuis quelques dizaines d'années dans la Région européenne.

Bien que légalement et théoriquement rien ne s'oppose à ce que les individus fassent usage des services de santé, il subsiste encore dans cet usage de nettes différences qui sont dues au type de morbidité ou de maladie, à la distance à laquelle se trouvent situés les établissements de santé, aux moyens d'accès à ces établissements, à la durée supposée de l'attente et à certains facteurs personnels. Dans les régions rurales, le lieu de résidence du généraliste peut également jouer un rôle, notamment dans le cas des personnes âgées. Le niveau socio-économique, la scolarisation, etc., ont également été supposés avoir quelque influence sur les attitudes des individus à l'égard des services de santé.

Théoriquement, il faudrait tenir compte de tous les changements anticipés ou prévus dans ces facteurs lorsque l'on formule des hypothèses concernant les tendances futures de l'utilisation des services de santé. Malheureusement, les données statistiques permettant d'analyser l'influence relative de ces divers facteurs sont assez fragmentaires, car elles sont généralement tirées d'enquêtes restreintes et non représentatives.

Si l'on excepte l'auto-prise en charge, qui mérite une attention particulière, il est possible de distinguer trois grands groupes de services de santé utilisés par la population : les services de soins primaires, y compris les services des généralistes; les services de consultations externes; et les services hospitaliers et autres services assurés en institutions. Les responsables des décisions en matière de santé déterminent les priorités, dans l'allocation des fonds disponibles, sur la base des changements escomptés dans les besoins de ces services.

La répartition des tâches entre les établissements de soins primaires et les établissements spécialisés, ainsi qu'entre les services de consultations externes et internes, constitue un élément décisif de la planification et des projections sanitaires. Les innovations en médecine et en pharmacie peuvent avoir pour effet d'abrèger le traitement hospitalier ou de le remplacer par un traitement ambulatoire. L'opposé toutefois peut également être vrai : l'application de techniques compliquées à des fins diagnostiques ou thérapeutiques peut exiger l'hospitalisation du malade.

Les prévisions concernant l'utilisation des services de santé pourraient être établies sur la base des trois types de modèles indiqués plus haut. Dans la méthode 1, on se sert des tendances de l'utilisation des services de santé, si possible ventilées par sexe, par âge et par niveau social et degré d'instruction; dans la méthode 2, les modèles tiendraient compte des changements probables dans les facteurs qui affectent l'utilisation des services, alors que la méthode 3 ferait intervenir les effets attendus de l'intervention. On a également examiné les prévisions d'utilisation dérivées des besoins de santé, tels que permettent de les mesurer les indices de mauvaise santé. Les deux approches ont été jugées nécessaires.

Projections des ressources sanitaires

Le groupe a étudié la situation concernant les projections des ressources sanitaires, sur la base de deux documents présentés par le Dr Bui Dang Ha Doan. S'agissant des projections des moyens, la seule méthode utilisée jusqu'ici est de caractère économique; la projection vise à déterminer l'argent dépensé pour les installations, sans exprimer directement les quantités d'éléments d'équipement en cause (nombre de lits, nombre d'appareils de radiographie, etc.). Diverses méthodes permettent de projeter les ressources et les besoins en personnel de santé. Pour ce qui est de la projection des ressources en personnel, les participants sont convenus qu'il fallait procéder à des recherches sur les diverses façons possibles de répartir ces ressources, eu égard non seulement à la délégation des tâches, mais aussi aux ressources en main d'oeuvre et en matériel. L'accent a été mis sur l'étude prospective des tâches à accomplir, plutôt que sur un simple décompte numérique du personnel. Pour les projections des besoins en personnel de santé, trois approches nouvelles ont été définies : a) un processus désintégré, tenant compte séparément des divers secteurs du système sanitaire, suivi d'une synthèse donnant une vision globale des besoins futurs; b) une meilleure détermination des besoins futurs, grâce à un certain degré de prise en compte des imprévus au moment de l'élaboration des modèles de projection; c) l'établissement de liens étroits

entre les projections des ressources et les projections des besoins, une distribution et une utilisation mieux comprises des ressources futures étant la meilleure façon de répondre aux besoins futurs. Ces trois approches ne s'excluent pas mutuellement.

Besoins de données sur lesquelles fonder les projections

Les projections des ressources devraient être, de préférence, fondées sur les besoins projetés et les tâches à accomplir; les méthodes qui utilisent les tendances dans l'allocation et l'utilisation des ressources sont néanmoins utiles et demandent à être étudiées de plus près. La question des ressources et des besoins en données statistiques a également retenu l'attention. Les indicateurs ci-après ont été considérés comme indispensables pour la prévision de la situation sanitaire :

Population

Age, sexe, caractère urbain/rural, condition socio-économique, environnement, comportement.

Mauvaise santé

Parmi les indicateurs de la mauvaise santé figurent la mortalité, la morbidité (incidence et prévalence) et l'invalidité. L'accent devrait être mis sur les catégories de maladies ci-après : maladies cardio-vasculaires, cancer, morts violentes (accidents, suicides), maladies mentales, maladies du système ostéo-articulaire et des muscles, maladies transmissibles.

Parmi les indicateurs de survie, on note l'espérance de vie, la mortalité infantile et la mortalité périnatale. L'absentéisme devrait enfin être considéré comme un indicateur de mauvaise santé.

Utilisation

Il conviendrait d'envisager de se servir des indicateurs suivants :

- taux de fréquentation, par type de service;
- durée du séjour à l'hôpital;
- coût du service;
- pourcentage de la population entrant dans le système sanitaire par le biais des services de soins primaires;
- pourcentage de malades consultant pour la première fois un spécialiste, sur le conseil d'un service de soins primaires;
- proportion d'enfants immunisés contre certaines maladies;
- pourcentage de contacts, dans les soins de santé primaires, qui ne supposent pas de services curatifs, par catégorie : planification familiale, surveillance, éducation pour la santé, promotion de la santé, etc.;
- consommation de médicaments et d'appareils;
- auto-prise en charge sanitaire.

Ressources

- ratios classiques ressources/population;
- nombre quotidien moyen d'heures de fonctionnement des services de soins primaires;
- nombre de personnes employées dans les services de soins primaires;
- nombre de personnes travaillant dans les hôpitaux et dans la communauté, par catégorie;
- pourcentage des équipes de soins primaires dans lesquelles la participation communautaire soit prévue;
- pourcentage du coût des services de santé allant aux soins primaires;
- dépenses de santé en pourcentage du produit national brut;
- pourcentage des dépenses de santé financées par l'Etat (administrations centrales et locales), par la sécurité sociale (assurance obligatoire), par les assurances privées, par paiement direct, etc.

Une classification croisée devrait être envisagée le cas échéant.

Recommandations et plan d'action

1. Le présent rapport devrait être largement diffusé.
2. Un inventaire devrait être fait des méthodologies existantes et de leurs applications dans le domaine de la santé, sur la base des contacts établis grâce à la diffusion du présent rapport.
3. Des méthodologies nouvelles devraient être mises au point en cas de besoin.
4. Des études pilotes devraient être entreprises par des collaborateurs dans les trois domaines ci-après : projections de la mauvaise santé; utilisation des services de santé; ressources sanitaires.
5. Il faudrait passer en revue et rassembler les données nécessaires pour les projections.
6. Les trois domaines mentionnés plus haut (point 4) devraient faire l'objet de réunions techniques.
7. Ces réunions techniques devraient être suivies d'une réunion à laquelle les gouvernements des Etats Membres seraient invités à se faire représenter, afin de décider de la façon d'exploiter les résultats obtenus.
8. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devrait prévoir suffisamment de ressources, financières et humaines, pour répondre aux exigences de ce plan d'action. On espère notamment qu'il assurera la coordination et l'énergique direction des activités de mise en oeuvre de ce projet.
9. Le calendrier recommandé pour les activités qui précèdent est le suivant :

<u>Année</u>	<u>Points</u>
1981	1, 2, 3, 5
1982	3, 4, 6, 7

Annexe I

LISTE DES DOCUMENTS DE TRAVAIL

1. Projection of European health manpower and facilities during the two coming decades: some brief reflections on past trends and future research - Dr Dui Dang Ha Doan
2. Review of available methodology of projections of future trends in cancer risk - Professeur M.K. Hakama
3. Review of available methodology of projection of future trends in the utilization of health services - Dr K. Miltenyi
4. A critical appraisal of the usual methods of health manpower projection - Dr Bui Dang Ha Doan

Annexe II

LISTE DES PARTICIPANTS
CONSEILLERS TEMPORAIRES

- Dr Bui Dang Ha Doan
Directeur, Centre de sociologie et de Démographie médicales, Paris (France) (Président)
- Professeur M.K. Hakama
Département de Santé publique, Université de Tampere (Finlande) (Rapporteur)
- Dr K. Miltenyi
Bureau central de statistiques, Budapest (Hongrie)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

- Dr Z. Brzezinski
Fonctionnaire régional pour l'Epidémiologie (Secrétaire)
- M. A. Esterman
Statisticien
- Dr J.-P. Jardel
Fonctionnaire régional pour le Programme de systèmes d'information

Siège

- Dr B. Skrinjar
Chef, Développement des services de statistique sanitaire